



Institut für medizinische und
pharmazeutische Prüfungsfragen



Robert Bosch
Stiftung

Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln

Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen
Lehre an den medizinischen Fakultäten



„Nationales
Mustercurriculum
Interprofessionelle
Zusammenarbeit
und Kommunikation“

gefördert von der
Robert Bosch Stiftung

PROJEKTLITUNG

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), Mainz
Leitung: **Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME (Bern)**
Wissenschaftliche Gesamtkoordination: **Maryna Gornostayeva**

KOOPERATIONSPARTNERINNEN

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Leitung: **Prof. Dr. Michael Ewers, MPH**
Wissenschaftliche Mitarbeiterin: **Heike Wild**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Leitung: **Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck**
Wissenschaftliche Mitarbeiterin: **Claudia Einig**

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Leitung: **Dr. med. Franziska Bäßler, MME (Bern)**

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT (in alphabetischer Reihenfolge)

Prof. Dr. med. Erika Baum, Dr. Antje Beppel, Birgit Burkhardt, Irina Cichon,
Prof. Dr. Stephan Dettmers, Axel Doll, Prof. Dr. med. Martin Fischer, Prof. Dr. med. Matthias Frosch,
Prof. Dr. Jürgen Härtle, Alexander Heinrich, Prof. Dr. Heidi Höppner, Dr. Stephan Kolb,
Prof. Dr. Stefan Laufer, Dr. Bernhard Opolony, Ute Repschläger, Tom Rutert-Klein, Prof. Dr. Doris Schaeffer,
Prof. Theresa Scherer, Dr. med. Gerhard Schillinger, Dr. med. Christian Schirlo, Prof. Dr. Anke Steckelberg,
Gertrud Stöcker, Dr. med. Ute Teichert, Katrin Ulmer, Daniel Wecht, Dr. med. Susanne Weinbrenner

MITWIRKENDE AN DER ERSTELLUNG DER EMPFEHLUNGEN (in alphabetischer Reihenfolge)

Katrin Balzer, Franziska Bäßler, Erika Baum, Tabea C. Baumann, Wulf Bertram, Silke Biller, Christian Brünahl,
Peter Jan Chabiera, Ingrid Darmann-Finck, Nicole Deis, Claudia Einig, Michael Ewers, Martin Fischer,
Maryna Gornostayeva, Jürgen Härtle, Alexander Heinrich, Barbara Hinding, Heidi Höppner,
Anke Hollinderbäumer, Jana Jünger, Stephan Kolb, Johannes Korporal, Birgitta Kütting, Käthe Lewicki,
Pauline Lieder, Richard Lux, Anna Mutschler, Sarah Reinecke, Ute Repschläger, Kirsten Reschke,
Ulrich Scherer, Gerhard Schillinger, Christian Schirlo, Katja Stahl, Anke Steckelberg, Gertrud Stöcker,
Ute Teichert, Moritz Völker, Daniel Wecht, Jil Weigelt, Susanne Weinbrenner, Swantje Wienand, Heike Wild

Impressum:

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts
Rheinstraße 4 F · 55116 Mainz
Mainz, September 2019

DANKSAGUNG

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Projektmitwirkenden. Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit mit zahlreichen motivierten und engagierten TeilnehmerInnen, denen das Thema am Herzen liegt, ist es uns gelungen, das Projekt so erfolgreich und mit dieser Reichweite realisieren zu können. Aus der Überzeugung, dass eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit die Patientenversorgung verbessert, ist mithilfe von Fachwissen, kreativen Ideen und unermüdlichem Einsatz ein Konzept entstanden, welches das Potential hat, die interprofessionelle Ausbildung nachhaltig zu implementieren.

Unser besonderer Dank gilt der Robert Bosch Stiftung, die es mit ihrem mitreißenenden Engagement für das Thema und ihrer finanziellen Förderung ermöglicht hat, einen entscheidenden Schritt in Richtung Etablierung der Interprofessionalität in Deutschland nach vorne zu gehen.

Wir sehen dieses Projekt als einen Startpunkt für weitere zentrale Entwicklungen. Aufbauend auf den Projektergebnissen wurden bereits die nächsten Aktivitäten zur nachhaltigen Verfestigung des Erfolges initiiert. Wir freuen uns sehr, dabei weiterhin Unterstützung erfahren zu dürfen und gemeinsam einen Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung leisten zu können.

VORWORT

Sektorenübergreifende, integrierte und interprofessionelle Versorgung wird von der Gesundheitspolitik als ein zentrales Desiderat zur Stärkung der Patientenorientierung und Patientensicherheit definiert. Die Stärkung der Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung ist unabdingbar für eine vertrauensvolle und prozessübergreifende Zusammenarbeit mit PatientInnen. Eine fachübergreifende, effektive Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen aller an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen verbessert die Versorgungsqualität. Zudem steigt es die Arbeitsplatzzufriedenheit der Gesundheitsberufe. In Kombination führt dies zu einer Steigerung der Patientensicherheit.



Auf der Gesundheitsministerkonferenz 2018 wurde die Einbeziehung von PatientInnen in sie betreffende Fragen und Entscheidungen der gesundheitlichen Versorgung als ein grundlegendes Element zukunftsweisender Gesundheitspolitik beschlossen. In gleicher Weise zielen weitere Gesundheitsprogramme, wie der Nationale Krebsplan, auf eine Stärkung der Patientenorientierung. Dies steht im Einklang mit dem Masterplan Medizinstudium 2020, der in der medizinischen Ausbildung auf eine frühzeitige und konsequente Orientierung an den PatientInnen und deren Bedürfnissen hinwirkt. Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist u. a. die flächendeckende Implementierung sektorenübergreifender, interprofessioneller und arbeitsplatzbasierter Trainings bereits in der Ausbildung. Eine Unterstützung der Kooperationen zwischen den Gesundheitsberufen im Rahmen der Ausbildung führt im späteren Berufsalltag zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. Die Trainingsinhalte sollen in alle Ausbildungscurrícula der Gesundheitsberufe interprofessionell abgestimmt aufgenommen werden. Die aktive Einbindung der PatientInnen in die Trainings soll dazu beitragen, dass das Verständnis für die Patientenperspektive und Bedürfnisse der PatientInnen steigt.

Patientenorientierung und Kompetenzvermittlung werden bei der Weiterentwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin sowie bei der Neugestaltung und Umstrukturierung der fakultären Prüfungen, der medizinischen Staatsexamina und der dazugehörigen Gegenstandskataloge aufgegriffen und als wesentliche Ziele der Ausbildung definiert.

In Ausbildungsgängen anderer Gesundheitsberufe gewinnt die Thematik ebenfalls an Relevanz. Beispielsweise wird für die zukünftige Ausbildung von PharmazeutInnen und von PsychotherapeutInnen eine gesteigerte Kompetenzorientierung gefordert. Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie, Logopädie oder Hebammen befassen sich angesichts der Erweiterung ihrer Ausbildung zunehmend mit der Patienten- und Kompetenzorientierung im Versorgungsprozess.

Die Ausbildungsaktivitäten sollen als Grundlage für eine flächenhafte Überführung in die Versorgungspraxis dienen und somit zu einer erhöhten Patientenorientierung, verbesserten Patientenversorgung sowie Reduktion des Ressourcenverbrauchs durch Steigerung der Effizienz führen. Durch konsequente Weiterentwicklung der kompetenzorientierten und interprofessionellen Ausbildung soll ein substanzialer Beitrag zur Steigerung der Patientensicherheit geleistet werden.

Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME (Bern)
Projektleitung

GLIEDERUNG

1	Einleitung und Übersicht	11
2	Ziele des Projektes	14
3	Was bisher geschah Ausgangslage und Hintergrund	16
3.1	Gesundheitspolitik für mehr Interprofessionalität in der Ausbildung	18
3.2	Das Menschenbild in der Medizin Forderung nach einer Stärkung der interprofessionellen Ausbildung	19
3.3	Was gibt es schon? Projekte zur Förderung interprofessioneller Kompetenzen in der Ausbildung	21
3.4	Ein Gewinn für alle Beteiligten Evidenz zur Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit für die Versorgung	23
4	Zusammen den Weg gestalten Empfehlung zur interprofessionellen Curriculumentwicklung für Medizinstudierende	25
4.1	Gemeinsame Handlungsbereiche definieren Themenbereiche für die interprofessionelle Lehre im Medizinstudium	26
4.2	Ziele abstimmen und festlegen Lernziele für interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation	30
4.3	Wie gehen wir vor? Didaktische Prinzipien interprofessioneller Curriculumentwicklung	34
4.4	Früh anfangen und kontinuierlich verfolgen Longitudinale Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen	36
4.5	Es wird das gelernt, was geprüft wird! Überprüfung interprofessioneller Kompetenzen	38
4.6	Interprofessionell lehren muss gelernt sein Qualifizierung von Dozierenden und studentischen TutorInnen	41
4.7	Qualitätssicherung gehört dazu! Evaluation des interprofessionellen Curriculums	46
5	Veränderungskultur aufbauen und pflegen – Strukturen und Prozesse anpassen Institutionelle Empfehlungen zur nachhaltigen Implementierung der Interprofessionalität in der Ausbildung und in den medizinischen Staatsexamina	47
6	Gemeinsam an einem Strang ziehen Empfehlung für die Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen an weitere Gesundheitsfachberufe	51
7	Wo klemmt es? Implementierungshürden und politische Verantwortung	53
8	Wie setzen wir es um? Aktionsplan zur Umsetzung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten und Überprüfung im Staatsexamen	57
9	Der Weg ist das Ziel – Veränderungen verstehen und erfolgreich etablieren Ausblick und Weiterführung	61
10	Literaturliste	67

EINLEITUNG UND ÜBERSICHT

1. EINLEITUNG UND ÜBERSICHT

Das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation für Medizinstudierende“ hat zum Ziel, die Verbreitung von qualitativ hochwertiger interprofessioneller Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in Deutschland nachhaltig zu fördern. Im Hinblick auf die Neugestaltung der medizinischen Ausbildung im Rahmen des Masterplanes Medizinstudium 2020 wurde beschlossen, Empfehlungen zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre und Prüfungen an den medizinischen Fakultäten zu erarbeiten sowie die Abstimmung zwischen den Staatsexamina und den fakultären Prüfungen zu unterstützen.

Die Empfehlungen sollen dazu beitragen:

1. die politischen Vorgaben für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen umzusetzen und dabei die Vernetzung verschiedener Professionen in der Gesundheitsversorgung zu fördern.
2. die medizinischen Fakultäten bei der Entwicklung und Implementierung von interprofessionellen Lehr- und Prüfformaten zu unterstützen.
3. Forschungsaktivitäten anzuregen, insbesondere bezüglich der Wirkung von interprofessioneller Lehre auf die spätere Patientenversorgung.

Für die Entwicklung des Mustercurriculums „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ wurden VertreterInnen verschiedener Gesundheitsfachberufe einbezogen, um möglichst viele Perspektiven und Ansichten im Hinblick auf interprofessionelle Aspekte in der Ausbildung berücksichtigen und miteinander abstimmen zu können. Mehr als 500 Personen – Verantwortliche für Kommunikationscurricula, ExpertInnen für den Schwerpunkt interprofessionelle Ausbildung sowie weitere auf das Thema spezialisierte ExpertInnen – waren zur Beteiligung eingeladen. Im Rahmen des Projektes wurden die in der Abbildung 1 dargestellten Teilziele definiert.

Im Rahmen der Projekttreffen wurden vier Arbeitsgruppen zu den Teilzielen gebildet und konkrete Themen ausgearbeitet. Zudem wurden Workshops auf Kongressen und Tagungen mit dem Schwerpunkt „Prüfen interprofessioneller Kompetenzen“ durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen und Workshops wurde ein Entwurf für ein Mustercurriculum erstellt sowie ein übergeordnetes Konzept zur Überprüfung interprofessioneller Kompetenzen erarbeitet. Um eine adäquate Umsetzung der empfohlenen interprofessionellen Lehre zu unterstützen, konzipierten die TeilnehmerInnen zudem Module für die Qualifizierung von Dozierenden bzw. studentischen TutorInnen und fassten Empfehlungen zur Implementierung zusammen.



Abbildung 2: Gruppenfoto vom Arbeitstreffen „Masterplan Medizinstudium 2020: Kommunikative und interprofessionelle Kompetenzen in Lehre und Prüfung stärken“ am 20. und 21. Juni 2018 in Nürnberg

Entwicklung des Bausteins „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“			
Longitudinale Curriculumsentwicklung (inkl. Lernzielkatalog)	Sammlung von Best Practice Beispielen für die interprofessionelle Ausbildung	Staatsexamen Medizin und fakultätsinterne Prüfungen	Qualifizierung der Lehrenden und „institutional readiness“

Abbildung 1: Teilziele im Rahmen der Entwicklung des Bausteins „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“

ZIELE DES PROJEKTES

2. ZIELE DES PROJEKTES

Die Patientenversorgung erfordert die Zusammenarbeit von ÄrztInnen, professionell Pflegenden, HeilmittelerbringerInnen und weiteren in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufsgruppen. Die Qualität dieser Zusammenarbeit hat dabei einen direkten Einfluss auf Qualität und Effizienz der Patientenversorgung [1]. In konkreten Alltags-situationen ist es die Kommunikation, die zwischen den VertreterInnen der beteiligten Berufsgruppen immer wieder misslingt. Studien zeigen, dass solche Kommunikationsdefizite zu einer Gefährdung der Patientensicherheit und zu Unzufriedenheit bei den Mitarbeitenden führen können [2, 3]. Weitere, für den Erfolg der interprofessionellen Zusammenarbeit relevante Aspekte sind Rollen- und Kompetenzwahrnehmung, Verantwortlichkeiten sowie das persönliche und berufliche Werteverständnis [4].

Das Projekt hat zum Ziel,
interprofessionelle Kompetenzen
bereits im Studium zu fördern, und
einen Beitrag zu leisten, entsprechende
Lehrveranstaltungen und Prüfungen in
Curricula verpflichtend zu integrieren.

Aufbauend auf den gesundheitspolitischen Vorgaben, Literaturrecherchen, den Ergebnissen des Projektes „Longitudinales Mustercurriculum Kommunikation“ und den Erfahrungen aus den Projekten des Programms „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsfachberufen“ wurde mit VertreterInnen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen ein Entwurf für ein „Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ für Medizinstudierende entwickelt. Dabei stand die Erarbeitung und Anwendung gezielter Lehr- und Prüfformate, welche konkret an die tatsächlichen interprofessionellen Schnittstellen angepasst sind, im Fokus.

Dieser Entwurf soll den medizinischen Fakultäten als Orientierung und Hilfestellung dienen, um die unterschiedlichen Kompetenzen zur Förderung der Teamarbeit und -kommunikation in bereits bestehende Curricula zu integrieren bzw. weiterzuentwickeln. Diese Broschüre fasst die erfolgten Vorarbeiten und aktuellen Projektentwicklungen zusammen und stellt daraus abgeleitete Empfehlungen zu Inhalt und Organisation der interprofessionellen Lehre im Rahmen des Medizinstudiums dar.

WAS BISHER GESCHAH AUSGANGSLAGE UND HINTERGRUND

3. WAS BISHER GESCHAH AUSGANGSLAGE UND HINTERGRUND

In Deutschland gibt es bisher keine flächendeckende interprofessionelle Versorgung. Hierzu haben folgende Sachverhalte beigetragen:

1. Berufsübergreifendes Arbeiten im Team wird weder monoprofessionell, noch interprofessionell von den im Gesundheitswesen tätigen Professionen geübt.
2. In Aus-, Fort- oder Weiterbildung findet ein interprofessionelles und arbeitsplatzbasiertes Training nur vereinzelt statt.
3. Die frühe berufliche Sozialisation erfolgt überwiegend in den klassischen „Silostrukturen“ [5].
4. Es findet kein kontinuierlicher Austausch zwischen den am Versorgungsprozess Beteiligten und dem Gesetzgeber statt.

Die Konsequenzen sind u. a. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, Konflikte zwischen den Berufsgruppen und Gefährdung der Patientensicherheit.

In diesem Kapitel werden vor dem Hintergrund der beschriebenen Defizite der gesundheitspolitische Rahmen sowie theoretische Ansätze aufgezeigt, die den Bedarf an der interprofessionellen Zusammenarbeit in den Gesundheitsfachberufen stützen. Zudem werden verschiedene Vorläuferprojekte zur Verbesserung der interprofessionellen Ausbildung skizziert, auf dem das in diesem Papier vorgestellten Projekt aufbaut.

Abschließend wird eine Auswahl an Studien und deren Ergebnissen vorgestellt, die für das Projekt relevant sind, aber auch Erkenntnislücken angemerkt.

3.1 GESUNDHEITSPOLITIK FÜR MEHR INTERPROFESSIONALITÄT IN DER AUSBILDUNG

In den letzten Jahren wurde die Förderung interprofessioneller Aus-, Fort- und Weiterbildung durch verschiedene gesundheitspolitische Maßnahmen gestärkt. Diese unterstützen die Integration interprofessioneller Kompetenzen in die Curricula:

1. In der **Approbationsordnung für Ärzte** wird explizit darauf hingewiesen, dass die Ausbildung „...die Be-reitschaft zur **Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens fördern...**“ soll.

2. In der Denkschrift der Robert Bosch Stiftung „**Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln**“ wird „...die Notwendigkeit einer Neuordnung der Aufgabenteilung, Kompetenzzuweisungen und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im deutschen Versorgungssystem“ beschrieben [6]. Auch im Memorandum der Robert Bosch Stiftung „Kooperation der Gesundheitsberufe“ wird auf Lehr- und Lernangebote der Ausbildungseinrichtung als Voraussetzung für die Aneignung interdisziplinärer Kompetenz hingewiesen [7].

3. In den Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizintumms in Deutschland von 2014 spricht sich der **Wissenschaftsrat** für eine **Verstärkung der interprofessionellen Ausbildung** aus und empfiehlt, eine Vernetzung human- und zahnmedizinischer Studiengänge mit pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen vorzunehmen [8].

4. In der **Stellungnahme der Bundesärztekammer** „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“ werden die medizinischen Fakultäten aufgefordert, Verantwortung für die kooperationsfördernde und **professionsübergreifende Lehre und Forschung im Bereich aller Gesundheitsfachberufe** zu übernehmen [1].

5. Im **Masterplan Medizinstudium 2020** sind explizit Maßnahmen zur Förderung kommunikativer und interprofessioneller Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung definiert. Maßnahme <7> bestimmt, „dass die Hochschulen aufbauend auf den gemachten Erfahrungen **gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe** verstärkt in ihre Curricula aufnehmen“.

Maßnahme <8> hat zum Ziel, „das Mustercurriculum ‚Nationales longitudinales Kommunikationscurriculum in der Medizin‘ in den Curricula der Hochschulen umzusetzen und **spezielle Prüfungsformate** hierfür zu entwickeln“ [9].

6. In den Umsetzungsempfehlungen zu Ziel 12a „Kommunikative Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Beruf“ des **Nationalen Krebsplans**, Handlungsfeld 4 „Stärkung der Patientenorientierung“, wird eine **flächendeckende Implementierung u. a. interprofessioneller Kommunikation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung** empfohlen [10].

7. In dem Gutachten des Sachverständigenrates „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ aus dem Jahre 2007 wird zur verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen aufgerufen. Diese soll unter anderem durch die **stärkere Einbeziehung von anderen Heil- und Gesundheitsfachberufen in der Versorgung und durch eine neue Verantwortungs- und Aufgabenverteilungen** gefördert werden [11].

8. In den **Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulichen Qualifikationen für das Gesundheitswesen von 2012** wird empfohlen, die human- und zahnmedizinischen Studiengänge mit den pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen stärker als bisher zu vernetzen, um so eine interprofessionelle Ausbildung zu ermöglichen [12].

Auch weitere Rahmenpapiere unterstützen die Förderung interprofessioneller Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, zum Beispiel:

- Working Paper der Careum Stiftung „Umrisse einer neuen Gesundheitsbildungspolitik“ [13]
- Positionspapier „Interprofessionalität in der medizinischen Ausbildung“ der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) [14]
- Allianz für Gesundheitskompetenz – gemeinsame Erklärung [15]
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz [16].

3.2 DAS MENSCHENBILD IN DER MEDIZIN FORDERUNG NACH EINER STÄRKUNG DER INTERPROFESSIONELLEN AUSBILDUNG

Die Forderung nach einer interprofessionell abgestimmten Behandlung von PatientInnen lässt sich anhand von unterschiedlichen theoretischen Ansätzen begründen. Neben beispielsweise organisationssoziologischen Theorien kann die Forderung nach einer Stärkung interprofessioneller Ausbildung auf das veränderte Menschenbild in der Medizin und das sich wandelnde Verständnis der Medizin als systemische Handlungswissenschaft zurückgeführt werden.

Der Wandel des Menschenbilds in der Medizin und die Bedeutung für die interprofessionelle Ausbildung

Ausgehend von Descartes' Dualismus von Leib und Seele wurde die Medizin über Jahrhunderte von der Favorisierung einer körperfokussierten Ausrichtung bestimmt. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelt sich ein Menschenbild, das die psychosozialen Aspekte zunehmend stärker wahrnimmt und integriert.

Ludolf Krehl (1861–1937), Begründer der Heidelberger Schule der psychosomatischen Medizin, forderte, die Menschen als Einheit aus Körper, Seele und Geist zu behandeln: „Wir behandeln keine Krankheiten, sondern kranke Menschen“.

Sein Schüler Viktor von Weizsäcker (1886–1957) führte diesen Ansatz fort und entwickelte die Idee von einer Medizin, die ihre Aufmerksamkeit auf die Person der Patientin/des Patienten als erlebendes und handelndes Subjekt richtet. Diesem Konzept ist die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen, vor allem mit Psychologie und Psychotherapie, immanent.

Im 20. Jahrhundert gewannen systemtheoretische Ansätze auch für das Denken und Handeln in der Medizin an Bedeutung. Der Mensch oder gesellschaftliche Phänomene wie die Gesundheitsversorgung können als Systeme mit Strukturen, Dynamiken und Funktionen beschrieben werden. Diese Betrachtungsweise fand Eingang in das biopsychosoziale Modell, in welchem die dynamischen Wechselwirkungen und Prozesse zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren Gesundheit und Krankheit aufrechterhalten oder entstehen lassen.

Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.
WHO-Definition von Gesundheit 1946

Das biopsychosoziale Menschenbild ist heute als Grundlage der ärztlichen Ausbildung anerkannt, dennoch wird es bei der Patientenbehandlung in konkreten Versorgungskontexten häufig noch nicht realisiert. Biologische, psychologische und soziale Aspekte bedingen sich nicht nur gegenseitig, sie stehen auch im Austausch mit ihrer sozialen und materiellen Umwelt. So wirken zum Beispiel soziale Erfahrungen wie Vernachlässigung oder Misshandlung, aber auch positive Erfahrungen wie das Gefühl von Geborgenheit über psychische und neurobiologische Prozesse auf das Körpersystem ein.

Thure von Uexküll (1908–2004) beschäftigten Fragen nach den verbindenden Prozessen zwischen den Teilbereichen sowie ihrem Verhältnis zur Umwelt [17]. Er betrachtete Organismen zusammen mit ihrer Umwelt als eine Einheit – ein einziges lebendes System. Ein zentraler Begriff seiner Systemtheorie war die „Passung“: Aus seiner Sicht waren Krankheiten eine Störung der Passung zwischen einem Individuum und seiner Umwelt – unabhängig davon, ob primär auf somatischer, psychischer oder sozialer Ebene, in der Folge jedoch stets in Wechselwirkung miteinander. Diesem Konzept nach führen Passungsstörungen zu Fehlfunktionen, Reibungsverlusten und dysfunktionalen Reaktionen. Das gilt von der molekularen bis zur sozialen Ebene, von organischen Abläufen bis zu gruppendiffusiven Prozessen.

Passung kennzeichnet demnach ein Konstrukt, um spezifische Übereinstimmungen zwischen Individuum und Umwelt, zwischen Individuen untereinander, Subjekten und Institutionen sowie Institutionen untereinander kennzeichnen zu können. Die Erforschung und Förderung der interprofessionellen Ausbildung erfordert dementsprechend

3.3 WAS GIBT ES SCHON? PROJEKTE ZUR FÖRDERUNG INTERPROFESSIONELLER KOMPETENZEN IN DER AUSBILDUNG

eine Analyse der Passung zwischen ganz unterschiedlichen medizinischen Disziplinen und Gesundheitsberufen und als Konsequenz ihre Optimierung im Sinne einer besseren Patientenversorgung.

Eine weitere Konsequenz aus der systemischen Perspektive ist, dass von Diagnostik und Therapie dann der größte Erfolg zu erwarten ist, wenn sie auf verschiedenen Systemebenen zugleich ansetzen. Auch das ist nur möglich, wenn interdisziplinär und interprofessionell gearbeitet wird. Das Wissen und die Kompetenzen aus verschiedenen Fachgebieten und Professionen müssen zusammengebracht werden, um eine größere Versorgungsqualität zu erreichen. Von einer Intensivierung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist daher neben einer Steigerung der Effizienz vor allem eine stärkere Patientenorientierung und -zufriedenheit zu erwarten.

Modelle interprofessioneller Zusammenarbeit

In der internationalen Literatur zu interprofessionellen Bezugsrahmen wird der Zusammenhang zwischen interprofessioneller Ausbildung und interprofessioneller Praxis dargestellt [18–20]. Die meisten Projekte beziehen sich auf das Modell, das im Rahmenpapier „Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ beschrieben wird [21]. Hier wird die interprofessionelle Ausbildung als notwendiger Schritt für eine kooperative Versorgungspraxis gesehen, in der unterschiedliche Gesundheitsberufe miteinander sowie mit PatientInnen, Angehörigen und weiteren öffentlichen, gemeinnützigen und privatwirtschaftlichen AkteurInnen bis hin zu den Kommunen zusammenarbeiten.

Die gemeinsame Ausbildung soll zu einer besseren Versorgungsqualität führen.
Das heißt, die Studierenden und Auszubildenden unterschiedlicher Berufsgruppen lernen „über-, von- und miteinander“ mit dem Ziel, PatientInnen besser zu versorgen.

Die in nationalen und internationalen Rahmenwerken beschriebenen Teilkompetenzen interprofessioneller Kompetenz werden in verschiedenen Arbeiten systematisiert [22, 23]. Reichel und Herinek identifizieren drei Kernkompetenzen oder Kompetenzbereiche, die in allen Rahmenpapieren – wenn auch teilweise mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und etwas unterschiedlicher Bedeutung – aufgeführt werden:

- Interprofessionelle Kommunikation
- Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten
- Interprofessionelle Zusammenarbeit.

Weitere Kompetenzen bzw. Kompetenzbereiche, die aber nicht in allen Papieren vorkommen und die eher gemeinsame Grundlagen darstellen, sind Lernen, kritische Reflexion sowie Werte und Ethik [18–20]. Bei der Entwicklung des Entwurfs für ein „Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ hingegen wurde entsprechend dem Rahmenpapier „Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ von vier Kernkompetenzbereichen ausgegangen.

Vier Kernkompetenzbereiche

- Werte und Ethik im interprofessionellen Team
- Interprofessionelle Kommunikation
- Rollen und Verantwortlichkeiten
- Interprofessionelle Zusammenarbeit.

Die Aufnahme der Kategorie „Werte und Ethik im interprofessionellen Team“ erschien uns wichtig, um nicht nur die technischen und institutionellen, sondern auch die moralisch normativen Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit zu berücksichtigen.

Die gesundheitspolitischen Initiativen haben dazu geführt, dass in den letzten Jahren viele Projekte zur Verbesserung der interprofessionellen Ausbildung durchgeführt wurden. Das hier vorgestellte Projekt versucht, darauf aufbauend ein Curriculum für Medizinstudierende zu entwickeln und allen medizinischen Fakultäten zur Verfügung zu stellen. Wesentliche Vorläuferprojekte sind im Folgenden kurz skizziert:

1. Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit

In einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen des Nationalen Krebsplans geförderten Projekt wurde das „Mustercurriculum Nationales longitudinales Kommunikationscurriculum in der Medizin“ entwickelt (Longkomm-Projekt) [24–26]. Dieses besteht aus dem sogenannten Kerncurriculum „Ärztliche Kommunikation“ mit einem Umfang von 300 Unterrichtseinheiten (UE; 1 UE = 45 min.) und dem Baustein „Interprofessionelle Kommunikation“ mit einem Umfang von 50 UE, die für alle Studierenden empfohlen sind. Ergänzend soll ein Wahlpflichtbereich zur Vertiefung der Kommunikation mit einem Umfang von 100 UE angeboten werden (s. Abb. 3).

Das Curriculum steht bereits allen medizinischen Fakultäten als Mustervorschlag für Kommunikationslehre zur Verfügung [27]. Im hier beschriebenen Projekt erfolgt die inhaltliche Ausarbeitung der 50 UE, die für den Baustein „Interprofessionelle Kommunikation“ definiert wurden.

2. Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“

Das Programm unterstützt zahlreiche Projekte zur Verbesserung der Vermittlung von interprofessioneller Zusammenarbeit und Kommunikation in der Ausbildung (s. Tab. 1) [28].

Die Berliner Projekte „INTER-M-E-P-P“ und „interTUT“ haben beispielhaft einen „Berliner Aufruf für interprofessionelle Ausbildung und Kooperation in den Gesundheitsberufen“ veröffentlicht, der Anregungen enthält, wie interprofessionelles Denken und Handeln in der Ausbildung und in der Gesundheitsversorgung nachhaltig gefördert werden können [29].

3. Sonstige Projekte von Seiten der medizinischen Fakultäten

An den medizinischen Fakultäten werden bereits einzelne interprofessionelle Lehrveranstaltungen umgesetzt, z. B. ein interprofessioneller Basisuntersuchungskurs für Studierende der Pflegewissenschaft und der Humanmedizin sowie die interprofessionelle Anamnesegruppe „Kommunikation und professionelle Interaktion“ in Freiburg [30, 31]. Zusätzlich wird an der medizinischen Fakultät Freiburg ein longitudinaler Studienstrang „Interprofessionalität“ aufgebaut. München bietet einen gemeinsamen Unterricht für angehende MedizinerInnen und ApothekerInnen an [32].

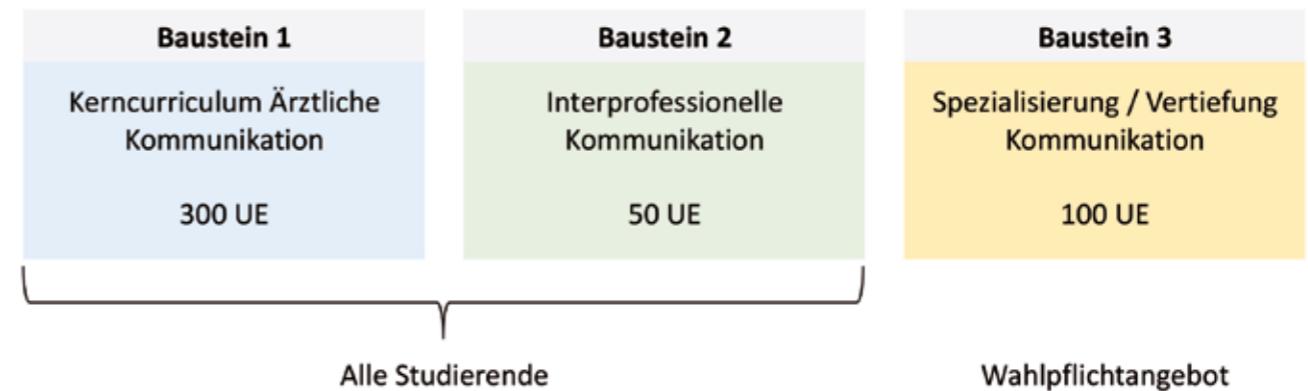


Abbildung 3: Longitudinales Mustercurriculum Kommunikation

Projekt	Beteiligte Institutionen
KOMPIDEM – Bessere Kompetenzen für die interprofessionelle und individuell angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz	Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege Universität zu Lübeck, Institut für Allgemeinmedizin Pflegeschule Lübeck, UKSH Akademie
Erhöhung der Patientensicherheit durch die Integration von interprofessionellem Human Factor-Training in die Ausbildung von Gesundheitsberufen	Universitätsmedizin Greifswald Berufliche Schule für Gesundheitsfachberufe an der Universitätsmedizin Greifswald
GESUND&HUMAN: Studierende und Auszubildende von GESUNDheitsberufen und der HUMANmedizin im interprofessionellen Kompetenztraining	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
MEDPhysio in Klinik und Forschung	Stiftung Fachhochschule Osnabrück Hochschule Osnabrück
InHAnds: Interprofessionelle Health Alliance Südniedersachsen	Georg-August-Universität Göttingen Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
interTUT – interprofessionelles Peer-Teaching. Gemeinsame Tutorien für Auszubildende und Studierende der Medizin, Pflege, Ergo- und Physiotherapie	Charité – Universitätsmedizin Berlin, Prodekanat für Studium und Lehre Lernzentrum Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft Alice Salomon Hochschule (ASH) Evangelische Hochschule Berlin (EHB)
INTER-M-E-P-P Berlin: Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege	Charité – Universitätsmedizin Berlin Alice Salomon Hochschule (ASH) Evangelische Hochschule Berlin (EHB)
Interprofessionelle Teamarbeit „Durch Barrieren schneiden“	Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Universitätsklinik für Unfallchirurgie
GReTL2.0 – Interprofessionelle Ausbildung der Gesundheitsberufe im reflexiven und transformativen Lernen	Medizinische Fakultät Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
IPHiGen – Interprofessionelles Handeln im Gesundheitswesen	Medizinische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit, Bochum
Interprofessionelles Ernährungsmanagement in der stationären und häuslichen Versorgung	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Medizinische Fakultät des Universitätsklinikums Düsseldorf
Einander schätzen – im Team versorgen: Interprofessionelle Pflege- und Therapieplanung	Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg Dr. Reinfried Pohl-Zentrum für medizinische Lehre
Interprofessionelle Teamarbeit „Durch Barrieren schneiden“	Medizinische Fakultät Institut für medizinische Lehre und Ausbildungsforschung der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
In Kooperation be-greifen: Mediziner und Physiotherapeuten lernen im Team	Medizinische Fakultät Mannheim der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg Ausbildungszentrum UMM-Schule für Physiotherapeuten/-innen
HIPSTA – Heidelberger interprofessionelle Ausbildungsstation	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinik Heidelberg Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg, Gesundheits- und Krankenpflegeschule Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Heidelberg, Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
IPAPÄD – Interprofessionelle Ausbildungsstation in der Pädiatrie: Grenzen überwinden – Zusammen lernen und arbeiten	Klinik für Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Freiburg
FlnKo – Förderung der interprofessionellen Kommunikation	Klinikum der Universität München, Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin Berufsfachschule für Krankenpflege Maria Regina

Tabelle 1: Übersicht der Projekte „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“
<http://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/operation-team-interprofessionelles-lernen-den-gesundheitsberufen/projekte>

3.4 EIN GEWINN FÜR ALLE BETEILIGTEN

EVIDENZ ZUR RELEVANZ DER INTERPROFESSIONELLEN ZUSAMMENARBEIT FÜR DIE VERSORGUNG

Es gibt zahlreiche Studien, die die positive Wirkung und den Nutzen der interprofessionellen Zusammenarbeit darstellen. Besonders in Bezug auf Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, Ressourceneinsatz, Fachkräfteisierung, Patienten-Outcomes (z. B. Belegzeiten, Drehtürefekte) und die Qualität der Patientenversorgung ist der Mehrwert interprofessioneller Zusammenarbeit unbestritten [33–36].

Literaturreviews aus verschiedenen Ländern. Alle Studien zeigen positive Auswirkungen der interprofessionellen Kooperation und Praxis auf z. B. Qualität der Versorgung, Patientensicherheit, Kosteneffizienz, Patientenakzeptanz, Mitarbeitermotivation [47].

Positive Effekte der interprofessionellen Zusammenarbeit

- Senkung von Patientenunfällen und Verbesserung der Behandlungsqualität
- bessere Beteiligung von PatientInnen im Entscheidungsprozess
- höhere Patientenzufriedenheit bei der klinischen Entscheidungsfindung
- Rückgang erneuter Notfalleinweisungen und Neuaufnahmen nach Entlassung
- höhere Mitarbeiterzufriedenheit
- bessere Qualität der Entlassungsberatung
- kürzere Liegezeiten, geringere Komplikationsraten und weniger Verlegungen auf die Intensivstation
- positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und Zufriedenheit von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen

Ergebnisse der Evaluationsstudien

Im Hinblick auf die Patientensicherheit können strukturierte interprofessionelle Übergaben beispielsweise zu einer Senkung von Patientenunfällen und Verbesserung der Behandlungsqualität führen [37]. Im Bereich der Rehabilitation konnte gezeigt werden, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit bei der klinischen Entscheidungsfindung zu einer höheren Patientenzufriedenheit führt und die Teamarbeit stärkster Prädiktor für Patientenzufriedenheit ist [38, 39]. Ferner kann eine interprofessionelle Entscheidungsfindung die Beteiligung von PatientInnen im Entscheidungsprozess erleichtern [40]. Auch bei der interprofessionellen Entlassungsplanung zeigten sich signifikante Effekte: So führte eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu einem Rückgang erneuter Notfalleinweisungen und Neuaufnahmen nach Entlassung [41]. Eine interprofessionelle Entlassungsplanung hatte eine höhere Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zur Folge, ebenso wie eine bessere Qualität der Entlassungsberatung [42]. Darüber hinaus bewirkten Initiativen zur Verbesserung der Qualität interprofessioneller Teamprozesse auf chirurgischen Stationen kürzere Liegezeiten, geringere Komplikationsraten und weniger Verlegungen auf die Intensivstation [43].

Weiterhin gibt es Hinweise auf positive Wirkungen interprofessioneller Zusammenarbeit bei der Behandlung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen. So sind beispielsweise bei der Therapie von Depressionen positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und Patientenzufriedenheit beschrieben worden [44–46]. Sottas und Kissmann dokumentieren und analysieren in ihrem Expertenbericht zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis Fallstudien, Metaanalysen und

Relevanz gelungener interprofessioneller Kommunikation

Die Kommunikation ist ein zentrales Element der interprofessionellen Praxis. Mislungene bzw. unvollständige Kommunikation kann zu einer Gefährdung der Patientensicherheit führen [2]. Bis zu zwei Dritteln aller medizinischen Fehler gehen auf ungenügende Kommunikation zurück [48]. Eine mangelhafte Kommunikation der Arbeitsteams und ungenügender Informationsaustausch können dazu führen, dass das Team nicht in der Lage ist, auf eine Krise zu reagieren. Der „Faktor Mensch“ gilt dabei als Hauptursache für viele vermeidbare Fehler [49]. In der Luftfahrt gibt es viele Parallelen zur Medizin. Der Aspekt Sicherheit und der Faktor Mensch als Fehlerquelle spielen dort eine entscheidende Rolle. Mit der Einführung regelmäßiger Trainings, u. a. zum Erlernen von Entscheidungsfindung, Führung und sicherer Kommunikation, wurde die Sicherheitskultur im Luftverkehr nachweisbar verbessert [50]. Diese Erfahrungen wurden bereits in die Medizin übertragen. In den interprofessionellen Teams erwerben die Berufsgruppen, die in der Patientenversorgung tätig sind, gemeinsam spezifische sozial-kommunikative Fähigkeiten, um die Risiken und Gefahren für die PatientInnen zu minimieren [51].

Nutzen interprofessioneller Teamtrainings in Aus-, Fort- und Weiterbildung

Interprofessionelle Teamtrainings für die Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen entwickelt, regelmäßig durchgeführt und nachhaltig implementiert werden.

Durch verschiedene Maßnahmen wie standardisierte Abläufe, klar zugeordnete Verantwortungsbereiche im Team, Reflexion der Teamarbeitsprozesse, offener Umgang mit Fehlern und Fehleranalyse usw. soll die Patientensicherheit erhöht werden [52].

Im Hinblick auf die Bildungsangebote gibt es Studien, die positive Effekte der interprofessionellen Trainings zeigen [53]. In der Ausbildung führte beispielsweise eine interprofessionelle Lerneinheit, in der mit einer Entlassungssimulation gearbeitet wurde, bei Studierenden der Medizin, Ergo- und Physiotherapie zu deutlichen Veränderungen in der Wahrnehmung der eigenen Berufsrolle sowie der anderen Teammitglieder im Entlassungsprozess [54]. Außerdem konnten interprofessionelle Lehrangebote den TeilnehmerInnen sowohl die Bedeutung effektiver Kommunikation als auch die Komplexität von Teamarbeit und -entscheidungen verdeutlichen [55].

Über den langfristigen Einfluss interprofessioneller Aus-, Fort- und Weiterbildung auf die spätere Zusammenarbeit und das Patienten-Outcome liegen bislang nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vor [56, 57].

ZUSAMMEN DEN WEG GESTALTEN

EMPFEHLUNG ZUR INTERPROFESSIONELLEN CURRICULUMENTWICKLUNG FÜR MEDIZIN-STUDIERENDE

4. ZUSAMMEN DEN WEG GESTALTEN

EMPFEHLUNG ZUR INTERPROFESSIONELLEN CURRICULUMENTWICKLUNG FÜR MEDIZINSTUDIERENDE

In diesem Kapitel wird ein Vorschlag für ein Mustercurriculum beschrieben, welches auf den in Kapitel 3 dargestellten Aspekten basiert. Hierfür werden relevante Anlässe interprofessioneller Zusammenarbeit aus den klinischen Alltag aufgegriffen, die als wesentliche Inhalte bereits in der

Ausbildung abgebildet werden sollen. Zu diesen Inhalten werden operationalisierte Lernziele formuliert und Vorschläge zur Curriculumentwicklung fallbasiert, kompetenzorientiert und entwicklungslogisch erarbeitet.

4.1 GEMEINSAME HANDLUNGSBEREICHE DEFINIEREN

THEMENBEREICHE FÜR DIE INTERPROFESSIONELLE LEHRE IM MEDIZINSTUDIUM

Für das Mustercurriculum wurde gemeinsam mit VertreterInnen verschiedener Gesundheitsberufe in einem mehrschrittigen Abstimmungsprozess ein Entwurf erarbeitet. Dieser sieht 50 UE vor, die exemplarisch aus acht Tagen à 6 UE Lehre und 2 UE Prüfungen bestehen. Entsprechend der Empfehlungen zur Ausrichtung interprofessioneller Lerninhalte an konkreten beruflichen Fallsituationen wurden im Rahmen verschiedener Arbeitsgruppen mit ExpertInnen die Versorgungsanlässe identifiziert, bei denen eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation zur besseren Patientenversorgung führen kann. Diese Anlässe wurden zunächst überprüft, ob sie inhaltlich für die Ausbildung angemessen sind, anschließend kategorisiert und zu einem sogenannten Blueprint (Übersicht) zusammengefasst. (s. Tab. 2).



Abbildung 4: Foto aus einem Workshop im Rahmen des Kick-off-Meetings „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation am 16.11.2016 in Mainz

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4
• Aufnahme	• Übergabe	• Entlassungsmanagement	• Aufklärung
• Anamnese	• Dokumentation (II)	• Sozialrechtliche Entscheidungsfindung	• Sicherheitskultur, Fehlerkommunikation und -offenbarung
• Dokumentation (I)			

Tag 5	Tag 6	Tag 7	Tag 8
• Visite (I)	• Visite (II)	• Klinische Entscheidungsfindung	• Überbringen schlechter Nachrichten
• Fallbesprechung (I)	• Fallbesprechung (II)		
• Therapieplanung (I)	• Therapieplanung (II)		

Tabelle 2: Interprofessionelle Versorgungsanlässe zur verpflichtenden curricularen Integration (Blueprint)

Am Beispiel dieser beruflichen Anforderungssituationen können die vier interprofessionellen Kernkompetenzbereiche jeweils mit steigendem Schwierigkeitsgrad erarbeitet werden:

1. Werte und Ethik im interprofessionellen Team
2. Interprofessionelle Kommunikation
3. Rollen und Verantwortlichkeiten
4. Interprofessionelle Zusammenarbeit.

Um die inhaltliche Ausgestaltung der interprofessionellen Lehrveranstaltungen zu unterstützen, wurden zusätzliche Kategorien definiert (s. Tab. 3):

1. Symptome bzw. Krankheiten
2. Settings
3. Typische Problemmuster in der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit.

1. Symptome Krankheiten Gesundheitsförderung	2. Settings Raum	3. Problemmuster
<ul style="list-style-type: none"> • Adipositas • Diabetes mellitus • Demenz • Herzinsuffizienz • Mangelnde Gesundheitskompetenz • Nosokomiale Infektion, Hygiene • Onkologische Erkrankungen • Psychische Erkrankungen (z. B. Depression) • Schlaganfall • Schmerz • Unfallversorgung • Vermeidung von Eingriffsverwechslung • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallambulanz • Langzeitversorgung (chronisch) • Palliation • Rehabilitation • Prävention • Akutversorgung • Ambulante Versorgung • Stationäre Versorgung • Intensive/Critical Care • Selbsthilfegruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Hierarchiegefälle • Zielgruppenorientierte strukturierte Information • Unterschiedliches Evidenzverständnis • Unterschiedliche Zielvorstellung • Unterschiedliche Informationsstände • Aussprechen von Sicherheitsbedenken (Speak-Up) • Ressourcenverteilung • Ethischer Konflikt • Kostendeckung

Tabelle 3: Kategorien zur Klassifikation von interprofessionellen Lehr- und Prüfbeispielen

Diese Kategorien bieten den Curriculumentwickelnden an den Fakultäten Flexibilität bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Lehrveranstaltungen. Abhängig vom bereits vorhandenen Lehrangebot können Symptome/Krankheiten, Settings und Problemmuster flexibel kombiniert werden.

Mit dem Blueprint wird ein einheitlicher Rahmen für die interprofessionelle Lehre geschaffen. Dabei können die medizinischen Fakultäten ihre Veranstaltungen individuell anhand verschiedener Krankheitsbilder, Settings und Problemmuster gestalten und fakultätsspezifische Schwerpunkte bilden. Außerdem können bereits bestehende interprofessionelle Lehr-/Lernformate anhand des Blueprints genutzt und ggf. angepasst werden. So können verschiedene Settings ausgewählt werden, um Symptome bzw. Krankheitsbilder in interprofessionellen Lehrveranstaltungen zu adressieren: Schlaganfall z. B. kann sowohl im Setting Notfallambulanz, stationäre Versorgung als auch in der Rehabilitation angesiedelt werden. Auch die Auswahl der Problemmuster kann flexibel an die curricularen Erfordernisse angepasst werden. Je nach Setting und curricularen Voraussetzungen könnten beispielsweise unterschiedliche Informationsstände oder unterschiedliche Zielvorstellungen bei der Behandlung von PatientInnen nach Schlaganfall im Vordergrund stehen.

Als Beispiel für die Umsetzung eines solchen Blueprints kann das interprofessionelle Curriculum für Medizin und Pflege am Standort Nürnberg^{1,2} dienen. Die Veranstaltungen im Rahmen dieses Curriculums werden von Medizinstudierenden der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Studierenden im Studiengang Pflege Dual der Evangelischen Hochschule Nürnberg und SchülerInnen der Krankenpflegeschule des Klinikums Nürnberg absolviert. In der Gestaltung lehnt sich das Curriculum u. a. an die oben beschriebenen Kategorien an und bildet die Inhalte Fehlerkultur, Notfallversorgung, Ethik, Wundmanagement, Anamnese sowie Übergabe oder Überbringen schlechter Nachrichten ab.

Die Lehr- und Prüfbeispiele aus den medizinischen Fakultäten und den Projekten des Programms „Operation-Team“ werden systematisch aufbereitet, klassifiziert und interessierten AnwenderInnen über eine Online-Plattform zur Verfügung gestellt (s. Tab. 4) [58]. Dadurch wird den Lehr- und Prüfungsbeauftragten an den Fakultäten und Ausbildungseinrichtungen ermöglicht, sich untereinander zu vernetzen, vorhandene Ressourcen zu bündeln und die Qualität im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation zu stärken und nachhaltig zu sichern.

Übersicht interprofessioneller Best Practice-Beispiele

- 1** Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD): interprofessionelle Übergabe am Telefon
- 2** Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD): Kritikgespräch mit einer Pflegefachperson
- 3** Entlassung eines/r palliativen Patienten/in: Angehörigengespräch
- 4** Fehlerkommunikation im Team: Entscheidungskonflikte
- 5** Einnahme eines falschen Medikaments: Umgang mit Fehlern
- 6** Aggressive/r Patient/in: Umgang mit Aggressionen im Gespräch
- 7** Akute gastrointestinale Blutung präoperativ bei Gonarthrose: interprofessionelle Übergabe
- 8** POP ART – PatientInnen Orientierte Pharmazie für Ärzte und Apotheker: ein interprofessionelles Lernprojekt in klinischer Pharmazie
- 9** Schockraum-Teamtraining: Einfluss eines interdisziplinären-interprofessionellen Team-Trainings auf die klinische Versorgung schwerverletzter PatientInnen
- 10** Interprofessionelle evidenzbasierte Versorgung von Menschen mit Demenz
- 11** Medizinstudierende und Pflegeschüler üben den Notfall
- 12** Förderung der interprofessionellen Kommunikation durch gemeinsame Fallbesprechungen und Visitensimulationen
- 13** Interprofessionelle Lehre: Visitendokumentation und Entlassungsmanagement
- 14** Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA)
- 15** Interprofessionelles Training in der Infektionsprävention
- 16** Interprofessionelle Teamarbeit: „Durch Barrieren schneiden“
- 17** „Was machst Du an meinem/r Patienten/in?“ Miteinander übereinander lernen
- 18** Konflikt erkannt, Konflikt gebannt! Kommunikationshürden im interprofessionellen Kontext
- 19** „Gemeinsam stark!“ Einer für alle, alle für einen! Ganzheitliche Patientenversorgung durch Nutzung spezifischer Qualitäten der Gesundheitsberufe in Befunderhebung und -planung
- 20** „Open Skills Lab. Zeig, was Du kannst“ Interprofessionelles Peer-Teaching berufstypischer Fertigkeiten
- 21** Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege: Konflikte im Team
- 22** Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege: Grundlagen des Umgangs mit bewegungseingeschränkten Menschen
- 23** Visitentraining bei einem/r Patienten/in nach Herzinfarkt: Beratung zur Verhaltens- und Lebensstilveränderung
- 24** Medizin-Ethische Fragestellungen und Herausforderungen im Umgang mit demenziell erkrankten PatientInnen und deren Angehörigen-Interprof. Training kommunikativer Fertigkeiten im Umgang mit demenziell erkrankten PatientInnen und deren Angehörigen

Tabelle 4: Übersicht interprofessioneller Best Practice-Beispiele

¹ <https://idw-online.de/de/news698063>

² Härlein et al. „Interprofessionelles Curriculum für Medizin und Pflege am Standort Nürnberg: Zwischenbericht 2015 – 2019“. Vortrag gehalten am 27.06.19 bei der Abschlussveranstaltung „Nationales Mustercurriculum interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ in Mainz.

4.2 ZIELE ABSTIMMEN UND FESTLEGEN

LERNZIELE FÜR INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT UND KOMMUNIKATION

Zur Abstimmung der longitudinalen Curriculumentwicklung und der Konzeption der Lehreinheiten sind konkrete operationalisierbare Lernziele notwendig. Als Grundlage zur Entwicklung von Lernzielen für Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation diente u. a. das Kapitel 8 „Die Ärztin/der Arzt als Teammitglied“ des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin [59, 60].

In dieser Fassung sind die Lernziele im Kapitel 8 allerdings noch übergeordnet formuliert, z. B. „...sich aktiv und konstruktiv in Teambesprechungen einbringen.“

In verschiedenen Workshops und Arbeitsgruppen im Rahmen des hier beschriebenen Projektes wurde deutlich, dass übergeordnete Ziele von den TeilnehmerInnen sehr unterschiedlich verstanden und bei der Konzeption des Unterrichts bzw. der Prüfungsaufgaben unterschiedlich umgesetzt wurden.

Deshalb wurden für die im Musterentwurf definierten Themen **konkrete Beispieldaten** entwickelt und dazu spezifische Lernziele formuliert, z. B. „Im Rahmen eines Entlassmanagements eine zielgruppenorientierte Dokumentation durchführen.“



Abbildung 5: Ergebnis aus dem Workshop zum Thema „Entwicklung von Beispieldaten“. Klausurtagung vom 01.-04.08.2017 in Waren (Müritz) im Rahmen des Projektes „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“

Darüber hinaus wurden bei der Lernzielerstellung die drei Ebenen der Kooperation beim gemeinsamen Problemlösen adressiert [61, 62]:

1. Informationsaustausch („Information sharing“)
2. Aushandeln („Negotiating“)
3. Reflexion und Regulation („Regulation“).

Bei der Entwicklung des Szenarios für das Fehlermanagement wurden beispielsweise zunächst spezifische und operationalisierbare Lernziele zu potentiellen Fehlersituationen definiert. Die gewählten Situationen waren einerseits so konstruiert, dass diese durch interprofessionelle Kommunikation vermeidbar gewesen wären. Andererseits wurden Situationen gewählt, bei denen bereits Fehler aufgetreten waren und die somit eine interprofessionelle Kommunikation zur Bearbeitung erfordern.

Im nächsten Schritt wurden die erarbeiteten bzw. bereits vorhandenen Lernziele im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) in einer zum Teil modifizierten Fassung mit den **vier Kernkompetenzbereichen der interprofessionellen Praxis** verknüpft (Werte/Ethik; Rolle/Verantwortung; Kommunikation; Teamarbeit) [18–20]. Für jeden Kernkompetenzbereich wurden die Teilkompetenzen definiert und die Lernziele diesen entsprechend zugeordnet (s. Tab. 5).

Beide Herangehensweisen zur Entwicklung von Lernzielen waren erfolgreiche Strategien. Es zeigte sich bei beiden Themenfeldern, dass der für die medizinische Ausbildung in seiner ersten Fassung rahmgebende NKLM hilfreich ist. Zum einen kann erfolgreich von den übergeordneten Lernzielen im NKLM ausgegangen werden, welche für die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation modifiziert und ausdifferenziert werden können. Zum anderen hat sich herausgestellt, dass im Prozess auch primär auf konkreten Fallsituationen basierend operationalisierte detaillierte Lernziele für die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation erstellt werden können.

Kompetenzen/Teilkompetenzen/Lernziele	Anwendungsbeispiele	Kompetenzen/Teilkompetenzen/Lernziele	Anwendungsbeispiele
<p>1. Werte und Ethik für interprofessionelle Praxis Die Absolventin/der Absolvent arbeitet mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen auf der Grundlage gegenseitigen Respekts und gemeinsamer Werte zusammen.</p> <p>1.1 Sie richten ihr Handeln in der interprofessionellen Gesundheitsversorgung an den individuellen Patienteninteressen und ihrem Umfeld aus. Sie können... ethische Dilemmata in einer interprofessionellen Versorgungssituation erkennen und benennen sowie Lösungsmöglichkeiten im Team, auch mit der zu versorgenden Person und weiteren Bezugspersonen, entwickeln.</p>		<p>3.4 Sie kommunizieren innerhalb des Teams zur gemeinsamen Aufgabenbewältigung. Sie können... eine Patientenübergabe an Angehörige der anderen beteiligten Gesundheitsberufe problembezogen, strukturiert und zielgruppenorientiert unter Verwendung geeigneter Fachsprache und Medien (einschließlich Verständniskontrolle) durchführen.</p>	<p>SBAR-Konzept Medikationsänderung im Pflegeheim: Kommunikation mit Pflegepersonal und Apotheke Hilfsmittelproblematik Übergabe OP -> Station, Ambulanz -> Station</p>
<p>1.2 Sie berücksichtigen die Diversität der einzelnen Mitglieder im Team und der behandelten Personen und pflegen den werteorientierten Umgang miteinander. Sie können... im interprofessionellen Team soziokulturelle Eigenheiten und individuelle Neigungen der Teammitglieder erkennen und ihre möglichen Auswirkungen auf das angestrebte Behandlungsziel berücksichtigen. in der interprofessionellen Zusammenarbeit soziokulturelle Eigenheiten und individuelle Neigungen der behandelten Personen erkennen und ihre möglichen Auswirkungen auf das angestrebte Behandlungsziel berücksichtigen.</p> <p>2. Rolle und Verantwortung Die Absolventin/der Absolvent kann die eigene Rolle und die Rolle anderer Gesundheitsberufe für die Gesundheit der Bevölkerung und für die Versorgung von PatientInnen erklären. Sie können dieses Wissen bei der Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation anwenden.</p>	<p>Kindeswohlgefährdung Lebensverlängernde Maßnahmen Anwendung von Zwang (z. B. Psychiatrie, Ernährung)</p> <p>Umgang mit religiösen Besonderheiten (Fasten)</p> <p>Behandlungsverweigerung</p>	<p>3.5 Sie setzen eine gemeinsame, vollständige Dokumentation als Grundlage intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit um. Sie können... die Notwendigkeit einer vollständigen Dokumentation für die interprofessionelle Teamarbeit benennen und erklären.</p> <p>4. Team und Teamarbeit Die Absolventin/der Absolvent kann als Mitglied eines Teams erfolgreich agieren, mit dem Ziel, die Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation optimal zu gestalten.</p>	<p>Patientenakte (elektronisch und papierbasiert) als gemeinsame Dokumentation</p>
<p>2.1 Sie erklären die Rolle der VertreterInnen unterschiedlicher Gesundheitsberufe in Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation. Sie können... die eigenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten gegenüber den anderen Gesundheitsberufen reflektieren und erklären. eigene Grenzen im Hinblick auf Fachkenntnis, Fähigkeiten und Fertigkeiten identifizieren, beschreiben und situationsgerecht vermitteln.</p> <p>3. Interprofessionelle Kommunikation Die Absolventin/der Absolvent kommuniziert als Mitglied eines Teams adäquat mit VertreterInnen unterschiedlicher Gesundheitsberufe, um die Zusammenarbeit und Versorgungsqualität zu optimieren.</p>	<p>Visite Teambesprechungen</p> <p>Technische Rettung Konfigurerende Alternativen Palliation vs. Hospiz</p>	<p>4.1 Sie reflektieren und begründen ihr intra- und interprofessionelles Handeln theoretisch auf der Grundlage von wissenschaftlich begründeten Modellen. Sie können ... Konzepte/Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit erklären und von den verschiedenen Formen der Disziplinarität abgrenzen.</p> <p>4.2 Sie beziehen VertreterInnen unterschiedlicher beteiligter Gesundheitsberufe in gemeinsame patientenzentrierte Bedarfseinstellung, Planung, Durchführung (inkl. Problemlösungen) des Versorgungsprozesses intra- und intersektorale ein. Sie können... die Zusammenstellung der an Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation beteiligten Gesundheitsberufe an die entwicklungs-, alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede anpassen. das Entlassmanagement für die Weiterbehandlung und/oder Rehabilitation im interprofessionellen und interdisziplinären Team ausarbeiten unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, sozialer und patientenspezifischer Aspekte. die für eine behandelte Person bestehenden sozialrechtlichen Ansprüche erörtern, Alternativen abwägen und hinsichtlich der Realisierung beraten.</p>	<p>Intra-, Multi- und Interprofessionalität Drei Formen interprofessioneller Zusammenarbeit: Koordinative Verdichtung, Ko-kreative Verdichtung, projekthafte Verdichtung</p> <p>Pädiatrie vs. Geriatrie</p> <p>Entlassungsmanagement bei der Pflege (Nationaler Expertenstandard, implementiert und evaluiert) sozialmedizinisch kritische Situationen (Überschreitung der Krankschreibungsfrist von 78 Wochen)</p>
<p>3.1 Sie sind in der Lage, durch ihr kommunikatives Handeln eine positive, tragfähige und vertrauensvolle Beziehung im Team aufzubauen und zu erhalten. Sie können ... für alle Teammitglieder in einer verständlichen und angepassten Sprache respektvoll kommunizieren. innerhalb des Teams zeitgerechtes und konstruktives Feedback geben.</p> <p>3.2 Sie entwickeln und integrieren eine Fehler- bzw. Sicherheitskultur im Team. Sie können ... Fehler und Beinahe-Fehler im Team identifizieren sowie diese situationsspezifisch, zeitnah, direkt und offen kommunizieren.</p> <p>3.3 Sie erkennen Konflikte im Team und tragen aktiv zu produktiven und sachgemäßen Lösungen bei. Sie können... basierend auf einer Analyse von Konflikten im Team konkrete Lösungsmaßnahmen mit allen Beteiligten vereinbaren. Kommunikationsmodelle zur Deeskalation von konfliktträchtigen Gesprächen innerhalb des Teams anwenden.</p>	<p>Teambesprechungen (Klinik/Praxis)</p> <p>Rückmeldung auf Station/in Praxis mit Pflegepersonal (häuslich, Heim) nach einem Notfall interprofessionell geben</p> <p>Konstruktives Speak Up in Klinik und Praxis interprofessionell umsetzen, z. B. nach Medikamentenverwechslung, Hygienefehler</p> <p>Festlegung von Zuständigkeiten und Verfahren/Standards in Klinik/Praxis CALM-Modell</p>	<p>Tabelle 5: Auszug aus dem aktuellen Entwurf der interprofessionellen Lernziele (Stand: August 2019)</p>	

4.3 WIE GEHEN WIR VOR?

DIDAKTISCHE PRINZIPIEN INTERPROFESSIONELLER CURRICULUMTWICKLUNG

Interprofessioneller Unterricht bedeutet nicht einfach die Anwesenheit im selben (Seminar-) Raum, sondern gemeinsames Lernen. Man kann von einem konstruktivistischen Ansatz ausgehen und damit von der Annahme, dass Lernende ihre Erfahrungen interpretieren, indem sie ihre mentalen Strukturen anpassen und dabei u. U. auch mehrfach re-organisieren. Dieser Prozess findet auf der Grundlage von Vorwissen – den vorhandenen kognitiven Schemata und ihren Verknüpfungen und in ständigem Austausch mit der Umwelt – statt. Im Co-Konstruktivismus wird der soziale Charakter dieses Lernens betont. Lernen geschieht im Dialog, in der Interaktion mit PartnerInnen wie LehrerInnen, TrainerInnen und Peers. Zwei oder mehr Personen konstruieren kollaborativ ein gemeinsames Verständnis von einem Sachverhalt oder die Lösung eines Problems, die vorher keinem der Beteiligten bekannt war.

Chi konkretisiert diesen Ansatz in Form der ICAP-Theorie [63]. „ICAP“ steht für interactive-constructive-active-passive. Die Theorie postuliert, dass interaktives Engagement im Lernprozess zu besseren Lernergebnissen führt als konstruktives und beide Formen wiederum dem rein aktiven oder passiven Lernen überlegen sind (s. Tab. 6). Hierzu liegen empirische Ergebnisse vor [64].

	Passiv	Aktiv	Konstuiert	Interaktiv
Sichtbare Aktivitäten	aufmerksam sein	manipulieren	generieren, erzeugen	kollaborativ, gemeinsames Erzeugen
Kognitive Prozesse	vorhandenes Wissen aktivieren und neues einordnen	vorhandenes Wissen aktivieren, neues assimilieren, kodieren und organisieren, weitere Informationen aktiv suchen	schlussfolgerndes Denken, Umstrukturierung und Neuorganisation	schlussfolgerndes Denken gemeinsam mit einem Partner, dessen Beiträge in das eigene Denken integriert werden
Output	keiner	identifizierbare Teile der vorab gegebenen Informationen	geht über die vorab gegebenen Informationen hinaus	geht über die vorab gegebenen Informationen und die des/der Interaktionspartner/s hinaus

Tabelle 6: Merkmale der ICAP-Modi passiv, aktiv, konstruierend und interaktiv

Interaktives Lernen ist co-konstruktiv und kollaborativ. Es geschieht sozial eingebunden, mit einem oder mehreren PartnerInnen und ist so angelegt, dass Inhalte gemeinsam aktiv erarbeitet werden. Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zu anderen Lernmodi ist die Notwendigkeit zu schlussfolgerndem Denken, wobei dies in der Auseinandersetzung mit den Gedankengängen weiterer Personen erfolgt. Das Lernergebnis übersteigt dann in jedem Fall die in der vorab gegebenen Instruktion bereits enthaltene Information und reicht auch über die Einzelbeiträge der Beteiligten hinaus.

Typische Aktivitäten, die interaktives Lernen begünstigen, sind gemeinsam Erklärungen entwickeln, die reichhaltiger sind als die einzelnen spontanen Ideen, kontroverses Debattieren, wobei ein Partner die Pro- und der andere die Contra-Haltung vertritt und Diskussionen im Hinblick auf die Erarbeitung neuer Lösungsansätze und innovativer Ideen.

Wie kann erreicht werden, dass die Studierenden sich in einem konstruierenden Lernmodus sinnvoll gemeinsam engagieren?

Für interprofessionelles Lernen wäre es wichtig, Situationen zu schaffen, in denen gemeinsam Erklärungen für bisher unbekannte Phänomene gefunden, Widersprüche aufgeklärt und Probleme gelöst werden müssen.

Anhand konkreter Probleme und situationsbezogener Aufgabenstellungen müssen die Studierenden paarweise oder in Kleingruppen Teilprobleme, ihnen nicht bekannte Elemente und fehlende Informationen identifizieren, diese offenen Fragen explorieren und Antworten finden. Eine zusätzliche Chance bietet die Erläuterung und Diskussion der gefundenen Antworten in der größeren Gruppe.

Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe sollten daher auch

- fallbasiert,
- kompetenzorientiert und
- entwicklungslogisch

aufgebaut sein [65].

Berufliche Fallsituationen sollen möglichst als Ausgangspunkt und Anlass für Lernprozesse genutzt werden, z. B. Situationen der klinischen Entscheidungsfindung, Übergabesituationen, die Aufklärung schwerkranker PatientInnen u. v. m. [58, 66].

Die vier interprofessionellen Kompetenzbereiche

- Werte und Ethik im interprofessionellen Team
- Interprofessionelle Kommunikation
- Rollen und Verantwortlichkeiten
- Interprofessionelle Zusammenarbeit

sollten im Rahmen eines interprofessionellen Curriculums abgebildet werden.

Dabei ist es sinnvoll, die Kernkompetenzbereiche sukzessive, d. h. in mehreren Entwicklungsschritten aufzubauen. Wilhelmsson et al. schlagen drei Stufen der Entwicklung der interprofessionellen Kompetenz vor, nämlich gemeinsame, professionsspezifische und interprofessionelle Kompetenzen [67]. Je nachdem, zu welchem Zeitpunkt eine Kernkompetenz erworben wird, müssten nach dieser Entwicklungslogik dann unterschiedliche Unterkompetenzen im Vordergrund stehen. Des Weiteren sollten die Lehr- und Lernangebote an die sich kontinuierlich verändernden Lernvoraussetzungen bzw. die ansteigenden Kompetenzen der TeilnehmerInnen angepasst werden und zunehmend anspruchsvollere Anforderungen aufweisen. Dies kann im Curriculum unter anderem durch den Komplexitätsgrad der zugrundeliegenden beruflichen Fallsituationen (einfach – kompliziert – komplex) abgebildet werden [68].

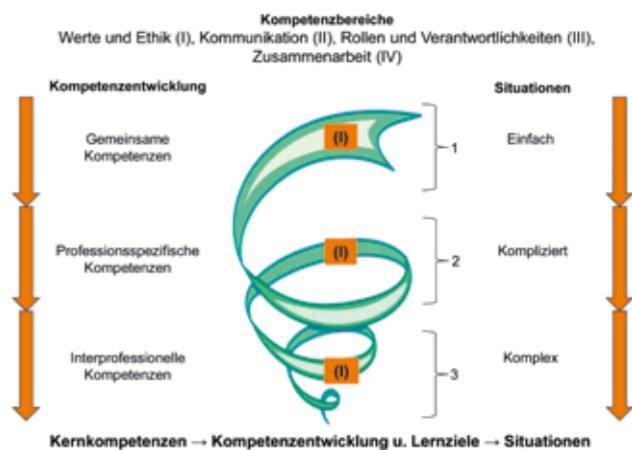


Abbildung 6: Auszug aus dem Vortrag „Konzept zur Gestaltung eines Curriculums zur Förderung von Kompetenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation“, Prof. I. Darmann-Finck, C. Einig auf der Klausurtagung vom 01.-04.08.2017 in Waren (Müritz) im Rahmen des Projektes „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“

4.4 FRÜH ANFANGEN UND KONTINUIERLICH VERFOLGEN

LONGITUDINALE VERMITTLUNG INTERPROFESSIONELLER KOMPETENZEN

Die interprofessionellen Kompetenzen sollen während des gesamten Ausbildungsverlaufs trainiert werden. Für das Medizinstudium wird folgendes Konzept zur longitudinalen Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen vorgeschlagen:

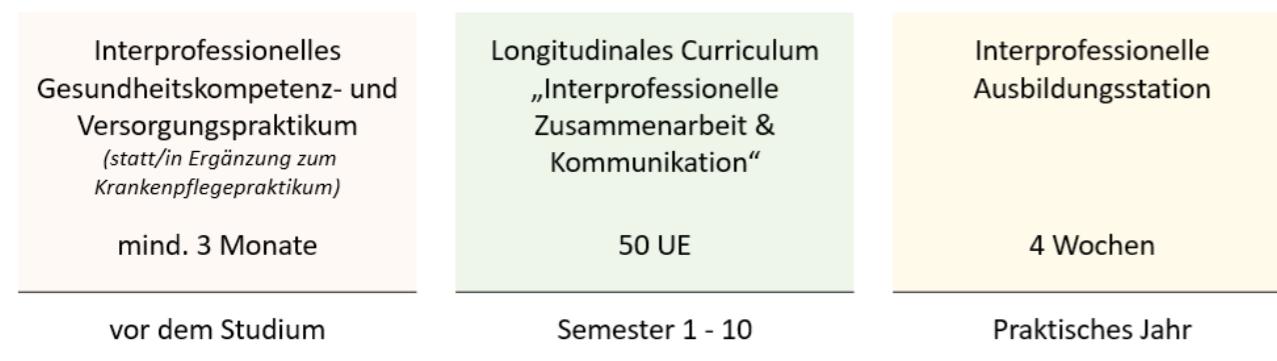


Abbildung 7: Konzept zur longitudinalen Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen vor und im Medizinstudium

a) Interprofessionelles Gesundheitskompetenz- und Versorgungspraktikum

Bereits vor Beginn des Medizinstudiums können die Grundlagen zu gemeinsamen, professionsspezifischen und interprofessionellen Kompetenzen vermittelt, reflektiert und praktisch umgesetzt werden.

Das Bundesverfassungsgericht ordnete 2017 die Neuregelung der Auswahlkriterien für die Zulassung zum Medizinstudium durch Bund und Länder an. Darüber hinaus fordert der Masterplan Medizinstudium 2020 eine zukünftig stärkere Gewichtung sozialer und kommunikativer Kompetenzen sowie einschlägiger Berufserfahrung im Auswahlverfahren. Mit einem interprofessionellen Gesundheitskompetenz- und Versorgungspraktikum (kurz: Gesundheitskompetenzpraktikum) könnten die genannten Anforderungen umgesetzt werden mit dem Ziel, einen Mehrwert für Studierende und Ausbildungsinstitutionen sowie PatientInnen und die Bevölkerung zu schaffen. Dieses Praktikum sollte als Ersatz für das aktuelle Krankenpflegepraktikum anrechenbar sein.

AnwärterInnen auf einen Medizinstudienplatz absolvieren das mindestens dreimonatige Praktikum mit einem eigens hierfür entwickelten Curriculum. Es gliedert sich in unterschiedliche Abschnitte, welche im Rotationsverfahren durchlaufen werden (s. Abb. 8). Diese Abschnitte

bilden die Sektoren im Gesundheitswesen ab. Die Absolvierten erfahren und lernen während des Praktikums Interprofessionalität und Intersektoraleität, eignen sich eigene Gesundheitskompetenz an und fördern die Gesundheitskompetenz der von ihnen betreuten PatientInnen und Bevölkerungsgruppen. Das Praktikum wird mit einem Gesundheitskompetenztest abgeschlossen. Verrechnet mit Leistungsbeurteilungen während des Praktikums dienen die Ergebnisse dieses Tests als Aufnahmekriterium für ein Medizinstudium.

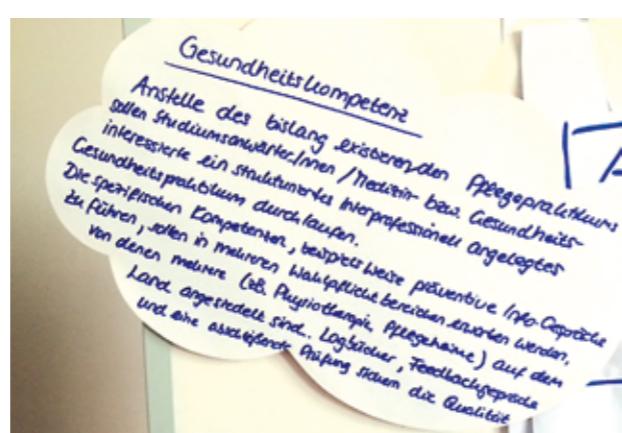


Abbildung 8: Erste Skizzierung des Gesundheitskompetenzpraktikums bei der Klausurtagung vom 01.-04.08.2017 in Waren (Müritz) im Rahmen des Projektes „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“



Abbildung 9: Schematische Darstellung verschiedener Abschnitte innerhalb des Gesundheitskompetenzpraktikums

b) Longitudinales Curriculum „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“

Während des Medizinstudiums sollte ein Curriculum im Umfang von insgesamt 50 UE absolviert werden (vgl. Kap. 4.1).

c) Interprofessionelle Ausbildungstation

Im Praktischen Jahr bieten Interprofessionelle Ausbildungsstationen eine gute Möglichkeit, die interprofessionellen Kompetenzen im klinischen Alltag konkret zu üben [69, 70]. Dabei stehen die PatientenInnen im Mittelpunkt. Medizinstudierende und PflegeschülerInnen, ggf. auch PhysiotherapeutInnen und Studierende sowie Auszubildende anderer Gesundheitsberufe versorgen eigenständig PatientInnen unter Supervision von BetreuerInnen/PraxisbegleiterInnen aus den jeweiligen Berufsgruppen.

Darüber hinaus werden Visiten selbständig vorbereitet und durchgeführt, Teamgespräche und Übergaben vorbereitet, Untersuchungen und nötige Folgebehandlungen ebenso wie die weitere Versorgung nach Entlassung organisiert. Aus diesen Stationen wird eine Alltagspraxis abgebildet, in der es keine klassische Trennung zwischen inter- und monoprofessionellen Kompetenzen gibt. Die Studierenden und Auszubildenden reflektieren ihre Tätigkeiten und die der anderen MitarbeiterInnen zum Wohle der Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

Auf diesen Stationen soll zudem die positive Wirkung des formativen Feedbacks stärker genutzt werden. Das Feedback soll spezifisch und strukturiert erfolgen und somit den Studierenden zur Vorbereitung auf den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M3) dienen.

4.5 ES WIRD DAS GELERNT, WAS GEPRÜFT WIRD! ÜBERPRÜFUNG INTERPROFESSIONELLER KOMPETENZEN

Prüfungen fördern das Lernen, geben ihm eine Richtung vor und differenzieren zwischen den Studierenden. Sie schützen die Öffentlichkeit vor inkompetenten ÄrztInnen und entsprechen den öffentlichen Erwartungen von Selbstregulation [71].

Durch die hohen Standards sollen die Medizinprüfungen dazu beitragen, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung sichergestellt wird. Wenn interprofessionelle Ausbildung bundesweit erfolgreich etabliert werden soll, ist es entscheidend, dass interprofessionelle Lehre adäquat in fakultätsinternen Prüfungen und Staatsexamina überprüft wird. Die Prüfungen müssen im Sinne eines Constructive Alignments angepasst sein, d.h. dass neben den Lehrinhalten und den Lernergebnissen ein konstruktivistisches Lehr-Lernverständnis mit einem ergebnisorientierten Lehrdesign verbunden wird.

a) Fakultätsinterne Prüfungen

In den Empfehlungen für fakultätsinterne Leistungsnachweise während des Studiums der Human-, Zahn- und Tiermedizin wird darauf hingewiesen, dass die für die Ausübung des ärztlichen Berufs erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen mit adäquaten Prüfungsformaten zu erfassen sind [72].

An den medizinischen Fakultäten sollen interprofessionelle Prüfungsinhalte zu den im Mustercurriculum definierten Themenbereichen entwickelt werden. Hierzu eignen sich die Versorgungsanlässe, z. B. interprofessionelle Übergaben, Dokumentation, Entlassungsmanagement

oder Fehlerkommunikation. Als Krankheitsbilder sollen hochprävalente chronische sowie kritische Erkrankungen (Wundversorgung, Diabetesversorgung, Versorgung Demenzkranker, Notfallversorgung) behandelt werden.

Konkret werden z. B. fallbasierte schriftliche Prüfungsfragen zu kritischen Entscheidungen im interprofessionellen Kontext erstellt, die zur Lösung eines klinischen Problems getroffen werden müssen.

Zur Erfassung praktischer Fertigkeiten ist es erforderlich, geeignete kompetenzorientierte Prüfungsformate zu nutzen bzw. zu entwickeln, z. B. Minimal Clinical Examination (Mini-CEX), 360°-Assessment, Objective Structural Clinical Examination (OSCE), Reflexions- und Patientenberichte. Mini-CEX und 360°-Assessment können im Rahmen des Unterrichts am Patientenbett oder im Praktischen Jahr durchgeführt werden.

Die Erstellung eines Patientenberichtes soll bereits früh im Studium eingebübt werden. Dieser soll sowohl für die ambulanten als auch für die stationären PatientInnen erfasst werden. Die Bewertung des interprofessionellen Abschnitts soll anhand eines standardisierten Bewertungsbogens durch Dozierende aller involvierten Gesundheitsfachberufe erfolgen. Die Erarbeitung des standardisierten Bewertungsbogens inkl. der Festlegung der Bewertungskriterien und der Definition der Gewichtung dieser Kriterien soll im interprofessionellen Team erfolgen.

Das OSCE-Format zur Überprüfung interprofessioneller Kompetenzen soll überwiegend im klinischen Abschnitt stattfinden und sowohl ein ambulantes als auch stationäres Setting abbilden. Im Hinblick auf die Neustrukturierung der Staatsexamina sollen einzelne OSCE-Stationen mit interprofessionellen Settings auch bereits im vorklinischen Abschnitt umgesetzt werden.

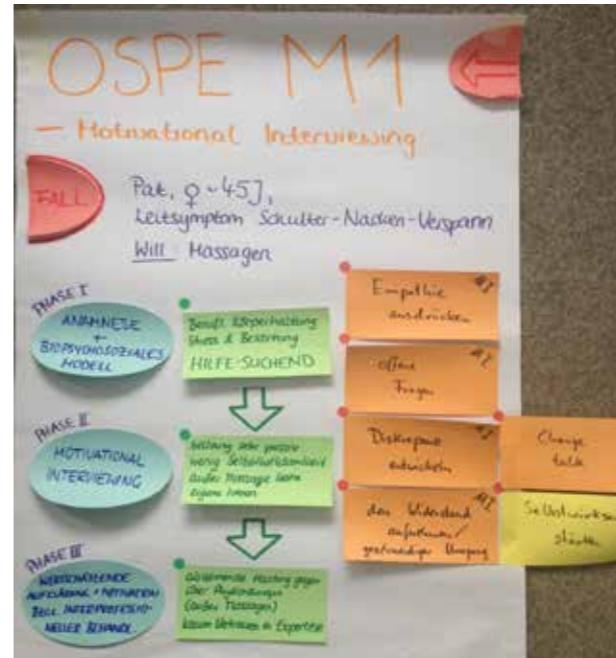


Abbildung 10: Ergebnis aus dem Workshop zum Thema „Interprofessionelle Prüfungen“, Klausurtagung vom 01.-04.08.2017 in Waren (Müritz) im Rahmen des Projektes „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“

Weiterhin sollen regelmäßige formative Prüfungen in das Curriculum integriert werden, zu denen die Studierenden longitudinales Feedback zur Kompetenzentwicklung erhalten. Darüber hinaus ist es sinnvoll, summative Prüfungen mit interprofessionellen Aspekten in die Gesamtprüfungsprogramme zu integrieren und dabei die Erfahrungen aus den Projekten aufzugreifen, die durch die Robert Bosch Stiftung gefördert wurden.

Zur besseren Vorbereitung der Studierenden auf die Abschlussprüfungen ist eine Abstimmung zwischen den fakultätsinternen Prüfungen und den Staatsexamina empfehlenswert.

b) Staatsexamina

Im Masterplan Medizinstudium 2020 wird die Neugestaltung der Ärztlichen Abschlussprüfungen gefordert. Vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) wurde ein umfassendes Prüfungskonzept dazu entwickelt [73]. Dieses sieht eine explizite Überprüfung interprofessioneller Kompetenzen vor.

Einfache interprofessionelle Inhalte sollten in der Lehre schon im ersten Studienabschnitt behandelt und bereits im Rahmen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung im mündlich-praktischen Teil geprüft werden. Für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist geplant, interprofessionelle Kompetenzen bei der Prüfung an der Patientin/am Patienten am ersten Tag (s. Abb. 11) sowie mit einem OSCE am zweiten Tag zu prüfen.

4.6 INTERPROFESSIONELL LEHREN MUSS GELERNT SEIN

QUALIFIZIERUNG VON DOZIERENDEN UND STUDENTISCHEN TUTORINNEN

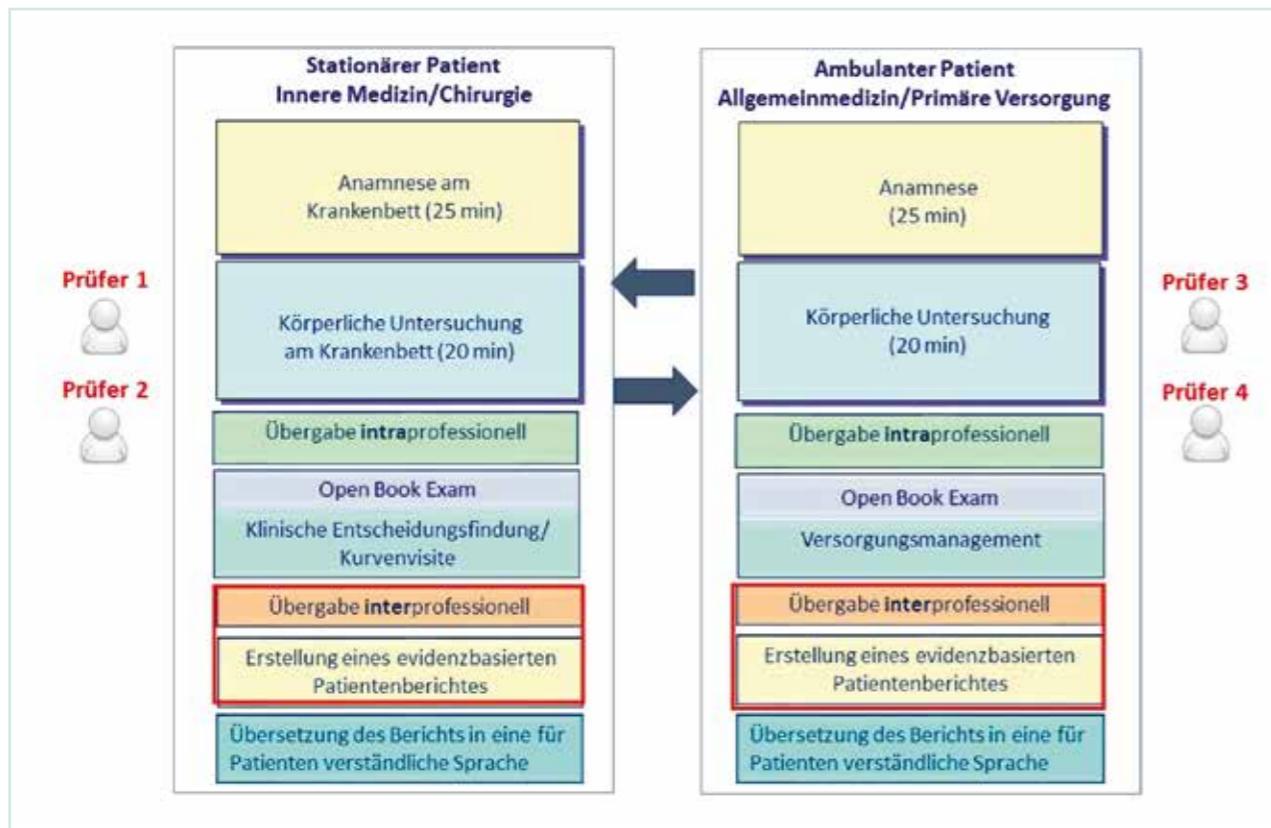


Abbildung 11: Prüfung am Patienten (1. Prüfungstag)

Prüfung an der Patientin/am Patienten (1. Prüfungstag)

Die Studierenden sollen die Ergebnisse einer Patientenuntersuchung an eine „standardisierte“ Pflegeperson bzw. Medizinische Fachangestellte (MFA) im ambulanten Bereich (allgemeinmedizinische Praxis) übergeben. Damit demonstrieren sie ihre Kompetenz, Informationen in geeigneter Fachsprache zielgruppenorientiert und strukturiert weiterzugeben. Die Beurteilung der Übergabe soll anhand eines standardisierten Bewertungsbogens erfolgen. Hierzu wurde im Projekt der erste Entwurf für die Beurteilungskriterien auf Grundlage des SBAR-Konzeptes (Situation, Background, Assessment, Recommendation) zur strukturierten Patientenübergabe erarbeitet.

Bei der Erstellung eines evidenzbasierten Patientenberichtes kommt ein weiterer interprofessioneller Aspekt hinzu – die Erfassung von Empfehlungen für die poststationäre und interprofessionelle Behandlung der Patientin/des Patienten (Vorbereitung Entlassmanagements).

unter Berücksichtigung der weiterbehandelnden LeistungserbringerInnen, wie ÄrztInnen, mit HeilmittelerbringerInnen und weitere Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung). Hier werden die Fähigkeiten der Studierenden überprüft, eine strukturierte und korrekte Dokumentation sowie zielorientierte Empfehlungen für eine sachgerechte Mit- und Weiterbehandlung zu erstellen. Außerdem wird überprüft, wie gut die Studierenden patientenorientierte und kritische Entscheidungen in der interprofessionellen Patientenversorgung treffen können.

OSCE (2. Prüfungstag)

Am zweiten Prüfungstag sollen spezifische klinische Situationen mittels OSCE durch den Einsatz von standardisierten PatientInnen und ggf. standardisierten Angehörigen bzw. VertreterInnen unterschiedlicher Gesundheitsberufen geprüft werden. Für den interprofessionellen Bereich sollen für den klinischen Alltag wichtige Themen geprüft werden, z. B. Übergabe, Fehlerkommunikation, Entlassmanagement.

Die Einführung der interprofessionellen Lehre erfordert eine spezifische Qualifizierung der Dozierenden. Schulungskonzepte sind für diesen Bereich bislang jedoch kaum vorhanden. Einheitliche Standards hinsichtlich der methodisch-didaktischen Gestaltung von Programmen zur Qualifizierung von Dozierenden für die interprofessionelle Lehre fehlen weitestgehend. Vor diesem Hintergrund besteht die Notwendigkeit, Dozierenden-Schulungen für die interprofessionelle Lehre zu entwickeln, zu erproben und langfristig einzuführen.

a) Schulungskonzept für Dozierende: Baustein „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“

Im Rahmen des LongKomm-Projektes wurde bereits ein Qualifizierungskonzept für Dozierende zur Förderung kommunikativer Kompetenzen entwickelt. An der Erarbeitung des Konzeptes waren VertreterInnen verschiedener Disziplinen (z. B. Medizin, Psychologie, Gesundheits-, Therapie- und Pflegewissenschaften) und Fachrichtungen (z. B. Onkologie, Psychosomatik, Chirurgie) beteiligt. Das Konzept umfasst zwei aufeinander aufbauende Varianten, um unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und Vorkenntnissen sowie Bedürfnissen der Teilnehmenden Rechnung tragen zu können: eine Einsteiger-Schulung sowie eine Aufbau-Schulung mit jeweils 16 Unterrichtseinheiten (s. Tab. 7) [24, 25, 74].

Module Einsteiger-Schulung (16 UE gesamt)	Module Aufbau-Schulung (16 UE gesamt)	
Theoretische Grundlagen der Kommunikation	2 UE	Überbringen schlechter Nachrichten
Gesprächsstrukturierung	2 UE	Fehlerkommunikation
Beziehungsaufbau, Emotion und Empathie	2 UE	Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation
Feedback	2 UE	Sensible Themen (je nach Fachgebiet)
Hospitalisation	4 UE	
Praxiseinheit mit begleitendere Reflexion	4 UE	

Tabelle 7: Qualifizierungskonzept für Dozierende zur Förderung kommunikativer Kompetenzen



Im hier beschriebenen Projekt wurde darauf aufbauend ein differenziertes Schulungskonzept für den Baustein „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ erarbeitet, das sich an den vier Kernkompetenzbereichen interprofessioneller Zusammenarbeit (Werte und Ethik im interprofessionellen Team, interprofessionelle Kommunikation, Rollen und Verantwortlichkeiten, interprofessionelle Zusammenarbeit) orientiert. Zunächst ist hierfür der Umfang von 4 UE zur verpflichtenden Integration vorgesehen (s. Tab. 8).

Abbildung 12: Ergebnis der Arbeitsgruppe „Dozentenqualifikation“ im Rahmen des gemeinsamen Arbeitstreffens der Projekte „Pilotimplementierung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin“ und „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation in der Medizin“ 05. und 06. Oktober 2017 in Mainz

Kernkompetenzbereiche	Inhalte
Werte und Ethik im interprofessionellen Team (1 UE)	Thema: Erwartungen und Herausforderungen/Vorbehalte gegenüber anderen Berufsgruppen in der interprofessionellen Lehre und Zusammenarbeit Ziele: Gemeinsamkeiten erkennen, Unterschiede reflektieren, Konsequenzen daraus für den Arbeitsalltag reflektieren Methode: Interprofessionell moderierter Erfahrungsaustausch
Rolle und Verantwortung (1 UE)	Thema: Definition von Rolle & Kontakthypothese Ziele: alle beteiligten Rollen und Verantwortlichkeiten kennen, Bewusstsein für Rollen in der Patientenversorgung erreichen, andere Rollen respektieren und wertschätzen, eigene Grenzen erkennen Methode: Brainstorming & Präsentation, Fallvignette (Video, Simulation) & Rollenspiel (Perspektivwechsel)
Interprofessionelle Kommunikation (1 UE)	Thema: Methoden/Lösungsansätze guter interprofessioneller Kommunikation Ziele: besondere Anforderungen und Schwierigkeiten der Interprofessionellen Kommunikation identifizieren, Bewusstsein für Rollen in der Patientenversorgung erreichen, Ziele effektiver Kommunikation kennen und vermitteln (Patienten-Outcomes und Mitarbeiter-Outcomes) Methode: interaktives Training in spezifischen Situationen mit den FachausbilderInnen (z. B. Rollenspiel, Simulation etc.)
Teamarbeit (1 UE)	Thema: Zusammenarbeit im interprofessionellen Team Ziele: Prinzipien gelungener interprofessioneller Zusammenarbeit kennen, Literatur und Evidenz kennen, Ein gemeinsames Verständnis entwickeln Methode: Präsentation & moderierte Diskussion, Arbeit in Kleingruppen mit konkreten Beispielen inkl. Videoanalysen

Tabelle 8: Exemplarische Ausgestaltung der Dozentenschulung für den interprofessionellen Bereich (4 UE)

Das Schulungskonzept soll als konsentierter Blueprint dienen und kann dann je nach Bedarf und Fachrichtung inhaltlich konkretisiert werden. Weiterhin sollen im nächsten Schritt in Bezug auf die Einordnung des Qualifikationsgrades die Levels des Deutschen bzw. Europäischen Qualifikationsrahmens diskutiert werden.

b) Interprofessionelle Schulung für studentische TutorInnen

Für die Umsetzung und Implementierung des interprofessionellen Lehrens und Lernens und die Anbahnung interprofessioneller Kommunikations- und Kooperationskompetenz im Rahmen des Medizinstudiums empfiehlt es sich, bereits vorhandene Lehr-Lernformate nutzbar zu machen. Hierzu zählt unter anderen der pädagogische Ansatz des „peer-assisted learning“ (PAL), welches in Form von Tutorien international und mittlerweile nahezu an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland erfolgreich eingesetzt wird [65, 75-78].

Die Implementierung von peer-gestützten Tutorien erweist sich vergleichsweise wenig ressourcenintensiv. Hinsichtlich der Vielzahl an curricularen, zeitlichen, institutionellen und strukturellen Variationsmöglichkeiten handelt es sich zudem um ein sehr flexibel einsetzbares Lehr-Lernformat [79, 80].

Um die Qualität studentischer Tutorien zu sichern, ist es notwendig, die TutorInnen professionell zu qualifizieren und zu begleiten. Im LongKomm-Projekt wurde ein Konzept für eine mehrtägige Summer School „Ärztliche Kommunikation“ entwickelt, die Studierende der Medizin zunächst in Medizindidaktik und Grundlagen in Kommunikation und Gruppenleitung (Modul I, 24 UE) sowie in spezifischer Kommunikation (Modul II, 24 UE) qualifiziert [81].

Im Rahmen des hier beschriebenen Projektes wurde als Pilotprojekt ein interprofessioneller Baustein zur Integration in das Modul „Spezifische Kommunikation“ entwickelt (s. Tab. 9) und mit 17 Medizinstudierenden und acht Studierenden/Auszubildenden weiterer Gesundheitsberufe im Oktober 2017 in Berlin und im Juni 2018 in Nürnberg erfolgreich durchgeführt.



Abbildung 13: Gruppenfoto von der Summer School „Ärztliche Kommunikation für Tutorinnen und Tutoren“ vom 13.-15. Oktober 2017 in Berlin

Inhalte	Ziele	Methode
Rolle und Verantwortung (1 UE)		
Rollenbilder und Verantwortungsbereiche	<ul style="list-style-type: none"> Erwartungen an und Rollenbilder im Hinblick auf die jeweils anderen Berufsgruppen reflektieren. Aufgaben der anderen Berufsgruppen kennenlernen und ihre Bedeutung für die interprofessionelle Versorgung beschreiben. 	Visualisierung der Vorstellungen über andere „fremde“ Berufsgruppen in Form eines Bildes mit anschließender Reflexion
Interprofessionelle Kommunikation und Teamarbeit (3 UE)		
Kommunikations herausforderungen im interprofessionellen Team	<ul style="list-style-type: none"> Bewusstsein für die Bedeutung einer gelingenden Kommunikation für die interprofessionelle Zusammenarbeit schaffen. Lösungen für Konfliktsituationen in der interprofessionellen Zusammenarbeit formulieren und anwenden. 	Präsentation Rollenspiel „Konfliktsituationen im Team“ in interprofessionellen Kleingruppen Methodisch-didaktische Reflexion
Übergabe im interprofessionellen Team	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierung und Reflexion für Herausforderungen in Übergabesituationen Erkennen der Notwendigkeit und des Nutzens einer strukturierten Übergabe am Beispiel des SBAR-Konzeptes. 	Rollenspiel „Interprofessionelle Übergabe“ in Kleingruppen Kurzvortrag SBAR-Konzept Abschließend methodisch-didaktische Reflexion
Entwicklung und Umsetzung interprofessioneller TutorInnen	Sensibilisierung für die Herausforderungen bei der Planung und Durchführung interprofessioneller TutorInnen unter besonderer Berücksichtigung der Heterogenität der Ausbildungsmöglichkeiten	Vortrag und moderierte Diskussion

Tabelle 9: exemplarische Darstellung eines interprofessionellen Moduls für die Tutoren Schulung

Um die didaktische Qualifizierung von TutorInnen im interprofessionellen Bereich nachhaltig voranzutreiben, wurden von der Arbeitsgruppe Maßnahmen empfohlen, welche bei der Implementierung interprofessioneller Tutorenqualifikation berücksichtigt werden sollten. Diese wurden in vier Bereiche unterteilt:

- Personelle Ressourcen
- Teilnehmerrekrutierung
- institutionelle Bedingungen
- Qualitätssicherung und Evaluation.

Maßnahmen zur Unterstützung der Schulung interprofessioneller TutorInnen

1. Personalressourcen

Für die Durchführung von Tutorenqualifikationsprogrammen bedarf es entsprechend qualifizierter Dozierender. In den Anfängen konnten „Change Champions“ eingesetzt werden, die aus einer intrinsischen Motivation (Engagement, Interesse) zunächst einführend Schulungen durchführen. Mittelfristig bietet sich an, im Sinne eines Train-the-Trainer-Konzeptes bereits ausgebildete TutorInnen einzusetzen. Langfristig sind jedoch Dozierendenteams aus Medizindidaktikern, Pflege- und Medizinpädagogen bzw. Lehrenden für Gesundheitsberufe empfehlenswert.

2. Teilnehmerrekrutierung

Die unterschiedliche Bedeutung von Tutorien bzw. PAL Programmen in den Ausbildungen der verschiedenen Gesundheitsberufe stellt eine große Herausforderung dar. Während Tutorien im Medizinstudium häufig eingesetzte Lehr-Lernformate darstellen, werden sie insbesondere in der berufsfachschulischen Ausbildung anderer Gesundheitsberufe noch selten eingesetzt. Demnach ist der Bedarf an einer Tutorenqualifikation unterschiedlich und die Rekrutierung potentieller TutorInnen aus anderen als den ärztlichen Bereichen erschwert. Davon ausgehend sollten unterschiedliche Rekrutierungsstrategien eingesetzt werden. So empfiehlt es sich, neben dem traditionellen Weg der direkten Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Bildungsinstitutionen auch soziale Netzwerke zu nutzen, um Studierende direkt anzusprechen und zielgruppenspezifische Informationen zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren sollten Anreizsysteme, z. B. Zertifikate, die Vergabe von Credit Points für außerfachliche Schlüsselqualifikationen oder Anrechnung als Wahlfach eingesetzt werden.

4. Qualitätssicherung/Evaluation

Als Element der Qualitätssicherung sollten die an verschiedenen Standorten durchgeführten Tutorenqualifikationsprogramme regelmäßig evaluiert werden (s. Abb. 14). Zum jetzigen Zeitpunkt empfehlen sich dafür summative Formate. Da für diesen Bereich bisher keine standardisierten Instrumente vorliegen, gilt es auch hier, geeignete Instrumente zu entwickeln und zu erproben. Im Rahmen der Pilotierung des interprofessionellen Bausteins zur Tutorenqualifikation wurde eine fragebogengestützte Evaluation durchgeführt. Neben der Einschätzung der Zufriedenheit waren die Teilnehmenden auch aufgefordert, ihren wahrgenommenen Wissenszuwachs sowohl im methodisch-didaktischen als auch interprofessionellen Bereich zu bewerten. Grundsätzlich sollte die Phase der Pilotierung und Implementierung mit Blick auf unterschiedliche Faktoren (Konzept, AkteurInnen, Outcomes etc.) evaluativ begleitet werden. Im Sinne eines ressourcenorientierten Vorgehens könnte die Evaluation und wissenschaftliche Betrachtung von Pilotprojekten mit Qualifikationsarbeiten verbunden werden.



Abbildung 14: Standorte der TutorInnen-Qualifizierungsprogramme (Stand: September 2019)

4.7 QUALITÄTSSICHERUNG GEHÖRT DAZU! EVALUATION DES INTERPROFESSIONELLEN CURRICULUMS

Die Erstellung eines Evaluationskonzeptes kann in Anlehnung an das UK Medical Research Council (MRC) Framework zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen erfolgen [82].

Zur Testung des Curriculums auf Machbarkeit und Akzeptanz sollte eine Pilotstudie durchgeführt werden. Diese soll die Eignung der gewählten Lehr-Lern- und Prüfungsmethoden, Medien und Sozialformen des Lernprozesses sowie deren Angemessenheit und Akzeptanz explorieren.

Im Rahmen dieser Studie sollen Unterrichtsbeobachtungen, individuelle Feedbacks, Dokumentation der Prüfungen und Fokusgruppeninterviews im Anschluss an den Unterricht durchgeführt werden. Dabei sollen die Beobachtungsprotokolle bzw. Audioaufzeichnungen und Transkriptionen für die Fokusgruppeninterviews erstellt werden.

Die Datenauswertung könnte anhand von qualitativen Inhaltsanalysen in Anlehnung an Mayring durchgeführt werden, um die Praktikabilität und den Akzeptanzgrad zu ermitteln.

Zudem sollten die im Rahmen des Projektes entwickelten Trainings für die Dozierenden und TutorInnen evaluiert werden. Dies kann analog mit den oben beschriebenen Methoden erfolgen. Idealerweise wird das Curriculum anschließend in einem kontrollierten Design auf Wirksamkeit getestet.

Beispielsweise könnte die Interventionsgruppe den Unterricht nach dem neuen Curriculum durch die mittels Train-the-Trainer-Kursen ausgebildeten Dozierenden erhalten, die Kontrollgruppe den Unterricht nach dem bisher vorhandenen Curriculum. Die Überprüfung der Zielerreichung erfolgt anhand eines simulierten Examens (primärer Endpunkt), welches die erworbenen Kompetenzen überprüft. Die Datenerhebungen zum primären Endpunkt erfolgen vor (Basisdatenerhebung) und nach der Intervention. Zudem sollte die Einbeziehung von Ergebnisparametern auf der Ebene der PatientInnen untersucht werden.

Da es sich um eine komplexe Strukturintervention handelt, ist eine begleitende Prozessevaluation anzustreben. Dadurch werden Faktoren identifiziert, die einen positiven oder negativen Einfluss auf die Wirksamkeit der Intervention haben könnten. Die Prozessevaluation trägt zu einem tieferen Verständnis von den Zusammenhängen der interventionellen Einzelkomponenten bei. Durch die Prozessevaluation können Hinweise gewonnen werden, unter welchen Voraussetzungen eine Implementierung der Intervention erfolgreich sein kann [83, 84].

**VERÄNDERUNGSKULTUR AUFBAUEN
UND PFLEGEN – STRUKTUREN UND
PROZESSE ANPASSEN
INSTITUTIONELLE EMPFEHLUNGEN ZUR
IMPLEMENTIERUNG DES INTERPROFESSIO-
NELLEN CURRICULUMS**

5 VERÄNDERUNGSKULTUR AUFBAUEN UND PFLEGEN – STRUKTUREN UND PROZESSE ANPASSEN

INSTITUTIONELLE EMPFEHLUNGEN ZUR IMPLEMENTIERUNG DES INTERPROFESSIONELLEN CURRICULUMS

a) Medizinische Ausbildung

Die Bedingungen zur Einführung eines interprofessionellen Curriculums an den deutschen medizinischen Fakultäten sind sehr heterogen. Trotzdem sollte die Einbeziehung von Studierenden und Auszubildenden weiterer Pflege- und Gesundheitsfachberufe gestärkt werden. Die Möglichkeit der Umsetzung interprofessioneller Lehr- und Lernaktivitäten hängt von zahlreichen Faktoren ab, z. B. Anzahl der Studierenden (bzw. SchülerInnen oder Auszubildenden) pro Studien- bzw. Ausbildungsgang, Kooperationsmöglichkeiten mit den Lehr- und Praxiseinrichtungen anderer als ärztlicher Gesundheitsberufe, rechtlichen Rahmenbedingungen (Kapazitätsrecht, Berufsrecht, Sozialrecht, Gesundheitsrecht), Anforderungen der Ärztlichen Approbationsordnung, der staatlichen Zulassungsregelungen für die anderen Berufe sowie Ausbildungs- und Prüfungsordnungen der Gesundheitsfachberufe. Folgende Fragen sind für die Implementierung vorweg zu klären:

Zur Begleitung der Implementierung ist die Gründung einer **interprofessionellen Steuerungsgruppe** zu empfehlen, in der die EntscheidungsträgerInnen aller beteiligten Institutionen/Professionen vertreten sind. Für die Umsetzung der Maßnahmen, die durch die Steuerungsgruppe zu definieren sind, sollten personelle und finanzielle Ressourcen sowie organisatorische Voraussetzungen (Räumlichkeiten, technische Ausstattung etc.) vorhanden sein. Zur Durchführung der Implementierung wird empfohlen, eine Stelle (mind. 50 %) einzurichten, mit qualifiziertem Personal zu besetzen und der Steuerungsgruppe zuzuordnen. Diese soll die **zentrale Koordination in enger Abstimmung mit den beteiligten Institutionen** übernehmen, z. B. Themenauswahl, Studienablaufplanung, curriculare Planung (Seminar- und Stundenplanplanung), Lehrplanung (Beauftragung der Dozierenden), Prozess- und Ergebnisevaluation von Inhalten und Lernergebnissen mit Lern- und Prüfungszielen etc.

Die **Planung und Organisation** eines interprofessionellen Curriculums ist sehr komplex und sollte frühzeitig mit einer Vorlaufzeit von ca. 12 bis 18 Monaten unter Beteiligung aller Mitwirkenden begonnen werden. Die im Curriculum zu vermittelnden Inhalte sollen zu größeren **Themenblöcken von ca. 6 UE (Teilmorden)** zusammengefasst werden, die jeweils an einem oder zwei Tagen im Semester angeboten und bearbeitet werden. Durch diese Bündelung wird der organisatorische Aufwand, passende Zeitfenster in den Lehrablaufplänen aller Beteiligten zu finden, deutlich geringer.

Die **Entwicklung von Lehr-Lernkonzepten** sowie die **Umsetzung** dieser Konzepte sollte in interprofessionellen Teams erfolgen. Im Voraus ist gemeinsam zu definieren, welche Semester bzw. Ausbildungsjahrgänge gemeinsam unterrichtet werden sollen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Dozierenden, die den interprofessionellen Unterricht übernehmen, möglichst im Voraus eine **verpflichtende Schulung** durchlaufen sollten (vgl. Kapitel 4.6).

(Kompetenzorientierte) interprofessionelle Prüfungen sollten ein **verpflichtender Bestandteil des Curriculums** sein und das Lernverhalten der Studierenden steuern sowie ein Feedback geben, ob die im Voraus definierten Lernziele erreicht werden konnten.

Die interprofessionellen Lehrveranstaltungen sollten **regelmäßig spezifisch evaluiert** werden. Hierzu kann z. B. die deutsche Version von „The University of the West of England Interprofessional Questionnaire“ (UWE-IP) eingesetzt werden [85].

Mittelfristig sollten unbedingt begleitend die **Auswirkungen der interprofessionellen Ausbildung** auf die Realität der interprofessionellen Zusammenarbeit und die Patientenversorgung untersucht werden, um die flächendeckende Integration der interprofessionellen Curricula zu unterstützen.

b) Medizinische Staatsexamina

Veränderungen in der Ausbildung können eine zentrale Strategie bei der Etablierung einer interprofessionellen und sektorenübergreifenden Versorgung werden und somit einen Beitrag zur Stärkung der Patientenorientierung und der Patientensicherheit leisten.

Durch **Integration der interprofessionellen und intersektoralen Inhalte in die medizinischen Staatsexamina** soll bei den AbsolventInnen und BerufsanfängerInnen die Offenheit für Innovationen und sektoren- sowie professionsübergreifende Verbesserungsprozesse gefördert werden.

Diese Prüfungsinhalte werden in die IMPP-Gegenstandskataloge aufgenommen und im Voraus interprofessionell abgestimmt. Übergeordnete Themen wie Patientensicherheit, Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz sollen professionsübergreifend gestaltet werden.

Um eine inhaltliche Abstimmung zwischen den interprofessionellen Prüfungsinhalten und der sektorenübergreifenden Patientenversorgung herzustellen, wurde am IMPP ein Gremium, die Gegenstandskatalogs-Kommission (GK-Kommission), gegründet. Die Aufgabe dieser Kommission ist es, in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens die für die Versorgung relevanten Themen zu identifizieren und diese bei der Ausrichtung der Inhalte für die Staatsexamina in der Medizin, Pharmazie und Psychotherapie zu berücksichtigen. In der GK-Kommission sind RepräsentantInnen aus insgesamt 50 Einrichtungen und Institutionen der Gesundheitsversorgung vertreten.

Leitfragen zur Planung und Implementierung eines interprofessionellen Curriculums

- Welche Ressourcen sind an den beteiligten Institutionen vorhanden?
- Wo wäre eine Verortung der interprofessionellen Lehrinhalte im Curriculum möglich?
- Welche Synergien mit bereits laufenden und geplanten Projekten sind möglich?
- Welche Kooperationen mit den Ausbildungseinrichtungen anderer Gesundheitsberufe bestehen bzw. sind möglich?
- Wie ausgeprägt ist die Änderungsbereitschaft in Richtung innovativer Curricula?
- Wie beeinflusst das interprofessionelle Curriculum die Lernkultur bei den Studierenden/Auszubildenden?
- Wie kann Nachhaltigkeit/Anpassung an Veränderungen in der Ausbildung sichergestellt werden?

Beteiligte Institutionen

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
AOK-Bundesverband GbR
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) e. V.
Nationaler Krebsplan (NKP)
Allianz für Gesundheitskompetenz
Arbeitskreis „junge Kammer“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH)
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
BARMER
Bundesärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V.
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Dekanekonferenz Pflegewissenschaften
Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutscher Bildungsrat - DBfK e. V.
Deutscher Pflegerat e. V.
Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM)
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Stabsstelle Patientenbeteiligung
Geschäftsstelle der Patientenbeauftragten der Bundesregierung
Gesellschaft für Hochschullehrer für Allgemeinmedizin e.V.
Gesellschaft für Medizinische Ausbildung e. V. (GMA)
Gesundheitsministerkonferenz (GMK)
GKV-Spitzenverband
Hochschulrektorenkonferenz (HRK)
Institut für Evidenz in der Medizin (für Cochrane Deutschland Stiftung) Universitätsklinikum Freiburg
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft Universität Halle-Wittenberg
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG)
Kassenärztliche Bundesvereinigung KdÖR
Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK)
Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (MFT)
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)
Universitäre Medizin Zürich
Universität zu Köln - Rechtswissenschaftliche Fakultät

Tabelle 10: Übersicht der an der Gegenstandskatalogs-Kommission beteiligten Institutionen

Das Gremium begleitet die Entwicklung und fortlaufende Bearbeitung der IMPP-Gegenstandskataloge Medizin, Pharmazie und Psychotherapie, indem sie auf nationaler Ebene thematische Schwerpunktsetzungen reflektiert und qualifizierend abstimmt. Dabei werden die Ergebnisse

anderer Gremien und Kommissionen integriert. So können alle aktuellen Entwicklungen im Bereich des Gesundheitswesens berücksichtigt und bei der Erstellung der Staats-examina beachtet werden.

GEMEINSAM AN EINEM STRANG ZIEHEN
EMPFEHLUNG FÜR DIE VERMITTLUNG INTER-PROFESSIONELLER KOMPETENZEN AN WEITERE GESUNDHEITSBERUFE

6 GEMEINSAM AN EINEM STRANG ZIEHEN

EMPFEHLUNG FÜR DIE VERMITTLUNG INTERPROFESSIONELLER KOMPETENZEN AN WEITERE GESUNDHEITSBERUFE

Um die Angehörigen der Gesundheitsberufe zu befähigen, neue bedarfsoorientierte Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln und zu praktizieren, müssen nicht nur im Medizinstudium, sondern auch in den Studien- und Ausbildungsgängen von Therapie-, Pflege- und Gesundheitswissenschaften sowie weiteren Gesundheitsberufen Aktivitäten zur Stärkung der interprofessionellen Ausbildung eingeführt werden. Dies gilt sowohl für die Berufe, deren Ausbildung traditionell an Universitäten und anderen Hochschulen stattfindet, als auch für Berufe, die sich im Prozess der Akademisierung befinden und die derzeit in Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen oder in ausbildungsintegrativen Studiengangsformen ausgebildet werden. Zur dauerhaften Verankerung interprofessionellen Lernens an den Bildungsinstitutionen aller Gesundheitsfachberufe sind Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen gefordert:

Im Rahmen der Akademisierung weiterer Gesundheitsfachberufe ist die Abstimmung mit den Themen und Inhalten des „Mustercurriculums Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation für Medizinstudierende“ anzustreben.

Leitfaden zur Planung und Implementierung eines interprofessionellen Curriculums

- Aktualisierung der Berufsgesetze und Beschreibung von Berufsprofilen, Berufsrollen und deren normative Verankerung
- Aufnahme entsprechender Kompetenzziele in die Curricula, Module, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, Rahmenrichtlinien u. ä. der Gesundheitsfachberufe
- Entwicklung und Implementierung interprofessioneller Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte und Curricula für die unterschiedlichen Berufe
- Entwicklung und Implementierung hochschuldidaktischer Konzepte für die Qualifikation von Lehrenden für die interprofessionelle Lehre
- Schaffung von institutionellen Voraussetzungen und Kooperationen (z. B. Gesundheitscampus) für die Implementierung interprofessionellen Lehrens/Lernens (Aufbrechen von „Bildungssilos“; Schaffung von gemeinsamen „Ausbildungskorridoren“)
- Aufbau und Entwicklung von Forschung zum interprofessionellen Lehren und Lernen sowie in der Versorgungsforschung.

WO KLEMMT ES?

IMPLEMENTIERUNGSHÜRDEN UND POLITISCHE VERANTWORTUNG

7 WO KLEMMT ES?

IMPLEMENTIERUNGSHÜRDEN UND POLITISCHE VERANTWORTUNG

Derzeit stoßen Initiativen zur Förderung der interprofessionellen Ausbildung auf zahlreiche Barrieren [28]. Abgesehen von organisatorischen Hindernissen, bestehen Schwierigkeiten in der Überwindung traditioneller Rollenmuster und in der Definition von gemeinsam getragenen grundlegenden Zielsetzungen bezüglich des interprofessionellen Lehrens und Arbeitens [86].

Die Entwicklung der interprofessionellen Lehre und Zusammenarbeit sollte daher auf einem kontinuierlichen Ansatz basieren und unterschiedliche Entwicklungsstufen beinhalten. Neben sehr elaborierten Konzepten sollten auch solche entwickelt werden, die einen separaten Kom-

petenzaufbau innerhalb der jeweiligen Berufsgruppen mit eher punktuellen Phasen gemeinsamer Lehre mit VertreterInnen der jeweils anderen Berufsgruppen verknüpfen. Letztlich wird der Erfolg des interprofessionellen Lehrens und Lernens entscheidend davon abhängen, dass von der (Bildungs- und Gesundheits-)Politik die Rahmenbedingungen für eine stärker kooperative, partnerschaftliche und auf die Bedürfnisse und Bedarfe der PatientInnen gerichtete Gesundheitsversorgung geschaffen werden. Dies schließt auch neue Muster der Aufgaben- und Verantwortungsteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und deren normative Umsetzung ein.

Studierende und PatientInnen in Veränderungsprozesse einbinden

Zur Unterstützung einer flächendeckenden Implementierung der interprofessionellen Ausbildung sollen die Studierenden als bedeutende Zielgruppe in die curricularen Veränderungsprozesse involviert werden und eine aktive Rolle erhalten. Um dieser Anforderung gerecht zu werden und die Veränderungsprozesse initiiieren und gestalten zu können, sollen die Studierenden darauf vorbereitet und trainiert werden. Hierzu wurde am IMPP das **Programm „Young Leadership“ zur Förderung von Führungs- und Managementqualitäten für Studierende der Heil- und Gesundheitsberufe** ins Leben gerufen.

Im Rahmen der Abschlussveranstaltung des hier beschriebenen Projektes wurde gemeinsam u. a. mit den Studierenden ein Konzept für dieses Programm erarbeitet. Es wurde der Frage nachgegangen, welche Themenbereiche ein Qualifizierungsprogramm beinhalten sollte, damit notwendige Veränderungen im Gesundheitswesen strategisch erfolgreich initiiert und umgesetzt werden können. In der nachfolgenden Tabelle sind die Module und Modulinhalte für das „Young Leadership“-Programm dargestellt:

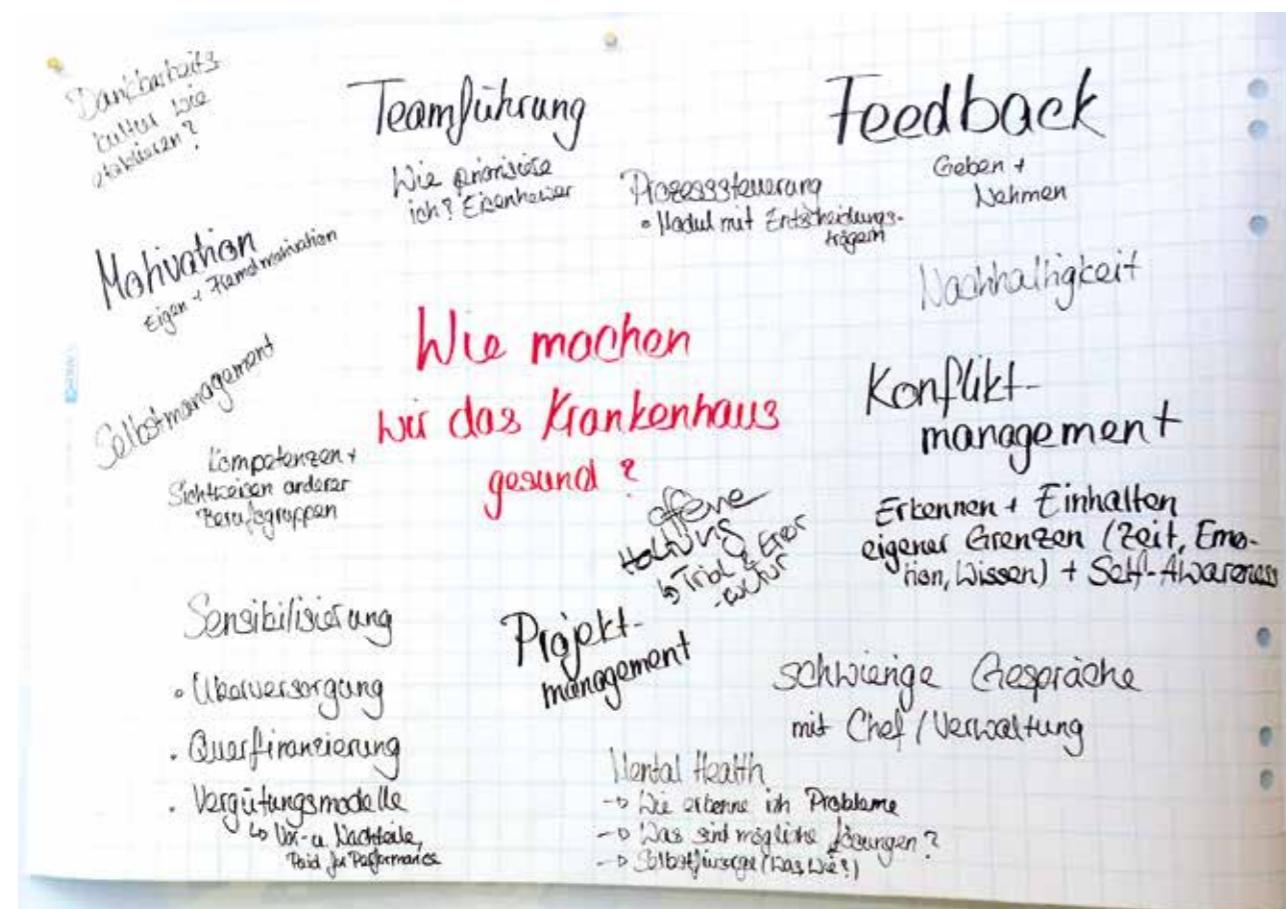


Abbildung 15: Workshop „Wo krankt es im Krankenhaus? Gute Führung und zielorientiertes Management bereits in der Ausbildung lernen“ im Rahmen der Abschlussveranstaltung „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ am 27. und 28. Juni 2019 in Mainz

Module	Modulinhalte/-themen
Projektmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Projektmanagementinstrumente • Zeitmanagement • Finanzierungsmodelle • Erstellung von einem Business Case • Präsentationstechniken
Selbstmanagement/Selbstreflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeitstest zur Selbstreflexion • Selbstmanagement-/reflexion • Beziehungsmanagement • Erkennen und Einhalten eigener Grenzen
Kommunikation und Teamführung	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationstypen (Farblehre) • Feedback • Kritikfähigkeit • Kommunikationsmodelle/-strukturen • Führung von kritischen Gesprächen • Erlernen von Sensibilität
Basiswissen Krankenhaus-BWL und Gesundheitspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Verstehen von Strukturen in der Gesundheitspolitik und Universitäten
Change Management	<ul style="list-style-type: none"> • Änderungsbereitschaft erzielen • Hindernisse aus dem Weg räumen • Veränderungen weiter antreiben • Überzeugungskraft steigern

Tabelle 11: Entwurf für die Module und Modulinhalte des „Young Leadership“-Qualifizierungsprogramms

Das Programm soll den TeilnehmerInnen die Grundlagen für eine effektive Selbstorganisation und Selbstführung vermitteln, um Veränderungsprozesse initiieren und gestalten zu können. Dies sorgt dafür, dass unabhängig vom hierarchischen Status Verantwortung übernommen werden kann – sowohl für die Behandlung von PatientInnen, als auch für Veränderungen in den Gesundheitsberufen und für die nachhaltige Neuausrichtung des Gesundheitssystems.

Ein weiterer Schritt zur Unterstützung der Implementierung von Interprofessionalität in der Ausbildung und in den Staatsexamina gemeinsam mit Studierenden ist das Pilotprojekt „**S.H.I.T. HAPPENS – Student Health Professionals' Incident Reporting Tool**“ [87]. Das erste standortübergreifende Fehlermeldeportal – Critical Incident Reporting System (CIRS) – für Studierende der Humanmedizin, der Pharmazie sowie TeilnehmerInnen der postgradualen Psychotherapieausbildung soll die Sicherheit von PatientInnen und den versorgenden Fachkräften im Gesundheitssystem erhöhen. Das Projekt wurde vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen initiiert. Es wird in Kooperation mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) umgesetzt und wissenschaftlich unterstützt vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd e. V.) ist seit Projektbeginn in den Entwicklungsprozess eingebunden und hat der Plattform den Namen S.H.I.T. HAPPENS gegeben. Ziel ist, ein Bewusstsein für gesundheitsrelevante Risiken zu wecken und eine offene Fehlerkultur zu etablieren. Die gemeldeten Fälle werden analysiert, bewertet und den Meldenden zurückgespiegelt. Zudem erfolgt eine Weiterleitung der Fälle an Institutionen und Fachkommissionen, um aus den sicherheitsrelevanten Ereignissen realitätsnahe Ausbildungs- und Prüfungsinhalte zu erstellen und diese auf mögliche Sicherheitslücken oder -defizite zu fokussieren.

Im Mittelpunkt aller Aktivitäten im Gesundheitswesen steht die Patientin/der Patient. Zur Stärkung der Patientenorientierung in der Ausbildung ist eine **aktive Patientenbeteiligung** an der Konzeption und zum Teil Durchführung von Lehrveranstaltungen, Trainings und Prüfungen sehr wertvoll. Es bietet die Gelegenheit, Wissen und Erlebnisse von Betroffenen über die Behandlungsprozesse und psychosozialen Belastungen einzubeziehen. Zudem werden u. a. longitudinale Versorgungsstrukturen und verschiedene Behandlungskonzepte aus der Patientenperspektive dargestellt und reflektiert. Basierend auf den Erfahrungen der PatientInnen kann eine das Fehlermanagement optimiert werden. Durch Einbindung der PatientInnen in die Ausbildung kann deren Sicherheit und Gesundheitskompetenz verbessert werden.

Am IMPP wurde bereits ein Patientenbeirat einberufen, um die Perspektive der PatientInnen insbesondere bei ärztlichen, pharmazeutischen und psychotherapeutischen Staatsprüfungen verstärkt berücksichtigen zu können. Denn die Prüfung beeinflusst die Gestaltung der Curricula sowie das Lernverhalten der Studierenden. So finden die Bedürfnisse der PatientInnen Eingang in die Ausbildung und die Studierenden können ein besseres Verständnis für PatientInnen entwickeln. Um die Patientenperspektive noch mehr einbinden zu können, wäre ein Fehlermeldeportal für PatientInnen ein hilfreicher Schritt, um für die Patientensicherheit relevante Themen in den Staatsexamina aufnehmen zu können.

WIE SETZEN WIR ES UM?

AKTIONSPLAN ZUR UMSETZUNG DER INTERPROFESSIONELLEN LEHRE AN DEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄTEN UND ÜBERPRÜFUNG IM STAATSEXAMEN

8 WIE SETZEN WIR ES UM?

AKTIONSPERSONALISIERUNG DER INTERPROFESSIONELLEN LEHRE AN DEN MEDIZINISCHEM FAKULTÄTEN UND ÜBERPRÜFUNG IM STAATSEXAMEN

Interprofessionelle Lehre soll in die Ausbildungen der Gesundheitsberufe verpflichtend integriert werden. Um diese Maßnahme umzusetzen, werden anhand der hier aufgeführten Erfahrungen und Ergebnisse folgende Empfehlungen zur Gestaltung und Umsetzung der interprofessionellen Lehre ausgesprochen:

EMPFEHLUNG 1 Interprofessionelles Curriculums an vier Kernkompetenzbereichen ausrichten

Das interprofessionelle Curriculum soll kompetenzorientiert aufgebaut sein und sich, den internationalen Rahmenempfehlungen folgend, an vier Kernkompetenzbereichen ausrichten:

- Werte und Ethik im interprofessionellen Team
- Interprofessionelle Kommunikation
- Rollen und Verantwortlichkeiten
- Interprofessionelle Zusammenarbeit.

EMPFEHLUNG 2 Interprofessionelle Kompetenzen longitudinal vermitteln

Die Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen soll sich über den gesamten Verlauf des Medizinstudiums bzw. der weiteren Studiengänge erstrecken.

- a) Ein interprofessionelles Gesundheitskompetenz- und Versorgungspraktikum soll Grundlagen zu gemeinsamen, professionsspezifischen und interprofessionellen Kompetenzen möglichst schon vor dem Studium vermitteln und das unstrukturierte Krankenpflegepraktikum ersetzen.
- b) Ein Curriculum im Umfang von 50 UE knüpft an die Themen aus dem Pflegepraktikum an.
- c) Im Praktischen Jahr sollen die interprofessionellen Kompetenzen auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation bzw. -praxis konkret geübt werden.

EMPFEHLUNG 3 Operationalisierbare interprofessionelle Lernziele definieren

Um sicherzustellen, dass alle Studierenden am Ende des Ausbildungsabschnittes dieselben interprofessionellen Lernziele auf vergleichbarem Niveau erreichen, sollen spezifische Lernziele und Kompetenzen ausformuliert und in den kompetenzorientierten Gegenstandskatalog für die Staatsexamina aufgenommen sowie in einem verbindlichen Lernzielkatalog zur interprofessionellen Ausbildung zusammengefasst werden. Die Grundlage zur Ausarbeitung eines solchen Lernzielkataloges bietet Kapitel 8 „die Ärztin/der Arzt als Teammitglied“ des Nationalen Kompetenzorientierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM).

EMPFEHLUNG 4 50 Unterrichtseinheiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation verpflichtend integrieren

Das interprofessionelle Curriculum sieht 50 UE vor, die exemplarisch aus acht Tagen à 6 UE Lehre und 2 UE Prüfungen bestehen. Die Themenbereiche zur curricularen Integration sind anhand konkreter Versorgungsanlässe definiert, bei denen eine gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation zu einer besseren Patientenversorgung führt.

EMPFEHLUNG 5 Curricula zentral entwickeln

Die Curriculumentwicklung und -implementierung soll zentral erfolgen. Hierfür ist die Gründung einer interprofessionellen Steuerungsgruppe notwendig. An den jeweiligen medizinischen Fakultäten und kooperativen Dekanaten soll eine zentrale Koordinationsstelle eingerichtet werden, die in enger Abstimmung mit den beteiligten Institutionen alle Prozesse, z. B. die Auswahl der Themen sowie Lehr- und Prüfformate, Stundenplanerstellung, Einteilung der Dozierenden und Studierenden etc. übernimmt.

EMPFEHLUNG 6 Interprofessioneller Kompetenzen überprüfen

Im Sinne eines Constructive Alignments soll überprüft werden, ob die im Curriculum definierten Lernziele erreicht werden konnten. Dabei ist es wichtig, geeignete Prüfungsformate einzusetzen. Zudem sollen die Studierenden ein longitudinales Feedback zu ihrer Kompetenzentwicklung erhalten. Es wird empfohlen, die fakultätsinternen Prüfungen mit den Staatsexamina abzustimmen, damit die Studierenden besser auf die Abschlussprüfungen vorbereitet sind. Durch die Integration der interprofessionellen Inhalte in die Staatsexamina wird sichergestellt, dass die Studierenden die notwendigen interprofessionellen Kompetenzen bereits für den ersten Tag in der Praxis besitzen.

Empfehlung 7 Dozierende qualifizieren

Um die Qualität der interprofessionellen Lehre sicherzustellen, sollen alle Lehrenden, die interprofessionelle Veranstaltungen entwickeln und unterrichten, eine verpflichtende Schulung durchlaufen. Hierfür ist ein Modul von insgesamt 4 UE empfohlen. Analog zum Mustercurriculum orientiert sich dieses an vier Kernkompetenzbereichen.

Der Ansatz von „peer-assisted learning“ in Form von studentischen interprofessionellen Tutorien soll an den medizinischen Fakultäten (und den weiteren Studienangeboten) unterstützt werden. Hierzu besteht die Möglichkeit, die Studierenden im Rahmen der mehrtägigen Summer School „Ärztliche Kommunikation“ u. a. im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation zu qualifizieren.

EMPFEHLUNG 8 Interprofessionelle Ausbildung evaluieren und Forschungsaktivitäten weiterentwickeln

Neben der klassischen Lehrveranstaltungsevaluation sollten spezifische Instrumente zur Evaluation interprofessioneller Lehre eingesetzt werden. Weiterhin sollte evaluiert werden, welche Lehrveranstaltungen die höchste Effizienz bzgl. Collaborative Care aufweisen.

EMPFEHLUNG 9 Aktivitäten zur Stärkung der Interprofessionalität in den Ausbildungen der anderen Gesundheitsfachberufe außer den ärztlichen unterstützen

In den Ausbildungen der anderen (als der ärztlichen) Gesundheitsfachberufe sollen analoge Aktivitäten zur Stärkung der interprofessionellen Ausbildung ergriffen werden mit dem Ziel, neue Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln und zu praktizieren:

- Kooperationskompetenz ausbilden
- Verantwortung in Institutionen übernehmen
- öffentlichen Diskurs anstoßen
- u. v. m.

EMPFEHLUNG 10 Forschungsaktivitäten fördern

Innovative interprofessionelle Lehr- und Prüfformate sollten weiterentwickelt werden. Zudem sollen Forschungsaktivitäten initiiert werden, die die Auswirkung der interprofessionellen Lehre auf die spätere interprofessionelle Zusammenarbeit und die Patientenversorgung darstellen. Hier sollten insbesondere Prüfungen pilotiert werden, die verschiedene Aspekte von Collaborative Care reliabel und valide abbilden. Entscheidend ist der mittelfristige Nachweis einer Verbesserung der Patientenorientierung und Patientensicherheit durch interprofessionelle Ausbildung.

Fazit zum Aktionsplan

Langfristiges Ziel all dieser Maßnahmen während der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen, die unmittelbar miteinander kooperieren, ist letztlich die Verbesserung sowohl der gesundheitsökonomischen Effizienz als auch der Patientenorientierung in der Versorgung: Gelungene Kommunikation ermöglicht die Vermeidung von Fehlern. Eindeutige und kollegiale Definitionen der unterschiedlichen Rollen vermitteln ein besseres Selbstverständnis, erleichtern klarere Abgrenzung von Aufgabenbereichen und ermöglichen damit sinnvolle und rationale Delegationen. Der Diskurs über Werte und Ethik fördert die Identifikation mit der eigenen Berufsrolle und den Respekt sowohl für die Angehörigen der anderen Berufsgruppen als auch für die PatientInnen.



**DER WEG IST DAS ZIEL – VERÄNDERUNGEN
VERSTEHEN UND ERFOLGREICH UMSETZEN
AUSBLICK UND WEITERFÜHRUNG**

9 DER WEG IST DAS ZIEL – VERÄNDERUNGEN VERSTEHEN UND ERFOLGREICH UMSETZEN

AUSBLICK UND WEITERFÜHRUNG

Das Projekt kann auch aus der Perspektive des „Theory of Change“-Ansatzes betrachtet werden. Dabei handelt es sich um einen systematischen Projektplanungsprozess. Ausgehend vom Ziel des Projekts (nachhaltige Implemen-

tierung der interprofessionellen Ausbildung) wird bestimmt, welche Voraussetzungen (Inhalte und Strukturen) geschaffen werden müssen, um die gewünschten Veränderungen in der Ausbildung zu erreichen.

Dann werden für Voraussetzungen und Ziele Indikatoren zu deren Messung festgelegt und Aktivitäten zur Schaffung dieser Voraussetzungen geplant (s. Abb. 16).

MISSION: Berufsübergreifend Denken – die Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen in der Praxis. und als Beitrag zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung						
1. Flächendeckende Implementierung der Interprofessionalität in der Ausbildung optimiert 2. Funktion der Staatsexamina (STEX) als QS-Maßnahme zur zuverlässigen Überprüfung interprofessioneller Fertigkeiten						
Key assumptions (Begründung)	<p>- Die frühzeitige Vermittlung von Interprofessionalität im Studium fördert die positive Haltung gegenüber berufsübergreifenden Teambereit und bereitet die AbsolventInnen adäquat auf den Berufsalltag vor. - Die optimale Vorbereitung auf der Handlungsebene wird durch geeignete Inhalte und Formate in summativen und formativen fakultätsinternen und Abschlussprüfungen gewährleistet.</p>					
Ausgangslage	Input	Qualitätssichernde Maßnahmen	Enabler	Output	Outcome kurzfristig	Outcome langfristig
<ul style="list-style-type: none"> Evidenz zur Verbesserung der Patientenversorgung durch interprofessionelle Zusammenarbeit – international Diskussion der Thematik zur Verbesserung der interprofessionellen Versorgung hat deutlich zugenommen interprofessionelle Patientenversorgung ist nicht flächendeckend vorhanden – national Gesundheitspolitische Initiativen zur Steigerung der Interprofessionalität in Deutschland Interprofessionalität ist in der Ausbildung kaum vorhanden und in den Prüfungen nicht abgebildet Die Perspektiven verschiedener Gesundheitsfachberufe zur Optimierung der Leistungen des Teams und der Ergebnisse der Teamarbeit werden in einem zu geringen Umfang genutzt. 	<ul style="list-style-type: none"> VertreterInnen verschiedener Gesundheitsberufe Medizinstudierende und Studierende anderer Gesundheitsfachberufe Ausbildende verschiedener Gesundheitsberufe Politischer Rahmen Theoretische Grundlagen interprofessionellen Arbeitens Projekte zur Förderung interprofessioneller Kompetenzen in der Ausbildung Best Practice Beispiele Evidenz zur Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> Longitudinale Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen Interprofessionelle Gesundheitskompetenz und Versorgungspraktikum vor dem Studium auf der Basis von Kernkonzepten (frühe berufliche Sozialisation, regionale Bildung, Einbezug neuer päd. Ansätze) Definition interprofessioneller Lernziele für das Medizinstudium und Prüfziele für die STEX Curriculum „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ während des Studiums (Semester 1-10) unter Berücksichtigung theoretischer Grundlagen zur Curriculumentwicklung Interprofessionelle Ausbildungsstation nach dem Kern-Zyklus Entwicklung adäquater Formate und Inhalte zur Überprüfung interprofessioneller Kompetenzen während des Studiums und in den STEX Schulung der Dozierenden und studentischen TutorInnen 	<ul style="list-style-type: none"> Netzwerk: <ul style="list-style-type: none"> RBS-Förderprogramm „Operation Team“ Studierende Curriculumsverantwortliche aus den Studiendekanaten Projektkooperationspartner (Heidelberg, Bremen, Berlin) Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats (z. B. Ministerien, Krankenkassen, bvm...) IMPP Anschub-finanzierung durch RBS 	<ul style="list-style-type: none"> Empfehlungen zur interprofessionellen Curriculumentwicklung für Medizinstudierende Anzahl der an der Umsetzung beteiligten Studierenden: Tutoren-schulungen, Testung der Prüfungen und PJ auf der HIPSTA Nachfolgeprojekt IMAGINE Förderantrag IMAGINE Arbeitstreffen und Abschlussveranstaltung mit Workshop-Charakter Zusammenarbeit mit Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur in RLP, Referat für Hochschulzulassung 	<ul style="list-style-type: none"> Thema Interprofessionelle Ausbildung hat mehr Aufmerksamkeit erhalten Aufnahme der interprofessionellen Lernziele als eigenes Kapitel in die Struktur der zukünftigen Gegenstandskataloge der Medizin, Pharmazie und Psychotherapie Vorbereitung eines Konzeptes für den ambulanten Bereich: interprofessionelle Ausbildungspraxen Entwicklung und Testung eines Formats zur standardisierten Überprüfung interprofessioneller Übergabe im STEX inkl. Nachweis der Praktikabilität Integration einzelner Themen des Mustercurriculums in die bereits bestehenden Curricula der medizinischen Fakultäten 	<ul style="list-style-type: none"> Etablierung des interprofessionellen Gesundheitskompetenz- und Versorgungspraktikum in RLP Nachhaltige Implementierung des Mustercurriculums an allen medizinischen Fakultäten Abstimmung der gemeinsamen Inhalte mit Ausbildungscurrícula verschiedener Gesundheitsfachberufe Einrichtung interprofessioneller Ausbildungsstationen und -praxen für alle PJ-Studierende Regelhafte Überprüfung interprofessioneller Fertigkeiten während und am Ende des Medizinstudiums Ideale Vorbereitung auf die berufsübergreifende Teamarbeit „fit for the first day“ durch longitudinale Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen während der Ausbildung

Abbildung 16: Systematischer Projektplanungsprozess aus der Perspektive des „Theory of Change“-Ansatzes

Interprofessionalität lässt sich zum Wohle der PatientInnen und zur Stärkung der Patientensicherheit fördern, indem sie mit einer Aufweichung der Sektorengrenzen und der forcierten Verzahnung des stationären Sektors mit dem ambulanten Sektor einhergeht. Denn auch die Versorgungsstrukturen müssen an den Bedürfnissen und Bedarfen der PatientInnen ausgerichtet werden. Flächendeckende Netzwerke aus Kliniken und Praxen, die miteinander kollaborieren, können eine solche patientenorientierte Ausrichtung gewährleisten. Voraussetzung hierfür sind die Implementierung einer kommunikativen Infrastruktur für die im Gesundheitswesen Tätigen und ein frühzeitiges Training derjenigen, die nach Studium und Ausbildung an der Patientenversorgung beteiligt sein werden.

In Anlehnung an die Aktivitäten, die im Rahmen des Projektes „Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ initiiert wurden, und basierend auf den daraus resultierenden Ergebnissen wurde unter Beteiligung vieler engagierter AkteurInnen „IMAGINE“ ins Leben gerufen. Mit IMAGINE – Interprofessionelle Sektorenübergreifende Medizinische Versorgung Ausbilden Und Gesundheitskompetenz Im Netzwerk Fördern und Evaluieren – wurde ein Konzept für eine Versorgungsform entwickelt, das auf einem Netzwerk aus interprofessionellen Ausbildungsstationen in Kliniken (IPSTA) und ambulanten Arztpraxen (IPPRA) beruht.

Kerngedanke von IMAGINE ist, dass Studierende im Praktischen Jahr und Auszubildende der Pflege- und Gesundheitsfachberufe im letzten Ausbildungsjahr wie Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen oder PhysiotherapieschülerInnen die Zusammenarbeit und Kommunikation miteinander trainieren. Unterstützt

durch PraxisanleiterInnen, durch die partizipative Entwicklung von Standard Operating Procedures (SOP) und durch die Vorgabe von Qualitätsindikatoren können Studierende und Auszubildende die Zusammenarbeit und Kommunikation mit Absolvierenden der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen über die Sektorengrenzen hinaus trainieren und dabei eine stärkere Patientenorientierung nachhaltig umsetzen. Diese Form der Ausbildung soll die Vorgaben des Gesetzgebers zur Stärkung der Patientenorientierung in der Versorgung erfüllen, die Patientenzufriedenheit und das Lernen der Studierenden und Auszubildenden über Interprofessionalität verbessern sowie die Qualität der Versorgung intersektoral optimieren.

Ein von Studierenden und Auszubildenden gemeinsam genutztes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System, CIRS) trägt zudem zu einer Erhöhung der Patientensicherheit bei. Über eine sanktionsfreie und anonyme Fehlermeldeplattform können Hinweise auf Beinahefehler gegeben werden. Gemeldete Fälle werden durch eine Fachgruppe analysiert, bewertet und dem Meldenden zurückgespiegelt. Zudem erfolgt eine Weiterleitung der Fälle an Institutionen und Fachkommissionen, um aus sicherheitsrelevanten Ereignissen realitätsnahe Schulungs- oder Prüfungsinhalte erstellen zu können.

„You, you may say I'm a dreamer
But I'm not the only one
I hope someday you will join us
And the world will live as one“

John Lennon



Abbildung 17: Gruppenfoto von der Kick Off-Veranstaltung des IMAGINE-Projektes am 24.01.19 in Mainz

LITERATURLISTE

01. Bundesärztekammer: Stellungnahme „Zukunft der deutsche Universitätsmedizin - kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“. Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(8): A-337-A-350.
02. Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations: Root causes of sentinel events 1995-2004.
03. O'Leary KJ, Thompson JA, Landler MP, et al.: Patterns of nurse-physician communication and agreement on the plan of care. Qual Saf Health Care 2010; 19(3): 195-9.
04. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S: Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009(3).
05. Ozegowski S., Amelung V. E.: Patientenorientierung – leicht gefordert, schwer umgesetzt. In: Amelung V. E., Eble S., Hildebrandt H., Lägel R., Knieps F., Ozegowski S., Schlenker R.-U., Sjuts R. (Hrsg.): Patientenorientierung: Schlüssel für mehr Qualität. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2015: 3–8.
06. Robert Bosch Stiftung: Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln: Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. http://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf.
07. Robert Bosch Stiftung: Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf
08. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudienfächer 2014.
09. Bundesministerium für Bildung und Forschung: Masterplan Medizinstudium 2020 2017.
10. Fellmer-Drüg E, Güntert A, Rozeboom J, Stöcker G, Tebest R, Wesselmann S, Wecht D.: Nationaler Krebsplan, Handlungsfeld 4 „Stärkung der Patientenorientierung“: Umsetzungsempfehlungen zu Ziel 12a „Kommunikative Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Beruf. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Nationaler_Krebsplan/Umsetzungsempfehlungen_zu_Ziel_12a_Kommunikative_Kompetenzen_im_aerztlichen_und_pflegerischen_Beruf.pdf
11. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung Kurzfassung 2007: Voraussetzungen einer zielerorientierten Gesundheitsversorgung. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf
12. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>
13. Sottas B, Höppner H, Kickbusch I, Pelikan J, Probst J.: Umrisse einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. Zürich: Careum 2013.
14. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.: Interprofessionalität in der medizinischen Ausbildung. https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Positionspapier-2011-06-19_Positionspapier_Interprofessionalitaet.pdf
15. Bundesministerium für Gesundheit: Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen und des Vorsitzlandes der Gesundheitsministerkonferenz der Länder: zur Bildung einer Allianz für Gesundheitskompetenz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E_Erklarungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschluss-erklärung.pdf
16. Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K. (Hrsg.): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart 2018.
17. Uexküll, T Wesiack, W: Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 2nd ed. 1991.
18. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC): A National Interprofessional Competency Framework. https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
19. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC): Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. https://www.aamc.org/download/186750/data/core_competencies.pdf
20. World Health Organization (WHO) (2010): Framework for Action in Interprofessional Education & Collaborative Practice. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf (last accessed on 25 January 2018).
21. World Health Organization: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Produced by Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
22. O'Keefe, M. Henderson, A. & Chick, R: Defining a set of common interprofessional learning competencies for health professions students. Medical Teacher 2017; VOL. 39, NO. 5: 463–8.
23. Ewers M, Reichel K (eds.): Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: das Projekt interTUT Working Paper No. 17-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik 2017.
24. Jünger J, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drueg, Köllner V, Ringel N: Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung – Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. Die Medizinische Welt 2015(4): 189–92.
25. Jünger J: Ärztliche Gesprächsführung im Medizinstudium. Das „Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation“. Die Ärztin 2015; 2: 10.
26. Jünger J, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Semrau J: Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen im Arztberuf am Beispiel der Onkologie. Forum 2016; 31(6): 473–8.

27. Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin: Entwicklung des Nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin. <https://www.medtalk-education.de/wp-content/uploads/2016/08/mustercurriculum-kommunikation-fuer-med.-ausbildung.pdf>.
28. Nock L: Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program "Operation Team". *GMS Journal for Medical Education* 2016; 33(2): Doc16.
29. INTER-MEPP und interTUT: Berliner Aufruf für interprofessionelle Ausbildung und Kooperation in den Gesundheitsberufen. https://dsfz.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/ohne_AZ/sonstige/studentmentoring/Berliner_Aufruf_interprofessionelle_Ausbildung_und_Kooperation.pdf.
30. Bruder J, Martin A, Giesler M, Streitlein-Böhme I: Lernen und Kennenlernen: Veränderungen des Rollenverständnisses durch den interprofessionellen Basisuntersuchungskurs für Studierende der Pflegewissenschaft und der Humanmedizin: German Medical Science GMS Publishing House 2017.
31. Ahles J, Martin A, Giesler M: Longitudinaler Strang Interprofessionellität (Medizinische Fakultät Universität Freiburg): German Medical Science GMS Publishing House 2017.
32. Hopf Y, Fischer M, Eickhoff J: Bewertung von interprofessionellen Lernerheinheiten von Medizin- und Pharmaziestudierenden in Deutschland: Validierung von SPICE 2D: German Medical Science GMS Publishing House 2017.
33. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M: Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD000072.
34. Sottas B: Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten" – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In: Müller-Mielitz S, Sottas B, Schachtrupp A (ed.): Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Melsungen: Bibliomed Verlag 2016.
35. Rose L.: Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nurs Crit Care* 2011; 16(1): 5–10.
36. Cheater FM, Heatnshaw H, Baker R, Keane M: Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42: 779–91.
37. Wacogne I, Diwakar V: Handover and note-keeping: The SBAR approach. *Clinical Risk* 2010; 16(5): 173–175.
38. Quaschning K, Körner M, Wirtz M: Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling* 2013; 91(2): 167–75.
39. Zimmermann L, Michaelis M, Quaschning K, Müller C, Körner M: Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit. *Rehabilitation* 2014; 53(4): 219–24.
40. Sohi J, Champagne M, Shidler S: Improving health care professionals' collaboration to facilitate patient participation in decisions regarding life-prolonging care: An action research project. *J Interprof Care* 2015; 29(5): 409–14.
41. Corser WD: Postdischarge outcome rates influenced by comorbidity and interdisciplinary collaboration. *Outcomes Manag* 2004; 8(1): 45–51.
42. Lindpaintner LS, Gasser JT, Schramm MS, et al: Discharge intervention pilot improves satisfaction for patients and professionals. *Eur J Intern Med* 2013; 24(8): 756–62.
43. Borenstein JE, Aronow HU, Bolton LB, et al: Identification and team-based interprofessional management of hospitalized vulnerable older adults. *Nurs Outlook* 2016; 64(2): 137–45.
44. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, et al.: Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders. *American Journal of Preventive Medicine* 2012; 42(5): 525–38.
45. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan M-Y, et al.: Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62(12): 1313–20.
46. Katon W, Korff M von, Lin E, et al.: Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: A randomized trial. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56(12): 1109–15.
47. Sottas B, Kissmann, S.: Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). Eine Übersichtsstudie zur Evidenzlage. Unveröffentlichter Expertenbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit 2016.
48. The Joint Commission: Sentinel Event Data – Root causes by event type. http://www.tsigconsulting.com/tolcam/wp-content/uploads/2015/04/TJC-Sentinel-Event-Root_Causes_by_Event_Type_2004-2014.pdf.
49. Sicherheitskultur in der Medizin: Der Faktor Mensch. MDK-Forum 2007; 2.
50. Roeder N, Wächter C: Bedeutung von Humanfaktoren im Qualitäts- und Risikomanagement in Medizin und Luftfahrt. Das Krankenhaus; 2015(2).
51. Renz B, Angele MK, Jauch KW, et al.: Kann die Chirurgie wirklich von der Luftfahrt lernen? Learning from Aviation – How to Increase Patient Safety in Surgery. *Zentralbl Chir* 2012; 137: 149–54.
52. Hoffmann B, Rohe J: Patientensicherheit und Fehlermanagement. *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 107(6): 92–9.
53. Draycott T, Sibanda T, Owen L, Akande V, Winter C, Reading S, Whitelaw A: Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? An international Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005; 113: 177–82.
54. Kraft S, Wise HH, Jacques PF, Burik JK: Discharge planning simulation: training the interprofessional team for the future workplace. *J Allied Health*. 2013; 42(3): 175–81.
55. Anderson E, Thorpe L: Learning together in practice: an interprofessional education programme to appreciate teamwork. *Clin Teach* 2010; 7(1).
56. Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, McFadyen A, Rivera J, Kitto S: A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*. 2016; 38 (7): 656–68.
57. Paradis E, Whitehead CR: Verschiedene Formen von Wissen: Evidenz in interprofessioneller Praxis und Bildungsarbeit kritisch hinterfragen. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): *Interprofessionell Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. BELTZ-Juventa, Weinheim 2019: 270–284.
58. MEDTALK: Toolbox. <https://www.medtalk-education.de/toolbox/>.
59. Fischer MR, Bauer D, Mohn K, . Finally finished! National Competence Based Catalogues of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLW) and Dental Education (NKLZ) ready for trial. *GMS Z Med Ausbild*. 2015;32(3):Doc35.
60. <http://www.nklw.de/kataloge/nklw/lernziel/uebersicht> (last accessed on 5 September 2017)
61. Fiore SM, Graesser A, Greiff S, et al.: Collaborative Problem Solving: Considerations for the National Assessment of Educational Progress 2017.
62. Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A, et al.: Interprofessional training in the context of clinical practice: Goals and students' perceptions on clinical education wards. *Medical Education* 2004; 38(7): 727–36.
63. Chi, M. T. H. (2009). Active-Constructive-Interactive: A conceptual framework for differentiating learning activities. *Topics in Cognitive Science*, 1, 73–105.
64. Chi, M. T. H. (2019). ICAP: How to Promote Deeper Learning by Engaging Students Constructively and Co-constructively. Plenarvortrag bei AMEE Annual Conference vom 24.–28. August 2019 in Wien.
65. Robert Bosch Stiftung (RBS): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Operation Team – Interprofessionelle Fortbildungen in den Gesundheitsberufen. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/57152.asp> (last accessed on 20 September 2017).
66. Schildmann J, Härtlein J, Schlögl M, Vollmann J: Die Aufklärung schwer kranker Patienten im interprofessionellen Kontext. Ein Lehrprojekt für Medizinstudenten und Krankenpflegeschüler.: Konzeptionelle Überlegungen und Ergebnisse einer Pilotstudie. *GMS Journal for Medical Education* 2006; 7(03).
67. Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren L-O, Faresjö T: Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. *Journal of Interprofessional Care* 2009; 23(2): 121–33.
68. Rauner F: Entwicklungslogisch strukturierte berufliche Curricula: Vom Neuling zur reflektierten Meisterschaft. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik* 1999(95(3)): 424–46.
69. Mihaljevic AL, Schmidt J, Mitzkat A, Probst P, Kenngott T, Mink J, et al. Heidelberg Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward. *GMS J Med Educ*. 2018;35(3):Doc33.
70. Lindblom, P., Scheja, M., Torell, E., Astrand, P., & Fellander-Tsai, L: Learning orthopaedics: assessing medical students' experiences of interprofessional training in an orthopaedic clinical education ward. *Journal of Interprofessional Care* 2007; 21: 413–23.
71. Epstein RM: Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007; 356(4): 387–96.
72. Jünger, J. Just, I: Empfehlungen der Gesellschaft für medizinische Ausbildung und des medizinischen Fakultäten-tags für fakultätsinterne leistungsnachweise während des Studiums der human-, zahn- und Tiermedizin. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2014(31(3)): 1–24.
73. Jünger J: Kompetenzorientiert prüfen im Staatsexamen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017.
74. Fellmer-Drüg E, Drude N, Sator M, et al.: Introducing a curricular program culminating in a certificate for training peer tutors in medical education. *GMS Z Med Ausbild* 2014; 31(2): Doc19.
75. Ewers M. & Reichel K (Hg.): *Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: Das Projekt interTUT*. Working Paper No. 17-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik; Berlin 2017. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/24146/2017_Ewers_Reichel.pdf?sequence=3&isAllowed=y
76. Blohm MLJ, Branchereau S, Krautter M, Köhl Hackert N, Jünger J, Herzog W, Nikendei C.: Peer-Assisted Learning (PAL) im Skills-Lab – eine Bestandsaufnahme an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland. *GMS Z Med Ausbild* 32(1); 2015.
77. Topping KJ: Trends in peer learning. *Educ Psych* 2005(25): 631–645.
78. Herinek D, Reichel K, Ewers M. Von und mit Tutor*innen interprofessionell lernen. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): *Interprofessionell Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. BELTZ-Juventa, Weinheim 2019: 104–119.
79. Topping KJ: The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A typology and review of the literature. *Higher education* 1996(32(3)): 321–45.
80. Falchikov N, Blythman M: Learning together: Peer tutoring in higher education. London: Routledge Falmer 2001.
81. Summer School: „Ärztliche Kommunikation für Tutorinnen und Tutoren“. <https://www.medtalk-education.de/projekte/summerschool/>.
82. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M: Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337(1): 979–983.
83. Flick U: Sozialforschung. Methoden und Anwendungen - Ein Überblick für BA-Studiengänge. 1st ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch 2009.
84. Linnan L, Steckler A: Process evaluation for public health interventions and research: an overview. In: Steckler A, Linnan L (eds.): *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research*. San Francisco: Jossey-Bass 2002; 1–23.

85. Berger S, Mahler C, Krug K, Szecsenyi J, Schultz JH. Evaluation of interprofessional education: lessons learned through the development and implementation of an interprofessional seminar on team communication for undergraduate health care students in Heidelberg – a project report. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma001021, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010216
86. Altin S, Tebest R, Kautz-Freimuth S, Raedelli M, Stock S: Barriers in the implementation of interprofessional continuing education programs – a qualitative study from Germany. *BMC Medical Education* 2014(14): 227.
87. <https://www.cirmsmedical.de/impp>
(last accessed on 5 September 2017)

