



Handlungshilfe zur Entwicklung
von interprofessionellen
Lehrveranstaltungen in den
Gesundheitsberufen

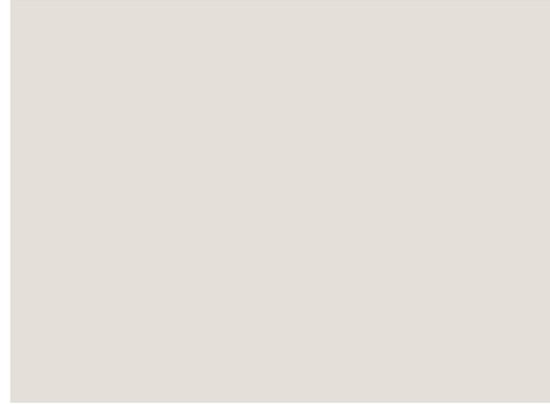
Lukas Nock, M.A.
Im Auftrag der Robert Bosch Stiftung

Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsberufen

Lukas Nock, M.A.

Im Auftrag der Robert Bosch Stiftung

Heidelberg & Saarbrücken, März 2016



Einleitung

Mit der vorliegenden Handreichung möchten wir Sie bei der Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen unterstützen und Ihnen die Möglichkeit geben, von den Erfahrungen aus ersten Förderphase (2013–2015) »Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen«¹ zu profitieren. Die Ergebnisse der externen Evaluation, auf denen diese Handreichung beruht, haben eindrücklich gezeigt, mit welchem Engagement und Ideenreichtum die Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen verbunden sein kann. Zugleich wurde aber auch deutlich, dass es sich bei der Umsetzung solcher Projektideen keineswegs um einen Selbstläufer handelt. Vielmehr hatten die geförderten Projekte mit unterschiedlichen organisatorischen, institutionellen und rechtlichen Hürden umzugehen, die die Durchführung immer wieder erschwerten und die Verantwortlichen zum Teil zu strategischen Anpassungen und Kurskorrekturen veranlassten. Vor diesem Hintergrund soll Ihnen die Handlungshilfe eine Unterstützung mit Blick auf einen möglichst erfolgreichen Projektverlauf sein.

1 Mit dem Programm »Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen« fördert die Robert Bosch Stiftung seit 2012 Mittel für die Entwicklung, Umsetzung und strukturelle Verankerung interprofessioneller Lehrangebote für die Gesundheitsberufe zur Verfügung. Ziel des Förderengagements ist, die monoprofessionelle Ausbildungskultur im Gesundheitswesen aufzubrechen und interprofessionelle Lerneinheiten zu einem regulären Bestandteil der Ausbildung in allen Gesundheitsberufen, insbesondere auch im Medizinstudium, werden zu lassen.

Im Rahmen des Förderprogramms werden bundesweit regionale Kooperationsprojekte unterstützt, die zukünftigen Fachkräfte bereits in der Ausbildungsphase auf die spätere Zusammenarbeit in einem berufsübergreifenden Team vorbereiten. Alle bisher geförderten Projekte unterscheiden sich jeweils in ihrer inhaltlichen Schwerpunktsetzung, in der Strukturierung der interprofessionellen Lerneinheiten, in der Zielgruppenkonstellation sowie in der institutionellen Anbindung. Gemeinsam ist hier das Grundverständnis von interprofessionellem Lernen als ein Prozess, in welchem unterschiedliche Gesundheitsberufe miteinander, von- und übereinander lernen, um ihre Zusammenarbeit und somit die Patientenversorgung zu verbessern.

Hintergrund: Wozu interprofessionelles Lernen?

Die Anforderungen an die Akteure im Gesundheitswesen haben sich nicht nur vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels und der demografischen Entwicklung vergrößert. Eine wichtige Rolle spielen hierbei auch die zunehmende Rationalisierung und Technisierung von Versorgungsprozessen sowie eine kontinuierliche Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Besondere Herausforderungen dieser Entwicklungen liegen etwa in gestiegenen Patientenzahlen, kürzeren Verweildauern in Krankenhäusern, komplexer werdenden Behandlungsoptionen und -bedarfen, wodurch das jeweilige Fachwissen der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen gleichermaßen gefragt ist. Dabei halten sich weder die Bedarfslagen der Patientinnen und Patienten, noch die komplizierter werdenden Anforderungen moderner Versorgungsprozesse an Berufsgrenzen.

Mit Blick auf die Bewältigung der hier angedeuteten kommunikativen Anforderungen rückte in den letzten Jahren mehr und mehr eine neue Perspektive in den Vordergrund: die Interprofessionalität. Der interprofessionelle Fokus reflektiert das Problem, dass die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen nur marginal entwickelt ist. Stattdessen bildet eine segmentierte Multi-professionalität die vorherrschende Praxis. Diese ermöglichte zwar eine Koexistenz – so der kritische Einwand – jedoch keine regelrechte Kooperation der verschiedenen am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsberufe (vgl. SVR-Gesundheit, 2009; Salomon & Rothgang, 2010; GMA, 2012). Dabei ist gerade das Gesundheitswesen ein funktional hochgradig ausdifferenziertes System, dessen Leistungsfähigkeit entscheidend vom engen Ineinandergreifen der involvierten Akteure abhängt. Vor diesem Hintergrund hebt das Konzept der Interprofessionalität darauf ab, dass sich die im Versorgungskontext beteiligten Berufsgruppen »auf ein gemeinsames Ziel einigen und ihre Arbeit unter dieser gemeinsamen Perspektive koordinieren« (Voelker, 2011, S. 141).

Angesichts der institutionellen, strukturellen und rechtlichen Verfasstheit des Gesundheitssystems sowie der von personeller und zeitlicher Knappheit geprägten Arbeitssituation in der Versorgungspraxis gestaltet sich die interprofessionelle Verzahnung der Fachkräfte jedoch als äußerst voraussetzungsvoll – nicht zuletzt, weil das Thema Interprofessionalität auch im Ausbildungs- und Studienkontext bislang noch keine herausgehobene Rolle spielt.

An dieser Stelle setzt die Idee des im Jahr 2013 ins Leben gerufenen Förderprogramms »Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen« an. Mit der Bereitstellung von Fördermitteln durch die Robert Bosch Stiftung für Projekte zur Entwicklung und Umsetzung interprofessioneller Lehrveranstaltungen an Hochschulen und nichtakademischen Ausbildungsstätten wird gezielt die berufliche Sozialisation von Medizinerinnen und Medizinern, Pflegekräften und Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsberufe adressiert. Auf diese Weise soll der Fachkräftenachwuchs schon in der Ausbildungs- bzw. Studienphase an die Kooperation in einem multiprofessionellen Team herangeführt werden und die hierfür erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernen. Darüber hinaus sollen die Projektergebnisse dazu dienen, Interprofessionalität in Regelcurricula zu verankern, um das Thema nachhaltig im Ausbildungssystem zu etablieren. Insgesamt förderte die Robert Bosch Stiftung im Rahmen von »Operation Team« bislang acht Projekte, die sich in ihren inhaltlichen Schwerpunktsetzungen, der Strukturierung der interprofessionellen Lerneinheiten, der Zielgruppenkonstellation sowie der institutionellen Anbindung unterschieden. Gemeinsam war diesen Projekten das Grundverständnis von interprofessionellem Lernen als ein Prozess, »in welchem zwei oder mehr Berufe miteinander, von- und übereinander lernen, um ihre Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern« (CAIPE, 2002; Übersetzung d. Verf.).

Die Frage nach den langfristigen Effekten der Projekte wird sich freilich erst in einiger Zukunft beantworten lassen – die unmittelbaren Lernerfolge der Teilnehmer/innen an den interprofessionellen Lehrformaten wecken diesbezüglich jedoch optimistische Erwartungen: Wie Sie der umseitigen Tabelle entnehmen können, konnten einige Projekte signifikante Lernerfolge in den Bereichen *Kompetenz und Autonomie, Kooperationswissen, interprofessionelles Lernen* sowie *Einstellungen zum Wert von Teams, zur Teameffizienz* und zu *geteilter Führung* erzielen (weitergehende Hinweise zum methodischen Vorgehen finden Sie in der Infobox).

Welche Faktoren bei der Entwicklung, Implementierung und Durchführung dieser interprofessionellen Lehrveranstaltungen eine erfolgskritische Rolle spielten, wurde in einer breiten qualitativen Expertenbefragung mit über 40 Verantwortlichen untersucht. Die zentralen Ergebnisse haben wir für Sie in den nachfolgenden Handlungsempfehlungen zusammengefasst.

Tabelle: Übersicht der Lernerfolge nach Projekten²

Lernerfolge	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Kompetenz und Autonomie	-	-	+	-	+	-	+
Einstellungen zum Wert von Teams	+	-	+	-	/	+	+
Einstellungen zur Teameffizienz	+	/	+	+	-	/	+
Nutzererwartung & Motivation	+	-	+	-	+	+	+
Einstellungen zu geteilter Führung	+	+	+	-	-	+	-
Kooperationswissen	+	+	-	-	+	+	+
Interprofessionelles Lernen	+	-	+	/	+	+	+

Infobox

Untersucht wurden die Lernerfolge über ein Vergleichsgruppen-Design. Für jedes Projekt wurden dazu die Seminarteilnehmer/innen und Kontrollgruppen aus Kommilitonen ohne entsprechende interprofessionelle Lernerfahrung mit einem Fragebogen getestet, der auf ausgewählten Subskalen folgender Instrumente beruhte:

- :: »*Interdisciplinary Education perception scale (IEPS)*« (vgl. Luecht et al., 1990; Schürmann et al., 2014),
- :: »*University of Western England interprofessional questionnaire (UWE-IQ)*« (vgl. Pollard et al., 2004; Schürmann et al., 2014),
- :: »*Interprofessional collaboration scale (IPCS)*« (vgl. Kenaszchuk et al., 2010),
- :: »*Ausbildungsqualität in Gesundheitsberufen (ÄQiG)*« (vgl. Unger, 2010).

Der für die Evaluation entwickelte Fragebogen setzte sich zum einen aus Variablen u.a. zur Grundprofession, zum Ausbildungsstand, Alter und Geschlecht der Teilnehmer/innen zusammen, zum anderen aus den folgenden Subskalen:

2 Erläuterungen zur Tabelle: Summenzeichen deuten jeweils darauf hin, dass die Projektteilnehmer/innen im Schnitt ein besseres Resultat erzielt haben, als die Vergleichsgruppe des entsprechenden Projekts. Bei Minuszeichen schnitt die Vergleichsgruppe besser ab; der Schrägstrich verweist darauf, dass sich die Mittelwerte nicht unterscheiden. Signifikante Unterschiede sind grün bzw. rot hinterlegt, alle anderen Unterschiede sind statistisch nicht bedeutsam. In einem der insgesamt acht Projekte konnte die standardisierte Befragung nicht durchgeführt werden.

- :: Die Skala »Kompetenz und Autonomie« erfasste Selbsteinschätzungen der Befragten mit Blick auf den professionellen Ausbildungsstand, die Ziel-, Aufgaben- und Handlungssicherheit sowie das wechselseitige Vertrauen innerhalb der eigenen Berufsgruppe.
- :: »Einstellungen zum Wert von Teams« fragte nach Einschätzungen bzgl. der Potenziale von Teamarbeit zur Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation, zur Vorbeugung von Behandlungsfehlern sowie zu Effizienzsteigerungen und Qualitätsverbesserungen in der Patientenversorgung.
- :: Bei »Einstellungen zur Teameffizienz« sollten die Befragten zu vermeintlichen Nachteilen von Teamarbeit Stellung beziehen (etwa zu den Aussagen, Teamarbeit mache die Dinge unnötig kompliziert oder sei mitunter Zeitvergeudung).
- :: »Nutzenerwartung und Motivation« wurden anhand von Items erfasst, welche mit positiven Erwartungen bzgl. der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen assoziiert sind (Bsp.: »Von den anderen Berufsgruppen kann ich sehr viel lernen«; »Es macht einfach Spaß, mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten«).
- :: Die Skala »Einstellungen zu geteilter Führung« explorierte, inwieweit die Befragten einer medizinisch dominierten Konzeption hierarchischer Prozessauslegung und Arbeitsorganisation zustimmten (Bsp.: »Der Hauptzweck eines Teams besteht darin, Ärzte beim Erreichen von Behandlungszielen zu assistieren«).
- :: Die Skala »Interprofessionelles Lernen« zielte darauf ab, inwieweit die Befragten Verbesserungen ihrer kommunikativen Fähigkeiten, ihres Wissensstands usw. aber auch mit Blick auf die zukünftige Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen durch interprofessionelles Lernen erwarteten.
- :: Unter »Kooperationswissen« wurden jene Items gefasst, bei denen die Befragten ihre Kenntnisse der Aufgabengebiete, Fachsprache und typischen Herausforderungen von Fremdprofessionen einschätzen sollten, mit denen sie in ihrem beruflichen Alltag zu tun haben.

Die Reliabilitätsanalyse ergab für alle Skalen eine mindestens ausreichende interne Konsistenz (α -Werte zwischen .67 und .83). Insgesamt nahmen an der Befragung 440 Auszubildende und Studierende teil, die sich annähernd gleichmäßig auf die Versuchs- und Vergleichsgruppen verteilten. Die Daten wurden mithilfe nichtparametrischer Testverfahren ausgewertet.

Handlungsempfehlungen

Angesichts der inhaltlichen Vielfalt der bislang geförderten Projekte ist es freilich schwierig, deterministische Aussagen über Erfolgsfaktoren zu treffen und allgemeinverbindliche Handlungsempfehlungen für zukünftige, ähnlich gelagerte Projekte zu formulieren. In diesem Zusammenhang scheint es zunächst wichtig, zwischen den Ebenen des Outputs und der Outcomes zu differenzieren. Einerseits sind auf der Ebene des Outputs Fragen der Funktionalität der einzelnen Projekte angesprochen: Welche Strukturen, Prozesse und Ressourcen tragen dazu bei, ein funktionierendes Produkt, also interprofessionelle Lehrveranstaltungen zu entwickeln, zu implementieren und durchzuführen? Auf der Ebene des Outcomes stellt sich andererseits die Frage nach der Effektivität dieses Produkts, also danach, welche Wirkungen von den interprofessionellen Lehrveranstaltungen ausgehen.

An dieser Stelle hat die Evaluation Tendenzen zutage gefördert, die einen Zusammenhang zwischen Funktionalität und Effektivität nahelegen. So scheinen ein partizipativer Kooperationsmodus zwischen den beteiligten Ausbildungsinstitutionen, eine gelungene Projektorganisation und ein konzentriertes Projektmanagement wichtige Ausgangsbedingungen dafür zu sein, dass sich Lernerfolge bei den Teilnehmer/innen der interprofessionellen Lehrveranstaltungen einstellen. Vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse kann daher für die Konzeption zukünftiger Lehrformate mit interprofessioneller Ausrichtung angeraten werden, die Ebenen der Organisation (Planung, Logistik, Administration etc.) und der Kooperation zwischen den beteiligten Ausbildungseinrichtungen als Herausforderungen anzunehmen, die der Ideenentwicklung und inhaltlichen Ausgestaltung der Lehrveranstaltungen mindestens ebenbürtig sind. Dazu sollte im Vorfeld einer Kooperation zum einen eine ressourcen-, prozess- und strukturbezogene Machbarkeitsanalyse erfolgen, um die Organisationsanforderungen abbilden und einschätzen zu können. Zum anderen sollte eine Abklärung der mit der Kooperation jeweils verbundenen (institutionellen) Ziele stattfinden und eine Zusammenarbeit nur dann forciert werden, wenn eine wechselseitige Nutzenerwartung unter den beteiligten Akteuren erkennbar ist. Es sollten nicht nur gemeinsame Ziele identifiziert, sondern gleichermaßen Formen der Arbeitsteilung gefunden werden, bei denen handelnde Akteure aller beteiligten Einrichtungen auch inhaltliche Aufgaben übernehmen und verantworten. Konstellationen, in denen einzelne Einrichtungen etwa ausschließlich organisatorische Funktionen erfüllen (z.B. durch den Zugang zu bestimmten Teilnehmerkreisen), sollten vermieden werden.



Bei der dauerhaften Umsetzung interprofessioneller Lehrangebote spielen zweifelsohne die Ausbildungsinstitutionen und insbesondere die medizinischen Fakultäten eine Schlüsselrolle, was sich auch in der internationalen Forschungsliteratur widerspiegelt (vgl. Oandasan & Reeves, 2005a; Oandasan & Reeves, 2005b). Hier sind einerseits »entsprechende personelle und sächliche Ressourcen (vonnöten), um die Konzepte nicht in isolierten Modulen und mit einzelnen Personen abzubilden, sondern als Gesamtkonzept zu verstehen« (Walkenhorst et al., 2015). Auf der anderen Seite müssen sich die Bildungseinrichtungen einem Prozess der Organisationsentwicklung öffnen, Strukturen aufbauen und Zuständigkeiten schaffen, um das Thema Interprofessionalität als gemeinsames, langfristiges Ziel umzusetzen. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Relevanz, die dem Thema Interprofessionalität in der Versorgungspolitik und den gesundheitsberuflichen Fachdiskursen zugesprochen wird, sollte das langfristige Ziel darin liegen, interprofessionelle Pflichtveranstaltungen in Regelcurricula zu verankern.

Kooperationsgestaltung

Die Entwicklung von interprofessionellen Lerneinheiten stellt Sie als Projektverantwortliche in mehrfacher Hinsicht vor Herausforderungen. In Ihren Projekten geht es ja nicht nur darum, Auszubildende und Studierende mit unterschiedlichem fachlichem Hintergrund zusammenzubringen, sondern gleichermaßen die Ideen und Ansätze der verschiedenen am Projekt beteiligten Akteure miteinander in Einklang zu bringen. Dabei sind Sie selbst und Ihre Kooperationspartner sowohl Angehörige einer bestimmten Profession als auch Repräsentanten bzw. Beschäftigte einer bestimmten Einrichtung (beispielsweise einer Universitätsklinik, einer Pflege- oder Physiotherapieschule etc.) und somit zumeist in doppelter Weise vorgeprägt: So bringen alle Projektbeteiligten einerseits ihr spezifisches Vorwissen, ihre berufliche Fachexpertise und Kompetenzen in die Zusammenarbeit mit ein, während sie andererseits mitunter an begrenzte Ressourcen, institutionelle Restriktionen und übergeordnete Interessen gebunden sind, die sich aus ihrer jeweiligen Organisationszugehörigkeit heraus ergeben. Unabhängig von der organisationalen Einbindung ist aber auch die jeweilige Professionszugehörigkeit der Beteiligten und damit verbundene berufseigene Sicht-, Arbeits- und Interaktionsweisen in der Auseinandersetzung von Bedeutung. Eine Projektkoordinatorin brachte dies im Interview folgendermaßen auf den Punkt:

»Die Kulturfrage ist für mich sehr prominent. Dass sich die Kultur und die Form der Zusammenarbeit, vor allen Dingen die damit verbundenen Rollen, in den Projekten fortsetzen. Also die Rollen, wie wir sie in der Praxis finden, diese finden wir dann mitunter auch, wenn wir solche Lehre planen.« (Projektkoordination)

Auf der Kooperationsebene ergeben sich hieraus Konfliktpotenziale bzw. Vermittlungsanforderungen, die für den Projekterfolg von entscheidender Bedeutung sind. In den vorangegangenen Projekten wurde hierauf ganz unterschiedlich reagiert. Lösungsansätze fanden sich etwa in der Arbeitsteilung, in Kooperationsvereinbarungen bzw. Letters of Intent, prozessbegleitender Supervision, einer professionsneutralen Besetzung der Koordinatorenstellen oder in der kollaborativen Abfassung des Förderantrags.

Im Folgenden möchten wir Ihnen zwei Grundmodi der Zusammenarbeit vorstellen und deren Vor- und Nachteile diskutieren. Die erste Kooperationsform ist die instrumentelle Partnerschaft. Ausgangspunkt dieser Konstellation ist eine Situation, in der die inhaltliche und formale Konzeption des Projekts bereits weitgehend durch einen Hauptakteur festgelegt ist. Der instrumentelle Charakter dieser Form der Zusammenarbeit beruht im Wesentlichen darin, dass der Hauptakteur einen Partner primär als Mittel zum Zweck der Umsetzung seiner Ideen benötigt, die im Kern aber nicht zur Disposition stehen. Zweckdienlichkeit bleibt dadurch auch für

die Funktionszuweisung, Arbeitsteilung und Zuständigkeit bestimmend. In den entsprechenden Projekten führten instrumentelle Partnerschaften vor allem dazu, dass die gestaltungsorientierten Aufgaben entscheidend von den Hauptakteuren übernommen wurden, während die übrigen Partner in erster Linie für die Logistik der Teilnehmerrekrutierung bestimmter Berufsgruppen verantwortlich zeichneten.

Die zweite Kooperationsform ist die partizipativ-dialogische Partnerschaft. Damit ist eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Einrichtungen gemeint, bei der Partizipation aller vertretenen Professionen/Einrichtungen an sämtlichen Aufgaben und Entscheidungen als handlungsleitendes Prinzip durchgehalten wird. Alle Projektphasen – von der Ideenentwicklung und Antragstellung, über die inhaltliche Ausgestaltung der Lehrveranstaltungen, bis hin zu ihrer Implementation und Durchführung – sind begleitet von Aushandlungsprozessen zwischen den beteiligten Akteuren. Wenn sich in diesem Kooperationsmodus mitunter auch Haupttreiber identifizieren ließen, so kommt es durch diese dennoch nicht zu einer Vordefinition und Zuweisung der Rollen und Funktionen der übrigen Partner. Vielmehr werden Arbeitsteilung, Verantwortungsübernahme für Aufgabenschwerpunkte, Zuständigkeitsregelungen etc. vor dem Hintergrund der jeweiligen Kompetenzen, Ressourcen und Restriktionen dialogisch abgestimmt. Koordinatorenstellen werden in wechselseitigem Einvernehmen ausgewählt und/oder paritätisch aufgeteilt.

Grundsätzlich haben beide Kooperationsvarianten ihre Vorzüge und Nachteile. Eine dialogische Zusammenarbeit mag idealerweise umfassend abgestimmte, tragfähige Entscheidungen und Absprachen mit sich bringen, sie kann sich aber auch – insbesondere mit Blick auf begrenzte Zeitressourcen und Handlungsdruck – zu einem lähmenden Konsensmodell verwachsen oder zu Verantwortungsdiffusion führen. Unter effizienzfunktionalen Gesichtspunkten stehen dagegen Entscheidungsrationalität und Pragmatismus als Vorteile der instrumentellen Kooperationsweise im Vordergrund, während freilich offenbleibt, inwieweit gemeinsame Ziele in dieser Konstellation eine allgemeine Verbindlichkeit entwickeln können.

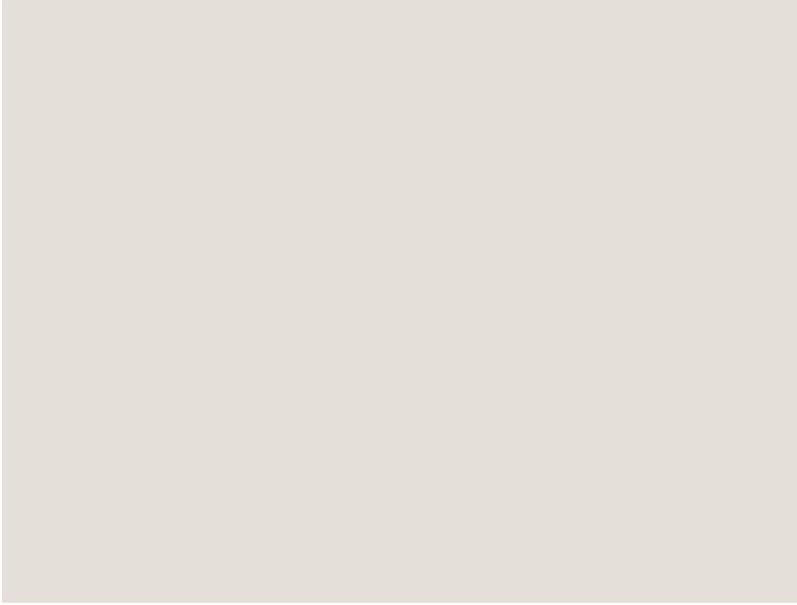
Vor dem Erfahrungshorizont der ersten Förderphase möchten wir Ihnen jedoch ausdrücklich die dialogische Kooperationsform nahelegen, auch wenn diese mitunter zeitintensiver ausfallen mag. So gestaltete sich beispielsweise die Rekrutierung von Teilnehmer/innen in den meisten Projekten komplizierter bzw. aufwendiger, als dies im Planungsvorfeld vonseiten der Verantwortlichen angenommen wurde. Zu regelrechten Ausfällen, Abbrüchen bzw. Teilnahmeverweigerungen ganzer Kurse kam es jedoch nur in einigen Fällen. Auffällig ist an dieser Stelle, dass sich derlei Ausfallszenarien fast ausschließlich in eher instrumentell geprägten Kooperationszusammenhängen ergaben. Offenbar gelingt es in der dialogisch orientierten

Zusammenarbeit nicht nur eher, eine adäquate Rekrutierungsstrategie zu entwickeln, sondern für diese gleichermaßen Promotoren und Fürsprecher in den jeweils beteiligten Organisationen zu gewinnen, um zur Bewerbung der Lehrveranstaltungen eine größere Breitenwirkung und Bindekraft zu erzeugen. Ebenso kann angenommen werden, dass eine dialogische Herangehensweise besser dazu geeignet ist, diverse organisationale Besonderheiten der beteiligten Einrichtungen (z.B. Zeitregime der Studien-/Ausbildungsgänge, differierende Lern- und Lehrkulturen etc.) bereits in der Projektplanung zu berücksichtigen.

Versteht man den Förderzweck von »Operation Team« nicht nur darin, Auszubildende bzw. Studierende aus den Gesundheitsberufen im Rahmen eines Einzelprojekts zusammenzubringen, sondern gleichsam in einer längerfristigen institutionellen Annäherung von unterschiedlichen Ausbildungssystemen, dann stellt sich die Frage, inwieweit es auch auf Ebene der Projektkooperation gelingen kann, Impulse für neue Formen der Zusammenarbeit zu geben, systemimmanente Logiken und Handlungsrountinen zumindest punktuell zu durchbrechen. Es kann festgehalten werden, dass sich die im Diskurs um Interprofessionalität kritisierte »medizinische Dominanz« im Gesundheitssystem in den Projekten keineswegs fortsetzen muss, sondern sich vielmehr eine Kooperation auf Augenhöhe zwischen den beteiligten Professionen entwickeln kann. Es fanden sich aber gerade im instrumentellen Kooperationsmodus auch Beispiele dafür, wie sich die gewohnten Hierarchien innerhalb der Projektstruktur reproduzierten. Dabei geht aus den Schilderungen der entsprechenden Befragten durchaus nicht hervor, dass die Medizin den Leitungsstatus aktiv eingefordert hätte. Vielmehr wurde er den medizinischen Fakultäten überlassen, wobei die nicht-medizinischen Partner zur Begründung auf den Erfahrungsschatz und die Kompetenzen der anderen im Umgang mit Drittmitteln und Projektadministration rekurrten. Beispielhaft sei hierfür folgende Aussage zitiert:

»Man muss ehrlicherweise sagen, die ganzen Drittmittelgeschichten, die in der Forschung oder der Medizin üblich sind, die sind bei uns am Ausbildungsbereich erstmal nicht so üblich. Wir werden immer angefragt für Projekte und beteiligen uns in der Regel dann auch mehr oder weniger auf Augenhöhe.« (Experte Pflege)

In diesem Zusammenhang wurde das Innovationspotenzial von »Operation Team« nicht ausgeschöpft und damit die Chance ausgelassen, eigene Erfahrungen im Umgang mit Fördermitteln und Projektverantwortung zu sammeln. Die Unterordnung einzelner Professionen im Rahmen einer instrumentellen Kooperation trägt nicht dazu bei, die klassischen Rollenmuster zu überwinden. Dialog und Partizipation sollten daher die zentralen Säulen in Ihrer Zusammenarbeit bilden.



Projektmanagement und -koordination

Den organisatorischen Anforderungen ist mit Blick auf den Projekterfolg mindestens derselbe Stellenwert zuzurechnen, wie den kreativen und konzeptionellen Aufgaben im Rahmen der Ideenentwicklung und inhaltlichen Ausgestaltung der Lehrveranstaltungen. Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang zum einen das Projektmanagement, zum anderen die Projektkoordination als zentrale Figur bei der Umsetzung.

In den vergangenen Projekten konnten die Koordinatorinnen und Koordinatoren erfolgreich als Transmissionsstellen zwischen der operativen und der strategischen Arbeitsebene eingesetzt werden. So waren sie mit Blick auf die formalorganisatorische Einbettung unterhalb der Leitungsebene angesiedelt und erfüllten eine (mehr oder weniger akzentuierte) Doppelfunktion, indem sie sowohl im strategischen als auch im operativen Geschäft eingesetzt wurden. Zugleich bildeten sie gewissermaßen eine Drehscheibe an den Schnittstellen zwischen den beteiligten Einrichtungen und steuerten den Kommunikationsfluss.

Der Arbeitsleistung der Koordinatorinnen und Koordinatoren kommt mit Blick auf den Projekterfolg eine große Bedeutung zu. In den Vorgängerprojekten entwickelten sie sich durch die Aufgabenvielfalt und den hohen Arbeitsanfall, die die Zusammenarbeit mit sich brachte, zum Teil zur klassischen Figur des »Mädchen-für-Alles«. Dabei wuchsen sich die Wahrnehmung der Schnittstellenfunktion, das Engagement bei der inhaltlichen Entwicklung der Lerneinheiten, die Bewältigung des organisatorischen Aufwandes, die zum Teil erfolgte eigene Lehrtätigkeit, die Durchführung der Evaluation usw. tendenziell zu einer Allzuständigkeit aus. Durch persönliches Engagement, Netzwerkarbeit und Kontaktpflege gelang es ihnen, trotz diverser struktureller Hindernisse immer wieder, ihre Projekte voranzubringen. Auf diese Weise gerieten die Koordinatorenstellen zu Schlüsselfiguren bzw. zu mehr oder weniger unentbehrlichen Knowhow-Trägern, und haben dabei zum Teil stark individualisierte Lösungen für die Projektanforderungen entwickelt.

Was die Personalisierung der Koordinatorenstellen anbelangt, sollten zwischen allen Kooperationspartnern Absprachen stattfinden. Zum einen, um ein geeignetes formalqualifikatorisches Profil zu finden, zum anderen, um die Ansiedelung der Stelle zu vereinbaren. In den vorangegangenen Projekten ergab sich eine große Bandbreite an vertretenen Professionen unter den Koordinatorinnen und Koordinatoren, wobei in fast allen Fällen die Anstellung über die jeweils beteiligte medizinische Fakultät erfolgte, die koordinierenden Physiotherapeutinnen, Pflegekräfte, Sozialwissenschaftler/innen etc. also in einem Dienstverhältnis zur jeweiligen Universitätsmedizin standen und nicht etwa zu den Fachschulen oder anderen

Ausbildungsstätten. Lediglich in einem Projekt kam es zu einer Stellenaufteilung zwischen den kooperierenden Institutionen. Um diese Tendenz auszugleichen, die zumindest auf der institutionellen Ebene ein interprofessionelles Ungleichgewicht andeutet, wurde in einigen Projekten versucht, durch die Kandidatenauswahl gegenzusteuern, indem ein neutrales Qualifikationsprofil der Koordinatorenstelle angestrebt wurde:

»Dass die Koordination von allen Beteiligten als relativ neutral wahrgenommen wird, ist ein ganz großer Vorteil für die Durchführung. Weil ich von den Konflikten, die es zwischen den verschiedenen Professionen ja durchaus gibt, frei bin und aushandeln kann, ohne dass es immer gleich besetzt ist von Rollenvorstellungen oder Klischees.« (Projektkoordination)

»Für den Job ist es ganz günstig, dass man keine Präferenz für eine Berufsgruppe hat.« (Projektkoordination)

Unabhängig davon, in welcher Form Sie die Koordinatorenstelle besetzen: Entscheidend sind zum einen die Akzeptanz, die ihr vonseiten der Projektverantwortlichen entgegengebracht wird sowie die kommunikativen Fähigkeiten und Managementkompetenzen, die die Koordination mit einbringt.

Ausgestaltung der Lerneinheiten

Zur Konzeption von interprofessionellen Lerneinheiten bieten sich Ihnen unzählige Möglichkeiten, sei es bei der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung, der Auswahl des methodisch-didaktischen Zugangs, der Teilnehmerzusammensetzung oder des Lehrkräfteeinsatzes. Mit Blick auf die inhaltliche Konzeption lassen sich aus den bisherigen Projektansätzen zwei idealtypische Wege unterscheiden, wie interprofessionelles Lernen im Rahmen einer Lehrveranstaltung angegangen werden kann. So wurde in der Umsetzung entweder ein fachliches Schnittstellenthema als Medium für interprofessionelles Lernen genutzt, oder Interprofessionalität wurde selbst als expliziter Unterrichtsgegenstand thematisiert.

Bei der ersten Variante geht es darum, Interprofessionalität entlang eines für alle beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen relevanten fachlichen Themas zu vermitteln.

»Die fachliche Grundlage ist eigentlich das Pferd auf dem wir aufsitzen, um interprofessionell arbeiten zu können. Das könnte auch auf einen anderen Inhaltsbereich übertragen werden.« (Projektkoordination)

»Das Krankheitsbild ist letztlich bloß der Träger für das, was ich lerndidaktisch machen will.« (Experte Medizin)

Idealerweise sollten dabei sowohl Fachwissen und Handlungskompetenzen erworben werden, als auch Lernsituationen entstehen, in denen die Teilnehmer/innen zusätzlich voneinander, übereinander und miteinander lernen können. In Bezug auf die formale Einbettung bietet diese Variante thematische Verflechtungsmöglichkeiten bereits bestehender curricularer Einheiten (Modulverflechtung) über verschiedene Studien-/Ausbildungsgänge hinweg und zugleich das Potential zur longitudinalen Einbettung mehrerer Lerneinheiten zu unterschiedlichen Studien-/Ausbildungszeitpunkten. Besonders voraussetzungsvoll gestaltet sich bei diesem Ansatz allerdings die »Harmonisierung« von etwaigen Wissensasymmetrien zwischen den Professionen bzw. das Erreichen eines angemessenen Niveaus bei der Vermittlung von fachspezifischem Wissen. Hinzu kommt, dass die Identifizierung eines passenden Themas immer schwieriger wird, je mehr unterschiedliche Professionen adressiert werden sollen.

Bei der zweiten Variante stehen weniger die fachlichen Schnittstellen oder gemeinsame praktische Themenstellungen im Fokus, sondern vielmehr die interprofessionelle Zusammenarbeit als solche:

*»Die Teilnehmer begegnen sich in einem machtfreien Raum (...) und haben die Möglichkeit, sich kennenzulernen: Was bist Du für einer? Das auf Augenhöhe erfahren zu können (...) ist der ganz große Wert dieses Lehrformats.«
(Experte Medizin)*

Dazu muss nicht auf eine Verflechtung bestehender Module bzw. eine thematische Kontextualisierung in übergeordnete Fachgebiete zurückgegriffen werden. Dieses Format bietet Ihnen vielmehr die Möglichkeit, grundständig neue Veranstaltungen zu entwickeln. Freilich können auch hier fachliche Inputs gegeben, Praxisbezüge hergestellt und berufliches Wissen vermittelt werden. Im Vordergrund stehen jedoch Inhalte mit unmittelbarem Bezug zur interprofessionellen Zusammenarbeit, etwa Teamkonflikte, Vorurteile, das Kennenlernen von Kompetenzen, Grenzen und gemeinsamen Zielen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, Kommunikationstechniken, informeller Austausch etc. Die Beteiligung vieler verschiedener Professionen ist bei dieser Variante einfacher umzusetzen, als beim zuvor beschriebenen Weg.

Unabhängig davon, für welchen Weg Sie sich entscheiden, sollte stets eine »interprofessionelle Balance« im Content gewahrt bleiben, so dass im Zuschnitt der Lerninhalte keine Bezüge einer bestimmten Profession überwiegen. Damit ist zugleich die Frage nach dem Lehrkräfteeinsatz angesprochen. Hier sollte entweder eine interprofessionelle oder eine neutrale Besetzung erfolgen. Als unmittelbare Vermittler der interprofessionellen Lerninhalte an die Teilnehmer/innen sind Lehrkräfte eine entscheidende Transmissionsstelle zwischen der konzeptionellen Ebene Ihres Projekts und seinen operativen Zielen. In den vergangenen Projekten wurden Lehrpersonen in unterschiedlichen Rollen stärker als Moderatoren oder stärker als klassische Wissensvermittler eingesetzt, sie waren mehr oder weniger intensiv an der inhaltlichen Ausgestaltung der Lerneinheiten beteiligt, mitunter bereits im Entstehungszusammenhang des Projektes involviert. Entscheidend ist in jedem Fall, dass interprofessionelle Lehre als sehr voraussetzungsfull bewertet werden muss und eine ausgiebige Vorbereitung des Lehrpersonals daher dringend geboten ist.

Bezogen auf den Umfang des Teilnehmerkreises würden wir Ihnen anraten, auf Massenveranstaltungen eher zu verzichten und stattdessen in Kleingruppen zu arbeiten. Aus Gründen der Handhabbarkeit, der Übersicht und den damit verbundenen Steuerungsmöglichkeiten empfiehlt es sich, zunächst mit geringeren Teilnehmerzahlen/Gruppengrößen zu agieren. Erst wenn sich ein Format in mehreren Durchgängen bewährt hat, sollte über ein Scaling up nachgedacht werden.

Im Verlauf einiger Vorgängerprojekte hat sich gezeigt, dass die Teilnahmebedingungen eine erfolgskritische Rolle bei interprofessionellen Lerneinheiten spielen. So zeichnete sich mitunter ein ungünstiger Verlauf ab, wenn der gemeinsame Unterricht bspw. für Medizinstudierende als freiwillige Veranstaltung, für Pflegeschüler/innen hingegen als Pflichtveranstaltung durchgeführt wurde. Der negative Einfluss von ungleichen Teilnahmebedingungen spielt vor allem dann eine Rolle, wenn die Freiwilligen dem Unterricht fernbleiben und dadurch Unmut bei den übrigen Teilnehmer/innen entsteht. Sollte es Ihnen nicht gelingen, gleiche Teilnahmebedingungen für alle Berufsgruppen zu realisieren, so sollten Sie den Auszubildenden und Studierenden die entsprechenden Hintergründe erklären und alle Beteiligten zu einer konstanten Anwesenheit und Mitarbeit motivieren.

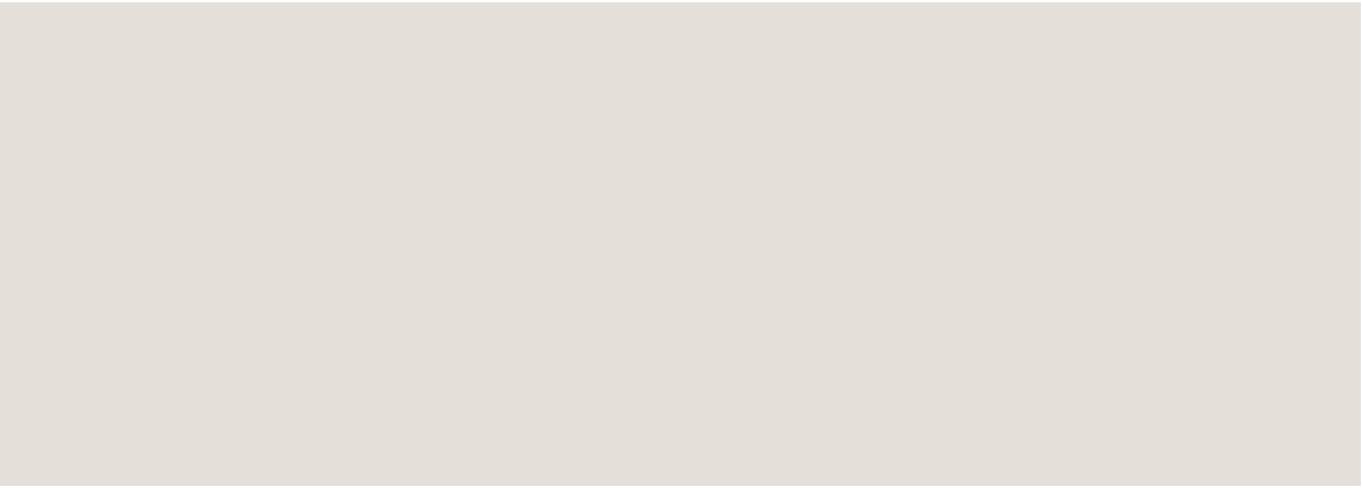
Zu der Frage, welcher Zeitpunkt innerhalb der Ausbildung bzw. des Studiums am besten geeignet ist, um eine interprofessionelle Lehrveranstaltung anzusetzen, können wir vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten keine Empfehlung abgeben. Deutlich wurde jedoch, dass eine zeitliche Nähe zu Prüfungsphasen mit Blick auf die Teilnehmerrekrutierung ungünstig zu sein scheint, zumindest dann, wenn kein Zusammenhang zwischen den interprofessionellen Lerneinheiten und dem prüfungsrelevanten Stoff besteht. Als hinderlicher Faktor hat sich außerdem die Ansetzung des Unterrichts auf Randzeiten herausgestellt, insbesondere in Verbindung mit längeren Wegzeiten aufseiten der Teilnehmer/innen.

Im Zusammenhang mit der Teilnahmebereitschaft an freiwilligen Zusatzveranstaltungen haben sich unterschiedliche Lernkulturen als zu berücksichtigende Größe gezeigt. Dies scheint weniger einen unmittelbaren Bezug zu bestimmten Professionen aufzuweisen, als vielmehr mit der Sozialisation innerhalb eines akademischen bzw. nicht-akademischen Ausbildungssystems zusammenzuhängen. Während sich Auszubildende in einem überwiegend vorgefassten Unterrichtssystem mit abwechselnden Praxiseinsätzen bewegen, sind Studierende viel eher dazu angehalten (und in der Folge auch daran gewöhnt), ihre Ausbildung zu großen Teilen selbst zu organisieren. Bei freiwilligen Veranstaltungen sollten Sie diese Unterschiede daher berücksichtigen und entsprechend motivierend auf die Teilnehmer/innen einwirken.

Verstetigung der Projekterfolge

Die Verstetigung der Projekterfolge, also die Einbettung der interprofessionellen Lehrveranstaltungen in die bestehenden Curricula und ihre Integration in den Regel-Lehrbetrieb, dürfte zu den schwierigsten Herausforderungen im Rahmen von »Operation Team« zählen. Dies erklärt sich zum einen vor dem Hintergrund des hohen Koordinierungsaufwands bei der Entwicklung und Durchführung der Lehrveranstaltungen und den dadurch gebundenen zeitlich-personellen Kapazitäten. Zum anderen bewegt sich die Frage nach der Projektverstetigung im Spannungsfeld von rechtlichen Restriktionen (Approbationsordnung, Studien- und Prüfungsordnung, Kapazitätsrecht), organisatorisch-logistischen Herausforderungen (differierende Zeitregime verschiedener Studien- und Ausbildungsgänge, unterschiedliche Kohortengrößen) und etwaigen Widerständen innerhalb der beteiligten Organisationen.

Im Zusammenhang mit der Evaluation der Vorgängerprojekte hat sich gezeigt, dass die langfristige Verstetigung für die beteiligten Fachschulen offenbar ein geringeres Problem darstellt, als für die medizinischen Fakultäten. Insgesamt scheint eine nachhaltige Verstetigung hier nicht nur vom Bemühen der Projektverantwortlichen und -koordinatoren abhängig zu sein, sondern von übergeordneten Instanzen und Entscheidungsgremien, die nicht in die unmittelbare Projektarbeit involviert sind. An dieser Stelle möchten wir Ihnen nachdrücklich empfehlen, von Beginn an auf eine Verstetigung hinzuarbeiten. Dazu gehört eine gründliche Dokumentation aller Arbeitsschritte und Projektergebnisse, die Kodifizierung der Lehrveranstaltungen, Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sowie Netzwerk- und Gremienarbeit mit den relevanten Entscheidungsträgern.



Verwendete Literatur:

Centre for the advancement of interprofessional education (CAIPE) (2002). The Definition and Principles of Interprofessional Education. Verfügbar unter: <http://caipe.org.uk/about-us/the-definition-and-principles-of-interprofessional-education/> (Zugriff am: 12.08.14)

Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) (2012). Ausschuss »Interprofessionelle Ausbildung«. Bedeutung und Aktualität des Ausschuss-Themas. Verfügbar unter: <https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/aktivitaeten/ausschuesse/interprofessionelle-ausbildung.html> (Zugriff am: 08.08.14).

Kenaszchuk et al. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 10:83.

Luecht, R. M., Madsen, M. K., & Taugher, M. P. (1990). Assessing professional perceptions: Design and validation of an interdisciplinary education perception scale. *Journal of Allied Health*, 19, 181 – 191.

Oandasan, I. & Reeves, S. (2005a). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*. 2005 May; 19 Suppl 1:21 – 38.

Oandasan, I. & Reeves, S. (2005b). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*. 2005 May; 19 Suppl 1:39 – 48.

Pollard, K., Miers, M., & Gilchrist, M. (2004). Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health and Social Care in the Community*, 12(4), 346 – 358.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14> (Zugriff am: 06.08.14).

Salomon, T. & Rothgang, H. (2010). Interdisziplinäre Kooperation der Gesundheitsberufe am Beispiel der Schlaganfallversorgung. Ergebnisse einer Systematischen Übersichtsarbeit. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Schürmann, M., Knigge-Demal, B. & Zöffzig, R. (2014). Evaluationsbericht zum Projekt 2get1care. Berichte aus Lehre und Forschung Nr. 37. Fachhochschule Bielefeld.

Unger, A. (2010). Entwicklung interprofessioneller Kompetenz in der Ausbildung.
In: Marzinik, K., Nauerth, A. & Walkenhorst, U. (Hrsg.): Kompetenz und Kooperation
im Gesundheits- und Sozialbereich (S. 67–88). Berlin: Lit-Verlag.

Voelker, C. (2011). Physiotherapie Berufliches Selbstverständnis. Berlin: Cornelsen.

Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E.G., Kaap-Fröhlich, S., Karstens,
S., Reiber, K., Stock-Schröer, B., Sottas, B. (2015). Positionspapier
GMA-Ausschuss – »Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen«.
GMS Z Med Ausbildung. 2015; 32(2):Doc22.

Herausgegeben von der
Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31
70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Text
Lukas Nock

Redaktion
Irina Cichon

Titelbild und Fotos
**Holger Talinski, © Charité, Projekt INTERTUT -
kooperativ lernen, lehren und arbeiten**

Umschlaggestaltung und Layout
siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Copyright 2016
Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten.

