

Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse und Perspektiven

für die Careum Stiftung:

Gert Ulrich, Hermann Amstad, Sylvia Kaap-Fröhlich

lange
Version



Die Gesundheitswelt der Zukunft denken

Das Gesundheitswesen befindet sich in einer historischen Umbruchsituation und steht vor grossen Herausforderungen. Die Gesundheitsgesellschaft ist zunehmend global vernetzt, was dazu führt, dass die traditionellen Grenzen zwischen Disziplinen und Berufen, Institutionen und Ländern verschoben werden. Ebenso wird das Verhältnis zwischen Leistungsangebot und Bürger, Markt und Regulierung, Arzt und Patient, Dienstleister und Konsument neu definiert. Neue Ansätze und Modelle für Strategien im Gesundheitswesen und in der Ausbildung der Health Professionals müssen all diesen Herausforderungen Rechnung tragen, um einen relevanten Beitrag für die Zukunft leisten zu können. Im Dialog mit den Partnern im Bildungs- und Gesundheitssektor will Careum aufzeigen, wie sich die Trends in konkrete bildungspolitische Vorhaben umsetzen lassen.

Mit der Veröffentlichungsreihe der Careum Working Papers sollen Entwicklungen in der Gesundheitsgesellschaft aufgegriffen und relevante Impulse gegeben werden, um innovative Prozesse im Gesundheitswesen zu stimulieren und aktiv mitzugestalten.

Careum
Pestalozzistrasse 3
CH-8032 Zürich
Telefon +41 (0)43 222 50 00
Telefax +41 (0)43 222 50 05
info@careum.ch
www.careum.ch

Inhaltsverzeichnis

Präambel	2
1 Interprofessionalität im Schweizer Gesundheitssystem	4
1.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit: warum und wie?	4
1.2 Stand der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Schweiz	7
1.3 Interprofessionelle Ausbildung als Wegbereiterin der interprofessionellen Zusammenarbeit	9
1.4 Stand der interprofessionellen Ausbildung in der Schweiz	10
Exkurs 1: Zahlen zu interprofessioneller Bildung und Zusammenarbeit in der Schweiz	11
1.5 Zwischenfazit	12
2 Kennzeichen einer gelungenen interprofessionellen Ausbildung	13
2.1 Ausgangspunkt	13
2.2 Was sagt die einschlägige wissenschaftliche Literatur?	14
2.2.1 «Presage»: Relevante Rahmenbedingungen für interprofessionelle Ausbildung	14
Exkurs 2: Erläuterungen zum Begriff «Facilitator»	16
2.2.2 «Process»: Relevante Prozessfaktoren für interprofessionelle Ausbildung	17
2.2.3 «Product»: Relevante Ergebnisfaktoren für interprofessionelle Ausbildung	20
2.2.4 Forschungsbedarf	21
2.3 Was sagen die interviewten internationalen Experten?	23
2.3.1 Merkmale einer gelungenen interprofessionellen Ausbildung	23
2.3.2 Stärken und Schwächen der interprofessionellen Ausbildung in ausgewählten Ländern	24
2.3.3 Bedeutende Einflussfaktoren der interprofessionellen Ausbildung	28
2.3.4 Einschätzungen zum Forschungsbedarf	35
2.3.5 Visionen zu interprofessioneller Ausbildung	37
2.4 Zwischenfazit	38
3 Handlungsempfehlungen	40
3.1 Bei der Entwicklung und Implementierung von interprofessionellen Ausbildungsformaten sind die Stakeholder in Bildung, Forschung, Praxis und Politik einzubinden	40
3.2 Es braucht ein gemeinsames Verständnis von interprofessionellen Lernzielen und Kompetenzen	41
3.3 In die Curricula sind interprofessionelle Bildungsinhalte aufzunehmen	41
3.4 Der wichtigen Rolle der Facilitatoren für den Lernerfolg der Auszubildenden ist Rechnung zu tragen	41
3.5 Die interprofessionelle Ausbildung ist praxisrelevant und effizient zu gestalten	42
3.6 Das Potenzial der Forschung im Bereich interprofessioneller Bildung ist zu nutzen	43
4 Ausblick	44
5 Anhang	45
5.1 Methodisches Vorgehen	45
5.2 Für die Literaturübersicht verwendete Artikel	47
5.3 Interviewte Experten	49
Über die Autoren	51
Literatur	52

Präambel

2

Der demografische Wandel, die Zunahme an chronischen Krankheiten und das immer komplexer werdende Gesundheitssystem erfordern einen Paradigmenwechsel vom monoprofessionellen hin zum interprofessionellen Arbeiten in der Gesundheitsversorgung. Eine unkoordinierte Behandlung durch Spezialisten und mangelnde Kommunikation zwischen den Berufsgruppen können zu Unter- und Überversorgung, unnötigen Kosten und lebensgefährlichen Komplikationen führen. Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen gewinnt deshalb in der Gesundheitsversorgung immer mehr an Bedeutung.

Interprofessionalität in der Ausbildung und Versorgungspraxis berücksichtigt diese Entwicklungen im Gesundheitssystem. Interprofessionalität fokussiert auf die berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Fachpersonen aus Gesundheit und Medizin, um eine optimale Gesundheitsversorgung und Patienten- sowie Angehörigenbetreuung zu gewährleisten. Sie bezieht aber auch explizit die Zusammenarbeit mit Patienten und deren Angehörigen mit ein.

Die Careum Stiftung (Zürich) versteht sich als Vordenkerin der Interprofessionalität und engagiert sich schon seit über zehn Jahren für qualitativ hochwertige Projekte im Bereich der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Die Stiftung fördert den Austausch und die Vernetzung zwischen Berufsgruppen, Betroffenen, Bildungsstufen und Institutionen.

Der Standort Zürich ist für interprofessionelle Bildung (Aus-, Weiter- und Fortbildung) besonders disponiert. Am bzw. in unmittelbarer Nähe zum Careum Campus finden sich die Medizinische Fakultät der Universität Zürich, das Careum Bildungszentrum für Gesundheitsberufe, die Careum Hochschule für Gesundheit, das Universitätsspital sowie die Eidgenössisch Technische Hochschule Zürich. In Winterthur (ca. 25 km von Zürich) sind darüber hinaus die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Departement Gesundheit) sowie das Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen angesiedelt. Allen gemein ist das Interesse an interprofessioneller Ausbildung, was bereits mit vielen interinstitutionellen und interprofessionellen Lehrveranstaltungen dokumentiert wurde. Vor Kurzem wurde zudem unter Beteiligung der Careum Stiftung und in Zusammenarbeit von insgesamt sechs Institutionen eine interprofessionelle klinische Ausbildungsstation am Universitätsspital Zürich implementiert.

Um den Prozess der interprofessionellen Ausbildung in der ganzen Schweiz voranzutreiben, möchte die Careum Stiftung mit dem vorliegenden Working Paper weitere Akzente zur Zukunft der interprofessionellen Ausbildung in der Schweiz setzen. Das Dokument beschreibt den Istzustand der interprofessionellen Ausbildung in der Schweiz (Kapitel 1), dokumentiert im empirischen Teil (Kapitel 2) Kennzeichen einer gelungenen interprofessionellen Ausbildung auf Basis einschlägiger Übersichtsarbeiten (Kapitel 2.2) und von Interviews mit international renommierten Experten (Kapitel 2.3) sowie Betroffenen (Patientin, Student). Auf dieser Grundlage werden dann schliesslich Handlungsempfehlungen formuliert (Kapitel 3).

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die parallele Verwendung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter angesprochen.

Im Einzelnen sollen im Rahmen dieses Working Papers Inhalte und Erfolgsfaktoren sowie zukünftige Ideen und Perspektiven aus nationaler und internationaler Perspektive bilanziert werden. Ziel dieses Working Papers ist es, zu weiteren Diskussionen über interprofessionelle Ausbildung in Forschungs-, Bildungs- und Praxisinstitutionen anzuregen. Im Idealfall entstehen daraus wegweisende Ideen und Stossrichtungen zur Umsetzung für die gesamte Schweiz.

Dieses Working Paper richtet sich daher an Ausbildungsverantwortliche, Berufsbildner, Personen im Bereich der Fakultätsentwicklung oder mit Leitungsfunktion im Gesundheitswesen, an alle Gesundheitsfachpersonen mit Interesse an interprofessioneller Ausbildung, an interessierte Patienten und ihre Angehörigen, an Verantwortliche in der Gesundheits- und Bildungspolitik und nicht zuletzt an Auszubildende.

Dank Wir bedanken uns ganz herzlich bei den befragten Experten und Betroffenen, die alle das Projekt selbstverständlich unterstützten und ihre Zeit für die Interviews zur Verfügung stellten. Daneben geht ein herzliches Dankeschön an Peter Berchtold, Iren Bischofberger, Irina Cichon, Manuela Eicher, Christian Schirlo und Cinzia Zeltner für ihre Bereitschaft, das Working Paper zu begutachten und wertvolle Hinweise zur Überarbeitung zu geben.

Gert Ulrich, Hermann Amstad & Sylvia Kaap-Fröhlich

1 Interprofessionalität im Schweizer Gesundheitssystem

4

1.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit: warum und wie?

Das Gesundheitssystem der Schweiz steht vor grossen Herausforderungen. Die demografische Entwicklung und die Zunahme an chronischen Erkrankungen führen zu einem wachsenden Bedarf an medizinischen Leistungen; damit verbunden – und akzentuiert durch immer komplexere Behandlungen – ist ein kontinuierlicher Anstieg der Kosten (SAMW, 2019). Zudem besteht, namentlich im Bereich der medizinischen Grundversorgung, ein markanter Mangel an Fachleuten in Gesundheit und Medizin, der nur dank des Zuzugs ausländischer Spezialisten gemildert wird (Merçay, Burla & Widmer, 2016).

Vielfach wird vor diesem Hintergrund die interprofessionelle Zusammenarbeit der beteiligten Fachpersonen (z.B. Ärzte, Pflegende, Ernährungsberater, Physio- oder Ergotherapeuten) als Möglichkeit gesehen, diesen Herausforderungen zu begegnen. Es wird postuliert – auch wenn nur schwach belegt –, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit die Gesundheit der Bevölkerung und die Patientenerfahrung verbessern sowie die Gesundheitskosten pro Kopf verringern kann («Triple Aim») (Berwick, Nolan & Whittington, 2008; Brandt, Lutfiyya, King & Chioreso, 2014; Hansen, Jacobsen & Larsen, 2009). Mittlerweile wird zur Ergänzung des «Triple Aim» das «Quadruple Aim» auch im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit benannt, um zusätzlich die Bedeutung des Wohles der Gesundheitsfachleute zum Ausdruck zu bringen (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Khalili et al., 2019). Im Detail beziehen sich die Effekte der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Literatur insbesondere auf eine Reduktion von Behandlungsfehlern, eine verbesserte und effizientere Versorgungsqualität (z.B. verkürzte Liegedauer und gesenkter Medikamentenverbrauch) sowie eine grössere Patientensicherheit und -zufriedenheit (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth & Zwarenstein, 2013; Walkenhorst et al., 2015; World Health Organization, 2010). Ebenso werden positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit und die berufliche Motivation der Gesundheitsfachpersonen sowie ein besseres gegenseitiges Verständnis und Vertrauen in die Zusammenarbeit diskutiert (Sottas & Kissmann, 2016).

Grundsätzlich sind Medizinalberufe, die an Universitäten in der Schweiz ausgebildet werden (Humanmedizin, Zahnmedizin, Chiropraktische Medizin, Pharmazie, Veterinärmedizin), von den Gesundheitsberufen zu unterscheiden. Letztere werden an Fachhochschulen (z.B. Pflege, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Ergotherapie), Höheren Fachschulen (z.B. Pflege, biomedizinische Analytik, medizinisch-technische Radiologie) oder an Berufsschulen (wie Fachpersonen Gesundheit) ausgebildet. Angelehnt an die Terminologie des Bundesamtes für Gesundheit wird im Text vereinfacht von Gesundheitsberufen oder Gesundheitsfachleuten/-personen gesprochen, mit denen sowohl Gesundheits- als auch Medizinalberufe gemeint sind.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert (interprofessionelle) Zusammenarbeit wie folgt: «Collaboration occurs when two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own.» (World Health Organization, 2010: 36). Einige Autoren machen jedoch darauf aufmerksam, dass interprofessionelle Zusammenarbeit nicht allgemeingültig definiert werden kann, da Gesundheitsfachleute interprofessionelle Zusammenarbeit in verschiedenen Versorgungssettings subjektiv wahrnehmen und folglich ein unterschiedliches Verständnis darüber besitzen (DiazGranados, Dow, Appelbaum, Mazmanian & Retchin, 2018; Schmitz, Atzeni & Berchtold, 2017).

Unabhängig davon besteht jedoch Konsens darüber, dass eine Profession allein die bestmögliche Patientenversorgung nicht liefern kann (siehe «Was die Betroffenen sagen: die Patientin»). Insofern bietet Interprofessionalität mehr als das bisher grösstenteils multiprofessionelle Mit- und Nebeneinander der Gesundheitsfachleute. Professionelle Silos müssen überwunden werden zugunsten einer Zusammenarbeit über Professionsgrenzen hinaus (Khalili, Hall & DeLuca, 2014; Nowossadeck, 2013; Walkenhorst et al., 2015).

Die Umsetzung der Interprofessionalität ist jedoch auch mit Herausforderungen verbunden: etwa mit unterschiedlichen Rollenverständnissen, Fragen der Kompetenzverteilung, gesetzlichen Befugnissen und Verantwortungsbereichen. Zusätzlich wird kritisiert, dass interprofessionelle Zusammenarbeit oftmals als Allheilmittel für ein vielfältiges Potpourri von Problemen in der Gesundheitsversorgung deklariert wird (World Health Organization, 2010) und fälschlicherweise davon ausgegangen wird, dass die interprofessionelle Ausbildung dieses Allheilmittel zukünftig bereitstellen kann (Paradis & Whitehead, 2018).

Was die Betroffenen sagen: die Patientin

Die interviewte Patientin berichtet mehr von negativen als von positiven Erfahrungen. Viel zu selten komme es vor, dass die behandelnden Gesundheitsfachpersonen über Professionsgrenzen hinweg miteinander redeten. Wenn sie das täten, würde z.B. auch das Stellen von Versicherungsanträgen effizienter gestaltet werden können, sodass die Patienten schneller die notwendige Hilfe bekämen.

Wenn hingegen Gesundheitsfachpersonen die Einschätzungen anderer Gesundheitsfachleute in Anwesenheit des Patienten infrage stellten, könne dies beim Patienten Unsicherheit und einen Verlust von Vertrauen in die Behandlung auslösen. Speziell im stationären Setting bemängelt sie länger andauernde Abklärungen und verschiedene zum Teil nichtzutreffende Diagnosen, die durch einfache Rücksprachen beim behandelnden Hausarzt oder Facharzt hätten deutlich abgekürzt werden können. Auf Unverständnis und Verärgerung stiess auch die Tatsache, dass im Spital die eigene Krankengeschichte mehrfach zu berichten war. Interprofessionelle Visiten und Rapporte sollten aus Patientensicht eigentlich selbstverständlich sein.

«Da habe ich lange dafür gebraucht, dass ich gemerkt habe, dass die gar nicht so häufig miteinander reden. (...) Ich habe es immer und immer wieder erlebt, dass ich pro Profession von Anfang bis Ende alles wiedererzählen muss. Das gibt mir kein Vertrauen in die Institution Krankenhaus.» (C. Galfetti)

Die Patientin unterstützt die Integration von Patienten und/oder Angehörigen in die interprofessionelle Ausbildung. Es sei nichts «so eindrücklich und ebenso authentisch wie Tatsachenberichte». Jedoch sei es wichtig, dass Patienten und/oder Angehörige auf ihren Einsatz in der Lehre vorbereitet und geschult würden.

In der Lehre sollte Wert darauf gelegt werden, dass zwischen den Professionen bestehende Vorurteile adressiert und idealerweise abgebaut werden können. Zudem sollten Auszubildende auch dafür sensibilisiert werden, dass sie als Behandelnde im Spital unter ständiger Beobachtung des Patienten stehen. In diese Beobachtung fliesst auch mit ein,

wie Angehörige unterschiedlicher Gesundheitsberufe miteinander vor dem Patienten reden und mit welcher Mimik und Gestik sie sich begegnen. All dies wird feinfühlig vom Patienten wahrgenommen und kann die Genesung substantiell beeinflussen. Es ist deshalb wichtig, den Patienten als Teil des Teams wahrzunehmen und mit ihm statt über ihn zu reden. Ebenso sollte der Patient bzgl. seiner Behandlung mitreden und mitentscheiden können. Um die Relevanz des Themas zu unterstreichen, ist Interprofessionalität als Pflichtfach in die Ausbildung der Gesundheitsprofessionen aufzunehmen und entsprechend in Prüfungen zu berücksichtigen.

Um Patienten für die interprofessionelle Lehre zu gewinnen, könnten zunächst die grossen, patientenunterstützenden Organisationen in der Schweiz (z.B. Herzstiftung, Rheumaliga, Krebsliga, Multiple Sklerose Gesellschaft, Selbsthilfe Schweiz) angefragt werden. Eine krankheitsübergreifende Patientenorganisation, die sich verstärkt mit interprofessionellen Aspekten beschäftigt, ist ihr jedoch nicht bekannt. Kollaborationen bspw. mit dem BAG, der Selbsthilfe Schweiz, der SAMW oder Verbänden weiterer Gesundheitsprofessionen könnten dazu beitragen, interprofessionelle Aspekte in Patientenorganisationen voranzutreiben.

Als Vision beschreibt die Patientin den Wunsch, dass die behandelnden Ärzte regelmässig mit Kollegen anderer Professionen Rücksprache nähmen und auch die Patienten als individuelle Experten ihrer eigenen Krankheitsbiografie einbinden. Zusätzlich seien bestehende Hierarchien in und zwischen Gesundheitsprofessionen abzubauen, denn «es geht ja nicht um das eigene Ego, sondern es geht um den Patienten».

1.2 Stand der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Schweiz

Die Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Schweizer Gesundheitsversorgung war und ist ein langer, anspruchsvoller Prozess und hat im Vergleich zu skandinavischen und angelsächsischen Ländern relativ spät eingesetzt. Anfang der 2000er-Jahre und erstmals für die Schweiz hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) das Prinzip der interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Pflegefachpersonen thematisiert. Das 2004 veröffentlichte Positionspapier «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» befasste sich auch mit dem Verhältnis von Ärzteschaft und Pflege und hat dabei ein neues Modell vorgeschlagen, das die beiden Berufsgruppen nicht mehr antagonistisch oder bestenfalls überlappend sieht, sondern gleichberechtigt (zusammen mit weiteren Gesundheitsberufen) unter dem Dach der Medizin (SAMW, 2004).

Basierend auf diesem Positionspapier veröffentlichte eine Arbeitsgruppe 2007 den Bericht «Zukünftige Berufsbilder von Ärzten und Pflegenden» und konkretisierte die Vision von 2004 (SAMW, 2007). Eine der Empfehlungen des Berichts betraf die Ausarbeitung einer «Charta» zur Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute. Es dauerte bis 2014, ehe dieses Dokument von einer interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe erstellt und veröffentlicht wurde (SAMW, 2014): Die Charta sollte Ausdruck sein für den «Geist der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute und eine Basis für den anzustrebenden Kulturwandel». Im Rahmen eines SAMW-Symposiums «Interprofessionalität», das den verschiedenen Berufsgruppen eine Plattform für Austausch und Vernetzung bot, wurde auch ein Award «Interprofessionalität» verliehen, der «Best Practice»-Beispiele auszeichnet und bekannt macht.

Die Charta der SAMW zur Interprofessionalität geht weiter davon aus, dass für die Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit auch die Anpassung von Gesetzen, Verordnungen und Tarifen durch die dafür zuständigen politischen Instanzen notwendig sei. Auf Bundesebene betrifft dies namentlich das Krankenversicherungsgesetz (KVG – Krankenversicherungsgesetz, 1994). Andere Gesetze wie das Medizinalberufegesetz (MedBG – Medizinalberufegesetz, 2018) und das Gesundheitsberufegesetz (GesBG – Gesundheitsberufegesetz, 2016) nehmen zumindest indirekt bereits Bezug auf Interprofessionalität: Absolventen müssten in der Lage sein, «in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe zu lernen» (Art. 6 MedBG), bzw. sollten «Denk-, Entscheidungs- und Handlungsprozesse im Gesundheitsbereich sowie das Zusammenspiel der verschiedenen Gesundheitsberufe und anderer Akteure des Versorgungssystems (kennen) und fähig (sein), ihre Massnahmen optimal darauf abzustimmen» (Art. 3 GesBG).

Das KVG definiert in Artikel 35 jenen Personenkreis, der als «Leistungserbringer» zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist. Gemäss diesem Artikel dürfen die Pflegenden und Vertreter weiterer therapeutischer Berufe nur im Auftrag eines Arztes Tätigkeiten zulasten der

obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen. Die bestehenden Tarifsyste me sowie die Abrechnung von Leistungen an Schnittstellen der Versorgung (ambulant-ambulant oder ambulant-stationär) erschweren die interprofessionelle Zusammenarbeit und führen zu administrativem Mehraufwand, insbesondere im ambulanten Bereich (econcept, 2019). Austausch- und Koordinationsleistungen, die interprofessionell stattfinden, können nur vom Arzt abgerechnet werden. Die vom Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK) eingereichte «Pflegeinitiative» will diese Regelung ändern; zwar schlägt der Bundesrat die Ablehnung dieser Initiative vor, doch gibt es Signale, dass das Parlament Anliegen der Initiative in einem Gegenvorschlag aufnehmen will.

Darüber hinaus hat der Bundesrat 2016 das Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» ins Leben gerufen. Von 2017 bis 2020 werden einerseits Forschungsprojekte im Bereich interprofessioneller Bildung und Versorgung und andererseits die Dokumentation von interprofessionellen Angeboten als «Modelle guter Praxis» in Höhe von drei Millionen Franken gefördert. Diese Dokumentation interprofessioneller Angebote mit Vorbildcharakter soll dabei Anstoss geben für die Implementierung und/oder Weiterentwicklung interprofessioneller Settings in Bildung und Versorgung an weiteren Standorten. Die ersten Modelle sind seit Juni 2018 auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) veröffentlicht. Das Verzeichnis wird laufend ergänzt (BAG, 2019b).

Primär im ambulanten Bereich aktiv sind die Hausärzte Schweiz (Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz; Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse, MFE). Bereits 2013 organisierten sie einen Workshop «Interprofessionalität», an dem das Bundesamt für Gesundheit, das Zürcher Institut für Hausarztmedizin, Vertreter der Apotheker, Vertreter der Pflegewissenschaft, der Spitex, der Medizinischen Praxisassistenten sowie des SBK beteiligt waren. Dies führte Ende 2013 zur Gründung der «Plattform Interprofessionalität», die auf die ambulante Grundversorgung abzielt. Anfang 2018 wurde die Plattform in einen Verein überführt, dem derzeit zwölf Verbände angehören. Das soll dazu dienen, den Dialog und den Ideenaustausch zu fördern sowie eine hochwertige interprofessionelle Versorgung in den jeweiligen Berufsverbänden zu stärken (Plattform Interprofessionalität, 2019).

2018 wurde zudem der Verein «SwissIPE» gegründet, der sich für interprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership in der ambulanten Versorgung einsetzt und in diesen Handlungsfeldern Schulungen anbietet (SwissIPE, 2019). Die Schulungen basieren auf den international bekannten ehpic-Kursen (Educating Health Professionals in Interprofessional Care) der University of Toronto und wurden inhaltlich dem Schweizer Gesundheitssystem angepasst.

Im Moment besitzt niemand eine vollständige und fundierte Übersicht, wo und in welcher Form in der Schweiz die interprofessionelle Zusammenarbeit

praktiziert wird. Immerhin gibt es Hinweise in Form der oben erwähnten Liste des BAG oder der Liste der Preisträger des SAMW-Awards «Interprofessionalität» (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 1 im Exkurs 1, S. 11 zu interprofessioneller Bildung und Zusammenarbeit in der Schweiz). Auch die Plattform «Interprofessionalität» veröffentlicht auf ihrer Website «Best Practice»-Beispiele.

1.3 Interprofessionelle Ausbildung als Wegbereiterin der interprofessionellen Zusammenarbeit

Zahlreiche namhafte nationale und internationale Gesundheitsorganisationen und Fachgesellschaften sind sich einig: Interprofessionelle Zusammenarbeit ist darauf angewiesen, dass die Gesundheitsfachleute über interprofessionelle Kompetenzen verfügen (Frenk et al., 2010; Khalili et al., 2014; World Health Organization, 2010) und dass sie diese Kompetenzen bereits in der Phase der Ausbildung erwerben sollten (BAG, 2013; Pollard, Miers & Gilchrist, 2004; Thistlethwaite, Moran & World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice, 2010). Die meisten Fachleute stimmen überein, dass die entsprechenden Lehrveranstaltungen interprofessionell und nicht monoprofessionell erfolgen sollten. Die WHO definiert interprofessionelle Ausbildung (Interprofessional Education) wie folgt: «Interprofessional education is the process by which students from different professional programmes learn together during certain periods of their education with a view to enhancing collaboration and team work, and ultimately improving patientcentred care» (World Health Organization, 2013: 23).

Die Erwartungen zu interprofessioneller Ausbildung und das Potenzial, das von ihr ausgehen kann, werden international als sehr hoch eingestuft, und auch die Anzahl an internationalen Publikationen zu interprofessioneller Ausbildung nimmt stetig zu. Allerdings gibt es auch kritische Stimmen, die auf die geringe Evidenz für viele der postulierten Effekte hinweisen und die fehlende theoretische Fundierung bemängeln (Paradis & Whitehead, 2018). Auch die WHO hat festgehalten, dass es noch weitere Studien brauche, um die Wirksamkeit der interprofessionellen Ausbildung bezüglich der Verbesserung von interprofessioneller Zusammenarbeit und Patienten-Outcomes nachzuweisen (World Health Organization, 2013). Das mag auf der einen Seite an einem Mangel an qualitativ hochwertigen und vergleichbaren Studien liegen, aber auch damit verbunden sein, dass derartige Studien bzw. Interventionen logistisch herausfordernd, zeitlich aufwendig und teuer sind (Paradis & Whitehead, 2018; Reeves et al., 2016). Die WHO (World Health Organization, 2013: 44) kommt daher zum Schluss, dass interprofessionelle Ausbildung mehr qualitativ hochwertige Forschung bzw. Evidenz benötige: «There is a need to obtain much better evidence in institutions with both programmes and resources available to support the necessary research», und empfiehlt daher: «We recommend the option only in the context of rigorous research.»

1.4 Stand der interprofessionellen Ausbildung in der Schweiz

Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) hat 2015 in einem Positionspapier den Stand der interprofessionellen Ausbildung u.a. auch in der Schweiz beschrieben und dabei zwei Handlungsebenen unterschieden (Walkenhorst et al., 2015), nämlich die politisch-strategische sowie die operative der Bildungsinstitutionen:

Auf der politisch-strategischen Ebene hat der Bundesrat in der Strategie «Gesundheit2020» der interprofessionellen Bildung einen hohen Stellenwert eingeräumt. Begründet wird diese Schwerpunktsetzung mit den künftigen Herausforderungen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung, insbesondere was den Zugang zur Versorgung und die Aufrechterhaltung einer hohen Qualität betrifft. Im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität» (siehe Kapitel 1.2) hat das BAG auch zahlreiche Forschungsprojekte lanciert (BAG, 2019a). Während es im Bereich «Berufsausübung» 15 Projekte sind, sind es im Bereich «Bildung» drei.

Betrachtet man die Bildungsinstitutionen, ist auf einer übergeordneten Ebene – möglicherweise auch bedingt durch die föderalistische Struktur der Schweiz – kein curriculares Gesamtkonzept erkennbar. Stattdessen lassen sich viele einzelne und voneinander unabhängige interprofessionelle Projekte aufzeigen. Walkenhorst et al. (2015) sehen diese Entwicklung einerseits begünstigt durch allgemeine und abstrakte Ziele im MedBG und im GesBG (vgl. Kapitel 1.2) und andererseits durch kompetenzbasierte Curricula, die in den medizinischen Fakultäten, den Fachhochschulen und den Höheren Fachschulen eingesetzt werden. Zudem sind durch die Akademisierung der Gesundheitsberufe und die Bologna-Reform auch in den humanmedizinischen Studiengängen in der Schweiz günstige strukturelle Räume zur Implementierung interprofessioneller Lern- und Lehrsettings entstanden. Kompetenzen des «Collaborators» nach dem CanMeds-Rollenmodell (Frank, 2005) finden sich sowohl in den Abschlusskompetenzen der Fachhochschul-Gesundheitsberufe (Ledergerber, Mondoux & Sottas, 2009) als auch in jenen der ärztlichen Berufe (PROFILES) (Michaud, Jucker-Kupper & Members of the Profiles Working Group, 2017). Fachhochschulen haben schon früh verpflichtend interprofessionelle Lehrveranstaltungen eingeführt, die die Studierenden der verschiedenen Berufe zusammenbringen (in erster Linie Pflegefachpersonal, Physiotherapeuten, Hebammen, Ergotherapeuten, Ernährungsberater). Die medizinischen Fakultäten begannen zunächst sukzessive damit, ihren Studierenden eine ausschliesslich freiwillige und punktuelle Teilnahme an dieser Form der Lehre zu ermöglichen. Das Konzept für die interprofessionelle Lehre, das von der Fachhochschule Lausanne, der Biologie- und Medizinfakultät Lausanne und dem Universitätsspital Lausanne (CHUV) erarbeitet wurde (Michaud et al., 2011), sowie das Projekt zwischen der Fachhochschule Genf, dem Centre Médical Universitaire (CMU) und der Medizinfakultät der Universität Genf waren lange Zeit Ausnahmen. Heute gibt es an allen medizinischen Fakultäten der Schweiz interprofessionelle Bildungsangebote.

Bianchi, M. et al.: Potenzial der interprofessionellen Ausbildung im Gesundheitswesen: Folgenabschätzung eines interprofessionellen Ausbildungsverstüchs in der italienischen Schweiz

Huber, M. et al.: Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate im Schweizer Kontext – eine Mixed-Methods-Untersuchung

Gurtner, A. et al.: Integration von Bildungsinhalten in die Curricula der verschiedenen Weiter- und Fortbildungsgänge im Gesundheitswesen

Zahlen zu interprofessioneller Bildung und Zusammenarbeit in der Schweiz

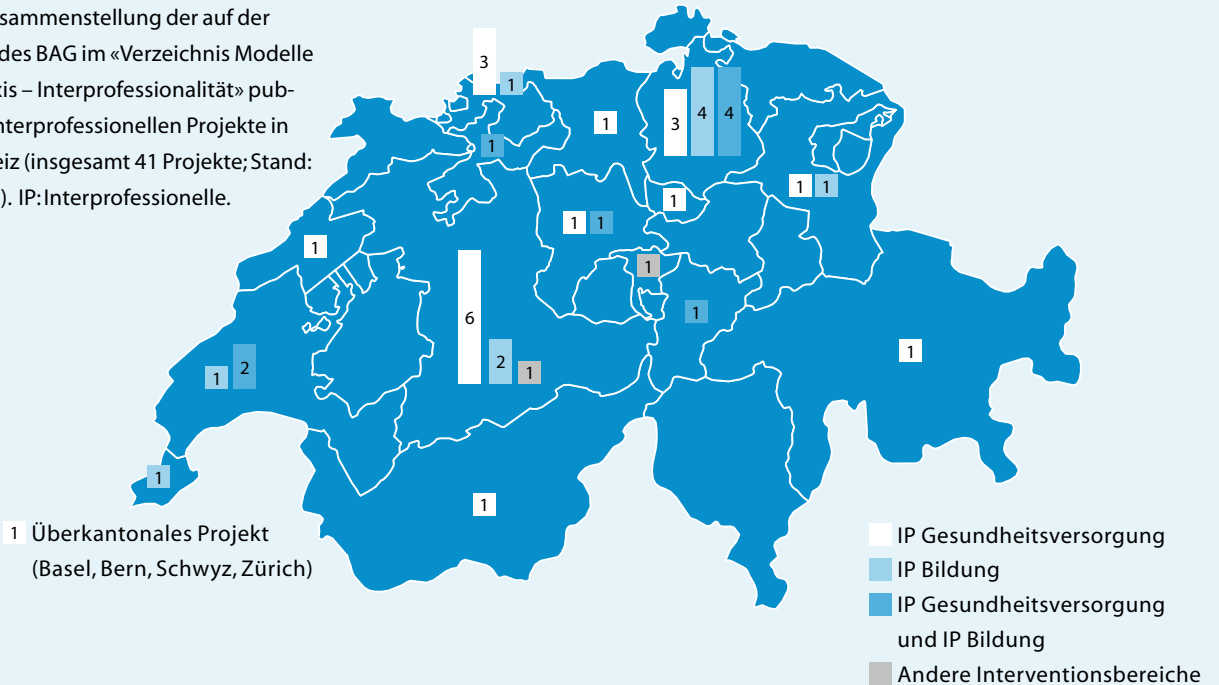
Tab. 1: Anzahl der in den Kantonen mit dem SAMW-Award «Interprofessionalität» (SAMW, 2018) ausgezeichneten Projekte

Tabelle 1 fasst die mit dem SAMW-Award «Interprofessionalität» ausgezeichneten Projekte zusammen, die sowohl die interprofessionelle Bildung als auch die Gesundheitsversorgung betreffen.

Kanton	SAMW-Award 2016	SAMW-Award 2017	SAMW-Award 2018	Gesamt
Aargau	2	–	–	2
Basel	2	1	–	3
Bern	5	3	2	10
Genf	3	1	1	5
Luzern	–	–	1	1
Tessin	–	1	–	1
Waadt	8	6	–	14
Zug	1	1	–	2
Zürich	5	4	3	12
Überkantonal	3	1	–	4
Gesamt	29	18	7	54

Abbildung 1 zeigt die regionale Verteilung von Projekten zu «Interprofessioneller Bildung» und zu «Interprofessioneller Gesundheitsversorgung/Zusammenarbeit» in der Schweiz, wie sie auf der Website des BAG zu finden ist.

Abb. 1: Zusammenstellung der auf der Webseite des BAG im «Verzeichnis Modelle guter Praxis – Interprofessionalität» publizierten interprofessionellen Projekte in der Schweiz (insgesamt 41 Projekte; Stand: 10.7.2019). IP: Interprofessionelle.



Aus den beiden Darstellungen geht hervor, dass in insgesamt 15 Kantonen interprofessionelle Projekte durchgeführt wurden/werden. Der Kanton Waadt hat bisher die meisten SAMW-Awards «Interprofessionalität» erhalten, und der Kanton Zürich weist die meisten Best-Practice-Beispiele auf. Projekte im Bereich Bildung beschränken sich – wenig überraschend – auf Kantone mit Hochschulen.

Am Standort Zürich wurde darüber hinaus die erste interprofessionelle klinische Ausbildungsstation der Schweiz pilotiert, die derzeit am Universitätsspital Zürich dauerhaft implementiert wird. Das theoretisch fundierte und praxiserprobte Konzept dieser Zürcher interprofessionellen Ausbildungsstation («ZIPAS») kann auf weitere medizinische Fachbereiche, Spitäler oder Berufsgruppen ausgeweitet werden (Careum Stiftung, 2019).

1.5 Zwischenfazit

Es gibt wissenschaftliche Belege dafür, dass Interprofessionalität im Gesundheitswesen die Behandlungsergebnisse verbessern kann. Interprofessionalität umfasst dabei zwei Facetten: interprofessionelle Zusammenarbeit und interprofessionelle Ausbildung, wobei interprofessionelle Ausbildung interprofessionelle Zusammenarbeit anbahnen helfen soll. In der Schweiz hat die Beschäftigung mit der Interprofessionalität erst eine relativ kurze Geschichte, jedoch hat sich seit Beginn des neuen Jahrtausends in diesem Bereich viel getan. Grundsätzlich können der Schweiz daher gute politische Rahmenbedingungen für die Entwicklung von Interprofessionalität attestiert werden. Das MedBG und das GesBG geben die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachleuten als Kompetenz vor, leider jedoch mit wenig konkreten Ausformulierungen. Zudem ist die interprofessionelle Ausbildung noch nicht in allen Bildungsgängen analog zu den gesetzlichen Vorgaben umgesetzt.

Das BAG und die SAMW haben die Thematik in den letzten fünf Jahren mit verschiedenen Massnahmen vorangetrieben, wie z.B. mit der Charta zur Interprofessionalität, mit dem Verzeichnis von Best-Practice-Beispielen, mit Forschungsförderung und mit einem jährlich vergebenen Award. Erfreulich daran ist, dass grundsätzlich beide Aspekte von Interprofessionalität, d.h. Ausbildung und Zusammenarbeit, in den Blick genommen werden. Folglich konnten in den letzten Jahren aufgrund der unterstützenden Rahmenbedingungen mehrere interprofessionelle Projekte ins Leben gerufen werden (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 1 im Exkurs 1, S. 11 zu interprofessioneller Bildung und Zusammenarbeit in der Schweiz).

2 Kennzeichen einer gelungenen interprofessionellen Ausbildung

2.1 Ausgangspunkt

13

In der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise auf das grosse Potenzial von interprofessioneller Ausbildung; gleichzeitig mehren sich kritische Stimmen, die die mangelnde Evidenz und Theoriefundierung in diesem Feld beanstanden. Vor diesem Hintergrund erscheint es angezeigt, eine Standortbestimmung vorzunehmen, die Herausforderungen zu identifizieren und darauf aufbauend Ideen, Denkanstösse und Empfehlungen für die zukünftige interprofessionelle Ausbildung zu formulieren. Basierend auf einer Durchsicht aktueller Übersichtsarbeiten wurden die derzeit diskutierten Effekte zusammengefasst und die relevanten Aspekte und Herausforderungen der zukünftigen interprofessionellen Ausbildung und Forschung benannt. Die für diese Literatursichtung ausgewählten Artikel sind im Anhang 5.2 kurz beschrieben.

Um die aus der Literatur herausgearbeiteten Aspekte und Herausforderungen besser einordnen zu können und um zu erfahren, wie diese nachhaltig erfolgreich adressiert werden können, wurden zudem international anerkannte Experten interviewt (siehe Anhang 5.3). Die Hinweise aus den Interviews und die Erkenntnisse aus der einschlägigen Literatur ermöglichten anschliessend die Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Im Anhang 5.1 ist das gewählte methodische Vorgehen ausführlicher dargestellt.

Um die Einflussfaktoren der interprofessionellen Ausbildung aus der Fachliteratur zu ordnen, orientiert sich das vorliegende Working Paper an dem von Biggs (Biggs, 1993) eingeführten 3P-Modell. Die drei «P» stehen für «Presage», «Process» und «Product» (dt.: Rahmenbedingungen, Prozess, Ergebnis). Freeth & Reeves haben dieses Modell 2004 auf den interprofessionellen Ausbildungsbereich angewandt und für jedes der drei «P» die zugehörigen Faktoren beschrieben (vgl. Tabelle 2, S. 14).

Tab. 2: Einflussfaktoren der interprofessionellen Ausbildung nach Freeth & Reeves (2004) [eigene Übersetzung].

Rahmenbedingungen («Presage»)	Prozessfaktoren («Process»)	Ergebnisfaktoren («Product»)
<p>Kontext, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • politisches Klima • Regulierungsrahmen • Finanzierung • Anzahl Lernende • Raum und Zeitbeschränkungen • konkurrierende Lehrplananforderungen <p>Eigenschaften der Lehrenden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungen von Lernen und Lehren • Vorstellungen von Zusammenarbeit • das Fachwissen der Lehrenden <p>Eigenschaften der Lernenden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungen vom Lernen • bevorzugter Ansatz zum Lernen • Konzeption der Zusammenarbeit • Erwartungen und Motivation 	<p>Ansätze zum Lernen und Lehren, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • uniprofessionell, multiprofessionell oder interprofessionell • vor/nach der Qualifikation • formelles oder informelles Lernen • arbeitsorientiertes Lernen • Fernunterricht • obligatorische oder optionale Erfahrung • Ausbildungsdauer • Moderationsstil • Teamunterricht 	<p>Kollaborative Kompetenzen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einstellungen • Wahrnehmungen • Wissen • Kompetenzen • Verhalten • Praxis

Die Forschungsmethodik bildet ebenfalls einen substanziellen Bereich der interprofessionellen Ausbildung ab und wird im Anschluss an die 3P-Faktoren im Kapitel 2.2.4 besprochen.

2.2 Was sagt die einschlägige wissenschaftliche Literatur?

2.2.1 «Presage»: Relevante Rahmenbedingungen für interprofessionelle Ausbildung

Die Unterstützung durch die Leitungsebene ist ein zentraler Faktor für die Entwicklung und Implementierung von interprofessionellen Ausbildungsformaten. Nur so ist gewährleistet, dass dafür genügend personelle, zeitliche oder finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Reeves et al. (2016) betonen, dass das Bekenntnis zu und das Engagement für interprofessionelle Ausbildung durch die jeweiligen Führungsetagen («Commitment from Leadership») von zentraler Bedeutung sind.

Kontext

Interprofessionelle Ausbildung ist oft logistisch komplex und damit auch teuer. Die Stundenpläne verschiedener Medizinal- und Gesundheitsberufe sind zu synchronisieren, Räume und Lehrende müssen organisiert bzw. vorbereitet werden, und die Zahl der in vielen Untergruppen zu schulenden Studierenden ist teilweise sehr gross. Oftmals ist für die Beteiligten der zur Planung notwendige Aufwand ein «Add-on» zur Routinearbeit bzw. «Work for Free» (Paradis & Whitehead, 2018). Ziel muss es daher sein, zukünftige interprofessionelle Ausbildung logistisch einfacher, ressourcentechnisch schlanker und folglich kostengünstiger zu gestalten; nur so seien Nachhaltigkeit und Effektivität zu erreichen.

In diesem Zusammenhang wird mehrfach vorgeschlagen, Partnerschaften zwischen Ausbildungs- und Praxisinstitutionen zu bilden, um gemeinsam langfristig umzusetzende interprofessionelle Settings zu finanzieren (Reeves et al., 2016). Um die notwendigen Gelder zu akquirieren, müssten also Allianzen in und mit Organisationen und Behörden geschmiedet werden. Initiativen für interprofessionelle Ausbildung sollten in hochschulische und klinische Strukturen eingebettet sein, wobei es eine Übereinkunft der beteiligten Organisationen bezüglich finanzieller und personeller Ressourcen, Zeit und Räumlichkeiten geben sollte. In einigen Ländern wird die interprofessionelle Ausbildung durch Regierungen via Drittmittel gefördert, um sie so in die Curricula zu integrieren (USA, Kanada). Mancherorts, wie z.B. in den USA, Kanada, Grossbritannien und Australien, ist interprofessionelle Ausbildung bereits Teil der Medizincurricula (Khan, Shahnaz & Gomathi, 2016).

Im aktuellen Gesundheitssystem hat die interprofessionelle Zusammenarbeit häufig noch keinen hohen Stellenwert, was bei den interprofessionell sensibilisierten Berufsanfängern häufig zu Frustrationen führen kann. Die interprofessionelle Ausbildung muss daher auch thematisieren, inwiefern das System und die zugrundeliegenden Strukturen die Möglichkeiten von interprofessioneller Zusammenarbeit behindern und einschränken. Den Lernenden muss nach Paradis & Whitehead (2018) gezeigt werden, wie sie mit diesen Strukturen umgehen und diese transformieren können.

Eigenschaften der Lehrenden

Generell wird konstatiert, dass der Lernerfolg der Studierenden in interprofessionellen Ausbildungsformaten in erheblichem Masse von den Facilitatoren abhängt (siehe dazu auch Exkurs 2, S. 16 zum Begriff «Facilitator»).

Erläuterungen zum Begriff «Facilitator» (engl. «to facilitate»: erleichtern, ermöglichen, fördern, unterstützen)

In der internationalen Literatur hat sich zur interprofessionellen Begleitung von Auszubildenden neben den Begriffen «Supervisor», «Coach», «Trainer» oder «Tutor» der Begriff des «Facilitators» etabliert, der weniger die Rolle eines Lehrenden, sondern eher die eines Lernbegleiters einnimmt. Hierbei steht folglich nicht das Lehren als Experte, sondern eher das Arbeiten mit den Lernenden im Vordergrund (Oandasan & Reeves, 2005). Facilitatoren unterstützen folglich die Auszubildenden, im Team voneinander zu lernen und selbstständig und gemeinsam Lösungen zu finden, wobei sie selbst dabei

eher im Hintergrund bleiben, ohne konkrete Lösungswege vorzugeben. Ähnlich beschreibt auch Hylin (2010: 57) die Rolle der Facilitatoren: «A facilitator is a person who helps the students to work together. The facilitator is not a teacher; he or she is not «teaching» in the meaning «transferring information», rather a person who can start intellectual processes by asking the right questions. The facilitator is not a bank of answers, rather a source of questions to help the students start thinking or start working in the right direction.»

Deren Expertise sowie deren Unterstützung durch «Faculty Development»-Prozesse sind daher zentrale Elemente dieses «Presage»-Faktors. Dabei sollte den Facilitatoren Raum gegeben werden, um ihre Fähigkeiten (z.B. Verständnis für das pädagogische Konzept, Entwicklung ethischer Aspekte bei den Lernenden, Wahrnehmung der Lernenden als reflektierende Lernende) weiterentwickeln zu können (Reeves et al., 2016). Beispielsweise wird im Zusammenhang mit interprofessionellen Ausbildungsstationen festgehalten, dass dort engagierte Facilitatoren ihre Arbeit als kognitiv herausfordernd, aufwendig und zeitintensiv erleben. Diese sollten deshalb im Rahmen von strukturierten Trainings gründlich auf diese Aufgabe vorbereitet werden und mit den interprofessionellen Lernzielen vertraut gemacht werden (Oosterom, Floren, Ten Cate & Westerveld, 2018).

Aufgabe der Facilitatoren ist es dann, in den interprofessionellen Settings eine vertraute, sichere und motivierende Lernumgebung zu schaffen sowie eine gegenüber allen Beteiligten und Professionen respektvolle Wertschätzung zu vermitteln (Reeves et al., 2016). Facilitatoren haben vor allem dann einen bedeutenden Einfluss auf den interprofessionellen Lernerfolg, wenn sie gegenüber den Auszubildenden als Coach bzw. Partner auf Augenhöhe auftreten und Raum nicht nur für formelles, sondern auch für informelles Lernen schaffen (Reeves et al., 2016).

Bei der Analyse von interprofessionellen Ausbildungsstationen wurde deutlich, dass nicht nur den Facilitatoren, sondern auch den Lernenden die an den jeweiligen Standorten zu erreichenden interprofessionellen Lernziele nicht immer klar sind und ihnen diese daher stringenter vermittelt werden sollten (Oosterom et al., 2018).

Bezüglich der Eigenschaften der Auszubildenden sind es mehrere Faktoren, für die ein Einfluss auf den Erfolg eines interprofessionellen Ausbildungsformats beschrieben wird, darunter Motivation, Einstellung zu interprofessioneller Ausbildung, vorhandene Stereotypen, Alter, Geschlecht und Profession. Leider fehlen hier immer noch qualitativ hochwertige Studien, um die derzeit zum Teil

Steinert et al. (2007: 1057) definieren nach Bland et al. (1990) sowie Centra (1978) «Faculty Development» «as that broad range of activities that institutions use to renew or assist faculty in their roles. That is, faculty development is a planned program, or set of programs, designed to prepare institutions and faculty members for their various roles.»

Eigenschaften der Lernenden

noch sehr widersprüchliche Studienlage hinsichtlich dieser Einflussfaktoren zu konkretisieren (Reeves et al., 2016). Für Sottas et al. (2016) besteht eine Voraussetzung für gelungene interprofessionelle Ausbildung darin, dass die Auszubildenden Individualität, Unterschiede und Vielfalt innerhalb und zwischen den Berufsgruppen und von allen, mit denen gelernt und zusammengearbeitet wird, respektieren.

2.2.2 «Process»: Relevante Prozessfaktoren für interprofessionelle Ausbildung

Für Sottas et al. (2016) haben Prozessfaktoren einen zentralen Einfluss auf den Erfolg von interprofessioneller Ausbildung. Dazu gehören namentlich die folgenden vier:

- **Zeit** Die Studierenden benötigen Zeit für Lern-, Entwicklungs- und Reflexionsprozesse.
- **Prozesshaftigkeit** Nicht die einzelne Übung entscheidet über das Gelingen von interprofessioneller Ausbildung, sondern die Gesamtheit aller Aktivitäten mit Bezug zu interprofessioneller Ausbildung und die Verarbeitung der Lernerfahrungen im Studienverlauf.
- **Terminierung** Die zeitliche Abfolge und Einbettung von interprofessionellen Aktivitäten in den Ausbildungsprozess ist zu beachten. Zu Beginn der Ausbildung sind andere Aktivitäten erforderlich, nämlich solche, die das gegenseitige Kennenlernen und die Vertrauensbildung fördern.
- **Affektkontrolle** Es wirken gruppenspezifische Vorgänge, welche im affektiven Bereich agieren und die Gefühle gegenüber dem anderen, Unbekannten ordnen.

Vor dem Hintergrund dieser vier Aspekte unterscheidet der Bericht drei Phasen von interprofessioneller Ausbildung: In der Frühphase geht es darum, mit der Interprofessionalität in Kontakt zu kommen («Exposure»), die mittlere Phase dient dem «Eintauchen in die Interprofessionalität» («Immersion») und in der Spätphase werden die interprofessionellen Kompetenzen erworben («Competence»).

Für jede dieser Phasen sind andere Lernmethoden angezeigt. Die Güte der möglichen Lernmethoden steigt an vom theoriebasierten und austauschbasierten Lernen in der Frühphase über das beobachtungsbasierte und simulationsbasierte Lernen in der mittleren Phase bis zum handlungsbasierten und praxisbasierten Lernen in der Spätphase (vgl. Tabelle 3, S. 18).

Tab. 3: Typologie von interprofessionellen Lernmethoden und ihre Beziehung zu den Ausbildungsphasen nach Sottas et al. (2016).

Phase	Klassifikation	Lernmethoden
Frühphase: «Exposure»	Theoriebasiertes Lernen	Einführungen, Vorlesungen in Konzeption und Evidenz von interprofessioneller Ausbildung; normative Dimension, Sensibilisierung (Trockenübung)
	Austauschbasiertes Lernen	Debatten, Spiele, Falldiskussionen, Problemlösung, Seminare, Workshops, Stegreifrollenspiele (Klassen-/Seminarraum)
Mittlere Phase: «Immersion»	Beobachtungsbasiertes Lernen	Über die Schulter in der Berufspraxis, Mitlaufen im Berufsalltag einer Fachperson
	Simulationsbasiertes Lernen	(Lang dauernde, aufwendige) Rollenspiele, Skillstraining, Simulation an Puppen oder mit Schauspielern
Spätphase: «Competence»	Handlungsbasiertes Lernen	Gemeinsame Projekte, problembasiertes Lernen, fallbasiertes Lernen, gemeinsame Forschung
	Praxisbasiertes Lernen	Praktische interprofessionelle Übungen im realitätsnahen späteren Arbeitsumfeld

Bezüglich der Lernmethoden haben Khan et al. (2016) darüber hinaus in ihrer Literaturübersicht neun Lern-/Lehrmethoden identifiziert, die im Bereich der interprofessionellen Ausbildung zur Anwendung kommen (eigene Übersetzung):

- simulationsbasierte Ausbildungsprogramme (als hauptsächliche Form)
- Rotationen im ländlichen und Gemeinde-Setting
- interprofessionelle Ausbildungsstationen
- patientenzentrierte Fallstudien
- themenzentrierte Workshops
- Studentenseminare
- von Studierenden gehaltene Vorlesungen
- Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung
- interaktive Vorträge

Auch die von Fox et al. (2018) analysierten 33 Studien im Bereich der interprofessionellen Ausbildung an Studierenden in Gesundheitsberufen wiesen als hauptsächliche Lern-/Lehrmethode Simulationen auf, gefolgt von experimentellem Training und aktiven Lerngruppen (wie Online-Learning, Workshops,

fallbasiertes Arbeiten, Diskussionen und Rollenspiele). Unabhängig von der Unterrichtsmethode scheinen die meisten Lernaktivitäten, bei denen interprofessionelle Teams interagieren, positive Veränderungen in der Wahrnehmung und Einstellung der Studierenden gegenüber interprofessioneller Ausbildung zu bewirken. Aufgrund der geringen Zahl randomisierter Studien, aber auch aufgrund der Heterogenität der Studien hinsichtlich Fallzahlen, professioneller Zusammensetzung und Dauer der Angebote sowie aufgrund der mangelhaften Qualität der Studien können laut Fox et al. (2018) keine endgültigen Schlussfolgerungen über die beste Methode zur Vermittlung von interprofessioneller Zusammenarbeit an Medizinstudierenden getroffen werden.

Die Literatur fordert hingegen recht übereinstimmend, dass interprofessionelle Lernsettings realistisch bzw. praxisrelevant zu gestalten sind. Interprofessionelle Ausbildungsstationen sind unter diesem Gesichtspunkt als besonders wertvoll einzustufen und sollen daher kurz charakterisiert werden.

Die meisten der in der Literatur beschriebenen interprofessionellen klinischen Ausbildungsstationen wurden nach dem Vorbild der ersten Stationen in Schweden aufgebaut (Oosterom et al., 2018; Ponzer et al., 2004). Eine Ausbildungsstation startet üblicherweise mit einer halb- bis ganztägigen Einführung für die Auszubildenden; diese stammen in der Regel mehrheitlich aus den Bereichen Medizin und Pflege, teilweise aber auch aus Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit, Pharmazie, Zahnmedizin und Logopädie. Die Gruppengrösse bewegt sich zwischen zwei und zwölf Auszubildenden. Die Auszubildenden befinden sich alle am Ende ihrer Ausbildung bzw. ihres Studiums, sodass ein hohes Mass an Selbstständigkeit und Expertise in der Patientenversorgung vorausgesetzt werden kann. Die übliche Dauer eines Praktikums beträgt zwischen zwei und drei Wochen, wobei auch schon sechs Wochen beschrieben wurden. Nach Oosterom et al. (2018) und in Anlehnung an Reeves & Freeth (2002) ist die häufig anzutreffende Dauer einer Ausbildungsstation von zwei Wochen zu kurz, da der volle Nutzen der interprofessionellen Zusammenarbeit erst nach einer gewissen Eingewöhnungsphase zum Tragen kommt. Interprofessionelle Ausbildungsstationen können in unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen durchgeführt werden, wobei Orthopädie (v.a. Schweden), Geriatrie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin sowie Palliativ-, Notfall- und Rehabilitationsstationen beschrieben wurden.

Auch der Bericht von Sottas et al. (2016) äussert sich zu möglichen Handlungsfeldern von interprofessioneller Ausbildung. Er geht davon aus, dass eine starke Strukturiertheit von Zuständigkeiten, wie sie typisch ist für die Akut- und Notfallversorgung, gruppenspezifische Entwicklungsprozesse erschwert. Folglich würden sich für interprofessionelle Ausbildung eher Übungsfelder eignen, in welchen die Dringlichkeit der Versorgung niedrig ist, z.B. bei chronisch kranken Patienten. Hier gehe es nicht um eine punktuelle Intervention, sondern um einen Prozess, bei dem es mehrere Leistungserbringer brauche und bei dem auch das Affektive hineinspiele.

2.2.3 «Product»: Relevante Ergebnisfaktoren für interprofessionelle Ausbildung

Die einschlägige Literatur zur interprofessionellen Ausbildung ordnet die erzielten Ergebnisse («Products») in der Regel anhand einer durch Barr et al. (2005) vorgenommenen Erweiterung und Adaptation des klassischen Kirkpatrick-Modells für Ausbildungsprogramme (Kirkpatrick, 1976), das sich in der medizinischen Ausbildung etabliert hat. Dieses Modell beschreibt sechs nicht hierarchische Ebenen, wobei auch Patienten und organisationale Aspekte berücksichtigt werden:

- **Ebene 1** Reaktion: allgemeine Perspektiven der Lernenden
- **Ebene 2a** Veränderungen von Einstellungen und Erkenntnissen der Lernenden
- **Ebene 2b** Erwerb von Wissen und Fertigkeiten
- **Ebene 3** Veränderungen des Verhaltens der Lernenden in der Berufspraxis
- **Ebene 4a** Veränderungen und Auswirkungen in der Praxis der Institution
- **Ebene 4b** Benefits für Patienten bzw. Klienten

Die Übersicht von Reeves et al. (2016) hat bei den 46 involvierten Studien insgesamt eine höhere Anzahl an positiven Ergebnissen in den nach Kirkpatrick dokumentierten Ebenen gefunden. Auffallend war jedoch die geringe Zahl an Studien, die sich zu den Ebenen 3 (n = 20), 4a (n = 14) und 4b (n = 11) äusserten.

Der Cochrane-Bericht von Reeves et al. (2013) konnte aufgrund der mangelnden Datenqualität nur 15 Studien einbeziehen; von diesen berichteten sieben Studien über positive Ergebnisse zu Versorgungsprozessen oder Patientenergebnissen, vier berichteten über gemischte Ergebnisse (positiv und neutral) und vier Studien fanden diesbezüglich keine Effekte. Dieser Bericht kommt zum Schluss, dass aufgrund der Heterogenität der Studien und methodischen Limitationen trotz einiger positiver Ergebnisse weiterhin unklar bleibt, ob interprofessionelle Ausbildung die erwünschte Wirkung hat. Der Review von Oosterom et al. (2018) zu Effekten von interprofessionellen Ausbildungsstationen zeigt jedoch vielversprechende Ergebnisse bezüglich der Kompetenzen der Studierenden sowie hinsichtlich der Patientenzufriedenheit.

Ein besonders wichtiger Punkt unter den Ergebnisfaktoren interprofessioneller Ausbildung besteht gemäss Sottas et al. (2016) darin, im Hinblick auf die Zusammenarbeit interprofessionelle Kompetenzen zu erwerben. Der Bericht unterscheidet dabei sog. «taxonomisch hohe» interprofessionelle Kompetenzen (= Kernkompetenzen) von «taxonomisch tieferwertigen» interprofessionellen Kompetenzen (= Grundlagen). Dabei sei das Vorhandensein der Grundlagen eine Voraussetzung, damit die Kernkompetenzen überhaupt erworben werden können.

Als Grundlagen werden die folgenden Kompetenzen genannt: Wahrnehmen, Wertschätzen, Kommunizieren und Verstehen. Diese Grundlagen ermöglichen eine offene Haltung gegenüber den Kompetenzen und Vorstellungen anderer Versorgungsbeteiligter.

Als Kernkompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit werden gemäss British Columbia Competence Framework for Interprofessional Collaboration (Interprofessional Network of BC (In-BC) & College of Health Disciplines (CHD), 2008) die folgenden genannt: interprofessionelle Kommunikation, Funktionieren als Team, Klären von Rollen und Verantwortlichkeiten, gemeinsame Entscheidungsfindung, Konfliktlösung, kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

In ähnlicher Form beschreiben Khan et al. (2016) drei Ebenen der Interaktion, mit denen die Studierenden im Hinblick auf die spätere interprofessionelle Zusammenarbeit zu exponieren sind:

- **Kommunikation:** Interprofessionelle Ausbildung kann die verbale und non-verbale Interaktion verbessern, die für eine effektive Interaktion mit Kollegen, Patienten und ihren Angehörigen wichtig ist.
- **Gegenseitiger Respekt und Vertrauen:** Interprofessionelle Ausbildung erzeugt Vertrauen und Respekt innerhalb der Gesundheitsberufe, ein besseres Verständnis der Rollen und Verantwortungsbereiche durch das Teilen von Fertigkeiten und Wissen sowie gemeinsame Werte, was folglich die Teambildung erleichtert.
- **Teamwork:** Dadurch, dass den Lernenden ermöglicht wird, in der Ausbildung verschiedene Rollen einzunehmen, können Flexibilität und Anpassungsfähigkeit als wichtige Voraussetzungen für späteres Teambuilding und positive Arbeitsbeziehungen erweitert werden.

2.2.4 Forschungsbedarf

Der Zusammenhang zwischen interprofessioneller Ausbildung und den postulierten Wirkungen ist noch nicht umfassend geklärt, und neue Programme sollten daher zukünftig nur im Kontext qualitativ hochwertiger Forschung implementiert werden (World Health Organization, 2013).

Der Cochrane-Bericht (Reeves et al., 2013) weist darauf hin, dass die Heterogenität der Studien ein wesentliches Problem der Forschung im Bereich der interprofessionellen Ausbildung darstellt. Die untersuchten Settings unterschieden sich häufig bezüglich Zielsetzung, Format, Dauer und involvierter Berufsgruppen. Auch wenn mehrere Studien einen ähnlichen Fokus und/oder eine vergleichbare Zielsetzung hatten (z.B. eine verbesserte Versorgung von Diabetikern), kamen unterschiedliche und schwer zu vergleichende Studiendesigns zum Einsatz (z.B. «Randomised Clinical Trials»; «Controlled Before After Studies»; «Interrupted Time Series»). Problematisch ist auch, dass allfällige Kontrollgruppen häufig «keine Intervention» erhielten, sodass es äusserst schwierig ist, den Mehrwert bzw. den Effekt der Intervention eines interprofessionellen Ausbildungsformates im Vergleich zu anderen, monoprofessionellen Ausbildungsformaten zu benennen. Zudem bleibt aufgrund der in der Regel kleinen Stichprobengrössen die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und folglich die Evidenz eingeschränkt.

Reeves et al. (2016) weisen noch auf weitere methodische Mängel vieler Studien hin. Selbsteinschätzungen der Lernenden (z.B. durch Fragebögen) seien bspw. nur schwache Evaluationsinstrumente, um Veränderungen von Wissen und Fertigkeiten oder Wahrnehmungen und Einstellungen abzubilden. Wesentlich besser eignen würden sich Wissenstests oder Beobachtungen durch Experten mittels Rating-Skalen oder aber die Kombination mehrerer Methoden zur Triangulation. Nötig sei zudem die Entwicklung stabiler Instrumente zur Messung von Effekten der interprofessionellen Ausbildung.

Zu all diesen Punkten macht der Cochrane-Bericht (Reeves et al., 2013) folgende Empfehlungen: bessere Randomisierungsverfahren, verdeckte Zuteilung sowie grössere Stichprobenumfänge und geeignete Kontrollgruppen. Es sollten insbesondere Studien durchgeführt werden, die interprofessionelle Ausbildung mit monoprofessionellen Ausbildungsinterventionen vergleichen. Die Ergebnisse sollten zum einen die Teamarbeit, zum anderen ein eindeutiges Patientenergebnis dokumentieren. Der Bericht betont darüber hinaus die Bedeutung, die Berichterstattung über Methoden und Ergebnisse zu standardisieren – ein Postulat, das Reeves et al. (2016) wiederholen: Ein breiter und einheitlicher Nutzen von Modellen zur Bestimmung der Prozess- und Ergebnisfaktoren (z.B. Kirkpatrick, 3P-Modell) würde die Studien robuster und vergleichbarer machen, die angesprochene Heterogenität der Studienlage abmildern und damit letztendlich die Evidenz von Studien zu interprofessioneller Ausbildung stärken. Zudem wird empfohlen, dass Studien vermehrt langfristige Effekte interprofessioneller Ausbildung, Kosten-Nutzen-Effekte sowie Effekte auf den Kirkpatrick-Ebenen 3 (Veränderungen des Verhaltens der Lernenden in der Berufspraxis), 4a (Veränderungen und Auswirkungen in der Praxis der Institution) und 4b (Benefits für Patienten bzw. Klienten), idealerweise mittels multiinstitutioneller Studien, adressieren sollten.

Oosterom et al. (2018) postulieren mit Blick auf Studien zu interprofessionellen klinischen Ausbildungsstationen Ähnliches. Zukünftig sollten mit standardisierten, zuverlässigen und objektiven Evaluationsinstrumenten neben den bereits gut dokumentierten Kurzeffekten auch nachhaltige Effekte zu den interprofessionellen Kompetenzen der Auszubildenden und zur Patientenzufriedenheit beforscht werden. Um die Qualität der Studien zu erhöhen, sollten zudem aussagekräftige Kontrollgruppen sowie finanzielle Aspekte (z.B. Kosten-Nutzen-Analysen) miteinbezogen werden. Interessant ist dabei die von den Autoren aufgestellte Frage, welche Arten von interprofessionellen Ausbildungsstationen die besten Rahmenbedingungen für interprofessionelles Lernen schaffen könnten, d.h. welche Einsatzdauer für Auszubildende, welcher Medizinbereich und welcher Komplexitätsgrad an Patientenfällen hierzu optimal wären. Um diese Fragen zu beantworten, sollten zukünftige Studien detaillierte Informationen zu den interprofessionellen Settings, zur Schulung und Einführung der Auszubildenden und der Facilitatoren, aber auch zu rechtlichen Aspekten (z.B. was dürfen die Auszubildenden selbstständig erledigen?) enthalten.

Die von Allport 1954 formulierte Kontakthypothese besagt, dass häufiger Kontakt zu Mitgliedern anderer Gruppen (z.B. ethnische Minoritäten) die Vorurteile gegenüber diesen Gruppen reduziert. Dies sollte nach Allport besonders dann der Fall sein, wenn die Personen in der Kontaktsituation kooperative Ziele verfolgen, von gleichem Status sind, miteinander interagieren müssen, um ihre Ziele zu erreichen und der Kontakt von Autoritäten unterstützt wird.

Abseits der Diskussion zur Forschungsmethodik bemängeln Paradis & Whitehead (2018), dass interprofessionelle Ausbildung auf keiner ausreichend begründeten Theorie beruhe. Oftmals diene die Kontakthypothese nach Allport (1954) als Begründung für interprofessionelle Ausbildung. Es sei jedoch bekannt, dass Settings auf der Basis der Kontakthypothese auch negative Gefühle erzeugen und dadurch die im Gesundheitswesen vorhandenen Stereotypen gar noch verstärken könnten. Nach Ansicht der Autorinnen werden daher robustere Theorien zur interprofessionellen Ausbildung benötigt, auch um das empirische Grundgerüst der interprofessionellen Ausbildung zu stärken.

2.3 Was sagen die interviewten internationalen Experten?

Um die im Kapitel 2.2 aus der Literatur herausgearbeiteten Aspekte und Herausforderungen interprofessioneller Ausbildung besser einordnen zu können und um zu erfahren, wie diese nachhaltig und erfolgreich adressiert werden könnten, wurden international anerkannte Experten aus Australien, Dänemark, Deutschland, Grossbritannien, Kanada, Österreich und Schweden um eine Einschätzung gebeten (vgl. Liste der interviewten Experten in Anhang 5.3). Bezüglich interprofessioneller Ausbildung äusserten sie sich in teilstrukturierten Experteninterviews u.a. zu Merkmalen gelungener Ausbildung, zu den Stärken und Schwächen der Ausbildung im eigenen Land, zu den relevanten Einflussfaktoren der Ausbildung, zum Forschungsbedarf wie auch zu ihrer Vision. Die verwendeten Leitfragen sowie die Methodik sind ausführlicher im Anhang 5.1 dokumentiert.

Die Antworten der Experten auf die oben angeführten Themenkomplexe werden in den folgenden Abschnitten zusammengefasst.

2.3.1 Merkmale einer gelungenen interprofessionellen Ausbildung

Auf einer übergeordneten Ebene lässt sich festhalten, dass interprofessionelle Ausbildung dann gelungen ist, wenn sie im Vergleich zu monoprofessioneller Ausbildung für alle Beteiligten – in erster Linie aber für Patienten, Angehörige und Auszubildende – einen Mehrwert bietet, entweder bezogen auf das Wissen oder das Handeln. Folglich ist bei der Planung zu prüfen, ob bzw. wann eine interprofessionelle Überschneidung in der Ausbildung überhaupt notwendig erscheint und welche Berufsgruppen sinnvoll einzubinden sind.

*«Letzten Endes geht es um das Durchdenken und Erleben von Konzepten, die wirklich eine interprofessionelle Überlappung notwendig erscheinen lassen.»
(M. Fischer)*

Dazu muss sichergestellt sein, dass die Ausbildungsangebote realistisch sind bzw. die spätere Versorgungspraxis widerspiegeln und dass die Qualität der Patientenversorgung bzw. die Patientensicherheit im Mittelpunkt der Bemühungen stehen.

*«It must be a situation that is realistic and for the patient's safety.»
(M. Forsberg Larm)*

Erfolgreiche interprofessionelle Ausbildung spiegelt nicht nur die CAIPE-Definition aus dem Jahr 1997, wonach «zwei oder mehrere Gesundheitsfachleute miteinander, voneinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern» (CAIPE, 2019), sondern sie bezieht auch die kontextabhängigen Rahmenbedingungen mit ein, in denen sie stattfindet. Die interprofessionelle Ausbildung ist nämlich dann gelungen, wenn alle relevanten beteiligten Player (berufsbildende Schulen, Hochschulen, Praxisinstitutionen, Politik) in den Dialog treten, ein gemeinsames Verständnis zu interprofessioneller Ausbildung entwickeln und dieses gemeinsam fördern und fördern. Nur so kann interprofessionelle Ausbildung nachhaltig etabliert werden. Dazu ist möglicherweise auch das Vorhandensein von gegenseitigem Vertrauen eine wichtige Voraussetzung, das allerdings erst entstehen muss und sich nicht erzwingen lässt.

Ein eindrückliches Beispiel in Schweden für eine gelungene interprofessionelle Ausbildung sind die interprofessionellen klinischen Ausbildungsstationen. Gelingen ist es deshalb,

- weil es flächendeckend implementiert wurde
- weil es curricular verankert ist
- weil gemeinsame Lernziele bestehen
- weil alle Beteiligten dahinterstehen, also insbesondere Kliniken und Akademie bzw. Universität

Damit interprofessionelle Ausbildung erfolgreich ist, sind gewisse Voraussetzungen zu erfüllen bzw. Einflussfaktoren zu beachten (Kapitel 2.3.3). Eine skizzenhafte Beschreibung der Spezifika interprofessioneller Ausbildung in verschiedenen Ländern (Kapitel 2.3.2) eröffnet vorher weitere Einblicke in zu berücksichtigende Aspekte.

2.3.2 Stärken und Schwächen der interprofessionellen Ausbildung in ausgewählten Ländern

In Australien greifen mittlerweile alle Curricula der Gesundheitsprofessionen interprofessionelle Aspekte und Lernziele auf.

Australien

«All health professional accreditation standards for prelicensure education (usually at the university level) now include standards and learning outcomes related to interprofessional practice.» (J. Thistlethwaite)

Allerdings sind diese in den verschiedenen Professionen teilweise unterschiedlich formuliert, und es ist nicht klar, wie diese im Rahmen von Akkreditierungsverfahren überprüft werden. Wahrscheinlich werden die Universitäten in den nächsten Jahren den Nachweis einer effektiven interprofessionellen Ausbildung liefern müssen. Abgesehen davon ist zu bemängeln, dass in der Ausbildung landesweit kein hinreichender Konsens bezüglich interprofessioneller Kompetenzen besteht.

Dänemark In Dänemark sind für das interprofessionelle Lernen in einigen Bachelor-Studiengängen (wie z.B. Pflege, Physio- und Ergotherapie) 20 von 210 ECTS-Punkten vorgesehen.

«So that is the strength that they put on the interprofessional sector in the syllabus» (F. Jakobsen)

Im Medizinstudium ist Interprofessionalität nicht explizit im Lehrplan benannt, wird jedoch indirekt im Studium berücksichtigt. Zwar gibt es keine staatliche Finanzierung für die interprofessionellen Anteile in der Lehre, doch gibt es kleinere Zuschüsse für interprofessionelle Projekte. Zudem übernehmen die Kliniken die Kosten für die Einrichtung von interprofessionellen klinischen Ausbildungsstationen.

Deutschland In Deutschland existiert aktuell eine umfangreiche wissenschaftliche Diskussion zur Thematik. Positiv erwähnt werden auch die zunehmende Anzahl an wissenschaftlichen Studien, die interprofessionellen Anteile in diversen Curricula, aber auch die jüngst pilotierten und mittlerweile etablierten interprofessionellen Ausbildungsstationen an einigen deutschen Standorten. Auch die hochschulischen Studiengänge für Gesundheitsprofessionen werden als förderlich gesehen, weil sie so die gleiche Bildungsstufe haben wie Medizinstudiengänge. Zudem wird angemerkt, dass es im postgradualen Bereich schon viele gut funktionierende interprofessionelle Versorgungssettings (wie z.B. in der Diabetesversorgung) und auch Fortbildungen gebe, wo verschiedene professionsspezifische Perspektiven sinnvoll integriert würden.

Gleichzeitig wird dennoch die Evidenzlage im internationalen Vergleich als eher schwach eingestuft. Defizite werden darüber hinaus hauptsächlich bei den Rahmenbedingungen lokalisiert: Es wird bemängelt, dass interprofessionelle Ausbildung in Deutschland sehr wenig politisch unterstützt und lediglich von einzelnen Interessengruppen in komplexen und vielschichtigen Prozessen gestützt wird.

«Also ich glaube, dass die Schwäche schon ist, dass sehr wenig politisch übergeordnet adressiert wird, sondern sehr stark durch einzelne Interessengruppen in einem sehr komplizierten kleinteiligen Prozess abläuft.» (M. Fischer)

Natürlich gibt es viele wertvolle interprofessionelle Projekte und engagierte Interessengruppen, die die interprofessionelle Ausbildung in den Curricula oder auch in der Approbationsordnung verankert haben möchten. Allerdings fehlt es übergeordnet an erfolgreichen Strategien und strukturellen Klärungen, dies auch in die Tat umzusetzen. Daneben wird der Wunsch laut nach erfolgreichen Konzepten, wie generell verschiedene Ausbildungseinrichtungen (z.B. Universitäten und Fachhochschulen) verbunden und zum Zusammenarbeiten bewegt werden könnten. Hinzu kommt die auch im internationalen Vergleich stark hierarchisch geprägte Landschaft der Medizin, die die interprofessionelle Zusammenarbeit erschwert.

«Letztendlich ist die Basis für das interprofessionelle Arbeiten eine grundsätzlich stärkere hierarchiefreie Zusammenarbeit zwischen den Berufen im Gesundheitswesen, die im internationalen Raum eher gegeben zu sein scheint.» (U. Walkenhorst)

In Grossbritannien ist es der «National Health Service», der die interprofessionelle Ausbildung in den letzten zwei Dekaden priorisiert und zahlreiche Initiativen und Interventionen lanciert hat. Die weitere Entwicklung ist unsicher und hängt ab von der politischen Agenda und den Konsequenzen beim Austritt Grossbritanniens aus der Europäischen Union.

Grossbritannien

In Kanada gab es bereits in den 1960/70er-Jahren erste Ansätze, interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit zu initiieren und voranzutreiben.

Kanada

«Briefly, interprofessional education for collaborative persons in their practice was first written about in Canada in 1964 by the Dean of Medicine of the University of British Columbia.» (J. Gilbert)

Generell besteht auf vielen Ebenen ein grosses Verständnis für die Bedeutung von interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit. In Kanada wurde und wird von der Regierung viel Geld bereitgestellt, um interprofessionelle Ausbildung in den Curricula zu forcieren, interprofessionelle Kompetenzen zu benennen, Akkreditierungsmodelle zu entwickeln und interprofessionelle Netzwerke zu gründen.

«The reason to advance interprofessional education in Canada was because of the issue of access to care. The government recognized that we needed to do something differently in order to ensure that we would have better access to care and mobilise our health care practitioners to be able to maximise their scope.» (I. Oandasan)

Ebenso wichtig, jedoch nachhaltiger aus Sicht des Experten wären Bemühungen, zur Verfügung stehendes Geld in den Institutionen für interprofessionelle Ausbildung umzuverteilen, was Aufgabe der Managementebene wäre. Viele Initiativen werden darüber hinaus auch «bottom-up» lanciert, wobei insbesondere die Studierenden einen wesentlichen Einfluss auf substanzielle Weiterentwicklungen in interprofessionellen Themenfeldern nehmen.

Zum Teil existieren auch Massstäbe an Spitälern, die Auskunft darüber geben, wie viele Mitarbeiter in interprofessioneller Bildung/Zusammenarbeit geschult wurden, wie viele interprofessionelle Ausbildungsstationen bestehen und wie viele weitere interprofessionelle Ausbildungsformate in den Spitälern durchgeführt werden.

In Österreich werden mittlerweile die Ausbildungsgänge aller nicht ärztlichen Gesundheitsberufe an Fachhochschulen angeboten. Dadurch wird das Finden und Nutzen von Überschneidungspunkten für den interprofessionellen Unterricht erleichtert. Gleichzeitig ist allerdings die als wichtig erachtete Integration

Österreich

der an Universitäten ausgebildeten Medizinstudierenden in interprofessionelle Ausbildungsformate erschwert.

Schweden

In Schweden werden fast alle Gesundheitsprofessionen an Universitäten ausgebildet, und die interprofessionelle Ausbildung ist jeweils curricular verankert. Auch für das Medizinstudium sind interprofessionelle Lernziele bzw. Kompetenzen obligatorisch; diese werden im Examen geprüft und sind durch Akkreditierungsvorgaben sichergestellt.

«(...) you know that some couple of years ago, we had seven medical schools in Sweden, three of them failed, because they didn't have interprofessional learning outcomes and exams of interprofessional education» (M. Forsberg Larm)

Die Medizinstudierenden in Stockholm sind dazu angehalten, während ihres Studiums ein durchgängiges Portfolio zu erstellen, in dem auch interprofessionelle Elemente zu dokumentieren sind.

Neben den bereits erwähnten und etablierten interprofessionellen Ausbildungsstationen wird auch versucht, die interprofessionelle Ausbildung landesweit an diverse weitere Settings, wie z.B. Gesundheitszentren oder Pflegestationen, anzupassen. Dabei werden facettenreiche pädagogische Wege gewählt, um interprofessionelle Kompetenzen zu schulen. Hilfreich hierbei ist, dass nicht nur Studierende und Lehrende, sondern auch Berufsbildner bzw. Praxisanleiter den Begriff «Interprofessionalität» in einem gemeinsamen Verständnis einordnen und im Bereich der Ausbildung verbindlich umsetzen können. Eine weitere Stärke findet sich bspw. in Stockholm in der fundierten interprofessionellen Fortbildung für Lehrende an Universitäten.

Des Weiteren versucht man, die in den letzten Studienabschnitten stattfindenden interprofessionellen Ausbildungsstationen stringenter in die Curricula der Gesundheitsberufe einzubinden. Das Ziel müsste daher sein, die verschiedenen Ausbildungen logisch und sinnvoll auf die Ausbildungsstationen hinzuführen, aber auch daran zu denken, was nach dem Studium in Fort- und Weiterbildung an interprofessionellen Inhalten adressiert werden könnte. Da die Hierarchien im schwedischen Gesundheitssystem recht flach sind und dadurch in der täglichen Praxis viel Raum für interprofessionelle Lern- und Arbeitserfahrungen besteht, wird zukünftig noch mehr Wert auf die Unterstützung der in der Praxis tätigen Ausbilder und Mitarbeitenden gelegt, sodass diese auch gute Vorbilder für die zukünftigen Kollegen darstellen.

Auf einer übergeordneten Ebene besteht in Schweden auch Unterstützung durch die politischen Instanzen (Gesundheitsbehörden, Regierung). Diese forcieren die interprofessionelle Ausbildung durch Vorgaben und Regelungen, unterstützen sie zum Teil aber auch finanziell. Darüber hinaus gibt es aus der Politik einen klaren Auftrag zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Ausbildung.

2.3.3 **Bedeutende Einflussfaktoren der interprofessionellen Ausbildung**

Gefragt, welches aus ihrer Sicht die relevanten Einflussfaktoren für die interprofessionelle Ausbildung seien, nannten die Experten mehr als zwanzig. Unter diesen gab es sechs Faktoren, die nach der inhaltlichen Analyse als besonders relevant eingestuft wurden:

- günstige politische bzw. rechtliche Rahmenbedingungen
- Unterstützung durch die Leitungsebenen und Vernetzung wichtiger Stakeholder
- geeignete interprofessionelle Ausbildungsformate
- Facilitatoren als Vorbilder
- Auszubildende als Gestalter
- curriculares Gesamtkonzept

Bezogen auf das 3P-Modell (vgl. Tabelle 2, S.14) beziehen sich diese Einflussfaktoren vor allem auf die Rahmenbedingungen («Presage») und die Prozessfaktoren («Process»), die nachfolgend vorgestellt werden.

In jenen Ländern, in denen die Interprofessionalität im Gesundheitswesen in irgendeiner Form politische Unterstützung erhält bzw. über eine gesetzliche Grundlage verfügt (z.B. Dänemark, Kanada, Schweden), ist die Umsetzung der interprofessionellen Ausbildung viel weiter vorangeschritten. Es sind namentlich drei Gründe, die dafür verantwortlich gemacht werden: Interprofessionelle Ausbildung ist dann nicht mehr allein auf den «Goodwill» der beteiligten Akteure angewiesen; via Akkreditierung können die Ausbildungsgänge beeinflusst werden und nicht zuletzt – und beinahe am wichtigsten – ist damit in der Regel auch eine finanzielle Unterstützung verbunden. Postuliert werden daher Akkreditierungsmodelle für die Curricula der Gesundheitsprofessionen, in denen interprofessionelle Ausbildungsinhalte obligatorisch als Qualitätsmerkmale festgelegt werden.

Die ausreichende finanzielle Unterstützung der interprofessionellen Ausbildung wird von mehreren Experten als einer der Schlüsselfaktoren bezeichnet. Bei unzureichender Finanzierung durch externe Drittmittel können jedoch – wie in einigen Ländern bereits geschehen – Gelder des vorhandenen Haushaltsetats zugunsten interner interprofessioneller Weiterentwicklungen umverteilt werden.

«If we want it to change, we've got to reappropriate the money we have to do the things which we know that are working.» (J. Gilbert)

Die Politik kann zusätzlich eine Antreiberin sein, indem sie den Kliniken eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Gesundheitsprofessionen gesetzlich vorschreibt.

Interprofessionelle Ausbildung scheint dann erfolgreich zu sein, wenn alle Beteiligten, d.h. Universitäten, Schulen, die Praxisinstitutionen, aber auch die Politik interprofessionelle Ausbildung fordern und fördern. Dazu müssen Leitungs-

Günstige politische bzw. rechtliche Rahmenbedingungen

Unterstützung durch die Leitungsebenen und Vernetzung wichtiger Stakeholder

ebenen unterschiedlicher Institutionen zusammengebracht und der Dialog gefördert werden, damit sich eine gemeinsam akzeptierte und gelebte interprofessionelle Kultur entwickeln kann.

Beispiele aus Kanada machen deutlich, wie wichtig dieser Aspekt ist. So wurde unterstützt von den Dekanen der verschiedenen Fakultäten an der Universität von Toronto ein «interfakultäres Komitee» gegründet, dem jeweils verantwortliche Führungspersonen für die Curricula der verschiedenen Gesundheitsberufe angehörten. Ziel war es einerseits, die Curricula der einzelnen Professionen kennenzulernen, zu vergleichen, nach Gemeinsamkeiten zu suchen und dann interprofessionell auszukleiden, und andererseits, ein gemeinsames Verständnis für interprofessionelle Ausbildung zu schaffen. Das Beispiel aus Kanada zeigt zudem, dass nicht nur die Führungspositionen aus den Universitäten bzw. Schulen, sondern auch die aus der Versorgungspraxis eingebunden werden müssen, damit ein gemeinsames Verständnis für interprofessionelle Ausbildung wachsen kann und sich Theorie- wie auch Praxisausbildung sinnvoll verzahnen können. Daher entstand in Kanada die Idee, in Absprache mit den jeweiligen CEOs an den Kliniken interprofessionelle Leadership-Teams zu bilden. Dies war Katalysator für die Bildung weiterer interprofessioneller Netzwerke zwischen Versorgungspraxis und Universitäten, die sich gemeinsam für die Implementierung interprofessioneller Ausbildung einsetzen sowie für die Gründung eines Zentrums für interprofessionelle Zusammenarbeit, das von Universitäten und Kliniken kofinanziert wird.

«Together they support the advancement of interprofessional education and interprofessional care through lifelong learning. Today there are hundreds of interprofessional clinical teaching sites.» (I. Oandasan)

Gerade in initialen Phasen braucht es enthusiastische «Champions» als Katalysatoren zur Veränderung von eingeschliffenen Prozessen und zur Implementierung interprofessioneller Settings. Diese Champions können dann wiederum weitere Kollegen als Multiplikatoren in Schlüsselpositionen entsprechend von der Sinnhaftigkeit interprofessioneller Ausbildung überzeugen. Idealerweise finden sich diese Fürsprecher bzw. Promotoren interprofessioneller Ausbildung in eigens gegründeten Netzwerken zum Austausch zusammen. Genauso wichtig ist es jedoch, auch die kritischen Stimmen, die Bedenken und Gegenargumente wahrzunehmen, wertzuschätzen und sich mit diesen auseinanderzusetzen. Grundlegende Veränderungsprozesse benötigen daher Zeit und Geduld.

Insofern die Einführung und Umsetzung der interprofessionellen Ausbildung anspruchsvoll und ressourcenintensiv ist, braucht es die Unterstützung der Leitungsstrukturen, um ein Projekt starten und am Laufen halten zu können sowie einen Kulturwandel in den Institutionen voranzubringen. Idealerweise sind dabei alle Leitungsebenen involviert.

«So there has to be interest. Not only interest but practical help from the management to get started and to keep it running.» (F. Jakobsen)

Im Hinblick darauf, dass die Auszubildenden Sinn und Zweck sowie den Mehrwert von interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit tatsächlich erfahren können, sollten Ausbildungsformate in erster Linie realistisch sein bzw. die spätere Versorgungspraxis widerspiegeln. Es bietet sich an, die Qualität der Patientenversorgung bzw. die Patientensicherheit jeweils in den Mittelpunkt zu stellen. Die zu lösenden Probleme in den einzelnen interprofessionellen Settings sollten anspruchsvoll und herausfordernd, jedoch nicht überfordernd sein. Die Auszubildenden benötigen dabei das Gefühl, dass ihre Profession zur Problemlösung auch tatsächlich gebraucht wird und dass eine gewisse Ausgeglichenheit zwischen den Professionen gegeben ist.

«So there have to be tasks for all professions. There has to be a kind of an equality between the professions.» (F. Jakobsen)

Die Ausbildungsformate sollten so gestaltet sein, dass die Auszubildenden ihre professionsspezifischen Perspektiven einbringen und teilen können. Darauf aufbauend erfahren sie eine gemeinsame gewinnbringende Problemlösung und können im Anschluss über das Geschehene interprofessionell reflektieren. Dadurch erhalten die Auszubildenden ein umfassenderes Bild von den anderen Berufsbildern, Kompetenzen, Behandlungszielen und Schnittstellen zur eigenen Tätigkeit. Ausserdem werden sie so dafür sensibilisiert, in welcher Situation welche Berufsgruppe in das eigene Denken und Handeln miteinzubeziehen ist. Diese Prozesse setzen allerdings voraus, dass die Auszubildenden bereits Kenntnisse über die eigene Profession besitzen, um dieses Wissen mit Auszubildenden anderer Professionen teilen zu können.

Die Experten räumen in diesem Zusammenhang jedoch den grossen Aufwand an personellen und finanziellen Ressourcen zur Planung und Durchführung interprofessioneller Lehrformate ein. Es wird deshalb vorgeschlagen, zur Vermittlung spezifischer theoretischer Inhalte nach sinnvollen thematischen Überschneidungspunkten in den Curricula der Gesundheitsfachleute zu suchen. Dies würde es ermöglichen, Lehrveranstaltungen für verschiedene Berufsgruppen zusammenzulegen und dadurch den logistischen Aufwand im Vergleich zu separat angebotenen monoprofessionellen Lehrveranstaltungen unter Umständen sogar zu reduzieren. Die Implementierung interprofessioneller Settings bedeutet offensichtlich initial einen Mehraufwand, der jedoch durch das sinnvolle und logische Zusammenlegen von Lehrveranstaltungen abgemildert werden könnte. Multiprofessionell gestaltete Lernsettings können dabei wiederum Interprofessionalität anbahnen. Selbstredend, dass auch hier wieder Klinik und Bildungseinrichtung zusammenarbeiten sollten.

Geeignete interprofessionelle Ausbildungsformate

Auch wenn also initial die logistischen Probleme dominieren, sind die Experten davon überzeugt, dass langfristig im Sinne eines «Return of Investment» die Benefits einer interprofessionellen Ausbildung überwiegen.

«Man muss sich auch wirklich bewusst sein: Man muss erst investieren, um vielleicht langfristig wirklich einen Erfolg zu haben, und das muss man einfach akzeptieren.» (R. Ballnus)

Eine sorgfältige Vorbereitung von guten Ausbildungsangeboten beginnt nicht zuletzt mit dem Einbezug aller Stakeholder verschiedener Institutionen, aber auch weiterer Mitarbeitender in der Theorie und Praxis. Wenn alle vom Nutzen und der Sinnhaftigkeit überzeugt sind, können die Herausforderungen leichter bewältigt werden.

«Solange IP (Interprofessionalität) als «nice to have» bzw. «add-on» für Freiwillige gesehen wird, werden sich die Probleme nur bedingt lösen.» (U. Walkenhorst)

Facilitatoren als Vorbilder

Facilitatoren sind «Role Models», also Vorbilder für die Studierenden, um diesen eine einheitliche und überzeugende Haltung zu Interprofessionalität vorzuleben.

«Wenn unsere Lehrenden nicht von IPE (interprofessional education) überzeugt sind, dann wird das bei den Studierenden nicht ankommen.» (H. Oberhauser)

Diesen Lehrenden, die oftmals selbst nicht interprofessionell ausgebildet wurden, muss der Mehrwert interprofessioneller Ausbildung klar sein. Auch sie müssen ein gemeinsames Verständnis zu interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit bzw. zu den von den Auszubildenden zu erreichenden Kompetenzen entwickeln. Sie sind dazu angehalten, für die Auszubildenden eine sichere und vertraute Lernatmosphäre zu schaffen, damit viel Wissen geteilt werden kann und in der auch gefragt, geredet und zugehört werden darf. Als Lehrende mit Vorbildfunktion sollten Facilitatoren auch in der Lage sein, sich selbst im interprofessionellen Lehrenden-Team zu reflektieren und zu erkennen, dass ihr interprofessionelles Wirken positive Effekte auf die Ausbildung und letztendlich auf die Patientenversorgung hat.

«It is very important that the educators are a team (...) and you need to have a goal together.» (M. Forsberg Larm)

Aufgrund ihrer herausragenden und bedeutsamen Stellung wird einer qualitativ hochwertigen Ausbildung der Facilitatoren sehr viel Bedeutung beigemessen, um ihnen geeignetes «Handwerkszeug» (Konzepte, Methoden etc.) mit auf den Weg zu geben.

Auch auf der Ebene der Facilitatoren ist eine Vernetzung sinnvoll. In Schweden z.B. finden sich interprofessionell Lehrende in Hochschulen wie auch Lehrende auf den interprofessionellen Ausbildungsstationen in spezifischen Netzwerken zum Austausch zusammen.

Wenn die Studierenden überzeugt sind, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert und dass die interprofessionelle Ausbildung hilft, dieses Ziel zu erreichen, trägt dies zum Erfolg bei. Der Einbezug von Auszubildenden in die Planung interprofessioneller Lehre könnte daher als Katalysator wirken (siehe «Was die Betroffenen sagen: der Medizinstudent»). An unterschiedlichen Standorten hat sich dies auf jeden Fall als besonders förderlich erwiesen:

Aus Kanada wird berichtet, dass die Schaffung einer «Interprofessional Health Students Association» entscheidend dazu beigetragen hat, den Wandel innerhalb der Fakultät voranzutreiben. Auch in Schweden werden die Lernenden als notwendige und bedeutende Gestalter interprofessioneller Settings wahrgenommen.

Auch wenn in der späteren beruflichen Praxis noch eine mono- oder multiprofessionelle Arbeitsweise vorherrscht, sollten die Auszubildenden auch darauf vorbereitet werden, wie sie später einen Beitrag dazu leisten können, die Praxisrealität in Richtung einer interprofessionellen Zusammenarbeit zu transformieren.

Auszubildende als Gestalter

Was die Betroffenen sagen: der Medizinstudent (Swiss Medical Students' Association, swimsa)

Die bisherigen Erfahrungen der Medizinstudierenden mit interprofessionellen Lehrveranstaltungen waren mehrheitlich sehr positiv. Vor allem schätzten sie es, dass sie so über den eigenen «Disziplin-Tellerrand» hinausschauen und aktiv mit Auszubildenden anderer Professionen arbeiten und lernen konnten. Für die Studierenden sei es spannend zu erfahren, welche Inhalte in anderen Ausbildungen vermittelt würden und welche Aufgaben, Kompetenzen, Fähigkeiten und Verantwortungsbereiche mit den anderen Professionen verbunden seien. Wichtig sei allerdings nicht nur das direkte Lernen miteinander, sondern auch der informelle Austausch.

*«Aus Sicht der Studierenden wäre es sicher auch wichtig, dass man das Bedürfnis und die Fähigkeiten der anderen Berufsgruppen besser kennenlernt. Ich glaube, das ist etwas, das vielfach ein wenig untergeht.»
(L. Büsser)*

Konkrete interprofessionelle Lehrveranstaltungen sollten den Bedürfnissen der Studierenden angepasst sein, flache Hierarchien postulieren und die Fähigkeiten und Verantwortungsbereiche der beteiligten Gesundheitsberufe adressieren; nur so könne ein Grundverständnis für die jeweils andere Profession entwickelt und sich auf Augenhöhe begegnet werden. Idealerweise sind die Veranstaltungen aktiv und praxisorientiert ausgerichtet, bspw. durch das Erlernen gemeinsamer Skills (z.B. Infusion legen), und unterstützen durch gemeinsame Erfolgserlebnisse das Überwinden von traditionellen Gräben zwischen den Professionen. Als besonders geeignet für interprofessionelle Ausbildung erachten die Medizinstudierenden das Wahlstudienjahr. Wünschenswert ist, dass möglichst viele Studierende auf einer interprofessionellen klinischen Ausbildungsstation lernen und arbeiten könnten.

Multiprofessionelle Lehrveranstaltungen im Medizinstudium sollten hingegen noch besser genutzt werden, um tatsächlich einen interprofessionellen Austausch unter den Studierenden zu ermöglichen, damit eben nicht nur gemeinsam mit anderen Studierenden die gleiche Lehrveranstaltung besucht, sondern das Lernen von-, mit- und übereinander stimuliert wird.

Den Studierenden scheinen insgesamt die Idee, die Bedeutung und die Tragweite von interprofessioneller Ausbildung sehr klar zu sein.

«Es ist wichtig, dass man von Anfang an zusammenarbeitet und gemeinsam von- und miteinander lernt. So schafft man gemeinsam die Basis für eine bessere Zusammenarbeit in der Zukunft» (L. Büsser).

Die Hoffnung besteht, dass man sich im späteren Berufsalltag über Professionsgrenzen hinweg unterstützt, dass man Vorurteile aus dem Weg schafft, sich wertschätzt, das Arbeitsklima verbessert und den Umgang mit Fehlern offener gestaltet, sodass letztendlich der Patient von einer gelungenen interprofessionellen Zusammenarbeit profitieren kann. Vor diesem Hintergrund wird folglich bedauert, dass die Spitalrealität noch vorwiegend hierarchisch geprägt und das typische Silodenken der Professionen sichtbar ist.

Vonseiten der Studierenden wünscht man sich eine stringenter und intensivere Zusammenarbeit der verschiedenen Bildungsanbieter (Universitäten, Fachhochschulen, Höhere Fachschulen ...), insbesondere auf lokaler Ebene. Dadurch könnten die Synergien der Bildungsinstitutionen noch stärker genutzt werden.

Die swimsa hat bereits 2015 ein Positionspapier zur interprofessionellen Ausbildung im Medizinstudium veröffentlicht. Ein überarbeitetes Papier, das 2020 erscheint, wird erneut die interprofessionelle Ausbildung unterstützen und befürworten, aber auch die Barrieren, Risiken und Herausforderungen benennen. Aufgrund ähnlicher Verbandsstrukturen pflegt die swimsa namentlich mit Studierenden der Chiropraktik und der Pharmazie einen engen interprofessionellen Austausch, bspw. in gemeinsamen Ausbildungskommissionen, Tagungen oder Workshops. In diversen Projekten und Treffen wird der Kontakt aber auch zu weiteren Gesundheitsberufen bzw. Studiengängen (z.B. den Pflegeberufen, den Hebammen, den Ernährungswissenschaften, der Gesundheitsförderung und Prävention oder Operationstechnik) gefördert und versucht, diese und weitere unter dem Decknamen «Swiss Youth Health Alliance» zu vereinen.

Um interprofessionelle Ausbildungsprojekte und damit einhergehende Curriculumsentwicklungen voranzutreiben, würde der Einbezug von Studierendenorganisationen sehr begrüsst. Dadurch könnten die Bedürfnisse der Studierenden abgefragt, deren Meinungen zu Curricu-

lumsveränderungen eingeholt und konkrete interprofessionelle Projekte von Studierendenseite unterstützt werden. Die swimsa könnte hier eine wertvolle und fordernde Stimme sein, um Veränderungen in Richtung interprofessioneller Ausbildung voranzutreiben. Es ist im Interesse der swimsa, die interprofessionelle Ausbildung stärker in den Curricula zu verankern. Darüber hinaus könnten Studierendenorganisationen auch als Multiplikatoren von erfolgreichen interprofessionellen Ausbildungsprojekten fungieren, indem sie diese in ihren Organisationen und auf diversen Plattformen populär machen. Unterstützend könnte hier auch der niederschwellige Austausch zwischen Studierenden verschiedener Universitäten sein, um Erfolg und Misserfolg interprofessioneller Ausbildungsformate zu diskutieren. Diese Informationsquelle kann folglich als Ressource im Bereich der Curriculumentwicklung genutzt werden. Neben der swimsa könnten auch weitere fachspezifische Studierendenvereinigungen (wie z.B. Swiss Nursing Students), Jugendsektionen nationaler Fachgruppen bzw. -verbände oder auch lokale Studierendenvereinigungen an den jeweiligen Bildungsinstitutionen zur Mitarbeit angefragt werden.

Als Vision sehen die Studierenden die Intensivierung und die Multiplikation gelungener interprofessioneller Ausbildung an diversen Standorten auch über verschiedene Bildungsinstitutionen und -stufen hinweg. «Peer to Peer Teaching» und die interprofessionelle Ausrichtung der klinischen Praktika, wie z.B. das Bearbeiten und Lösen von Fragestellungen im interprofessionellen Team, sollten selbstverständlich geworden sein. Letztendlich geht es darum, die Patientenversorgung und das Arbeitsklima zwischen den Gesundheitsberufen im Berufsalltag zu verbessern. Als Wünsche für den späteren Berufsalltag werden die Arbeit im Team, die gegenseitige professionsübergreifende Unterstützung, der Abbau von Gräben und der Bau von Brücken zwischen den Professionen benannt. Aufgrund der Zuversicht, dass jede weitere Generation von Auszubildenden mehr und mehr interprofessionelle Ausbildung erfährt, steht einer Realisierung dieser Visionen in der zukünftigen Versorgungspraxis eigentlich nichts mehr im Weg.

«Wenn wir schlussendlich jetzt im Gesundheitswesen das Patientenwohl und das Arbeitsklima ins Zentrum stellen, dann, denke ich, kann sich niemand wirklich gegen Interprofessionalität stellen.» (L. Büsser)

Curriculares Gesamtkonzept

Interprofessionelle Ausbildung muss zunächst kompetenzbasiert sein und möglichst lebenslang, d.h. in Aus-, Weiter- und Fortbildung, adressiert werden. Die Ausprägung eines gemeinsamen Verständnisses, was interprofessionelle Kompetenzen sind, und die Fokussierung auf gemeinsame Lernziele in den Curricula sind an den jeweiligen Standorten bedeutsam. Dieses gemeinsame Verständnis zu Kompetenzen und Lernzielen muss in allen beteiligten Curricula verankert und in den höchsten Leitungsebenen akzeptiert sein. Es braucht eine Kongruenz dahin gehend, dass man sich einig ist, was das Ziel einer solchen Ausbildung ist und welches die Rahmenbedingungen sind.

«So that is the focus for everybody that we need to cooperate, we need to collaborate. In every curriculum for every semester, there needs to be a learning outcome for IPE (interprofessional education). (...) and if you have this learning outcome in every curriculum for every semester, then it is like water on the stone. (...) and then it (interprofessional education) will be a natural part of the education (...).» (M. Forsberg Larm)

Ein curriculares Gesamtkonzept macht klare Aussagen zu Lehrinhalten und Prüfungsformaten («Constructive Alignment») sowie zur Verzahnung von Theorie und Praxis. Daher werden nicht nur allein Lehre oder Praxis, sondern die Verknüpfung zwischen diesen beiden Polen für die Qualität der interprofessionellen Ausbildung als wichtig erachtet. Denn in der Gesundheitsversorgung werden Versorgungsmodelle benötigt, die die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit unterstützen und leben. Das, was in der Theorie geschult und vorbereitet wird, muss auch in der Praxisausbildung sichergestellt werden, und darauf müssen die Praxiseinrichtungen bzw. Ausbildungsverantwortlichen z.B. in Spitälern vorbereitet werden.

«The way in which education is successfully implemented requires that education and the practice system (...) are reliant on a joint value set of interprofessional patient-centered practice. (...) Otherwise you have a system that is not supporting one another.» (I. Oandasan)

Es braucht Diskussionen in den Gremien, um diese Verständnisse gleichsam zu entwickeln, die Schnittstellen zwischen Theorie und Praxis zu glätten und langfristig einen sinnvollen Mix aus mono-, multi- und interprofessioneller Ausbildung zu generieren.

2.3.4 Einschätzungen zum Forschungsbedarf

Die Experten sind sich einig, dass die Evidenzlage im Bereich der interprofessionellen Ausbildung zu verbessern ist. Einige wichtige Effekte der interprofessionellen Ausbildung sind jedoch bereits gut belegt; so ist namentlich bekannt, dass ein Mangel an (interprofessioneller) Kommunikation die Patientensicherheit gefährdet.

Mehrfach wird daran erinnert, dass durchaus weitere positive Beispiele aus der Praxiserfahrung und Entwicklungsarbeit im Sinne anekdotischer Evidenz (Berichte zu Meinungen und Erfahrungen einzelner Personen) breiter erfasst und gewürdigt werden sollten. Interprofessionelle Settings, die an einem Standort funktionieren, können woanders scheitern. Das heisst, nicht jede Evidenz kann unvoreingenommen auf andere Kontexte (Kulturen, Länder ...) übertragen werden.

Interprofessionalität entwickelt sich auch ständig weiter, und gleichzeitig wächst die Anzahl an wissenschaftlichen Journalen, an Veröffentlichungen, an Netzwerken, an Projekten, an interprofessionellen Zentren und an Absolventen, die versuchen, bestehende Systeme interprofessionell zu transformieren.

«(...) the extend to which graduates of that IPE (interprofessional education) course have transformed their health care systems, that's the evidence that IPE is actually improving the health care system reform.» (I. Oandasan)

Weltweit gibt es bereits sehr viele positive Entwicklungen, und eine Beschränkung auf den engen Blick der besten Evidenz greift hier womöglich zu kurz und unterschätzt das Potenzial interprofessioneller Ausbildung.

« (...) the importance of IPE (interprofessional education) cannot and should not be underestimated. All the time that interprofessional collaboration continues to improve outcomes and save lives, for which there is overwhelming evidence both publicised and anecdotal, the creation of informed and adaptable collaborative practitioners should take precedence in a way which looks beyond the subjective dynamics of the «evidence base.» (S. Fletcher)

Nichtsdestotrotz könnte die Evidenzlage interprofessioneller Ausbildung durch eine gemeinsame Wissenschaftskultur gestärkt werden, in der Beteiligte aus verschiedenen Gesundheitsberufen interprofessionelle Fragestellungen bearbeiten. Die Etablierung interprofessioneller Forschungsteams zur Lancierung gemeinsamer Forschungsprojekte wird daher als Chance gesehen, die Wissenschafts- und Evidenzetablierung interprofessioneller Ausbildung zu verbessern.

«(...) und ein Teil der Leute muss auch die Chance bekommen, wissenschaftlich dieses Fach in einer gemeinsamen Wissenschaftskultur einzubringen.» (M. Fischer)

In diesem Kontext wird das deutsche Graduiertenkolleg «ILEGRA» (Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen), ein strukturiertes Promotionsprogramm, als positives Beispiel erwähnt .

Als explizite Forschungsgegenstände werden weiträumige Längsschnittstudien und die Entwicklung und Überprüfung von Kompetenzbeschreibungen erwähnt; dabei sei jedoch auch zu bedenken, dass interprofessionelle Settings als komplexe Systeme wissenschaftlich nur sehr schwer stringent erfasst werden können. Unterschiedliche Ansichten gibt es dazu, welche Parameter am

ILEGRA (Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen): Gefördert von der Robert Bosch Stiftung und in Kooperation zwischen der Universität Osnabrück (Institut für Gesundheitsforschung und Bildung) und der Ludwig-Maximilians-Universität München (Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin) wurden zwölf Stipendien vergeben, in denen sich Doktoranden mit Themen der interprofessionellen Lehre in den Gesundheitsberufen beschäftigen.

ehesten erfasst werden sollten, um interprofessioneller Ausbildung mehr Gewicht zu verleihen. Genannt werden insbesondere die Patientensicherheit, die Mitarbeitenden- bzw. Absolventenbindung ans Spital, Kosten-Nutzen-Effekte, die Versorgungsqualität, die Patientenzufriedenheit oder Auswirkungen auf die gelebten Kulturen in Institutionen. Ebenfalls könnte von Interesse sein, den Einfluss einer interprofessionellen Ausbildung auf die spätere Führungstätigkeit von Gesundheitsfachleuten zu untersuchen und ob es ihnen gelingt, die Praxis interprofessionell zu transformieren.

Diskutiert wird auch die Frage, inwieweit die interprofessionelle Ausbildung mit einer Theorie zu untermauern ist bzw. ob die interprofessionelle Lehre von anderen kooperativen Lern- und Lehrformaten abzugrenzen ist. Zu konstatieren ist, dass Interprofessionalität eher anwendungsbezogen und in erster Linie weniger theoriefundiert ist. Auch hier gilt, dass eine fehlende theoretische Fundierung das bereits oben erwähnte «anekdotische» Potenzial interprofessioneller Ausbildung nicht schmälern sollte. Unklar ist dabei, ob interprofessionelle Ausbildung überhaupt mit einer eigenen Theorie abgebildet werden muss oder ob es genügt, sich auf verwandte Lerntheorien (z.B. reflektives Lernen, transformierendes Lernen, problembasiertes Lernen, kollaboratives und kooperatives Lernen) und wissenschaftliche Disziplinen (wie z.B. der Arbeits- und Organisationspsychologie, der Pädagogik und Erwachsenenbildung) zu beziehen.

«Es darf nicht übersehen werden, dass es affine Diskussionen in anderen wissenschaftlichen Disziplinen gibt, die genutzt werden sollten.» (U. Walkenhorst)

Erschwerend kommt hinzu, dass auch für andere Lerntheorien zum Teil keine klaren Evidenzen vorliegen.

«There is as much theoretical basis for IPE (interprofessional education) as there is for other areas of curriculum development.» (J. Thistlethwaite)

Natürlich sollten die Ergebnisse von interprofessionellen Ausbildungsprojekten verstärkt im Rahmen von Publikationen in internationalen Fachblättern und auf Kongressen sichtbar gemacht werden. Und selbstverständlich ist auch die Forschung auf günstige finanzielle Rahmenbedingungen angewiesen.

2.3.5 Visionen zu interprofessioneller Ausbildung

In der abschliessenden Erläuterung zu ihrer Vision stimmten die Experten dahingehend überein, dass die interprofessionelle Ausbildung in zehn Jahren integraler Bestandteil aller Ausbildungen bzw. Studiengänge im Gesundheitswesen sei und sich facettenreich wie ein roter Faden durch die Ausbildung ziehen würde. Damit verbunden war auch die Forderung, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit, da wo sinnvoll, selbstverständlich in der Versorgungspraxis implementiert ist.

2.4 Zwischenfazit

Anhand des 3P-Modells wurde eine aktuelle Standortbestimmung vorgenommen, um den aktuellen Stand der Literatur zur interprofessionellen Ausbildung zu ordnen. Anschliessend erlaubte die Kombination der Auswertung relevanter Literatur mit der Befragung internationaler Experten aus verschiedenen Ländern eine Triangulation der Ergebnisse.

Es ist offensichtlich, dass insbesondere im Vergleich zu den englischsprachigen und skandinavischen Ländern die interprofessionelle Ausbildung in der Schweiz erst seit jüngerer Zeit ein Thema ist.

Zwischen Literaturlauswertung und Expertenbefragung besteht Übereinstimmung, dass den Rahmenbedingungen (Kontextfaktoren, Lehrende und Lernende) ausreichend Beachtung zu schenken ist. Zum einen geht es um die Bereitstellung der notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen, zum anderen um die Anerkennung der Facilitatoren als Vorbilder sowie um die Anerkennung der Lernenden und Studierenden als aktive Mitgestalter der eigenen Ausbildung. Die Schulung von Facilitatoren stellt eine wichtige Grundlage für eine qualitativ hochwertige Implementierung von interprofessioneller Ausbildung dar. Hingegen werden Ausbildungsformate von Studierenden für Studierende (sog. Peer Assisted Learning) nicht thematisiert. Auch Patienten bzw. Angehörige als Teil des interprofessionellen Teams und als potenziell Lehrende mit der eigenen Krankheitsexpertise werden, wenn überhaupt, eher randständig thematisiert.

Seit Kurzem gibt es Hinweise darauf, dass Gesundheitsfachleute in verschiedenen Versorgungskontexten unterschiedliche Wahrnehmungen und Vorstellungen zu interprofessioneller Zusammenarbeit haben (DiazGranados et al., 2018; Schmitz et al., 2017). Im Moment ist noch unklar, ob dieser Aspekt in der Ausbildung bereits berücksichtigt wird bzw. – falls dies nicht der Fall ist – in Zukunft berücksichtigt werden sollte.

Weder in der Literatur noch von den Experten wird eine Methode zur Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen empfohlen. Dies muss nicht notwendigerweise schlecht sein, denn die Heterogenität interprofessioneller Lehrformate befähigt auch dazu, in Abhängigkeit bestehender Rahmenbedingungen (Lernziele, Ausbildungsabschnitt, beteiligte Berufsgruppen ...) flexibel und variantenreich methodisch-didaktisch zu agieren. Konsens besteht wiederum darin, dass es sich um realistische und praxisrelevante Ausbildungsformate handeln muss – in diesem Zusammenhang nehmen die interprofessionellen klinischen Ausbildungsstationen eine wichtige Position ein. Ambulante Settings hingegen werden weder von den Experten noch in der einbezogenen Literatur eingehender thematisiert.

Empfohlen wird darüber hinaus auch die Entwicklung eines curricularen Gesamtkonzeptes, wie es z.B. Schweden kennt; konkret handelt es sich dabei um eine curriculare Verankerung, gemeinsame Lernziele und damit auch die Definition interprofessioneller Kompetenzen. Als Voraussetzung wird dabei die Bildung von Netzwerken, insbesondere zwischen Einrichtungen der theoretischen und praktischen Ausbildung, hervorgehoben. Idealtypisch könnte dies durch die Schaffung einer Health School als eines virtuellen oder realen Ortes umgesetzt werden, an dem der interprofessionelle Austausch ermöglicht und gefördert wird. Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Literaturlauswertung und der Expertenbefragung werden teilweise in der Schwerpunktsetzung ersichtlich: In der Literatur wird stark die Bedeutung bzw. das Fehlen hochwertiger Begleitforschung für interprofessionelle Ausbildung hervorgehoben. Die Experten fordern hingegen die Berücksichtigung der weltweit positiven Entwicklungen im Bereich interprofessioneller Ausbildung auch auf Basis anekdotischer Evidenz. Insofern werden folglich die kritische Evidenzlage, die fehlende theoretische Verankerung sowie einzelne Forderungen zu einem umfassenden Umdenken im Bereich interprofessioneller Ausbildung (Paradis & Whitehead, 2018) durch die Expertenaussagen in ihrer Bedeutung abgeschwächt.

In Anlehnung an Sottas, Brügger & Meyer (2013) wird unter einer Health School/University eine integrierte Ausbildung beteiligter Gesundheitsfachberufe, u.a. ausgerichtet an interprofessioneller Lehre und Forschung, zur Verbesserung der regionalen Grundversorgung, verstanden.

3 Handlungsempfehlungen

40

Auf Basis der Literatur und der Interviews zur interprofessionellen Ausbildung werden nachfolgend Handlungsempfehlungen formuliert. Dabei steht – analog zu den Definitionen interprofessioneller Ausbildung nach CAIPE (CAIPE, 2019) und WHO (World Health Organization, 2013) – die Optimierung der Versorgungsqualität der Betroffenen (Patienten, Angehörige/Familien, Gemeinschaft) im Zentrum.

3.1 Bei der Entwicklung und Implementierung von interprofessionellen Ausbildungsformaten sind die Stakeholder in Bildung, Forschung, Praxis und Politik einzubinden

Die Unterstützung durch die Leitungsebenen ist ein zentraler Faktor für die Entwicklung und nachhaltige Implementierung von interprofessionellen Ausbildungsformaten. Nur so ist gewährleistet, dass genügend personelle, zeitliche oder finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen.

Aus finanziellen Überlegungen kann es sinnvoll sein, Partnerschaften und Allianzen innerhalb und zwischen Organisationen zu bilden. Als Fundament erfolgreicher Entwicklungen sollten Netzwerke zwischen an interprofessioneller Ausbildung beteiligten Institutionen und auf verschiedenen Ebenen (Top-Level, Curriculum-Entwicklung/Multiplikatoren, Lehrende/Facilitator, Studierende) aufgegleist werden, denn bereits die Planung von interprofessionellen Bildungsprojekten an sich muss interprofessionell erfolgen.

Ebenso wichtig ist eine gesetzliche Grundlage, damit interprofessionelle Ausbildung nicht mehr auf den «Goodwill» der beteiligten Akteure angewiesen ist und auch eine finanzielle Unterstützung gegeben ist.

- Benennung von Verantwortlichen in Schlüsselpositionen als Ansprechpartner, Fürsprecher und Multiplikatoren für Interprofessionalität in den verschiedenen Institutionen (Praxis, Bildungsinstitutionen, Politik)
- Unterstützung von Leadership-Kursen im Bereich Interprofessionalität in den Bildungs- und Praxisinstitutionen
- Aufbau lokaler interinstitutioneller Netzwerke aus Forschungs-, Praxis- und Bildungsinstitutionen zu Interprofessionalität und Einrichtung einer Stelle zur Koordination dieser Netzwerke
- Mischfinanzierungen interprofessioneller Ausbildungsangebote durch die beteiligten Institutionen bzw. Umverteilung bestehender Gelder in den Institutionen zugunsten interprofessioneller Ausbildung
- Aufbau eines nationalen Netzwerkes zu Interprofessionalität mit Anbindung an die wissenschaftliche Community und unter Einbezug von Auszubildenden (bzw. deren Vereinigungen) und Patienten (bzw. Patientenorganisationen)
- Intensivierung von interprofessionellen Förderprogrammen zur Umsetzung von Begleitforschungsmaßnahmen
- Erstellung gesetzlicher Vorgaben zu interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit
- Aufnahme interprofessioneller Qualitätskriterien in Akkreditierungen
- Entwicklung eines auf interprofessionelle Aspekte ausgelegten Kriterienkataloges zur Zertifizierung für Bildungs- und Versorgungseinrichtungen
- Auszeichnungen für interprofessionelle «Best-Practice»-Beispiele

Zwar fokussiert dieses Working Paper auf die interprofessionelle Ausbildung, gleichwohl soll die Bedeutung der interprofessionellen Weiter- und Fortbildung dadurch in keiner Weise geschmälert werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis kann nicht allein durch Ausbildungsmaßnahmen gestärkt, sondern muss auch gleichzeitig in Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen adressiert und dadurch in der Versorgungspraxis vorangetrieben werden.

Mögliche Massnahmen

3.2 Es braucht ein gemeinsames Verständnis von interprofessionellen Lernzielen und Kompetenzen

Beim Aufbau interprofessioneller Ausbildungsformate empfiehlt es sich, dass alle beteiligten Institutionen eine gemeinsame Haltung und ein gemeinsames Verständnis zu interprofessionellen Kompetenzen und Lernzielen entwickeln. Dieses Verständnis muss in Theorie und Praxis generiert sowie insbesondere an deren Schnittstellen geglättet und von den Leitungsebenen getragen und unterstützt werden. Interinstitutionelle Gremien sind am ehesten in der Lage, diese Prozesse zu katalysieren.

Mögliche Massnahmen

- Erstellung und Implementierung eines landesweit gültigen interprofessionellen Kompetenzrahmens
- Interinstitutionelle Abstimmung und Unterstützung innerhalb der Institutionen (Forschungs-, Bildungs- und Praxisinstitutionen) bezüglich einer verbindlichen Umsetzung von interprofessionellen Lernzielen und Kompetenzen

3.3 In die Curricula sind interprofessionelle Bildungsinhalte aufzunehmen

Interprofessionelle Lehrarrangements sollten flächendeckend und obligatorisch in die Curricula aller Medizinal- und Gesundheitsberufe aufgenommen und mit ECTS-Punkten versehen werden. Die interprofessionelle Ausbildung muss ins Gefüge des «Constructive Alignment», d.h. der adäquaten Verzahnung von Lern-Lehr-Formaten und Prüfungen, eingebettet werden. Dabei kann, angepasst an die gegebenen Rahmenbedingungen, flexibel aus einer Vielfalt an methodisch-didaktischen Lern-/Lehrformen gewählt werden. Zur Realisierung braucht es Konzepte zur Zusammenarbeit zwischen Schulen, Hochschulen, Universitäten und Praxiseinrichtungen.

Mögliche Massnahmen

- Ausloten von Möglichkeiten zur nachhaltigen curricularen Verankerung von interprofessionellen Ausbildungsinhalten als Pflichtveranstaltungen
- Entwicklung und Implementierung von geeigneten interprofessionellen Prüfungsformaten analog «Constructive Alignments»
- Curriculare Verankerung von interprofessionellen Ausbildungsformaten als longitudinaler Strang
- Entwicklung und langfristig curriculare Implementierung von interprofessionellen Ausbildungsstationen
- Erstellung eines interprofessionellen Mustercurriculums bzw. eines curricularen Gesamtkonzeptes
- Schaffung von interprofessionellen Kompetenzzentren im Sinne eines Health Campus bzw. einer Health School

3.4 Der wichtigen Rolle der Facilitatoren für den Lernerfolg der Auszubildenden ist Rechnung zu tragen

Ebenso wie den Lernenden muss den Facilitatoren Zeit und Raum gegeben werden, ihre Fähigkeiten als Lehrende im interprofessionellen Setting sowie ein gemeinsames Verständnis zu Interprofessionalität (z.B. zur interprofessionellen Zusammenarbeit oder zu Kompetenzen) entwickeln zu können. Nur so können

sie ihre Rolle als interprofessionelle Vorbilder gegenüber den Auszubildenden überzeugend und echt wahrnehmen. Entsprechend ist den Facilitatoren-Schulungen mehr Beachtung zu schenken, und zwar am ehesten im Rahmen von «Faculty Development»-Prozessen bzw. in Fortbildungen.

- Konzipierung und Umsetzung einer standardisierten Facilitatoren-Schulung zur Sicherung der Ausbildungsqualität und Community-Bildung
- Bildung von lokalen und langfristig überregionalen Facilitatoren-Netzwerken zum nachhaltigen Austausch

3.5 Die interprofessionelle Ausbildung ist praxisrelevant und effizient zu gestalten

Interprofessionelle Ausbildungsangebote sind dann realistisch und praxisrelevant, wenn Aspekte der Versorgungsqualität von Patienten, Angehörigen oder der Gemeinschaft integriert werden. Dazu sind Patienten als Experten ihrer eigenen Erkrankung in die interprofessionelle Ausbildung einzubeziehen. Zentral ist hierbei, dass die Auszubildenden Interprofessionalität als Teil ihres Kompetenzprofils verstehen. Lernende benötigen Zeit und Raum für Entwicklungs-, Lern- und Reflexionsprozesse, und sie müssen darauf vorbereitet werden, wie sie einen Beitrag dazu leisten können, derzeit bestehende Strukturen in der Berufspraxis aufzubrechen und interprofessionell zu transformieren.

Da interprofessionelle Ausbildungsangebote zunächst sehr aufwendig sind, sind alle Beteiligten in Theorie und Praxis sowie die jeweiligen Leitungsebenen in der Planungsphase sorgfältig und frühzeitig einzubinden. Zusätzlich ist zu prüfen, auf welchen bestehenden Kooperationen ggf. aufgebaut und inwiefern thematisch ähnliche oder gleiche Lehrveranstaltungen verschiedener Gesundheitsberufe zusammengelegt und dadurch sogar Kosten eingespart werden können.

- Sensibilisierung von Auszubildenden, Patienten als Teil des interprofessionellen Teams wahrzunehmen (nicht über, sondern mit dem Patienten reden)
- «Patient as Teacher» bzw. Patienten/Betroffene bei der Durchführung interprofessioneller Lehrveranstaltungen miteinbeziehen (ggf. unter Einbezug von Patientenorganisationen)
- Schulungen von Patienten, die sich in interprofessioneller Lehre engagieren
- Landesweite Implementierung praktischer interprofessioneller Ausbildungsformate, wie z.B. interprofessionelle Ausbildungsstationen in klinischer und/oder ambulanter Versorgung
- Einbezug von Auszubildenden sowie Betroffenen (Patienten, Angehörigen) in Lehr-Entwicklungsprozesse
- Unterstützung studentischer Aktivitäten, wie z.B. Vernetzung von studentischen Vereinigungen, Peer Assisted Learning u.a.

Mögliche Massnahmen

Mögliche Massnahmen

«Patient as Teacher» initiatives are a subset of student interactions with patients, and complement the clinical interactions in which students learn with patients.» (Towle & Godolphin, 2015:149).

3.6 Das Potenzial der Forschung im Bereich interprofessioneller Bildung ist zu nutzen

Im Rahmen der Evidenzdiskussion zu interprofessioneller Ausbildung sind auch die weltweiten, umfangreichen und wertvollen Praxiserfahrungen und Entwicklungen zu berücksichtigen. Der wissenschaftliche Diskurs sollte gleichzeitig intensiviert werden, wofür Ressourcen bereitzustellen sind. Mit dem Ziel einer interprofessionellen Wissenschaftskultur könnten hierzu Fragestellungen von interprofessionellen Teams (auch multiinstitutionell) bearbeitet werden. Forschungsergebnisse sollten vermehrt in Fachblättern, auf Kongressen sowie bei spezifischen institutionsinternen Veranstaltungen sichtbar gemacht werden.

Inhaltlich sollte die Forschung

- klären, ob und wenn ja welche Lern-/Lehrmethoden zur Vermittlung von interprofessionellen Inhalten besonders empfohlen werden können
- überprüfen, wie die Einbettung von verschiedenen interprofessionellen Ausbildungsformaten in den gesamten Studien- bzw. Ausbildungsverlauf sinnvoll gestaltet werden kann
- standardisierte, zuverlässige und objektive Evaluationsinstrumente entwickeln
- verstärkt Effekte auf den Kirkpatrick-Ebenen 3 (Veränderungen des Verhaltens der Lernenden in der Berufspraxis), 4a (Veränderungen in der Praxis der Institution) und 4b (Benefits für Patienten) überprüfen
- Langzeiteffekte sowie Wirksamkeiten interprofessioneller Ausbildungsstationen überprüfen
- überprüfen, inwiefern interprofessionelle Ausbildung im späteren Praxisalltag dazu beiträgt, die Versorgung interprofessionell zu transformieren
- sich stringenter an einheitlichen Modellen zur Beschreibung von abhängigen und unabhängigen Parametern orientieren (z.B. 3P-Modell, Kirkpatrick, «Quadruple Aim»)
- methodisch qualitativ hochwertiger werden
- überprüfen, wie und ob interprofessionelle Ausbildung vollständig und robust theoretisch abgebildet werden kann bzw. ob zumindest Erkenntnisse aus verwandten Wissenschaftsdisziplinen und/oder Lerntheorien auf das Themenfeld der interprofessionellen Ausbildung transferiert werden können

Mögliche Massnahmen

- Berücksichtigung der oben benannten Forschungscharakteristika bei Ausschreibungen zu Anträgen für Forschungsmittel
- Einbezug von Studierenden, aber auch Patienten und/oder Angehörigen in Forschungsaktivitäten
- Schaffung von Professuren und Prodekanaten für Interprofessionalität
- Forschungsfragen stets auf den Benefit einer interprofessionellen Herangehensweise prüfen und ggf. interprofessionelle Forschungsgruppen mit Beteiligten aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen (Bildung, Gesundheit und Soziales, Ökonomie etc.) bilden
- Langfristige Etablierung multiinstitutioneller, interprofessioneller Forschungsgruppen

4 Ausblick

44

Die Herausforderungen für das Gesundheitssystem in der Schweiz sind enorm. Interprofessionalität kann zwar nicht als Allheilmittel für die Probleme des Gesundheitssystems bezeichnet werden, trotzdem wird die Zusammenarbeit der Professionen im Gesundheitssystem als essenzieller Bestandteil der zukünftigen Gesundheitsversorgung gesehen. Leider jedoch hinkt die Transformation einer mono- hin zu einer interprofessionellen Gesundheitsversorgung im Vergleich zu den Entwicklungen in manch anderen Ländern hinterher. Dennoch ist erfreulich, dass interprofessionelle Ausbildung als Hebel für interprofessionelle Zusammenarbeit einen immer grösser werdenden Stellenwert in der Ausbildung der Gesundheitsberufe einnimmt.

Das vorliegende Working Paper versteht sich nicht als systematische Analyse, sondern vielmehr als eine interprofessionell erarbeitete Standortbestimmung. In der Schweiz gibt es grundsätzlich günstige Rahmenbedingungen für interprofessionelle Zusammenarbeit und Ausbildung, die auch international bereits auf Anerkennung stossen. Die hier gewonnenen Einblicke in die Literatur und insbesondere die aussagekräftigen Erfahrungen und das Know-how von Experten und Betroffenen unterstützen klar den Wert und das Potenzial der Interprofessionalität. Daneben geben sie uns wertvolle Hinweise auf Massnahmen, Entwicklungen und Strategien aus Ländern mit zum Teil jahrzehntelanger Erfahrung in interprofessioneller Ausbildung, die in die Schweiz integriert werden könnten. Die Transformation von bestehenden Denk- und Handlungsmustern benötigen allerdings neben Überzeugungsgeschick vor allem Zeit und Ressourcen sowie einen langen Atem in der nachhaltigen Implementierung.

Mit den hier vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen und Massnahmen erhofft sich die Careum Stiftung, dieser Transformation als Katalysator dienlich zu sein. Die beschriebenen Handlungsempfehlungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und haben auch keinen «Rezeptcharakter». Sie verstehen sich vielmehr als Ideen und Denkanstösse, die nun in einem nächsten Schritt schweizweit mit verschiedensten Stakeholdern im Bereich der Interprofessionalität diskutiert werden können. Diesen Dialog braucht es, um die vorgeschlagenen Empfehlungen und Massnahmen zu konkretisieren, Chancen und Herausforderungen zu thematisieren und Impulse für eine nachhaltige Realisierung in der Praxis zu setzen. Letztendlich sollen aus diesem Dialog breit abgestützte Umsetzungskonzepte und Aktionspläne für die kommenden Jahre entstehen.

5 Anhang

5.1 Methodisches Vorgehen

Für den empirischen Teil (Kapitel 2) wurden die nach Meinung der Autoren aktuell wichtigsten Übersichtsarbeiten im Themenfeld der interprofessionellen Ausbildung gesichtet, die derzeit diskutierten Effekte interprofessioneller Ausbildung zusammengefasst und die relevanten Aspekte und Herausforderungen zukünftiger interprofessioneller Ausbildung und Forschung benannt. Die für diese Literatursichtung gewählten Artikel sind im Anhang 5.2 kurz beschrieben.

Um die Effekte von interprofessioneller Ausbildung zu ordnen, orientiert sich das Working Paper im Rahmen der Literaturrecherche an dem von Biggs (1993) eingeführten und von Freeth & Reeves (2004) für die interprofessionelle Ausbildung aufgegriffenen 3P-Modell: Die «P» stehen für «Presage», «Process» und «Product» (dt.: Rahmenbedingungen, Prozess, Ergebnis). Dieses Modell bietet einen strukturierten Rahmen, um Einflüsse auf kollaborative Lernprozesse zusammenzufassen. Reeves et al. (2016) postulieren, dass Curriculumsverantwortliche für interprofessionelle Settings durch ein stärkeres Bewusstsein dieser drei Faktoren profitieren könnten, indem massgeschneiderte und passendere Lehr-/Lernveranstaltungen gestaltet, aber auch die Rahmenbedingungen für interprofessionelle Lehre strukturiert diskutiert werden können (vgl. auch Freeth & Reeves (2004)).

«Presage»-Faktoren werden vor einem Lern-/Lehrprozess in Erwägung gezogen und definieren die Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen, in denen ein Lern-Lehrformat stattfindet. Darunter werden die Faktoren «Kontext» (z.B. politische und institutionelle Rahmenbedingungen, Drittmittel oder bestehende Curricula), «Charakteristiken von Lehrenden oder Lehrverantwortlichen» (z.B. Expertise und Unterstützung von interprofessionellen Facilitatoren, motivierende Lernumgebung) sowie «Charakteristiken von Lernenden» (wie z.B. Motivation, Einstellung zu interprofessioneller Lehre, Stereotypen) geordnet.

«Process»-Faktoren beschreiben die konkreten Herangehensweisen an Lehr-/Lernprozesse und deren direkte Einflussfaktoren (z.B. Facilitatoren, Praxisrelevanz des Settings etc.).

Die Ergebnisse der Ausbildung werden dann anhand von «Product»-Faktoren beschrieben. In der einschlägigen Literatur wird dazu häufig die Unterteilung und Ordnung von Ergebnissen anhand einer durch Barr et al. (2005) vorgenommenen Erweiterung und Adaptation des klassischen Kirkpatrick-Modells (Kirkpatrick, 1976) für Bildungsprogramme postuliert, das sich in der medizinischen Ausbildung etabliert hat. Dieses Modell ordnet die Ergebnisse («Products») auf sechs nicht hierarchischen Ebenen, wobei auch Patienten und organisationale Aspekte berücksichtigt werden.

Um die aus der Literatur herausgearbeiteten Aspekte und Herausforderungen besser einordnen zu können und um zu erfahren, wie diese nachhaltig erfolgreich adressiert werden können, wurden im Sinne einer methodischen

Triangulation zudem international anerkannte Experten um eine Einschätzung gebeten (siehe Anhang 5.3). Die Anfrage der Experten berücksichtigte dabei einerseits Länder, die aus Sicht der Autoren besonders langjährige und umfangreiche Erfahrungen mit interprofessioneller Ausbildung aufweisen, sowie den europäischen deutschsprachigen Raum ausserhalb der Schweiz. Bei der Auswahl wurde auch das persönliche Netzwerk der Autoren genutzt. Von zwölf angefragten Experten nahmen letztendlich zehn aus sieben unterschiedlichen Ländern sowie etwa zehn verschiedenen Gesundheitsprofessionen an den Interviews teil. Zusätzlich konnten als Betroffene der interprofessionellen Ausbildung eine Patientin sowie ein Medizinstudierender (Mitglied der swimsa, Swiss Medical Students' Association) zu deren Eindrücken bezüglich interprofessioneller Ausbildung interviewt werden (Anhang 5.3).

Auf Basis eines Interviewleitfadens konnten sich die Experten entweder schriftlich oder mündlich über Telefon oder IP-Videokonferenz zu folgenden Leitfragen bezüglich interprofessioneller Ausbildung äussern:

- Was bedeutet für Sie gelungene interprofessionelle Ausbildung?
- Wo sehen Sie in Ihrem Land Stärken und Schwächen in der interprofessionellen Ausbildung im internationalen Kontext?
- Welche Einflussfaktoren interprofessioneller Ausbildung halten Sie für die wichtigsten und mit welchen Strategien und Handlungsempfehlungen könnten diese in den nächsten Jahren vorangetrieben werden?
- Wie könnten Ihrer Meinung nach die ressourcentechnischen Herausforderungen interprofessioneller Ausbildung reduziert werden?
- Wie könnte die Evidenzlage zu interprofessioneller Ausbildung verbessert werden und welche theoretische Fundierung benötigt interprofessionelle Ausbildung?
- Wie ist Ihre Vision zur interprofessionellen Ausbildung für die nächsten zehn Jahre?

Die mündlichen Interviews erfolgten als teilstrukturiertes Experteninterview, dauerten zwischen 38 und 65 Minuten, wurden via IP-Videokonferenz Tools oder ein Aufnahmegerät aufgenommen, wortgetreu transkribiert (nach Dressing & Pehl (2018)) und durch die Autoren inhaltlich zusammenfassend analysiert. Die Aufnahmen wurden nach Abschluss der Auswertung gelöscht. Die Interviewpartner nahmen freiwillig und unentgeltlich an diesem Projekt teil und gaben per Mail ihr Einverständnis zur Befragung.

Die mündlichen Interviews der Patientin und des Studierenden erfolgten nach der gleichen Methodik, allerdings wurden die Fragen der jeweiligen Befragten-sicht angepasst.

5.2 Für die Literaturübersicht verwendete Artikel

Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., Kitto, S. (2016). *A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. Med Teach* 38(7), 656–668. doi:10.3109/0142159X.2016.1173663

Der BEME («Best Evidence in Medical Education») Review von Reeves et al. (2016) fasst qualitativ hochwertige Studien zur interprofessionellen Ausbildung zusammen und dokumentiert die bestmögliche Evidenz unter Berücksichtigung des 3P-Modells. Die Ergebnisse ordneten die Autoren analog zum durch Barr et al. (2005) angepassten klassischen Kirkpatrick-Modell zu Evaluationsstufen pädagogischer Settings (Kirkpatrick, 1976).

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)*

Cochrane Database Syst Rev(3), CD002213. doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3

Der Cochrane Review von Reeves et al. (2013) fasst 15 qualitativ hochwertige Studien zur interprofessionellen Ausbildung zusammen, wobei es sich dabei um ein Update ihres Cochrane Reviews aus dem Jahr 2008 (6 Studien) handelt. Ziel des Reviews ist es, die Wirksamkeit von interprofessionellen Bildungsinterventionen gegenüber Gruppen, die monoprofessionelle oder keine Bildungsinterventionen erhielten, zu ermitteln. Um klare Aussagen ableiten zu können, wurden hierzu entweder RCT-Studien (randomisiert-kontrollierte Studien), CBA-Studien (kontrollierte Prä-Post-Studien) oder IST-Designs (Interrupted time series) überprüft.

Oosterom, N., Floren, L. C., Ten Cate, O. & Westerveld, H. E. (2018). *A review of interprofessional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes*

Med Teach, 1–8. doi:10.1080/0142159X.2018.1503410

Interprofessionelles Lernen auf interprofessionellen klinischen Ausbildungsstationen als praxisbasiertes und anspruchsvollstes interprofessionelles Setting nimmt einen immer grösser werdenden Stellenwert ein. Der Review von Oosterom et al. (2018) greift diesen Prozess auf und vergleicht bisher publizierte Ausbildungsstationen, um darauf aufbauend wertvolle Hinweise zum Aufbau einer Ausbildungsstation zu benennen.

Paradis, E. & Whitehead, C. R. (2018). *Beyond the Lamppost: A Proposal for a Fourth Wave of Education for Collaboration*

Acad Med, 93(10), 1457–1463. doi:10.1097/ACM.0000000000002233

Paradis & Whitehead (2018) beleuchten die derzeitigen Entwicklungen im Bereich interprofessioneller Ausbildung äusserst kritisch und führen mehrere Aspekte an, weshalb aktuelle Anstrengungen und Strategien der interprofessionellen Ausbildung nicht ausreichen, um postulierte weiträumige evidenzbasierte Effekte zu erreichen.

Sottas, B., Kissmann, S. & Brügger, S. (2016). *Interprofessionelle Ausbildung (IPE). Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit, Bern*

<http://www.formative-works.ch/content/files/IPE%20Erfolgsfaktoren-Messinstrument-Best%20Practice%20Beispiele%20QR.pdf>

Der Bericht «Interprofessionelle Ausbildung: Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele» von Sottas et al. (2016) ist Teil 2 eines umfassenden Berichts zur Interprofessionalität, der 2015/16 im Auftrag des BAG erstellt wurde. Im ersten Teilbericht («Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis») werden anhand der Ende 2015 weltweit verfügbaren Fallstudien, Metaanalysen und Literaturreviews der Nutzen und die Wirksamkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit herausgearbeitet (Sottas & Kissmann, 2016). Das Ziel des zweiten Teilberichts ist eine Zusammenstellung der im Bildungsbereich auf internationaler Ebene bekannten und bewährten interprofessionellen Arrangements. Dabei stützt er sich nicht primär auf Studien ab, sondern analysiert «Best Practice»-Beispiele und identifiziert so und mithilfe theoretischer Erwägungen die Anforderungen an eine gelingende interprofessionelle Ausbildung. Auf dieser Basis entstehen eine Systematik und ein neuartiges Messsystem zur Ermittlung der Güte von Ansätzen interprofessioneller Ausbildung.

Khan, N. S., Shahnaz, S. I. & Gomathi, K. G. (2016). *Currently Available Tools and Teaching Strategies for the Interprofessional Education of Students in Health Professions: Literature review*

Sultan Qaboos Univ Med J, 16(3), e277–285. doi:10.18295/squmj.2016.16.03.003

Khan et al. (2016) fassen in ihrem Literaturreview aktuelle Trends zur Implementierung von interprofessionellen Ausbildungsformaten aus 28 Studien im Zeitraum von 2012 bis 2015 zusammen. Die meisten Studien stammen aus den USA und nur eine aus der Schweiz. Ziel dieses Reviews ist die Dokumentation von innovativen interprofessionellen Ausbildungsaktivitäten bei Studierenden der Gesundheitsprofessionen.

Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C.J., Nguyen, T., Myran, L., Linn, B. & Hornecker, J. (2018). *Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. Journal of Interprofessional Care*

32:2, 127–135. doi: 10.1080/13561820.2017.1399868

Fox et al. (2018) untersuchen in ihrem Scoping Review 33 Studien zu interprofessionellen Ausbildungsmodellen, in denen Fertigkeiten der Teamarbeit gelehrt oder geprüft werden. Der Review soll die folgenden Fragen beantworten: 1. Welche Lern-/Lehrmethoden sind am effektivsten, wenn es darum geht, Studenten in teamarbeitsspezifische interprofessionelle Aktivitäten zu integrieren? 2. Wie werden diese Aktivitäten evaluiert? und 3. Welche Variablen (d.h. Kontext, professioneller Mix, Dauer der Intervention) beeinflussen den Erfolg dieser Aktivitäten?

5.3 Interviewte Experten

Folgende Experten bzw. Betroffene wurden zur interprofessionellen Ausbildung befragt:

Tab. 4: Interviewte Experten und Betroffene
(jeweils alphabetisch geordnet)

Experten

Name	Land	Gesundheitsberuflicher Hintergrund	Funktion und Institution
René Ballnus	Schweden	Pflege	Leiter des «Center for Interprofessional Education and Collaboration, Stockholm South General Hospital, Education Center», Region Stockholm
Prof. Dr. Martin Fischer, MME	Deutschland	Medizin	Direktor des Instituts für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München
Dr. Simon Fletcher	United Kingdom	Soziologie	Wissenschaftler im Bereich «Interprofessionelle Ausbildung» am «Centre for Health and Social Care Research, Kingston and St. George's University, London»
Prof. Margaretha Forsberg Larm	Schweden	Pflege	Associate Professor, Unit for Teaching and Learning, Karolinska Institutet, Stockholm; Department of clinical science and education KISÖS, Södersjukhuset Karolinska Institutet, Stockholm
Prof. Dr. John Gilbert	Kanada	Gesundheitspolitik, Gesundheitsbildung	Professor Emeritus, University of British Columbia; Adjunct Professor, Dalhousie University; DR. TMA Pai Endowment Chair in Interprofessional Education & Practice, Manipal Academy of Higher Education; Adjunct Professor, University of Technology Sydney; Senior Scholar, WHO Collaborating Centre on Health Workforce Planning & Research, Dalhousie University; Founding Chair, Canadian Interprofessional Health Collaborative

Dr. Flemming Jakobsen	Dänemark	Physiotherapie, Public Health	Wissenschaftler an der University Clinic for Hand, Hip and Knee Surgery, Regional Hospital Holstebro, Denmark
Prof. Dr. Ivy Oandasan	Kanada	Medizin	Professorin am «Department of Family and Community Medicine» der University of Toronto sowie Direktorin für «Education at the College of Family Physicians of Canada»
Mag. ^a Heidi Oberhauser	Österreich	Biomedizinische Analytik	Studiengangs- und Lehrgangsführerin am Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH, Innsbruck
Prof. Dr. Jill Thistlethwaite	Australien	Medizin	Adjunct Professor an der University of Technology Sydney
Prof. Dr. Ursula Walkenhorst	Deutschland	Ergotherapie, Erziehungswissenschaften, Gesundheitswissenschaften	Studiendekanin sowie Abteilungsleiterin «Didaktik der Humandienstleistungsberufe» am Institut für Gesundheitsforschung und Bildung der Universität Osnabrück
Lukas Büsser	Schweiz	Medizin	Medizinstudent der Universität Zürich, Präsident der swimsa (Swiss Medical Students' Association)
Cristina Galfetti, M.A.	Schweiz	Patientenvertretung	Selbstständige Fachperson und Beraterin (cg empowerment) von Betroffenen im Bereich Gesundheits- und Patientenkompetenz mit Schwerpunkt auf rheumatischen Erkrankungen

Betroffene

Über die Autoren

Ulrich, Gert; Dr. phil., M.A.

Gert Ulrich ist Projektleiter der «Zürcher interprofessionellen klinischen Ausbildungsstation» (ZIPAS) sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Careum Stiftung (Abteilung Bildungsentwicklung). Er ist Sportwissenschaftler und wurde durch Arbeiten auf dem Gebiet der Sportmedizin zum Dr. phil. promoviert (Universität Heidelberg). Danach arbeitete er weiterhin über mehrere Jahre als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Heidelberg (Institut für Sport und Sportwissenschaft) sowie am Universitätsklinikum Heidelberg (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung). Am Universitätsklinikum Heidelberg war er im dort installierten Studiengang «Interprofessionelle Gesundheitsversorgung», aber auch im Humanmedizin-Studiengang im Bereich der Curriculums- und Strukturarbeit, Forschung und Lehre tätig.

Amstad, Hermann; Dr. med., MPH

Hermann Amstad ist Geschäftsführer von amstadkor, einer Firma, die Organisationen und Institutionen im Gesundheitsbereich bei der Erarbeitung von Konzepten, bei der Begleitung von Projekten und bei der Redaktion von Publikationen unterstützt. Von 2007 bis 2017 war er Generalsekretär der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In dieser Funktion war er massgeblich mitbeteiligt an der Etablierung des Themas «Interprofessionalität» innerhalb der Akademie, an der Ausarbeitung der Charta «Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen» und an der Lancierung des SAMW-Award «Interprofessionalität».

Kaap-Fröhlich, Sylvia; Dr. rer. nat., MBA

Sylvia Kaap-Fröhlich ist seit September 2017 Leiterin der Careum Bildungsentwicklung. Sie hat nach ihrem Abschluss als Biomedizinische Analytikerin an der Universität Leipzig Biochemie studiert und im Fach Pharmazie promoviert. Ein pädagogisches Ergänzungsstudium an der Technischen Universität Dresden und ein MBA-Abschluss in Bildungs- und Wissenschaftsmanagement der Universität Oldenburg runden ihr Profil ab. Durch ihre mehrjährige Lehr- und Leitungserfahrung an Schulen, Hochschulen und Universitäten in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen und Lehrenden verfügt sie über profunde Erfahrungen und Kompetenzen in der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von innovativen Bildungsangeboten.

Literatur

52

1. Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley
2. BAG. (2013). *Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität»*
<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung/bericht-interprofessionalitaet-anhaenge.pdf.download.pdf/bericht-interprofessionalitaet-anhaenge.pdf> [Zugriff am 03.03.2020]
3. BAG. (2019a). *Förderprogramm Interprofessionalität 2017–2020*
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/phase-1-2017-2020-Forschung.html> [Zugriff am 03.03.2020]
4. BAG. (2019b). *Verzeichnis Modelle guter Praxis – Interprofessionalität*
<https://www.bag.admin.ch/modelle-interprof> [Zugriff am 10.07.2019]
5. Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: Assumption, argument and evidence*. London: Blackwell
6. Berwick, D. M., Nolan, T. W. & Whittington, J. (2008). *The triple aim: care, health, and cost*. *Health Aff (Millwood)*, 27(3), 759–769
doi:10.1377/hlthaff.27.3.759
7. Biggs, J. B. (1993). *From Theory to Practice: A Cognitive Systems Approach*. *Higher Education Research & Development*, 12(1), 73–85
doi:10.1080/0729436930120107
8. Bland, C. J., Schmitz, C. C., Stritter, F. T., Henry, R. C. & Aluisse, J. J. (1990). *Successful Faculty in Academic Medicine: Essential Skills and How to Acquire Them*. New York, NY: Springer-Verlag
9. Bodenheimer, T. & Sinsky, C. (2014). *From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider*
Ann Fam Med, 12(6), 573–576. *doi:10.1370/afm.1713*
10. Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A. & Chioreso, C. (2014). *A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim*
J Interprof Care, 28(5), 393–399. *doi:10.3109/13561820.2014.906391*
11. CAIPE. (2019). *Definition of Interprofessional Education*
<https://www.caipe.org/about-us> [Zugriff am 03.03.2020]
12. Careum Stiftung. (2019)
<https://www.careum.ch/zipas> [Zugriff am 03.03.2020]
13. Centra, J. A. (1978). *Types of faculty development programs*
J Higher Educ, 49, 151–162

14. DiazGranados, D., Dow, A. W., Appelbaum, N., Mazmanian, P. E. & Retchin, S. M. (2018). *Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration*
J Interprof Care, 32(2), 151–159. doi:10.1080/13561820.2017.1383886
15. Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. ed.). Marburg
16. econcept. (2019). PT1-2-01 *Berufsausübung: Potenziale für Interprofessionalität. Schlussbericht zuhanden des BAG*
https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/Interprofessionalitaet/Forschungsberichte1/Studie-M4_Potenziale-IPZ_Econcept_Schlussbericht.pdf.download.pdf/Studie%20M4_Potenziale%20der%20IPZ_Econcept_Schlussbericht.pdf
[Zugriff am 03.03.2020]
17. Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C. J., Nguyen, T. N., Myran, L., Linn, B. & Hornecker, J. (2018). *Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review*
J Interprof Care, 32(2), 127–135. doi:10.1080/13561820.2017.1399868
18. Frank, J. R. (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
19. Freeth, D. & Reeves, S. (2004). *Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities*
J Interprof Care, 18(1), 43–56. doi:10.1080/13561820310001608221
20. Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Zurayk, H. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*
Lancet, 376(9756), 1923–1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
21. GesBG – Gesundheitsberufegesetz. (2016). *Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe*
<https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2016/7599.pdf> [Zugriff am 03.03.2020]
22. Hansen, T. B., Jacobsen, F. & Larsen, K. (2009). *Cost effective interprofessional training: An evaluation of a training unit in Denmark*
Journal of Interprofessional Care, 23(3), 234–241
23. Hylin, U. (2010). *Interprofessional education: Aspects on learning together on an interprofessional training ward (PhD)*. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet

24. Interprofessional Network of BC (In-BC) & College of Health Disciplines (CHD) (2008). *British Columbia Competence Framework for Interprofessional Collaboration*
file:///H:/01_Artikel/Frameworks_Positionspapiere/2008_The%20British%20Columbia%20Competency%20Framelwork%20for%20IPC.pdf [Zugriff am 03. 03. 2020]
25. Khalili, A., Thistlethwaite, J., El-Awaisi, A., Pfeifle, A., Gilbert, J., Lising, D., Xyri-chis, A. (2019). *Guidance on Global Interprofessional Education and Collaborative Practice Research: Discussion Paper*. A joint publication by Interprofession-al Research. Global & Interprofessional. Global
<https://www.research.interprofessional.global> [Zugriff am 03. 03. 2020]
26. Khalili, H., Hall, J. & DeLuca, S. (2014). *Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice*
J Interprof Care, 28(2), 92–97. doi:10.3109/13561820.2013.869197
27. Khan, N. S., Shahnaz, S. I. & Gomathi, K. G. (2016). *Currently Available Tools and Teaching Strategies for the Interprofessional Education of Students in Health Professions: Literature review*
Sultan Qaboos Univ Med J, 16(3), e277–285. doi:10.18295/squmj.2016.16.03.003
28. Kirkpatrick, D. L. (1976). *Evaluation of training*. New York: McGraw Hil
29. Klapper, B. & Schirlo, C. (2016). *Special edition booklet: Interprofessional Training*. Published by the Robert Bosch Stiftung and the Gesellschaft für Medizini-sche Ausbildung
GMS J Med Educ, 33(2), Doc38. doi:10.3205/zma001037
30. KVG – Krankenversicherungsgesetz. (1994). *Bundesgesetz über die Kranken-versicherung*
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html> [Zugriff am 03. 03. 2020]
31. Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projekt Abschlusskompeten-zen der FH-Gesundheitsberufe – Abschlussbericht*
32. MedBG – Medizinalberufegesetz. (2018). *Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe*
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040265/index.html> [Zugriff am 03. 03. 2020]
33. Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Prognosen bis 2030* (Obsan Bericht 71). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

34. Michaud, P. A., Jucker-Kupper, P. & Members of the Profiles Working Group. (2017). *PROFILES; Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland*. Bern: Joint Commission of the Swiss Medical Schools
35. Michaud, P. A., Luthi, F. T., Clerc, M., Gachoud, D., Chapuis, J., Allin, A. C., Morin, D. (2011). *Interprofessional education for all. An awareness experience for undergraduate students in Vaud*
Rev Med Suisse, 7(319), 2363–2365
36. Nowossadeck, S. (2013). *Demographic change, people needing long-term care, and the future need for carers. An overview*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(8), 1040–1047
doi:10.1007/s00103-013-1742-1
37. Oandasan, I. & Reeves, S. (2005). *Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context*
J Interprof Care, 19 Suppl 1, 21–38. *doi:10.1080/13561820500083550*
38. Oosterom, N., Floren, L. C., Ten Cate, O. & Westerveld, H. E. (2018). *A review of inter-professional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes*
Med Teach, 1–8. *doi:10.1080/0142159X.2018.1503410*
39. Paradis, E. & Whitehead, C. R. (2018). *Beyond the Lamppost: A Proposal for a Fourth Wave of Education for Collaboration*
Acad Med, 93(10), 1457–1463. *doi:10.1097/ACM.0000000000002233*
40. Plattform Interprofessionalität. (2019). *Plattform Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung*
<https://www.interprofessionalitaet.ch/> [Zugriff am 03.03.2020]
41. Pollard, K. C., Miers, M. E. & Gilchrist, M. (2004). *Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students*
Health Soc Care Community, 12(4), 346–358. *doi:10.1111/j.1365-2524.2004.00504.x*
42. Ponzer, S., Hysin, U., Kusoffsky, A., Lauffs, M., Lonka, K., Mattiasson, A. C. & Nordstrom, G. (2004). *Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards*
Med Educ, 38(7), 727–736. *doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01848.x*
43. Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., Kitto, S. (2016). *A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39*
Med Teach, 38(7), 656–668. *doi:10.3109/0142159X.2016.1173663*

44. Reeves, S. & Freeth, D. (2002). *The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative*
J Interprof Care, 16(1), 41–52. doi:10.1080/13561820220104159
45. Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)*
Cochrane Database Syst Rev(3), CD002213. doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3
46. SAMW. (2004). *Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts – Bericht einer ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der fünf Medizinischen Fakultäten*
https://www.samw.ch/dam/jcr:c37b4111-fe31-4e78-bbeb-1270be1d020c/positionspapier_samw_ziele_aufgaben_medizin.pdf [Zugriff am 03.03.2020]
47. SAMW. (2007). *Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen und Pflegenden – Bericht aus dem Jahr 2007 und Kommentar 2011*
https://www.samw.ch/dam/jcr:a696de39-62fd-4fed-a308-d4517551e53d/positionspapier_samw_zukuenftige_berufsbilder.pdf [Zugriff am 03.03.2020]
48. SAMW. (2014). *Charta – Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen*
https://www.samw.ch/dam/jcr:c5fd1ba0-03f4-4e7a-adaa-2ab50a56253b/charta_samw_zusammenarbeit.pdf [Zugriff am 03.03.2020]
49. SAMW. (2019). *Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems – Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*
Swiss Academies Communication, 14(2)
50. Schmitz, C., Atzeni, G. & Berchtold, P. (2017). *Challenges in interprofessionalism in Swiss health care: the practice of successful interprofessional collaboration as experienced by professionals*
Swiss Med Wkly, 147, w14525. doi:10.4414/smw.2017.14525
51. Sottas, B., Brügger, S. & Meyer, P. C. (2013). *Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice*
<https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/forschung/fe-publikationen/zhaw-reihe-gesundheit-1.pdf> [Zugriff am 03.03.2020]
52. Sottas, B. & Kissmann, S. (2016). *Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). Eine Übersichtsstudie zur Evidenzlage*. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit. Bern

53. Sottas, B., Kissmann, S. & Brügger, S. (2016). *Interprofessionelle Ausbildung (IPE). Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele*. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit, Bern
https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2016_3_IPE-Erfolgsfaktoren-Messinstrument-Best-Practice-Beispiele-QR.pdf [Zugriff am 03.03.2020]
54. Steinert, Y., Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D. & Fuks, A. (2007). *Faculty development as an instrument of change: a case study on teaching professionalism*
Acad Med, 82(11), 1057–1064. doi:10.1097/01.ACM.0000285346.87708.67
55. SwissIPE (2019)
<https://www.swissipe.ch/> [Zugriff am 03.03.2020]
56. Thistlethwaite, J., Moran, M. & World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. (2010). *Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis*
J Interprof Care, 24(5), 503–513. doi:10.3109/13561820.2010.483366
57. Towle, A. & Godolphin, W. (2015). *Patients as teachers: promoting their authentic and autonomous voices*
Clin Teach, 12(3), 149–154. doi:10.1111/tct.12400
58. Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E. G., Kaap-Frohlich, S., Karstens, S., Sottas, B. (2015). *Position statement GMA Committee «Interprofessional Education for the Health Care Professions»*
GMS Z Med Ausbild, 32(2), Doc22. doi:10.3205/zma000964
59. World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
[Zugriff am 03.03.2020]
60. World Health Organization. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training*
https://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/ [Zugriff am 03.03.2020]

Impressum

Herausgeberin / Konzept

Careum Stiftung, 2020

Gestaltung

AGENTUR FRONTAL AG, Willisau

Druck

Somedia Production, Chur

Produktion

Careum Verlag

Titelfoto

© wanpatsorn – shutterstock.com

Bitte zitieren als:

Ulrich, G., Amstad, H., & Kaap-Fröhlich, S. (2020).

**Careum Working Paper 9 – «Interprofessionelle
Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem:
Situationsanalyse und Perspektiven.»**

URL: www.careum.ch/workingpaper9-lang

Weitere Informationen unter www.careum.ch



9 783039 041435

ISBN 978-3-03904-143-5

