

Interprofessionelle Lehre – ein Selbstläufer im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit?

Jana Druskat¹, André Heinz², Christine Blümke³

Im Gesundheitswesen ist die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit unter Health Care Professionals weitgehend als logisch stringenter Schritt zur professionellen Weiterentwicklung anerkannt. Die aktuelle Forschungslage sowie der Sachverständigenrat der Deutschen Bundesregierung unterstreichen diese Bestrebungen. Vermutet wird, dass auch interprofessionelle Lehre einen wichtigen Beitrag zur interprofessionellen Zusammenarbeit leisten kann. Auf Grundlage einer Erhebung unter den Absolvent/-innen im Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online“ an der Alice Salomon Hochschule Berlin wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich die interprofessionellen Kompetenzen der Absolvent/-innen verändert haben und welche Erschwernisse die Implementierung beeinflussen. Die Ergebnisse zeigen, dass in allen interprofessionellen Kompetenzfeldern Steigerungen seitens der Student/-innen wahrgenommen werden – jedoch diese nicht gleichzeitig zu einer Zunahme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung geführt haben. Es bedarf unterstützender Strukturen und Prozesse.

Interprofessional teaching – a no-brainer in the context of interprofessional collaboration?

In healthcare, the need for interprofessional collaboration among health care professionals is widely recognized as a logical step towards professional development. The current research situation as well as the German government's Council of Experts underline these efforts. It is assumed that interprofessional teaching can also make an important contribution to interprofessional collaboration in this context. Based on a survey among graduates of the study program "Interprofessional Health Care – online" at the Alice Salomon University of Applied Sciences Berlin, the question is investigated to what extent the interprofessional competencies of graduates have changed and which obstacles influence the implementation. The findings of the study show that students perceive increases in all interprofessional competence fields – but that these have not simultaneously led to an increase in interprofessional collaboration in health care. Supporting structures and processes are needed.

Korrespondenzadresse

Praxis für Logopädie Jana Druskat
Selchower Str. 4
D-12049 Berlin
mail@logopaedie-druskat.de

Eingereicht am 05.07.2023

Akzeptiert am 07.12.2023

DOI: 10.3936/0044

1 B.Sc. Interprofessionelle Gesundheitsversorgung; Logopädin, Berlin

2 Prof. Dr.; Gastprofessur an der Alice Salomon Hochschule Berlin

3 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Alice Salomon Hochschule Berlin

Hintergrund und Zielsetzung

Zur Notwendigkeit von interprofessioneller Lehre

Das Gesundheitswesen befindet sich durch Fachkräftemangel und fortschreitende Digitalisierung in einer Transformation. Durch die demografische Entwicklung nehmen chronische und multimorbide Krankheitsbilder zu und Behandlungen – sowie das Gesundheitswesen insgesamt – werden komplexer und teurer (Bas, 2018). Zahlreiche nationale und internationale Forschungsabhandlungen kommen einheitlich zu dem Schluss, dass interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) im wandelnden Gesundheitswesen zunehmend wichtiger wird, um kompetente, patient/-innengerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (dazu exemplarisch Hartinger & Schubert, 2019; Beck et al., 2017; Sottas, 2016; Sottas & Kissmann, 2015; Barr et al., 2017; Barr, 2002; Ewers, 2012; Freeth et al., 2005; Antoni, 2010; Alscher et al., 2013).

Die Weltgesundheitsorganisation leitet aus der Notwendigkeit vermehrter IPZ im weltweiten Gesundheitswesen vermehrte Erforderlichkeit interprofessioneller Studienangebote ab (World Health Organization, 2010). Trotz weitgehender Einigkeit in der Literatur, dass interprofessionelles Lernen wichtig für die Weiterentwicklung von IPZ ist (exemplarisch Hartinger & Schubert, 2019; Beck et al., 2017; Sottas, 2016; Barr et al., 2017; Barr, 2002; Ewers, 2012; Freeth et al., 2005; Antoni, 2010; Alscher et al., 2013), kann der tatsächliche Einfluss von interprofessionellem Lernen auf IPZ von Health Care Professionals (HCPs) durch unzureichend zur Verfügung stehende Daten (Hammick et al., 2007; World Health Organization, 2013) nicht nachgewiesen werden (Hammick et al., 2007; Reeves et al., 2018; Lapkin et al., 2013). Obwohl Konsens, teilweise evidenzgestützt, über die positiven Effekte von IPZ auf das Gesundheitswesen besteht (vgl. Hammick et al., 2007; Reeves et al., 2018; Reeves et al., 2016; Lapkin et al., 2013; Lutfiyya et al., 2016), wird IPZ in der Praxis unzureichend umgesetzt (Schmitz et al., 2021).

Um interprofessionelle Versorgung gestalten und interprofessionelles Handeln umsetzen zu können, müssen die HCPs über interprofessionelle Kompetenzen (IPK) verfügen. Diese sollen durch entsprechende Inhalte in Lehre und Grundausbildung erworben und in der Fort- und Weiterbildung erweitert werden (Blümke et al., 2018). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen der Deutschen Bundesregierung empfiehlt eine sektorenübergreifende Versorgung und Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitssystem (Sachverständigenrat, 2018) sowie den Erwerb von IPK bereits in der Ausbildung (Deutscher Bundestag, 2007, S.25). Zudem wird bemängelt, dass die Ausbildung der Gesundheitsberufe in Deutschland nicht genügend auf IPZ vorbereitet (Deutscher Bundestag, 2007, S. 17).

Während in einigen Ländern interprofessionelle Lehre länger existiert und konsequenter implementiert ist (Kanada, Australien, Norwegen, Schweden; Nock, 2020), finden Ausbildung und Studium von Gesundheitsfachberufen in Deutschland zurzeit vor allem monoprofessionell statt. Zwar gibt es zahlreiche Bildungsinitiativen (z. B. „Projekt Team“ (Robert Bosch Stiftung), s. Nock, 2020), aber wenige interprofessionell ausgelegte Studiengänge in Deutsch-

land. Ausnahmen sind u. a. die Studiengänge „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ (Universität Heidelberg, o. J.) oder auch „Ergo- und Physiotherapie“ (ASH Berlin, o. J. c). Zusammen mit diesen nimmt der Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online“ (IGo, ASH Berlin, o. J. b) an der Alice Salomon Hochschule (ASH) in Berlin eine Vorreiterrolle ein. Bei letzterem handelt es sich um ein onlinebasiertes Teilzeitbachelorstudium für berufserfahrene Therapeut/-innen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) sowie berufserfahrende Pflegende (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Gesundheits- und Kinderpflege). In IGo werden IPK durch entsprechend ausgerichtete Studieninhalte sowie das Lernen in interprofessionellen Kleingruppen erworben und erweitert (ASH Berlin, o. J. a), mit dem dedizierten Ziel der Verbesserung der IPZ im Gesundheitswesen (ASH Berlin, o. J. b). Der Pilotstudiengang startete im Wintersemester 2018/19 und wird seit dem Wintersemester 20/21 als regulärer Studiengang angeboten.

Um den Zusammenhang zwischen Erwerb von IPK in interprofessionellem Lernen und deren Anwendung in mehr und besserer IPZ nachvollziehen zu können, müssen IPK zunächst gerahmt und näher betrachtet werden.

Interprofessionelle Kompetenzen (IPK)- Definitionsrahmung

Nisbet et al. (2011, S. 26) beziehen sich bei ihrer Definition interprofessioneller Kompetenz auf effektives Agieren von HCPs als Teil interprofessioneller Gesundheitsteams: „[Interprofessional] *competence can be defined as the ability to handle a complex professional situation by combining relevant knowledge, skills and attitudes.*“

Bender et al. (2016, S. 19) definiert interdisziplinäre (also fächerübergreifende Zusammenarbeit betreffende) Kompetenzen weitergehend:

„Die Anwendung bzw. das Sichtbarwerden interdisziplinärer Kompetenz (Performanz) geschieht, wenn einerseits vom Subjekt Kenntnisse disziplinärer Fakten und interdisziplinärer Prozesse, zusammen mit evtl. Erfahrungswissen, unter Anwendung von Basiskompetenzen wie z. B. Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Transferfähigkeit und Selbstreflexionsfähigkeit (Können), in der Motivation (Wollen), interdisziplinäre Forschungs- oder Arbeitsprozesse konstruktiv und gewinnbringend zu gestalten, zusammenwirken und andererseits von der Umwelt [...] Bedingungen geschaffen werden, die interdisziplinäres Arbeiten ermöglichen.“

Anknüpfend an das erweiterte Verständnis wird dem Beitrag folgende Definition für die IPK zugrunde gelegt:

Interprofessionelle Kompetenz ist das Vermögen, durch die Kombination relevanten Wissens aus der eigenen Profession mit interprofessionellen Fähigkeiten und Herangehensweisen in interprofessionellen Prozessen komplexe Situationen zu meistern. Diese Kompetenz kann nur in Kontexten zum Tragen kommen, die interprofessionelles Arbeiten ermöglichen und fördern. (Zusammenfassende Definition IPK J. Druskat)

Es existieren Frameworks zu interprofessioneller Kompetenz, eine Konsolidierung zu einem international anerkannt-

ten, einheitlichen zentralen Kompetenzkatalog steht jedoch aus (Nisbet et al., 2011, S. 26; Sottas et al., 2016). Das „International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes“ (Rogers et al., 2017) ist ein von internationalen Expert/-innen aus Kanada, Schweden, Singapur, UK und Australien entwickeltes Framework, das auf internationalen Vorarbeiten beruht („Workshop 17. Ottawa Conference“, Perth, Australien; „All Together Better Health VIII Konferenz“, Oxford, UK). Dort werden folgende Kompetenzbereiche beschrieben.

1. Rollen und Verantwortlichkeiten
2. Interprofessionelle Kommunikation
3. Interprofessionelle Werte
4. Koordinierte und gemeinsame Entscheidungsfindung
5. Reflexivität
6. Funktionieren als Team

Die angeführten Kompetenzbereiche decken sich im Wesentlichen mit anderen Versuchen die Kompetenzbereiche zu rahmen, so z. B. das „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ der WHO (2010) oder auch aus dem angelsächsischen Raum (z. B. „A National Interprofessional Competency Framework“ (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010), respektive das „Interprofessional Capability Framework“ (Curtin University, 2011) – welche sich häufig überlappen und ähnliche Kompetenzen beschreiben. (vgl. Übersicht der wichtigsten Kompetenzframeworks in Tabelle 1. Diese Frameworks sind allesamt als kompetenzorientierte Lernzielkataloge von Ausbildungs- und Praxisinstitutionen entwickelt worden (Sottas et al., 2016).

Deckungsgleich sind die drei interprofessionellen Kompetenzbereiche: interprofessionelle Kommunikation, Funktionieren als Team, sowie Rollen und Verantwortlichkeiten („Consults, seeks advice and confers with other team members based on a clear understanding of everyone’s capabilities, expertise and culture.“ (College of Health Disciplines, & Interprofessional Network of BC, 2008)).

Ergänzend werden zudem die folgenden Kompetenzbereiche benannt: Konfliktmanagement, Reflexivität, Patient/-in/Familien/Gemeinschaftszentriertheit, gemeinsame Entscheidungsfindung, kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Werte/Ethik, praktische Kenntnisse, Führungskompetenz, Patient/-innensicherheit und Qualität sowie IPZ.

Fragestellung

Die beschriebene Diskrepanz zwischen der verbreiteten Annahme, dass interprofessionelles Lernen mit dem Erwerb von IPK die IPZ verbessert, und der fehlenden Datenlage dazu, führt zu der zentralen Fragestellung dieses Beitrags, ob der Ausbau interprofessioneller Kompetenzen tatsächlich zu verbesserter interprofessioneller Zusammenarbeit im beruflichen Kontext führt.

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wird folgenden Teilfragen nachgegangen:

1. Verbessert ein interprofessionell ausgelegter Studiengang die interprofessionellen Kompetenzen der Absolvent/-innen?
2. Verbessert sich mit dem Erwerb von IPK im Studium die IPZ der Absolvent/-innen zwischen dem Zeitpunkt

vor Beginn des Studiums und dem Abschlussemester (6. Semester)?

3. Welche Erschwernisse beeinflussen die Implementierung von IPZ?

Untersucht wird dies exemplarisch am Pilotstudiengang IGo der Alice Salomon Hochschule Berlin. Grundlage für diese Untersuchung ist J. Druskats Bachelorarbeit zum Abschluss des genannten Studienganges (Druskat, 2021b).

Methode: Untersuchungskonzept und -design

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Mixed Methods Design gewählt. Die Verbindung aus einem quantitativen und qualitativen Ansatz erscheint im Kontext der Fragestellung als zielführend und gleichzeitig erkenntnisoffen. Das Untersuchungsdesign gliedert sich in zwei Erhebungsbereiche: (1) einer quantitativen Erhebung mit geschlossenen und offenen Fragen sowie (2) einer qualitativen Inhaltsanalyse aus den Antworten zu den offenen Fragen. Der gesamte Fragebogen kann im Internet abgerufen werden (s. Druskat, 2021b).

Quantitative Datenerhebung

Nach der Recherche der Grundlagen zur IPZ (Kompetenzframeworks, aktueller Forschungsstand zur interprofessionellen Praxis und Lehre im Gesundheitswesen, Erschwernisse bei Implementierung der IPZ in der Praxis) auf verschiedenen Wegen wurden die Grundlagen gesichtet, analysiert und aufbereitet. Es fand eine gezielte Online-recherche mittels Suchbegriffen (in Wortlisten erstellt mit Kernbegriffen, Synonymen, Unterbegriffen, ähnlichen Begriffen und den jeweiligen Begriffen auf Englisch z. B. IPZ, IPK, HCP) auf ausgewählten medizinischen und allgemeinem Datenbanken (z. B. PubMed, Livivo) und Suchdiensten (Google, Google Scholar) statt, sowie in Bibliotheken (z. B. ASH-Bibliothek) und durch geschaltete Suchaufträge bei Google Scholar (Stichworte: Interprofessionalität Didaktik, Interprofessionalität Wissenstransfer, Interprofessionalität Wissenstransfer). Die Fragebogenkonstruktion gliederte sich in vier Bereiche.

1) **IPZ vor und nach dem Studium.** Der Fragebogen beinhaltet drei Fragen zur IPZ, die auf Likert-Skalen zu beantworten waren. Die Interviewpartner/-innen bewerteten ihre IPZ vor dem Studium und im sechsten Semester hinsichtlich ihrer Häufigkeit und ihrer Zufriedenheit mit dieser. Außerdem wurde der Theorie-Praxis-Transfer von Studium in berufliche Praxis auf Likert-Skalen eingeschätzt. Konkret ging es um die Beantwortung von drei Items: „Wie häufig arbeiten Sie im beruflichen Kontext interprofessionell zusammen?“, „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer interprofessionellen Zusammenarbeit im beruflichen Kontext?“ sowie „Ich konnte das Gelernte aus dem Studium in meiner beruflichen Praxis anwenden.“ Zu den ersten beiden Fragen, sollten die Interviewpartner/-innen jeweils auf einer Likert-Skala 1 („ständig“) bis 5 („nie“) zum Zeitpunkt vor dem Studium sowie aktuell (im sechsten Studium) antworten.

| Name des Frameworks | A National Interprofessional Competency Framework | Interprofessional Capability Framework | BC Competency Framework for Interprofessional Collaboration | Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice | Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education | International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes | Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice |
|---|---|--|---|--|--|--|--|
| Land | Kanada | Australien | Kanada | USA | Grossbritannien | Australien, UK, Kanada, Singapur, Schweden | An der WHO teilnehmende Länder |
| Herausgeber, Erscheinungsjahr | Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010 | Curtin University, 2011 | College of Health Disciplines & Interprofessional Network of BC, 2008 | Interprofessional Education Collaborative, 2016 | Walsh et al., 2004 | Rogers et al., 2017 | World Health Organization, 2010 |
| Kompetenzbereiche: | | | | | | | |
| interprofessionelle Kommunikation | X | X | X | X | X (in „interpr. Zusammenarbeit“) | X | X |
| Rollen und Verantwortlichkeiten | X | X | X | X | X (in „praktische Kenntnisse“) | X | X |
| Funktionieren als Team | X | X | X | X | X (in „interpr. Zusammenarbeit“) | X | X |
| Konfliktmanagement | X | X | | | | | |
| Reflexivität | | X | | | X | X | X |
| gemeinsame Entscheidungsfindung | | | X | | | X | |
| Kontinuierliche Qualitätsverbesserung | | | X | | | | |
| Werte / Ethik | | | | X | X | X | X |
| praktische Kenntnisse | | | | | X | | |
| Führungskompetenz | X | | | | X (in „interprof. Zusammenarbeit“) | | |
| Patient*in-/Familien-/Gemeinschaftszentriertheit, verschieden definiert | X (Patient*in/Klient*in/Familie /Gemeinschaft) | X (Klient*in) | X (Patient*in/Familie) | X (Patient*in/Gemeinschaft/Bevölkerung) | X (in „interprof. Zusammenarbeit“) | X (Patient*in) | |
| Patient*innsicherheit und Qualität | | X | | | | | |
| interprofessionelle Zusammenarbeit | | X | | X | | | |

Tabelle 1: Interprofessionelle Kompetenzen in Frameworks-Vergleich

Bezüglich dem dritten Item ging es um die Beantwortung auf einer Skala von 1 („trifft voll und ganz zu“) bis 5 („trifft überhaupt nicht zu“) – ohne die Unterscheidung zwischen den zwei Zeitpunkten.

2) **Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen: über die Studienzeit und Einfluss von Studienformaten und -bestandteilen.** Um die IPK-Kategorien zu entwickeln, aus denen die Interviewpartner/-innen auswählen sollten, wurden die wesentlichen Kategorien aus bekannten Frameworks und um die grundlegenden Kompetenzen nach Sottas et al. (2016) vervollständigt (Abbildung 1).

Die drei konsequent in allen Frameworks genannten Kompetenzen „interprofessionelle Kommunikation“, „Funktionieren als Team“, „Rollen und Verantwortlichkeiten“ wurden extrahiert und um die Kompetenz „Konfliktmanagement“ (genannt in Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010 und Curtin University, 2011) erweitert, um den Erwerb dieser Kompetenzen im Fragenbogen abzufragen. Gleichzeitig wurden diese Kompetenzen im IGo-Studiengang vermittelt. Die konkrete Formulierung der vier Items lautete: „Bitte bewerten Sie Ihre Kompetenz ‚interprofessionelle Kommunikation‘“, „Bitte bewerten Sie Ihre Kompetenz ‚Funktionieren als Team‘“, „Bitte bewerten Sie Ihre Kompetenz ‚Rollen und Verantwortlichkeiten‘ (Kenntnisse über Ziele, Methoden und Kompetenzen der eigenen und anderer Profession) sowie „Bitte bewerten Sie ihre Kompetenz ‚Konfliktmanagement‘“. Auch hier sollten die Interviewpartner/-innen ihre Bewertung jeweils zum Zeitpunkt vor dem Studium und aktuell (im sechsten Semester) vornehmen. Die Beantwortung erfolgt jeweils auf einer Likert-Skala von: 1 („sehr ausgeprägt“) bis 5 („nicht vorhanden“).

3) **Erschwernisse in der interprofessionellen Zusammenarbeit.** Im dritten Teil des Fragebogens wurden mögliche Erschwernisse bei Implementierung oder Ausbau der IPZ im beruflichen Kontext mit optionaler Mehrfachnennung und der Möglichkeit weitere nicht aufgeführte Erschwernisse zu benennen, erfragt. Die aufgeführten Antwortoptionen wurden von Schroeder (2010) übernommen und um die Punkte „keine Vergütung des Mehraufwands der interprofessionellen Zusammenarbeit“ – im ambulanten Sektor entscheidender Faktor für die Implementierung von IPZ (s. Amelung et al., 2020, S. 194) – und „strukturelle Gegebenheiten“ als Erschwernis mit Option zur Freitextantwort ergänzt. Konkret ging es um die Frage: „Welche der folgenden Erschwernisse haben die Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis erschwert oder unmöglich gemacht?“. So konnten die Interviewpartner/-innen z. B. unzureichende Leitbilder in den Institutionen, Prestige- und Statusunterschiede, berufliche Sozialisation, unklare Kompetenzbereiche oder eigene Antworten formulieren – welche im Rahmen einer strukturierter Inhaltsanalyse aufbereitet wurden.

4) **Demografische Daten.** Es wurden folgende demografische Daten erfasst: Gesundheitsfachberuf, Berufserfahrung im interprofessionellen Kontext, Arbeitsbereich (z. B. ambulant, stationär), Position in Tätigkeit (z. B. Leitungsfunktion, angestellter Mitarbeiter), Größe des Teams, Berufsgruppen im Team und zeitlicher Rahmen der Zusammenarbeit, sowie Form der Zusammenarbeit (z. B. persönlich oder schriftlich). Außerdem wurden weitere Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Ausbildung erfragt (interprofessionelle Fortbildungen innerhalb des Studiums, andere Einflussfaktoren außerhalb des Studiums). Abschließend gab es die

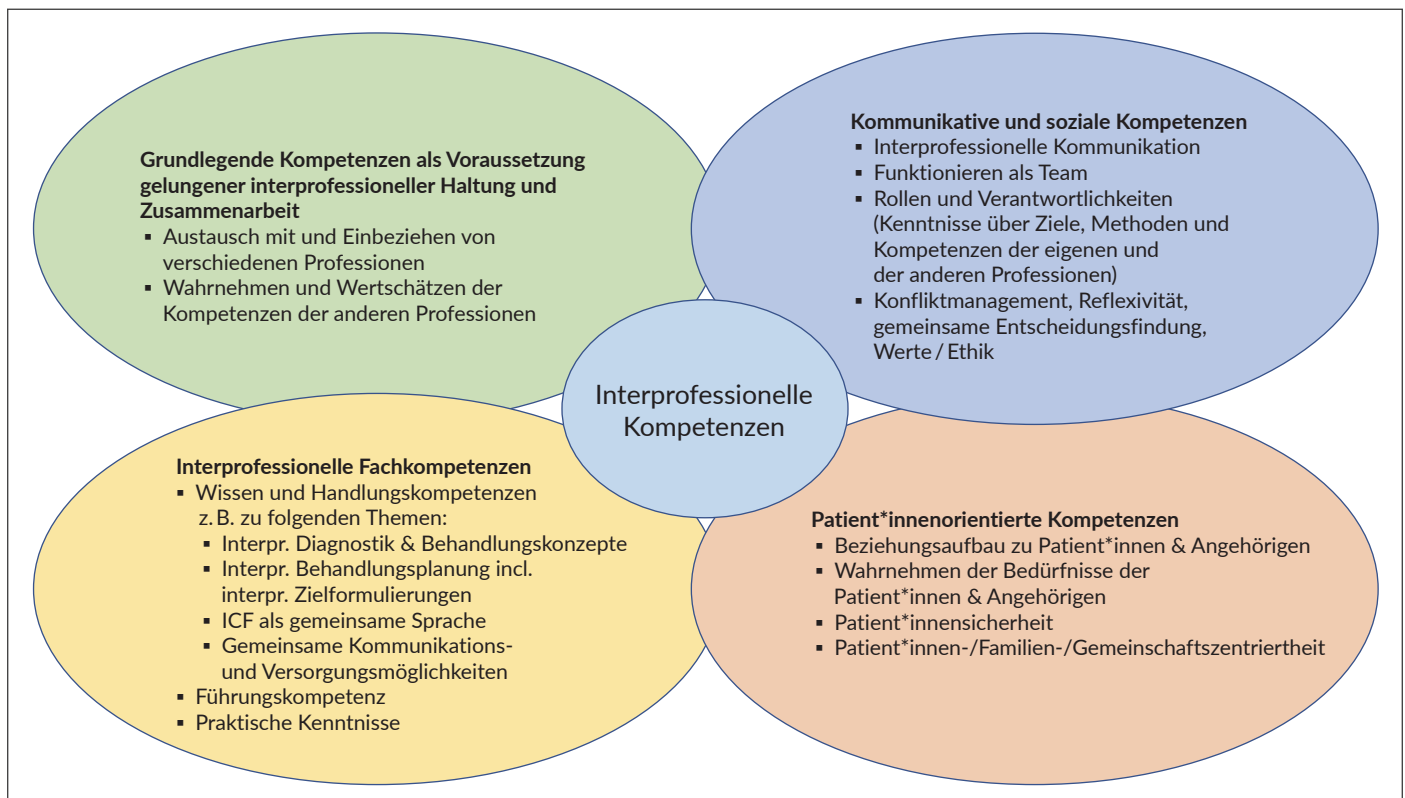


Abbildung 1: Interprofessionelle Kompetenzen

Möglichkeit, Anregungen oder Kritik in einem Freitextfeld zu formulieren, beispielsweise beziehend auf die Forschungsfrage oder den Fragebogen selbst.

Durchführung der Erhebung

Vor der Hauptbefragung fand ein Pretest, ebenfalls als Online-Fragebogen inklusive Feedbackfragebogen zum Pretest konzipiert, statt. Basierend auf den Erkenntnissen aus dem Pretest wurde der Fragebogen der Hauptbefragung angepasst. Der Link zum Fragebogen wurden an IGo-Pilotstudierende als E-Mail verschickt. Einziges Kriterium für die Teilnahme an der Untersuchung war, dass die Interviewpartner/-innen Pilotstudierende in IGo im sechsten Semester waren ($n = 33$). Weitere Einschluss- oder Ausschlusskriterien lagen nicht vor.

Der Erhebungszeitraum war von 27.04.2021 bis 12.05.2021 und ergab 26 vollständig ausgefüllte, auswertbare Fragebögen (response: knapp 80%). Es wurden keine Fragebögen teilweise ausgefüllt. Damit bestanden keine weiteren Einschluss- oder Ausschlusskriterien für die Auswertung der Fragebögen. Als online Plattform wurde „SoSciSurvey“ (<https://www.sosicisurvey.de/>) gewählt. Es handelt sich dabei um ein in Deutschland ansässiges Unternehmen – mit Servern in Deutschland – das konform zur DSGVO und dem BDSG die Daten verarbeitet und im Rahmen von nicht-kommerziellen Zwecken die Nutzung kostenfrei gestattet. Personenbezogene Daten wurden nicht erhoben. Die Datenauswertung erfolgte mit Microsoft Excel.

Ergebnisse und Diskussion

Zur Vollständigkeit wird im Folgenden zunächst die Stichprobe durch einige Eckdaten charakterisiert und anschließend werden die Befunde zu den drei zentralen Dimensionen (1) IPZ vor und nach dem Studium, (2) Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen sowie (3) Erschwernisse in der interprofessionellen Zusammenarbeit vorgelegt und hinsichtlich ihrer Bedeutung diskutiert.

Stichprobencharakteristika

Im Rahmen des vierten Themenblocks wurden einige – im Kontext dieser Untersuchung relevanten – demografische Angaben erhoben. Unter den Interviewpartner/-innen waren am häufigsten Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen vertreten ($n = 12$), gefolgt von Logopäde/-innen ($n = 5$) und Physiotherapeut/-innen ($n = 5$). Die meisten Fachkräfte verfügten über mehrjährige Berufserfahrung im interprofessionellen Kontext, so hatten zwei Drittel der Interviewpartner/-innen 15 Jahre und mehr im interprofessionellen Kontext gearbeitet (66,7%). Die meisten Interviewpartner/-innen arbeiteten im stationären Bereich ($n = 14$). Die Übrigen waren ambulant respektive in beiden Bereichen tätig. Zudem arbeiteten bis auf zwei Interviewpartner/-innen der Rest in Teams mit fünf bzw. in großen Teams mit über zehn Kolleg/-innen zusammen. Im angestellten Verhältnis befanden sich 24 der 26 Interviewpartner/-innen – davon neun in einer Leitungsfunktion.

IPZ vor und nach dem Studium

Unter Betrachtung der arithmetischen Mittelwerte veränderte sich die Häufigkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit nach Einschätzung der Interviewpartner/-innen von 2,31 (vor dem Studium) zu 2,38 (aktuell). Beide Mittelwerte stehen vor dem Hintergrund der Likert-Skala für „häufig“.

| Häufigkeit von IPZ | | |
|--------------------|-----------------|-------------|
| Zeitpunkt | Vor dem Studium | 6. Semester |
| \bar{x} | 2,38 | 2,31 |
| $\Delta\bar{x}$ | 0,07 | |
| Steigerung der IPZ | 3,20% | |
| Minimum | 1 | 1 |
| Maximum | 4 | 4 |
| Nicht beurteilt | 0 | 0 |

Variablen: 1 = ständig, 2 = häufig, 3 = manchmal, 4 = selten, 5 = nie, -1 = kann ich nicht beurteilen.

Tabelle 2: Entwicklung der Häufigkeit von IPZ (vor dem Studium und im sechsten Semester)

Ähnlich unverändert wurde die Zufriedenheit mit der IPZ eingeordnet. Hier betrug der Mittelwert bezogen auf die zwei Zeitpunkte jeweils 3,0 und entspricht so einem „teils/teils“.

| Zufriedenheit mit IPZ | | |
|-----------------------|-----------------|-------------|
| Zeitpunkt | Vor dem Studium | 6. Semester |
| \bar{x} | 3 | 3 |
| $\Delta\bar{x}$ | 0 | |
| Steigerung der IPZ | 0,00% | |
| Minimum | 1 | 1 |
| Maximum | 4 | 5 |
| Nicht beurteilt | 0 | 1 |

Variablen: 1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = teils/teils, 4 = zufrieden, 5 = sehr zufrieden, -1 = kann ich nicht beurteilen.

Tabelle 3: Entwicklung der Zufriedenheit mit IPZ (vor dem Studium und im sechsten Semester)

Der Theorie-Praxis-Transfer betrug im Mittelwert 2,5 und bewegt sich auf der Likert-Skala zwischen „trifft teilweise zu“ und „trifft ziemlich zu“. Die IPZ ist demnach im geringen Maße häufiger geworden und die Zufriedenheit wurde gleichbleibend eingeordnet. Der Theorie-Praxis-Transfer wird im eher positiven Mittelfeld verortet.

Auf Grundlage der hier vorgestellten Ergebnisse kann nicht verifiziert werden, dass die Absolvent/-innen des Bachelorstudiengangs IGo durch den Erwerb von IPK ihre IPZ im beruflichen Kontext implementieren bzw. optimieren konnten. Die Ergebnisse der Untersuchung von IPZ im beruflichen Kontext (Mittelwert des Anstiegs der IPZ: 3,2%, Zufriedenheit mit IPZ gleichbleibend), stehen so im Kontrast zu den Eigenbewertungen des Theorie-Praxis-Transfers, der im Mittel als gelungen bewertet wurde. Dies widerspricht der Annahme, die besagt, dass ein Kompetenzzuwachs automatisch eine Verbesserung der IPZ nach sich zieht.

Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen

Die interprofessionelle Kompetenz änderte sich im Mittelwert von 2,0 (vor dem Studium) zu 2,9 (aktuell). Das entspricht einer Steigerung von über 30 Prozent. Die Kompetenz „Rollen und Verantwortlichkeiten“ verbesserte sich im Mittelwert ebenfalls deutlich um 0,7 Punkte (27,9%) von 2,0 (vor Beginn des Studiums) zu 2,7 (aktuell). Gerundet ergeben diese Werte eine Bewertung der Kompetenzentwicklung von „teils/teils“ zu „ausgeprägt“. (Siehe Tabelle 4)

Bei der Kompetenz „Konfliktmanagement“ liegt auch eine Steigerung um 21,5% vor (0,7 Punkte) von 3,3 (vor Beginn des Studiums) zu 4,0 (aktuell). Die Studierenden bewerten vor dem Studium diese Kompetenz mit „teils/teils“ und im sechsten Semester als „ausgeprägt“ vorhanden. Die Kompetenz „Funktionieren als Team“ verbesserte sich im Mittelwert um 0,5 Punkte (13,6%) von 3,8 (vor Beginn des Studiums) zu 4,3 (aktuell). Sie wird demnach zu beiden Zeitpunkten als „ausgeprägt“ gewertet. (Siehe Tabelle 5)

Es zeigt sich, dass die Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen im Laufe des Studiums deutlich gesteigert wurden (im Durchschnitt mit 23%. Am stärksten konnte die IPZ „interprofessionelle Kommunikation“ (30,3%) ausgebaut werden, gefolgt von „Rollen und Verantwortlichkeiten“ (27,9%) und „Konfliktmanagement“ (21,4%). Am wenigsten Kompetenzzuwachs wurde in der Kategorie „Funktionieren als Team“ festgestellt (13,6%). Die Befunde können entsprechend als Hinweis für eine Kompetenzförderung durch den IGo-Studiengang gewertet werden. Die Ergebnisse stehen zudem im Einklang mit den Befunden einer Evaluation zur Funktionalität des Studienganges, in dem die modular aufeinander aufbauenden Studienbereiche als

kompetenzfördernd bewertet wurden (ASH Berlin, 2020).

Für eine Untersuchung der berichteten Mittelwerte hinsichtlich statistischer Signifikanz mittels nicht-parametrischer Testverfahren (z. B. dem Mann-Whitney-U oder dem Median-Test) sind die Voraussetzungen von zwei unabhängigen Stichproben nicht erfüllt: Die Interviewpartner/-innen sollen im Rahmen der Erhebung gleichzeitig retrospektiv eine Einschätzung zur Situation vor dem Studium sowie zum aktuellen Zeitpunkt abgeben.

Erschwernisse in der interprofessionellen Zusammenarbeit

Fast allen Studierenden (92,3%) begegnen auf verschiedenen Ebenen Erschwernisse bei Implementierung oder Ausbau von IPZ im beruflichen Alltag. Am häufigsten werden „unzureichende Kenntnisse über das Fachwissen der Kooperationspartner“ als Erschwernis angegeben (57,7%). Darauf folgen „mangelnde Motivation der Beteiligten zur Kooperation“ und „unterschiedlicher Professionalisierungsgrad“ (je 46,2%). (Siehe Tabelle 6)

Ein für den einzelnen gelungenes kompetenzvermittelndes Studium ist – den Ergebnissen der Untersuchung folgend – kein Garant für eine gelungene IPZ in der Praxis. Die IGo-Absolvent/-innen benötigt die Möglichkeit, Wissen und Fähigkeiten in den Strukturen der beruflichen Praxis anwenden zu können. Fast allen Befragten (92,3%) begegnen allerdings auf verschiedenen Ebenen Erschwernisse bei der Implementierung der IPZ im beruflichen Alltag. Diese vielfältigen Erschwernisse können als Erklärungsansatz für die Diskrepanz zwischen positivem Kompetenzzuwachs und geringer Verbesserung der IPZ im beruflichen Kontext dienen.

| Interprofessionelle Kompetenz | Interprofessionelle Kommunikation | | Rollen und Verantwortlichkeiten | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|
| | Vor dem Studium | 6. Semester | Vor dem Studium | 6. Semester |
| Zeitpunkt | | | | |
| \bar{x} | 2,9 | 2 | 2,7 | 2 |
| $\Delta\bar{x}$ | 0,9 | | 0,7 | |
| Kompetenzsteigerung | 30,30% | | 27,90% | |
| Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum | 4 | 3 | 5 | 3 |
| Nicht beurteilt | 0 | 0 | 0 | 0 |

Variablen: 1 = sehr ausgeprägt, 2 = ausgeprägt, 3 = teils/ teils, 4 = wenig ausgeprägt, 5 = nicht vorhanden, -1 = kann ich nicht beurteilen.

Tabelle 4: Entwicklung der IPK interprofessionelle Kommunikation und Rollen und Verantwortlichkeiten (vor dem Studium und im sechsten Semester)

| Interprofessionelle Kompetenz | Funktionieren als Team | | Konfliktmanagement | |
|-------------------------------|------------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | Vor dem Studium | 6. Semester | Vor dem Studium | 6. Semester |
| Zeitpunkt | | | | |
| \bar{x} | 3,8 | 4,3 | 3,2 | 3,7 |
| $\Delta\bar{x}$ | -0,5 | | -0,4 | |
| Kompetenzsteigerung | 13,60% | | 21,50% | |
| Minimum | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Maximum | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Nicht beurteilt | 2 | 3 | 2 | 2 |

Variablen: 1 = nicht vorhanden, 2 = wenig ausgeprägt, 3 = teils/teils, 4 = ausgeprägt, 5 = sehr ausgeprägt, -1 = kann ich nicht beurteilen.

Tabelle 5: Entwicklung der IPK Funktionieren als Team und Konfliktmanagement (vor dem Studium und im sechsten Semester)

| Antwortmöglichkeiten | Anzahl der Nennungen | in Prozent |
|---|----------------------|------------|
| unzureichende Kenntnisse über das Fachwissen der Kooperationspartner | 15 | 57,7 |
| mangelnde Motivation der Beteiligten zur Kooperation | 12 | 46,2 |
| unterschiedlicher Professionalisierungsgrad | 12 | 46,2 |
| Institution trägt den Gedanken nicht mit | 11 | 42,3 |
| keine Verknüpfung zw. Pflegeprozess u. Behandlungsplänen anderer Professionen | 10 | 38,5 |
| Kompetenzschwankungen innerhalb der beteiligten Professionen | 10 | 38,5 |
| keine Vergütung des Mehraufwands der interprofessionellen Zusammenarbeit | 9 | 34,6 |
| Prestige- und Statusunterschiede oder andere positionale Ungleichheiten | 9 | 34,6 |
| unterschiedliche berufliche Sozialisation | 8 | 30,8 |
| strukturelle Begebenheiten | 7 | 26,9 |
| keine Erschwernisse | 2 | 7,7 |
| andere Erschwernisse | 1 | 3,8 |

Tabelle 6: Erschwernisse bei der Implementierung oder dem Ausbau interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis

Die Befunde können zwei Ebenen zugeordnet werden: 1) „**Erschwernisse auf der bildungspolitischen Ebene**“. Viele angegebene Erschwernisse lassen den Rückschluss zu, dass, wenn interprofessionelles Fachwissen und interprofessionelle Haltung unter den im Gesundheitswesen Tätigen weiterverbreitet wären, die Zusammenarbeit besser gelingen könnte. Am häufigsten werden „unzureichende Kenntnisse über das Fachwissen der Kooperationspartner“ als Erschwernis angegeben (57,7%), gefolgt von „mangelnder Motivation der Beteiligten zur Kooperation“ und „unterschiedlicher Professionalisierungsgrad“ (je 46,2%). Prozentual absteigend genannt wurden „Kompetenzschwankungen innerhalb der beteiligten Professionen“ (38,5%), „unterschiedliche berufliche Sozialisation“ (30,8%), „Institution trägt den Gedanken nicht mit“ (42,3%) und „andere Erschwernisse“ (jeweils 3,8%). Als Ausführung zu letzterem wurde beispielsweise „kein Wissen über IPZ bei anderen Professionen, keine gemeinsame Ausbildung“ genannt. Allen beschriebenen Erschwernissen kann entgegengewirkt – und somit potenziell die IPZ verbessert – werden, wenn ein möglichst flächendeckendes interprofessionelles Wissen und eine interprofessionelle Haltung existieren bzw. entwickelt werden. Als Strategie dafür böte sich an, den im Gesundheitswesen Tätigen in ihrer grundständigen Ausbildung oder in ihrem grundständigen Studium IPK und interprofessionelles Fachwissen zu vermitteln, damit sie auf die Veränderungen im Gesundheitswesen vorbereitet sind und IPK in der Patient/-innenversorgung nutzen können. Ebenso könnten entsprechende weiterführende Studiengänge oder Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen werden. Dafür wäre eine Umstrukturierung bestehender Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Studiencurricula und eine flexible Anpassung dieser an neue Entwicklungen ebenso notwendig, wie die Einbeziehung neuer, insbesondere digitaler und interprofessioneller, Lernmöglichkeiten.

Eine weitere Ebene kann als 2) „**Erschwernisse auf der gesundheitspolitischen Ebene**“ beschrieben werden. So wurden Erschwernisse auf organisatorischer, struktureller, gesundheitspolitischer Ebene verortet. Genannt wurde „keine Verknüpfung zwischen Pflegeprozess und Behandlungsplänen anderer Professionen“ (38,5%), „keine Vergütung des Mehraufwands der interprofessionellen Zusammenarbeit“

(34,6%), „Prestige- und Statusunterschiede oder andere positionale Ungleichheiten“ (34,6%), „strukturelle Gegebenheiten“ (26,9%). Zudem wurde z. B.: „[...] keine gemeinsamen Besprechungen, fehlende Räumlichkeiten[,] starre Hierarchien, keine gemeinsame Dokumentationsplattform“ angesprochen. Hier können gesundheitspolitische und betriebsorganisatorische Maßnahmen, wie beispielsweise die Ermöglichung und Vergütung interprofessioneller Maßnahmen im ambulanten Bereich, die Einführung von interprofessionellen Dokumentationsplattformen oder der digitalen Gesundheitsakte, sowie Förderung und Entwicklung neuer Versorgungsformen greifen.

Aus den Ergebnissen der Untersuchung lässt sich ableiten, dass Bemühungen zur Verbesserung der IPZ bei gleichzeitiger Verbesserung persönlicher interprofessioneller Kompetenzen wenig Einfluss auf die berufliche Praxis haben, da die Umgebung weder auf Mikro- (personenbezogenen), noch auf Meso- (Institutions-, Organisation) oder Makroebene (Gesundheitssystem, Politik) genügend auf IPZ vorbereitet ist und sich scheinbar erst noch etablieren müssen. Faktoren wie beispielsweise verhärtete Strukturen können die Implementierung erschweren und teilweise sogar verhindern.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Untersuchung belegen, dass Lernen aus den Gesundheitsberufen nicht allein für eine Verbesserung der IPZ in der Praxis verantwortlich sind oder sein können. Vielmehr müssen die Umgebungsfaktoren auf allen Ebenen, besonders aber der Makroebene, durch gesundheitspolitische Anpassungen verbessert werden, wenn die Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit gelingen soll. Veränderungen auf dieser Ebene geschehen langfristig und befinden sich derzeit, die IPZ betreffend, im Anfangsstadium. Gleichzeitig ist zur Implementierung der IPZ eine gute Aus- und Weiterbildung der HCP nötig. Wie einleitend beschrieben, bereitet die Ausbildung der Gesundheitsberufe derzeit jedoch „nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor“ (Deutscher Bundestag, 2007, S. 17). Daher wäre es falsch, auf Grundlage dieser Ergebnisse im Hinblick auf die fehlende Verbesserung der IPZ im beruflichen Kontext an-

zunehmen, dass Maßnahmen wie der Pilotstudiengang IGo der ASH Berlin keine Wirkung zeigen. Im Gegenteil nimmt dieser Studiengang in Deutschland (zusammen mit einigen wenigen anderen) eine Vorreiterrolle ein und leistet einen wichtigen Beitrag, damit Deutschland hinsichtlich IPE (interprofessional education) und IPZ internationales Niveau erreichen kann. Darüber hinaus müssen aber zwangsläufig flankierende Anpassungen und Verbesserungen im bildungs- und gesundheitspolitischen System vorgenommen werden. Absolvent/-innen interprofessioneller Studiengänge können, befähigt durch diese, im Berufsalltag vor allem auf der Meso- und Mikroebene Entwicklungen zu mehr und besserer Zusammenarbeit anstoßen, oder sich auf der Makroebene für bessere IPZ einsetzen. Auf Grund der allgemeinen Bedingungen im Gesundheitswesen bedeutet dies vielerorts Pionierarbeit. Der Aufbau weiterer interprofessioneller Studiengänge, auch primär ausbildender Grundstudiengänge, erscheint in diesem Kontext sinnvoll. Der grundsätzliche Konsens über – und die Aufmerksamkeit für die Notwendigkeit von – IPZ kann genutzt werden, um sich für eine bessere Implementierung von IPZ und somit eine bessere Patient/-innenversorgung einzusetzen. Als exemplarische Studie zeigt diese Arbeit in erster Tendenz, dass der Erwerb von IPK nicht mit verbesserter IPZ gleichzusetzen ist. Um eine generalisierbare Evidenz für diese Tendenz zu erreichen, sind weitere Studien notwendig.

Limitationen

Die Befunde sind nicht repräsentativ für die Population der in interprofessionellen Studiengängen ausgebildeten HCPs. Die Befragten sind lediglich repräsentativ für die Kohorte, also die Studierenden des Pilotstudiengangs IGo der ASH Berlin. Zusätzlich hat durch die geringe Größe der Stichprobe (n = 26) die Meinung einzelner Befragter überproportional großen Einfluss auf die jeweiligen Ergebnisse.

Zu beachten ist weiterhin, dass die Ergebnisse dieser Umfrage auf den subjektiven Einschätzungen der Studierenden beruhen. Zusätzlich haben seit März 2020 durch die globale SARS-CoV-19-Pandemie keine der im Studiengang geplanten Präsenzwochenenden stattgefunden. Diese wurden stattdessen im Onlineformat durchgeführt, was die Umfrageergebnisse beeinflusst haben könnte. Außerdem kann die IPZ im beruflichen Kontext durch die Coronasituation beeinflusst worden sein, was wiederum Einfluss auf die Repräsentativität der Bewertung der Zusammenarbeit hätte.

Ethische Prüfung

Die Proband/-innen wurden darüber informiert, dass die Daten anonym und vertraulich sowie gemäß den einschlägigen Datenschutzrichtlinien und -gesetzen erhoben und verarbeitet werden. Im Vorfeld wurde die „Forschungsethik-Checkliste für Erstgutachter_innen“ für die Studie ausgefüllt, anhand derer die forschungsethischen Kriterien für diese Studie basierend auf dem entsprechenden Richtlinienpapier der ASH Ethikkommission vom Oktober 2018 als zufriedenstellend eingestuft werden konnten.

Interessenkonflikte

Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Literaturangaben

- Alscher, D., Bals, T., Büscher, A., Dielmann, G., Görres, S., Höppner, H., Hopfeld, M., Igl, G., Kuhlmeier, A., Matzke, U., & Satrapa-Schill, A. (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven—Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung* (Robert Bosch Stiftung, Hrsg.). Abgerufen von <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitsberufe-neu-denken-gesundheitsberufe-neu-regeln> am 30.06.2023.
- Amelung, V. E., Eble, S., Sjuts, R., Ballast, T., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R., & Ex, P. (2020). *Die Zukunft der Arbeit: Im Gesundheitswesen* (1. Edition). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Antoni, C. H. (2010). *Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität Im Gesundheitswesen*, 104(1), 18–24.
- ASH Berlin. (2020). *Projektbericht Projekt Health Care Professionals Abschlussbericht 2. Förderphase*.
- ASH Berlin. (o. J. a). *ASH Berlin erweitert Studienangebot um Bachelorstudiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung*. Abgerufen von <https://idw-online.de/de/news696241> am 30.06.2023.
- ASH Berlin. (o. J. b). *Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – Online: Profil ASH Berlin*. Abgerufen von <https://www.ash-berlin.eu/studium/studiengaenge/bachelor-interprofessionelle-gesundheitsversorgung-online/profil/> am 30.06.2023.
- ASH Berlin. (o. J. c). *Bachelor Physiotherapie/Ergotherapie: Profil | ASH Berlin*. Abgerufen von <https://www.ash-berlin.eu/studium/studiengaenge/bachelor-physiotherapie-ergotherapie-bsc-primaerqualifizierung/profil/> am 30.06.2023.
- Barr, H. (2002). *CAIPE (2002) Interprofessional Education- Today, Yesterday and Tomorrow*. Abgerufen von <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h> am 30.06.2023.
- Barr, H., Ford, J., Gray, R., Helme, M., Hutchings, M., Low, H., Machin, A., & Reeves, S. (2017). *CAIPE (2017) Interprofessional Education Guidelines*. Abgerufen von <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s> am 30.06.2023.
- Bas, H. (2018). *Multimorbidität ist grösster Kostentreiber*. *Ars Medici*, 2018(09), 356–357.
- Beck, E.-M., Hollweg, W., Schulenburg, K., & Borde, T. (2017). *Interprofessionelles Arbeiten in den Gesundheitsberufen – Eine zukünftige Herausforderung*. Abgerufen von https://www.berufsbildung.nrw.de/cms/upload/hochschultage-bk/2017beitraege/FT_10_Interprofessionelles_Arbeiten_Beck_et_al.pdf am 30.06.2023.
- Bender, W., Breitschwerdt, L., Scheffel, M., Loeffl, J., & Krahl, J. (2016). *Walter Bender, Lisa Breitschwerdt, Markus Scheffel, Grenzgänge. Interdisziplinäre Kompetenzen fördern und evaluieren. Wissenschaftliche Begleitstudie zum Projekt „Der Coburger Weg“ (2011–2016) der Hochschule Coburg (= Zwischen den Welten, Bd. 10, hrsg. V. Jürgen Krahl u. Josef Löffl)*, Göttingen 2016.
- Blümke, C., Hollweg, W., Beck, D. E.-M., Kraus, E., & Borde, T. (2018). *Interprofessionelle Zusammenarbeit – was die Praxis dafür braucht*. 70(8), 97–100.

- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). A national interprofessional competency.
- College of Health Disciplines, & Interprofessional Network of BC (Hrsg.). (2008). The British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration.
- Curtin University. (2011). Interprofessional Capability Framework.
- Deutscher Bundestag. (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. *psychoneuro*, 34(3), 157–159.
DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2008-1076625>.
- Druskat, Jana (2021a). Führt ein interprofessionelles Studium zur Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit? Eine Pilotstudie (Bachelorarbeit, Alice Salomon Hochschule Berlin). AliceOpen. Abgerufen von <https://opus4.kobv.de/opus4-ash/frontdoor/index/index/docId/518> am 30.06.2023.
- Druskat, Jana. (2021b). Survey results - Implementation of interprofessional collaboration (Version 1) [Data set]. Zenodo.
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5651815>.
- Ewers, M. (2012). Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. *Public Health Forum*, 3–7.
- Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I., & Barr, H. (2005). Effective Interprofessional Education – Development, Delivery and Evaluation. John Wiley & Sons, Ltd.
DOI: <https://doi.org/10.1002/9780470776438>.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735–751.
DOI: <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>.
- Hartinger, M., & Schubert, A. (2019). Reflexion interprofessioneller Kompetenzen. 1/2019(33), 10–15.
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 Update. 22.
- Lapkin, S., Levett-Jones, T., & Gilligan, C. (2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today*, 33(2), 90–102.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.006>.
- Lutfiyya, M. N., Brandt, B. F., & Cerra, F. (2016). Reflections From the Intersection of Health Professions Education and Clinical Practice: The State of the Science of Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(6), 766–771.
DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001139>.
- Nisbet, G., Lee, A., Kumar, K., Thistlethwaite, J., & Dunston, R. (2011). Interprofessional Health Education May 2011 Overview of international and Australian developments in interprofessional health education (IPE) A Literature Review. Abgerufen von https://www.academia.edu/27659468/Interprofessional_Health_Education_A_Literature_Review_Overview_of_International_and_Australian_Developments_in_Interprofessional_Health_Education_IPE_am_30.06.2023.
- Nock, L. (2020). Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland – Entwicklung und Perspektiven (Robert Bosch Stiftung, Hrsg.). Abgerufen von <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/interprofessionelles-lehren-und-lernen-deutschland-entwicklung-und-perspektiven> am 30.06.2023.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656–668.
DOI: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2018). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3).
- Rogers, G. D., Thistlethwaite, J. E., Anderson, E. S., Abrandt Dahlgren, M., Grymonpre, R. E., Moran, M., & Samarasekera, D. D. (2017). International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. *Medical Teacher*, 39(4), 347–359.
DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1270441>.
- Sachverständigenrat. (2018). Kurzfassung des Gutachtens 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.
- Schmitz, C., Berchtold, P., Cichon, I., Klapper, B., & Amelung, V. E. (2021). Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland.
- Schroeder, G. (2010). Professionalisierung durch interprofessionelle Bildung?! Careum. Referat am SBK Kongress, Luzern.
- Sottas, B. (2016). “ Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In S. Müller-Mielitz, B. Sottas, & A. Schachtrupp, Innovationen in der Gesundheitswirtschaft (S. 10). Bibliomed Verlag.
- Sottas, B., & Kissmann, S. (2015). Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). 26.
- Sottas, B., Kissmann, S., & Brügger, S. (2016). Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele.
- Universität Heidelberg. (o. J.). Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – Universität Heidelberg. Abgerufen von <https://www.uni-heidelberg.de/de/studium/alle-studienfaecher/interprofessionelle-gesundheitsversorgung> am 30.06.2023.
- Walsh, C. L., Gordon, M. F., Marshall, M., Wilson, F., & Hunt, T. (2004). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*, 5(4), 230–237.
- World Health Organization. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (S. 64).
- World Health Organization. (2013). Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. World Health Organization.