

Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program "Operation Team"

Abstract

Aim: Interprofessional teaching and learning is gaining significance in the health professions. At the same time, the development and implementation of such educational courses is demanding. Focusing on factors critical to success, the aim of this paper is to evaluate the experience gathered by eight grant projects in which interprofessional courses were designed. Emphasis is placed on the level of cooperation between the participating educational institutions, course content, the operative implementation of the course units and their permanent integration into curricula.

Method: Data was collected in semi-structured, guideline-based interviews with project leaders and team members (n=43). University and vocational students who had attended the evaluated courses were also included in the survey (n=7) as a means to triangulate data. Analysis was carried out based on qualitative content analysis.

Results: A participatory, dialogue-centered model of cooperation appears to be most suited for developing and implementing courses. Belonging to the factors critical to success are the time when courses are offered, the conditions for attendance, the different teaching and learning cultures of the professions involved, preparation and deployment of instructors, and the role played by project coordination. Permanently integrating interprofessional units into medical curricula revealed itself to be difficult.

Conclusion: While the development and realization of interprofessional courses can be achieved easily enough in projects, curricular integration of the new course units is challenging. In respect to the latter, not only a large amount of staffing resources and time are required, but also the creation of the necessary system-level structures, not just within the educational institutions (organizational development) but also in the frameworks governing the professions.

Keywords: interprofessional learning, interprofessional teaching, health care professions

Lukas Nock¹

1. Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
(iso), Saarbrücken, Germany

1. Introduction

The Robert Bosch Foundation is currently funding eight projects involved in developing interprofessional education in the German cities of Berlin (n=2), Bochum, Greifswald, Jena, Lübeck, Mannheim and Munich. The professional socialization of future occupational therapists, midwives, speech therapists, medical doctors, nurses, and physical therapists is being addressed in a targeted manner through the joint development of interprofessional courses at universities and vocational schools. Doing this enables future health care professionals to experience collaboration in a multiprofessional team early on and to acquire the necessary skills and competencies. The project results also serve to anchor interprofession-

alism in the standard curricula to sustainably establish the topic in each educational system.

The focus on interprofessionalism zooms in on the problem that interprofessional collaboration has not sufficiently evolved in the German health care system [1], [2], [3], [<https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/aktivitaeten/ausschuesse/interprofessionelle-ausbildung.html> accessed on 5 August 2015]. Considering the institutional, structural and legal constitution of the health care system, interlinking the health professions appears very challenging. First of all, there are not only historically based asymmetries between the professions, but also legal ones [4]. This is why physicians have such extensive authority to give orders and delegate tasks in relation to those in the other health professions. At the same time, the division of labor and the hierarchy – particularly in

the hospital setting – is dominated by genuine organizing principles for medicine, something that is reflected in the “paramedical” concept of nursing, midwifery, speech therapy, physical and occupational therapy. The tendency to center responsibility on the physician and the predominance of medical culture [4] that are formalized by all this makes multiprofessional dialogue on equal footing difficult to attain. If structurally induced time pressure and a tendency to keep patients in the hospital for ever shorter periods of time increase the communication difficulties between the individual professions in day-to-day hospital operations [5], tendencies to delegate tasks as a means to optimize subsystems [6] encourages the segmentation of the health professions even further. However, changes can be seen as a result of the professionalization of the occupations (and the associated processes of distinction [7]) that complicate interactive relationships among the professions. Although the academization and professionalization of the health professions may inevitably contribute to improvements in qualifications and to expanding the scope of responsibility and expertise for each profession, targeted and solution-oriented collaboration and communication between the professions is overshadowed by separate agendas, including the promotion of professional self-interests, exclusive claims to particular skills and assertion of superiority on the part of certain professions, and the insistence on having authority [8], [9].

The eight model projects, to which the evaluation results refer, all differ in their focus, organization of the interprofessional courses, constellation of the target group, and project architecture. What they do share is a basic understanding of interprofessional learning as a process in which “two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care” [<http://caipe.org.uk/about-us/the-definition-and-principles-of-interprofessional-education/> accessed on 5 August 2015].

In the international literature there are numerous references to the effectiveness of interprofessional learning [10], [11], [12], on the challenges and trends seen in the implementation of interprofessional teaching formats and on the various forms of implementation with regard to their advantages, disadvantages, and conditions for implementation [13], [14], [15]. It has been determined that the success of interprofessional teaching is not limited to the educational material imparted or the teaching strategy employed [16]. Just as crucial are the organizational and institutional factors [17]. In the case of the projects evaluated here it is also true that the development and implementation of the interprofessional courses took place in cooperation between independent educational institutions, meaning in an inter-institutional context. In keeping with this, our evaluation focuses on the levels of cooperation between the stakeholders involved in developing and implementing the interprofessional courses, the design of course content, its operative implementation and long-term integration into curricula. The evaluation attempts to identify factors that are critical to

successful implementation of interprofessional teaching formats.

2. Methods

The methodological approach followed a mixed method design combining qualitative and quantitative methods of social research. The empirical approach first called for document analysis in which all available texts (primarily grant applications and concept papers) were assessed in terms of structure and content for each project. In a second step between February and March, 2015, guideline-based expert interviews (n=43) were conducted with project leaders and team members [18], [19]. The aim was to explore the specific insights of the most important stakeholders (project management/project execution; instructors; evaluators) on a project’s inception context, cooperative network, process, organization and content of the course units, along with their estimations of the success and strategies for transfer. A main focus of the expert survey was on the process of project realization, meaning how and with which means the particular project goals (learning outcomes, intention to transfer, etc.) were pursued according to the experts, and which factors turned out to be necessary or limiting in terms of success. These aims formed the main focus of the interview. In parallel to interviewing the experts, semi-structured interviews (n=7) were held with students of medicine, nursing, and therapy who had already taken the interprofessional courses. The primary objective here was to become familiar with the particular course from the perspective of the student, to reconstruct the subjective benefits experienced by individual students [20], [21], and to triangulate the expert view [22]. All interviews were digitally recorded, summarized in full and partially transcribed. Data analysis was carried out based on qualitative content analysis [23]. The analytical rubric was based on both the structure of the interview guidelines (meaning the focal points outlined above) and the dominant interpretations and main topics articulated by those surveyed during the interviews [24], [25]. The results of the qualitative data were compiled into single case studies and also into a comprehensive overview allowing discussion of connections and related contexts, recurring process patterns and influential factors. A final empirical step was begun at the end of 2015 in the form of a standardized student survey of those who had participated in the projects. The collection of this quantitative data was not yet complete at the time this paper was submitted for publication.

3. Discussion of the results

The most significant evaluative findings are presented and discussed in the following section. These refer to the organization of the cooperation between the affected educational institutions (3.1), content design (3.2), per-

manent curricular integration (3.3), and the conducive and restricting factors concerning implementation of the interprofessional courses.

3.1. Organization of project cooperation

The development and implementation of interprofessional courses does not simply mean bringing together students of different professions, but rather bringing together, in equal measure, the ideas and approaches of the various people and institutions involved in a project. In terms of the latter, this entails the people and members of a specific profession who are also employees of a particular institution (e.g. a nursing school, medical school, institute for occupational and physical therapy, etc.); as such, these people usually come to the project with two distinct agendas as experts in their fields with their interpersonal skills and as representatives of larger bodies with limited resources, institutional restrictions and overriding interests. Independent of organizational membership is the professional membership of those involved with their specific occupational perspectives, methods of working and interacting which are of importance when confronting challenges such as the ones posed by the projects under evaluation here.

The implied potential for conflict and any requisite need for mediation at the cooperative level were perceived very differently by the project groups. In the following, two typical forms of ideal cooperation emerged to varying degrees in the projects and are compared here:

- **Participatory discursive partnership:** In six of eight cases there was equal cooperation between the participating institutions in which participation by all represented professions/institutions was observed as a guiding principle for all tasks and decision-making. All project phases (conceptual development, grant application, content design/implementation/holding courses and seminars) were accompanied by negotiations between the affected stakeholders. If key persons could be identified in this mode of cooperation, it did not result in predefinition or assignment of roles and functions to the other partners. Rather, the delegation of tasks and the assumption or assignment of responsibility was discursively coordinated within the context of the particular spheres of authority, resources and restrictions. Coordination points were mutually agreed on or jointly delegated.
- **Instrumental partnership:** The starting point in this case is a situation in which the form and content of the project was already defined to a large extent by a main stakeholder prior to the cooperative phase. The instrumental character of this form of cooperation basically lies in the fact that the main stakeholder needs a partner primarily as a means to implement his own ideas, which are not up for discussion. The instrumental nature remains in effect for assigning roles and delegating tasks and responsibilities. In the projects affected by this form of cooperation, instrumental partnerships mostly led to the main stakehold-

ers taking on the tasks relevant to development, while the other partners were primarily occupied with the logistics of recruiting participants from specific professions.

It cannot be stated here which form of cooperation is better. The evaluation showed that none of the eight projects were completely without problems; both modes have advantages and disadvantages. Ideally, cooperation based on dialogue may be for the most part coordinated and result in sustainable decisions, but it can also become a paralyzing model of consensus in the face of limited resources and a lack of pressure to act, or lead to a diffusion of responsibility. Rational decision-making and pragmatism fall under the functional aspect of efficiency as advantages of instrumental cooperation, while the extent to which joint goals can take on a generally binding character in this particular mode of cooperation remains open.

Still, it is possible to discuss several critical aspects that coincide with a more or less pronounced form of instrumental cooperation:

- **Difficulties in offering courses:** Cancellations due to problems with recruiting students occurred almost exclusively in the projects with instrumental cooperation. It is possible that dialogue-centered cooperation is not only better able to yield an adequate recruiting strategy, but also to acquire, in equal measure, champions and advocates at the participating organizations thereby having a greater effect and generating a higher level of loyalty in the promotion of the courses. Likewise, it can be assumed that a discursive approach is more suitable for doing justice to the diverse organizational features of the participating institutions (e.g. schedules of the academic/vocational programs, different teaching and learning cultures, etc.) in the early phase of project planning.
- **Conformance with traditional role patterns:** With the interaction of the various institutions in mind, it can be stated that the “medical dominance” of the health care system criticized in the discourse surrounding interprofessionalism was not perpetuated in many of the projects, but rather new forms of cooperation, even one on equal footing, were seen. However, there were examples, particularly in connection with more instrumental partnerships, of how a personal determination to accomplish something took a back seat to the determination of a profession to do the same and how the usual hierarchies reasserted themselves in the project’s structure. The descriptions of those surveyed do not paint a picture in which the physicians actively claimed leadership status for themselves. But rather, this was left to the medical schools, whereby the partners from non-medical professions repeatedly cited the reasons for this being the experience and ability of medical doctors to deal with third-party funding and project administration.
- **Conflicts regarding project management and distribution of resources:** Negative developments on the co-

operative level were seen in exceptional cases, starting with the participating medical schools. This mainly involved the distribution of resources and opportunities to exercise influence on project management. Such conflicts endangered not only the coming together of the project in the application phase, but also affected the cooperative relationship and made operations difficult.

3.2. Design of course content

Despite the wide variance in course content, meaning the response to precisely how interprofessional learning can be realized or interprofessionalism addressed, two general approaches can be identified; these are outlined in the following along with their implications [16].

- **Thematic intersections as vehicles for interprofessionalism:** What is meant here is the teaching of interprofessionalism using a subject of equal relevance to all the participating professional groups. Ideally, not only knowledge and decision-making skills should be acquired, but learning situations should also be created in which the students can also learn from, about and with each other. In respect to formal integration, this variant provides opportunities for linking the topics of existing curricular units (module combinations) across different study and training programs and the potential for longitudinal integration of multiple units at different points in the curricular programs. This becomes more and more difficult as the number of professions involved increases. In addition, “harmonizing” any asymmetrical knowledge among the professional groups is a challenge.
- **Interprofessionalism as an explicit teaching topic:** In this case, interprofessional collaboration itself is the main focus. To address it, completely new courses were developed, rather than combining existing modules or using common topics covered by different subjects. Naturally, expert input was important to design new courses, the core elements being team conflicts, dealing with stereotypes, becoming familiar with the responsibilities, skills and capabilities, limits and shared goals of the different health professions, communication techniques, informal interaction, etc. This implementation strategy simplified the participation of many professions. In respect to the potential for permanent inclusion or longitudinal integration, however, a sufficient number of interfaces are currently lacking in existing curricula.

Regardless of the strategy chosen, care should be taken to avoid having the content relevant to one profession dominate; an “interprofessional balance” should be reflected in the content of the courses.

3.3. Sustainable curricular integration of the courses

A general problem seen in curricular integration is that not only medical degree programs, but also those of the other health professions, cover an extensive amount of material with individual subjects building off of and recurrently referring to each other over the entire course of study. Restrictions also arise from the rules and regulations governing each institution, such as those affecting training, study, testing, accreditation criteria, and enrollment capacities. Within this context, only one of the eight projects was successful in offering a required course that was mandatory for all of the participating professions. In three additional cases attendance was completely voluntary, whereas hybrid forms were seen in the rest of the projects. Almost all of those surveyed felt integration in the form of a required course was the ideal solution, but this was considered impossible under the existing circumstances by the medical schools. The reasoning behind this rejection most often involved the statute-based enrollment capacities and the much higher numbers of medical students in comparison to the smaller cohorts in the other professions that precludes any feasible interprofessional mix in the courses. Furthermore, scheduling and coordinating suitable periods of time within the various curricula proved to be a great barrier. Ultimately, those surveyed at the medical schools saw the introduction of a required interprofessional module as involving the impossibility of making compromises or cutting other curricular content, thus potentially affecting satisfaction of the medical licensing requirements.

The experts interviewed were unable to say much about the continuation of the interprofessional courses at the time the interviews were conducted. This is due in part to the fact the projects are relatively new and the need for intensive coordination and staffing. Above all, the issue of continuation is constrained by legal restrictions (licensing requirements, rules and regulations governing studies and testing, enrollment capacities), organizational and logistical challenges (differing schedules of different educational programs; different cohort sizes), and many other system-level barriers. At the administrative level, at least, long-term inclusion of interprofessional courses appears to be less of a challenge for the participating vocational schools where, despite state-defined curricula and legislation governing vocational training, administrators have both sufficient authority and the necessary leeway to make decisions about implementing changes at their institutions. The medical schools and university teaching hospitals differ from vocational schools in that they are much larger organizations with broader and deeper hierarchies of management. As academic institutions they also have a highly differentiated system of departments, are subdivided into numerous smaller units, and have complex decision-making processes in contrast to other post-secondary educational institutions.

3.4. Conducive and restricting factors

In the overall consideration of the projects, several factors can be identified as hindering or facilitating planning, implementation and offering the courses.

- **Course attendance:** Over the course of several projects it became clear that interprofessional courses can be negatively impacted if the joint learning sessions are offered on a voluntary basis for medical students but are mandatory for nursing students. The negative influence of differing attendance rules may especially play a role if the participating groups have not been informed about the particular context for this.
- **Time point of the courses:** When interprofessional courses can best be offered during training or education cannot be answered conclusively by the data collected for this paper. However, it was clear that scheduling courses in close proximity to exams was disadvantageous in terms of recruiting participants if the interprofessional courses did not cover exam-relevant content. Scheduling courses early or late in the day can also be viewed as a hindering factor, especially if participants have long distances to travel in order to attend.
- **Different "learning cultures":** Different cultures of learning appear to play a considerable role in connection with the willingness to attend extra-curricular courses. This appears to have less to do with specific professions than with the socialization within an academic versus non-academic educational system. While vocational students find themselves in a highly defined and tightly focused educational system with alternating practical units, university students are more strongly required (and as a consequence much more used) to taking charge of their own education.
- **Teaching staff:** As direct conveyors of interprofessional learning content, instructors are the most important point of transmission between the conceptual levels of the project and its operative goals. Depending on the context, instructors were placed more in the role of moderator or more in that of classic teacher; they participated to varying degrees in designing the content of the units including involvement in the contextual inception of the project. In the expert interviews interprofessional teaching was repeatedly appraised as very demanding and the importance of extensive preparation prior to teaching was emphasized.
- **Scheduling flexibility of the institutions:** Finding suitable time slots within the curricula of the participating institutions revealed itself to be the single largest challenge for all of the projects. The degree of complexity increased in proportion to the number of professions involved. In connection with these coordination challenges, flexibility regarding scheduling is a crucial aspect for enabling organization.
- **Project coordination:** In all of the projects, coordinators fulfilled a central function connecting the operative and strategic levels and served as a contact point for

the interfaces at the participating institutions. The administrative efforts associated with joint collaboratives between institutions (especially if pilot courses are involved) require appropriate staffing.

The results of international studies confirm our findings and indicate the presence of further influential factors, primarily affecting learning outcome. Focus is on the importance of small-group work, a clearly articulated teaching strategy, an unthreatening learning environment, and enabling reflection on practical experiences [16].

4. Conclusion

Considered as a whole, these eight projects clearly demonstrate the commitment and wealth of ideas with which interprofessional learning can be realized in a diversity of teaching formats. At the same time, the evaluation showed the effort connected with interprofessional teaching in the health professions and which organizational, institutional and legal barriers make its implementation so difficult, particularly in terms of longitudinal curricular integration. As a result, it was only possible in individual cases to implement curricular courses that addressed all students of the particular participating professions with the same degree of commitment.

Without a doubt, the post-secondary vocational institutions and very specifically the university medical schools play a key role in the permanent implementation of interprofessional courses [16], [17], [26]. Appropriate staffing and other resources are necessary in order to realize these concepts as overall concepts and not just as isolated modules taught by individual instructors [26]. However, educational institutions must open up to the idea of organizational development and establish structures and positions of authority to implement interprofessionalism as a shared, long-term goal. It is precisely the great relevance given to interprofessionalism in health care policy and the discourse among experts in the health professions that make voluntary extra-curricular courses seem a very flimsy solution. In fact, it is doubtful that interprofessional learning will be given any sort of appropriate institutional expression if it is seen as being a matter of student self-regulation or the commitment of individual teachers.

Overall, sustained integration of interprofessional courses does seem to depend solely on the effort of the project leaders and coordinators, but is just as dependent on higher hierarchical levels and decision-making bodies (professional associations, scientific societies, university administration, stakeholders in health care policy) that were not involved within the scope of these grant projects. At the political level frameworks must be negotiated that not only compel educational institutions to permanently implement interprofessional courses into curricula, but also ensure the provision of the resources and authority necessary to accomplish this. Within the context of the evaluation results seen here this appears to represent the greatest need for action in medical curriculum devel-

opment, specifically granting interprofessional learning a lasting place in medical education.

Approval of the position paper of the GMA Committee on Interprofessional Education in the Health Professions [26] and the National Competency-based Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education by the Medizinischer Fakultätentag [<http://www.nklm.de>] represent positive political signals for establishing structures encouraging innovation in and development of interprofessional teaching in the health professions.

Acknowledgement

We wish to express our gratitude to all the project participants for their willingness to share their experiences in the interviews.

Competing interests

The author declares that he has no competing interests.

References

1. Alscher MD, Büscher A, Dielmann G, Hopfeld M, Höppner H, Igl G, Kuhlmei A, Matzke U, Satrapa-Schill A. Memorandum – Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2011.
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2009.
3. Salomon T, Rothgang H. Interdisziplinäre Kooperation der Gesundheitsberufe am Beispiel der Schlaganfallversorgung. Ergebnisse einer Systematischen Übersichtsarbeit. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2010.
4. Rohde JJ. Soziologie des Krankenhauses. Stuttgart: Ferdinand Enke; 1962.
5. Nock L, Hielscher V, Kirchen-Peters S. Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege. Arbeitspapier 296. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung; 2013.
6. Zwack J, Nöst S, Schweitzer J. Zeitdruck im Krankenhaus. Individuelle Lösungsstrategien provozieren oft neue Probleme. *Arzt Krankenhaus*. 2009;03:68-75.
7. Bourdieu P. Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1979.
8. Pfadenhauer M. Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. Wiesbaden: Springer; 2003.
9. Sieger M, Ertl-Schmuck R, Bögemann-Großheim E. Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. *Pflege Gesellschaft*. 2010;15(3):197-216.
10. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Koppel I, Hammick M. The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *J Interprof Care*. 2010;24(3):230-241. DOI: 10.3109/13561820903163405
11. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: Effects in professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;23(1):CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub2
12. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today*. 2013;33(2):90-102. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.11.006
13. Abu-Rish E, Kim S, Choe L, Varpio L, Malik E, White AA, Craddock K, Blondon K, Robins L, Nagasawa P, Thigpen A, Chen L, Rich J, Zierler B. Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. *J Interprof Care*. 2012;26(6):444-451. DOI: 10.3109/13561820.2012.715604
14. Carlisle C, Cooper H, Watkins. "Do none of you talk to each other?": The challenges facing the implementation of interprofessional education. *Med Teach*. 2004;26(6):545-552. DOI: 10.1080/61421590410001711616
15. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach*. 2007;29(8):735-751. DOI: 10.1080/01421590701682576
16. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:21-38. DOI: 10.1080/13561820500083550
17. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:39-48. DOI: 10.1080/13561820500081703
18. Bogner A, Littig B, Menz W. Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag; 2009.
19. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag; 2009.
20. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag; 2009.
21. Oelerich G, Schaarschuch A. Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München: Ernst Reinhardt; 2005.
22. Flick U. Triangulation. Eine Einführung (Qualitative Sozialforschung). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2004.
23. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 1993.
24. Holtgrewe U. Narratives Interview. In: Kühl S, Strodholz P (Hrsg). *Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt; 2002. S. 57-77.
25. Schütze F. Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung kommunaler Machtstrukturen. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie; 1977.
26. Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Positionspapier GMA-Ausschuss – Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen". *GMS Z Med Ausbild*. 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964

Corresponding author:

Lukas Nock
Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso),
Trillerweg 68, D-66117 Saarbrücken, Germany, Phone:
+49 (0)681/95424-42
nock@iso-institut.de

Please cite as

Nock L. *Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program "Operation Team"*. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc16.
DOI: 10.3205/zma001015, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010152

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001015.shtml>

Received: 2015-08-11

Revised: 2015-12-16

Accepted: 2016-01-28

Published: 2016-04-29

Copyright

©2016 Nock. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. Qualitative Evaluation des Förderprogramms "Operation Team" der Robert Bosch Stiftung

Zusammenfassung

Zielsetzung: Interprofessionelles Lehren und Lernen gewinnt in den Gesundheitsberufen zunehmend an Bedeutung. Zugleich gestaltet sich die Entwicklung und Implementierung entsprechender Lehrangebote als voraussetzungsreich. Ziel der diesem Artikel zugrundeliegenden Evaluation war es, die Umsetzungserfahrungen aus acht geförderten Projekten, in welchen interprofessionelle Lehrangebote entwickelt wurden, mit Blick auf erfolgskritische Faktoren zu untersuchen. Im Fokus standen dabei die Ebene der Kooperation zwischen den beteiligten Ausbildungsinstitutionen, die inhaltliche Ausgestaltung und operative Durchführung der entwickelten Lerneinheiten sowie deren curriculare Einbettung und Verstetigung.

Methodik: Die Datenerhebung erfolgte über leitfadengestützte, teilstrukturierte Interviews mit Projektverantwortlichen und -mitarbeitenden (n=43). Zur Datentriangulation wurden außerdem Auszubildende und Studierende, die an den zu evaluierenden Lehrveranstaltungen teilgenommen haben, in die Befragung miteinbezogen (n=7). Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse.

Ergebnisse: Für die Entwicklung und Durchführung der Lerneinheiten erscheint ein partizipatives, dialogorientiertes Kooperationsmodell am geeignetsten. Als erfolgskritische Faktoren sind u.a. die zeitliche Ansetzung der Lehrveranstaltungen, ihre Teilnahmebedingungen, unterschiedliche Lehr- und Lernkulturen der beteiligten Professionen, Einsatz und Vorbereitung von Lehrkräften sowie die Rolle der Projektkoordination zu nennen. Schwierig gestaltet sich vor allem die curriculare Einbettung und Verstetigung der interprofessionellen Lerneinheiten in das Medizinstudium.

Schlussfolgerung: Während sich die projektförmige Entwicklung und Durchführung interprofessioneller Lehre gut realisieren lässt, gestaltet sich die curriculare Einbettung und Verstetigung der entwickelten Lerneinheiten schwierig. Zu Letzterem bedarf es einerseits größerer personeller und zeitlicher Kapazitäten, andererseits eines Aufbaus förderlicher Strukturen, sowohl innerhalb der Ausbildungsinstitutionen (Organisationsentwicklung) als auch mit Blick auf die (beruf-)politische Rahmensezung.

Schlüsselwörter: Interprofessionelles Lernen, Interprofessionelles Lehren, Gesundheitsberufe

1. Einleitung

Zurzeit fördert die Robert Bosch Stiftung die Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen im Rahmen von acht Projekten in den Städten Berlin (n=2), Bochum, Greifswald, Jena, Lübeck, Mannheim und München. Dort wird mit der gemeinsamen Entwicklung interprofessionel-

ler Lerneinheiten an Hochschulen und nichtakademischen Ausbildungsstätten gezielt die berufliche Sozialisation angehender Fachkräfte aus der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Medizin, Pflege und Physiotherapie adressiert. Auf diesem Weg soll der Fachkräftenachwuchs frühzeitig an die Kooperation in einem multiprofessionellen Team herangeführt und mit den hierfür erforderlichen Kompetenzen ausgestattet werden. Daneben dienen die Projektergebnisse dazu, Interprofessionalität in Regelcur-

Lukas Nock¹

1. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso), Saarbrücken, Deutschland

ricula zu verankern, um das Thema nachhaltig in den jeweiligen Ausbildungssystemen zu etablieren.

Der interprofessionelle Fokus greift dabei das Problem auf, dass die berufsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen nicht ausreichend entwickelt ist [1], [2], [3], [<https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/aktivitaeten/ausschuesse/interprofessionelle-ausbildung.html> Zugriff am 05.08.15]. Angesichts der institutionellen, strukturellen und rechtlichen Verfasstheit des Gesundheitssystems gestaltet sich die interprofessionelle Verzahnung der Fachkräfte als voraussetzungsvoll. Zum einen bestehen historisch gewachsene und rechtlich verankerte Asymmetrien zwischen den Professionen [4]]. So verfügen Ärztinnen und Ärzte nicht nur über weitreichende Direktions- und Delegationsrechte gegenüber Gesundheitsfachberufen. Gleichmaßen werden die Arbeitsteilung und das hierarchische Gefüge – insbesondere im stationären Sektor – von genuin medizinischen Ordnungsprinzipien dominiert, was sich nicht zuletzt in der Konzeption von Pflege, Hebammenkunde, Logopädie, Physio- und Ergotherapie als „Heilhilfsberufe“ widerspiegelte. Die auf diese Weise formalisierte „Prädominanz medizinischer Aufgaben und Kultur“ [4] erschwerte einen multiprofessionellen Dialog auf gleicher Augenhöhe. Zum anderen verstärken ein strukturell induzierter Zeitdruck und eine tendenziell immer kürzer werdende Patientenliegezeit im Klinikalltag die Kommunikationsschwierigkeiten zwischen den einzelnen Professionen [5], fördern Tendenzen zur aufgabenbezogenen „Subsystemoptimierung“ [6] und begünstigen dadurch die berufliche Segmentierung im Gesundheitswesen zusätzlich.

Schließlich gehen aber auch von der Professionalisierung der Berufe selbst (bzw. den damit verbundenen Distinktionsprozessen [7]) Entwicklungen aus, die ein partizipatives Verhältnis zueinander verkomplizieren: Die fortschreitende Akademisierung und Professionalisierung der Gesundheitsberufe mag zwar unweigerlich zu Verbesserungen in der Qualifizierung und zur Erweiterung des Spezialwissens sowie der Handlungskompetenz der Einzelberufe beitragen. Doch die ziel- und lösungsorientierte Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Disziplinen wird im Zusammenhang mit den je eigenen Geltungsansprüchen mitunter auch von der Verfolgung beruflicher Partialinteressen, der Etablierung von Kompetenz- und Kontrollansprüchen einzelner Berufsgruppen sowie der Reklamation von Zuständigkeiten überlagert [8], [9].

Die acht Modellprojekte, auf die sich die Evaluationsergebnisse beziehen, unterscheiden sich zwar jeweils in ihrer inhaltlichen Schwerpunktsetzung, der Strukturierung der interprofessionellen Lerneinheiten, der Zielgruppenkonstellation sowie der Projektarchitektur. Gemeinsam ist ihnen jedoch ein übergeordnetes Grundverständnis von interprofessionellem Lernen als ein Prozess, „in welchem zwei oder mehr Berufe miteinander, von- und übereinander lernen, um ihre Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern“ [<http://caipe.org.uk/about-us/the-definition-and-principles-of-interprofessional-education/> Zugriff am 05.08.15] (Übers. d. Verf.).

In der internationalen Forschungsliteratur finden sich zahlreiche Bezugnahmen zur Effektivität von interprofessionellem Lernen [10], [11], [12], zu Herausforderungen und Trends bei der Umsetzung interprofessioneller Lehrformate sowie zu unterschiedlichen Umsetzungsvarianten mit Blick auf deren Vor- und Nachteile bzw. deren Umsetzungsbedingungen [13], [14], [15]. Dabei kann u.a. festgehalten werden, dass der Erfolg von interprofessioneller Lehre nicht nur eine Frage der vermittelten Lerninhalte oder der angewandten pädagogischen und didaktischen Konzepte ist [16]. Entscheidend sind in diesem Zusammenhang ebenfalls organisationale und institutionelle Faktoren [17]. Im Fall der zu evaluierenden Projekte kommt außerdem hinzu, dass die Entwicklung und Durchführung der interprofessionellen Lerneinheiten in Kooperation zwischen voneinander unabhängigen Ausbildungseinrichtungen, also in einem Institutionen übergreifenden Kontext stattgefunden haben. Vor diesem Hintergrund nimmt die Evaluation die Ebenen der Kooperation zwischen den an der Entwicklung und Durchführung beteiligten Akteuren, der inhaltlichen Ausgestaltung und operativen Durchführung sowie der curricularen Einbettung und Verstetigung der entwickelten Lerneinheiten in den Fokus. Dabei zielt die Evaluation darauf ab, erfolgskritische Faktoren für die Implementierung von interprofessionellen Lehrformaten herauszuarbeiten.

2. Methoden

Der methodische Zugang der Evaluation verlief entlang eines mixed methods designs, welches qualitative und quantitative Methoden der Sozialforschung miteinander verknüpfte. Das empirische Programm sah dabei zunächst eine Dokumentenanalyse vor, bei der sämtliche verfügbaren textlichen Bedeutungsträger (in erster Linie Förderanträge, konzeptionelle Papiere) mit Blick auf die Struktur- und Inhaltsebene der einzelnen Projekte ausgewertet wurden. In einem zweiten Schritt wurden zwischen Februar und März 2015 leitfadengestützte Experteninterviews (n=43) mit den Projektverantwortlichen und -mitarbeitenden der geförderten Lerneinheiten geführt [18], [19]. Ziel war es dabei, die spezifische Binnensicht der entscheidenden Akteure (Projektleitung/-bearbeitung; Lehrende; Evaluatoren) zum Entstehungszusammenhang der Projekte, zum Kooperationsgeflecht, zum Ablauf, Aufbau und Inhalt der Lerneinheiten, zu Erfolgseinschätzungen sowie zu Transferstrategien zu explorieren. Ein Hauptaugenmerk der Expertenbefragung lag dabei auf der Prozessebene der Projektdurchführung, d.h. wie und mit welchen Mitteln aus Sicht der Expertinnen und Experten die jeweiligen Projektziele (Lernerfolge, Transferabsichten etc.) verfolgt wurden und welche Faktoren sich für den Erfolg als förderlich bzw. restriktiv erwiesen haben. Die genannten Zielstellungen und Schwerpunkte bildeten dabei die thematischen Schwerpunkte des Interviewleitfadens. Parallel zur Expertenbefragung wurden teilstrukturierte Interviews (n=7) mit angehenden Mediziner/innen, Pflegekräften und Therapeut/innen durchge-

führt, die bereits an den Lerneinheiten teilgenommen hatten. Dabei ging es primär darum, das jeweilige Lernangebot aus Sicht der Adressaten kennen zu lernen, den subjektiven Teilnehmernutzen im Einzelfall zu rekonstruieren [20], [21] und die Expertensicht zu triangulieren [22]. Alle Interviewgespräche wurden digital aufgezeichnet, ausführlich protokolliert und teil-transkribiert. Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse [23]. Das analytische Raster bildete sich zum einen aus der Struktur der Gesprächsleitfäden (also den oben skizzierten inhaltlichen Schwerpunktsetzungen), zum anderen durch dominierende Deutungsangebote und Thematisierungslinien, die von den befragten Akteuren in den Interviews artikuliert wurden [24], [25]. Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung wurden zum einen zu Projekteinzelfallstudien verdichtet, zum anderen in einer Gesamtbetrachtung auf übergeordnete Zusammenhänge, wiederkehrende Prozessmuster und Einflussfaktoren hin diskutiert. Ein abschließender empirischer Schritt wurde im Spätjahr 2015 in Form einer standardisierten Befragung von Auszubildenden bzw. Studierenden, die an den Projekten teilgenommen haben, gestartet. Die quantitative Erhebung war zum Zeitpunkt der Artikeleinreichung noch nicht abgeschlossen.

3. Ergebnisdiskussion

Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde der Evaluation vorgestellt und diskutiert. Diese beziehen sich auf die Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ausbildungsinstitutionen (3.1), die inhaltliche Ausgestaltung (3.2), die curriculare Einbettung und Verstetigung (3.3) sowie auf förderliche und restriktive Faktoren bei der Umsetzung und Durchführung der interprofessionellen Lerneinheiten.

3.1. Ausgestaltung der Projektkooperation

Die Entwicklung und Implementation von interprofessionellen Lerneinheiten bedeutet nicht nur, Auszubildende und Studierende unterschiedlicher fachlicher Provenienz zusammenzuführen, sondern gleichermaßen die Ideen und Ansätze der verschiedenen am Projekt beteiligten Akteure miteinander in Verbindung zu bringen. Dabei sind Letztere in persona sowohl Angehörige einer bestimmten Profession als auch Repräsentanten bzw. Beschäftigte einer bestimmten Einrichtung (z.B. einer Pflegeschule, einer medizinischen Fakultät, eines Instituts für Ergo- und Physiotherapie etc.) und somit zumeist in doppelter Weise vorgeprägt: So bringen die Projektbeteiligten einerseits ihr spezifisches Vorwissen, ihre berufliche Fachexpertise und etwaigen Kompetenzen in die Zusammenarbeit mit ein, während sie andererseits mitunter an begrenzte Ressourcen, institutionelle Restriktionen und übergeordnete Interessen gebunden sind, die sich aus ihrer jeweiligen Organisationszugehörigkeit heraus ergeben. Unabhängig von der organisationalen Einbindung ist aber auch

die jeweilige Professionszugehörigkeit der Beteiligten, und damit verbundene berufseigene Sicht-, Arbeits- und Interaktionsweisen, in der Auseinandersetzung von Bedeutung.

Das sich hierin andeutende Konfliktpotential bzw. die darin gelegenen Vermittlungsanforderungen auf der Kooperationsebene wurden in den Projekten ganz unterschiedlich angenommen. Nachfolgend werden zwei idealtypische Kooperationsformen kontrastiert, die sich in einer mehr oder weniger starken Ausprägung in den geförderten Projekten herauskristallisiert haben:

- **Partizipativ-dialogische Partnerschaft:** In sechs von acht Fällen kam es zu einer gleichberechtigten Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Einrichtungen, bei der Partizipation aller vertretenen Professionen/Einrichtungen an sämtlichen Aufgaben und Entscheidungen als handlungsleitendes Prinzip durchgehalten wurde. Alle Projektphasen (Ideenentwicklung, Antragstellung, inhaltliche Ausgestaltung/Implementierung/Durchführung der Lehrveranstaltungen) waren von Aushandlungsprozessen zwischen den beteiligten Akteuren begleitet. Wenn sich in diesem Kooperationsmodus mitunter auch Haupttreiber identifizieren ließen, so kam es durch diese dennoch nicht zu einer Vordefinition und Zuweisung der Rollen und Funktionen der übrigen Partner. Vielmehr wurden Arbeitsteilung, Verantwortungsübernahme für Aufgabenschwerpunkte, Zuständigkeitsregelungen etc. vor dem Hintergrund der jeweiligen Kompetenzen, Ressourcen und Restriktionen dialogisch abgestimmt. Koordinatorenstellen wurden in wechselseitigem Einvernehmen ausgewählt und/oder paritätisch aufgeteilt.
- **Instrumentelle Partnerschaft:** Ausgangspunkt ist hier eine Situation, in der die inhaltliche und formale Konzeption des Projektes bereits im Vorfeld der Kooperation weitgehend durch einen Hauptakteur festgelegt war. Der instrumentelle Charakter dieser Form der Zusammenarbeit beruht im Wesentlichen darin, dass der Hauptakteur einen Partner primär als Mittel zum Zweck der Umsetzung seiner Ideen benötigt, welche im Kern aber nicht zur Disposition stehen. Die Zweckdienlichkeit bleibt dadurch auch für die Funktionszuweisung, Arbeitsteilung und Zuständigkeit bestimmend. In den entsprechenden Projekten führten instrumentelle Partnerschaften vor allem dazu, dass die gestaltungsorientierten Aufgaben entscheidend von den Hauptakteuren übernommen wurden, während die übrigen Partner in erster Linie für die Logistik der Teilnehmerrekrutierung bestimmter Berufsgruppen verantwortlich zeichneten.

An dieser Stelle kann nicht mit Bestimmtheit festgestellt werden, welche Kooperationsvariante die bessere ist. So hat die Evaluation gezeigt, dass keines der acht geförderten Projekte völlig

„störungsfrei“ verlief. Beide Modi bringen Vor- und Nachteile mit sich: Eine dialogische Zusammenarbeit mag idealerweise umfassend abgestimmte, tragfähige Entscheidungen und Absprachen mit sich bringen, sie

kann sich aber auch vor dem Hintergrund begrenzter Zeitressourcen und Handlungsdruck zu einem lähmenden Konsensmodell verwachsen oder zu Verantwortungsdiffusion führen. Entscheidungsrationalität und Pragmatismus stehen unter effizienzfunktionalen Gesichtspunkten als Vorteile der instrumentellen Kooperationsweise im Vordergrund, während gleichzeitig offenbleibt, inwieweit gemeinsame Ziele in dieser Konstellation eine allgemeine Verbindlichkeit entwickeln können.

Dennoch lassen sich einige kritische Aspekte diskutieren, die mit einer mehr oder weniger starken instrumentellen Ausgestaltung der Kooperation zusammenfallen:

- **Schwierigkeiten bei der Durchführung der Lehrveranstaltungen:** Zu Ausfallszenarien durch Probleme bei der Teilnehmerrekrutierung kam es fast ausschließlich in eher instrumentell ausgerichteten Kooperationszusammenhängen. Möglicherweise ist es in der dialogisch orientierten Zusammenarbeit nicht nur eher gelungen, eine adäquate Rekrutierungsstrategie zu entwickeln, sondern für diese gleichermaßen Promotoren und Fürsprecher in den jeweils beteiligten Organisationen zu gewinnen, um zur Bewerbung der Lehrveranstaltungen eine größere Breitenwirkung und Bindekraft zu erzeugen. Ebenso kann angenommen werden, dass eine dialogische Herangehensweise eher dazu geeignet ist, diverse organisationale Besonderheiten der beteiligten Einrichtungen (z.B. Zeitregime der Studien-/Ausbildungsgänge, differierende Lern- und Lehrkulturen etc.) bereits in der Projektplanung stärker zu berücksichtigen.
- **Einfügung in klassische Rollenmuster:** Mit Blick auf die institutionelle Annäherung unterschiedlicher Ausbildungssysteme kann festgehalten werden, dass sich die im Diskurs um Interprofessionalität kritisierte „medizinische Dominanz“ im Gesundheitssystem in vielen Projekten keineswegs fortsetzte, sondern sich mitunter „neue“ Formen der Zusammenarbeit und eine Kooperation auf Augenhöhe entwickelten. Dennoch fanden sich besonders im Zusammenhang eher instrumenteller Partnerschaften Beispiele dafür, wie der eigene Gestaltungswille hinter dem professionellen Geltungsanspruch zurückblieb und sich gewohnte Hierarchien somit in der Projektstruktur reproduzierten. Dabei geht aus den Schilderungen der Befragten durchaus nicht hervor, dass die beteiligten Mediziner/innen den Leitungsstatus aktiv eingefordert hätten. Vielmehr wurde er den medizinischen Fakultäten überlassen, wobei die nicht-medizinischen Partner zur Begründung auf den Erfahrungsschatz und die Kompetenzen der Ärzteschaft im Umgang mit Drittmitteln und Projektadministration rekurrierten.
- **Konflikte um Projektsteuerung und Ressourcenverteilung:** In Ausnahmefällen zeigten sich, ausgehend von den beteiligten medizinischen Fakultäten, aber auch negative Entwicklungstendenzen auf der Kooperationsebene. Dabei ging es vor allem um die Mittelverteilung und Einflussmöglichkeiten auf die Projektsteuerung. Derlei Konflikte gefährdeten nicht nur das Zustande-

kommen des Projektes in der Antragphase, sondern er setzte sich gleichsam in der Kooperationsbeziehung fest und erschwerte mitunter das operative Geschäft.

3.2. Inhaltliche Ausgestaltung der Lerneinheiten

Trotz des Variantenreichtums bei der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung der Lerneinheiten, also bei der Frage, wie genau interprofessionelles Lernen umgesetzt bzw. Interprofessionalität thematisiert wurde, lassen sich im Wesentlichen zwei idealtypische Wege unterscheiden, die im Folgenden skizziert und deren Implikationen dargestellt werden sollen [16].

- **Fachliches Schnittstellenthema als Medium für Interprofessionalität:** Gemeint ist die Vermittlung von Interprofessionalität entlang eines für alle beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen relevanten fachlichen Themas. Idealerweise sollten dabei sowohl Fachwissen und Handlungskompetenzen erworben werden, als auch Lernsituationen entstehen, in denen die Teilnehmer/innen zusätzlich voneinander, übereinander und miteinander lernen konnten. In Bezug auf die formale Einbettung bietet diese Variante thematische Verflechtungsmöglichkeiten bereits bestehender curriculärer Einheiten (Modulverflechtung) über verschiedene Studien-/Ausbildungsgänge hinweg und zugleich das Potential zur longitudinalen Einbettung mehrerer Lerneinheiten zu unterschiedlichen Ausbildungszeitpunkten. Besonders voraussetzungsvoll gestaltet sich dieser Ansatz bei zunehmender Zahl beteiligter Professionen. Zudem stellt die „Harmonisierung“ von etwaigen Wissensasymmetrien zwischen den Berufsgruppen eine Herausforderung dar.
- **Interprofessionalität als expliziter Unterrichtsgegenstand:** Im Vordergrund steht die interprofessionelle Zusammenarbeit als solche. Dazu wurde meist nicht auf eine Verflechtung bestehender Module bzw. eine thematische Kontextualisierung in übergeordnete Fachgebiete zurückgegriffen, sondern grundständig neue Veranstaltungen entwickelt. Freilich wurden auch hier fachliche Inputs gegeben, Kernelemente waren jedoch u.a. Konflikte im Team, die Bearbeitung von Vorurteilen, das Kennenlernen von Kompetenzen, Grenzen und gemeinsamer Ziele der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, Kommunikationstechniken, informeller Austausch etc. Diese Umsetzungsvariante vereinfacht die Beteiligung vieler Professionen. Bezogen auf das Potential zur verpflichtenden bzw. zur longitudinalen Einbettung fehlen bislang jedoch ausreichend Anknüpfungspunkte an die bestehenden Curricula.

Unabhängig vom gewählten Weg sollte verhindert werden, dass inhaltliche Bezüge einer bestimmten Profession dominieren – es sollte also eine „interprofessionelle Balance“ im eigentlichen Content der Lehrveranstaltungen vorliegen.

3.3. Curriculare Einbettung und Verstetigung der Lerneinheiten

Ein generelles Problem bei der curricularen Einbettung besteht darin, dass sowohl Medizinstudiengänge als auch die Lehrpläne der anderen Gesundheitsberufe einen großen Stoffumfang besitzen, einzelne Fächer aufeinander aufbauen und sich in der Folge in ihren Abläufen und Inhalten rekursiv aufeinander beziehen. Restriktionen ergeben sich zusätzlich aus Regularien wie Ausbildungs-, Studien- und Prüfungsordnungen, Akkreditierungsbedingungen sowie aus den Kapazitätsverordnungen der Länder. In diesem Kontext gelang es nur in einem der acht Projekte, eine Pflichtveranstaltung anzubieten, die für alle beteiligten Professionen eine verbindliche Teilnahme bedeutete. In drei weiteren Fällen war die Teilnahme komplett freiwillig, in den übrigen Projekten ergaben sich Mischformen. Dabei galt eine verbindliche Einbettung als Pflichtveranstaltung unter den Befragten fast einhellig als Ideallösung, die jedoch unter den gegebenen Rahmenbedingungen für die medizinischen Fakultäten als nicht realisierbar angesehen wurde. Dies wurde vor allem mit dem Kapazitätsrecht sowie dem quantitativen Überschuss an Medizinstudierenden gegenüber den kleineren Kohorten der anderen Gesundheitsberufe begründet, wodurch keine sinnvolle interprofessionelle Kursdurchmischung hätte erzielt werden können. Daneben war die Organisation von passenden Zeitfenstern in den jeweils aufeinander abzustimmenden Curricula ein großes Hindernis. Schließlich wurde eine verpflichtende Einführung interprofessioneller Module vonseiten der Befragten aus den medizinischen Fakultäten immer wieder mit der nicht einlösbaren Notwendigkeit einer Komprimierung oder gar Streichung anderer Lehrinhalte identifiziert und Rekurs dabei auf die Approbationsordnung genommen. Mit Blick auf die Verstetigung der entwickelten Lehrveranstaltungen konnten die Expertinnen und Experten zum Befragungszeitpunkt meist relativ wenig Verbindliches aussagen. Dies ist teilweise vor dem Hintergrund der kurzen Projektlaufzeit sowie des teilweise überbordenden Koordinierungsaufwandes und den dadurch gebundenen zeitlich-personellen Kapazitäten zu erklären. Vor allem bewegt sich die Verstetigungsfrage aber im Spannungsfeld von rechtlichen Restriktionen (Approbationsordnung, Studien- und Prüfungsordnung, Kapazitätsrecht), organisatorisch-logistischen Herausforderungen (differierende Zeitregime verschiedener Studien- und Ausbildungsgänge; unterschiedliche Kohortengrößen) und diversen anderen Strukturbarrieren. Zumindest auf der strukturellen Ebene scheint die langfristige Verstetigung für die beteiligten Fachschulen ein geringeres Problem darzustellen. Hier verfügen die Schulleitungen trotz Vorgaben durch Landeslehrpläne und Berufsbildungsgesetze über ausreichend Entscheidungsmacht und Dispositionsspielräume, um entsprechende Änderungen in ihren Einrichtungen (im Zweifelsfall disziplinarisch) umzusetzen. Anders verhält es sich bei medizinischen Fakultäten bzw. Universitätskliniken, die sich nicht nur in der Organisationsgröße und

hinsichtlich der Leitungsspanne, -tiefe und -intensität von Fachschulen unterscheiden. Als universitäre Einrichtung bilden sie überdies ein funktional hochgradig ausdifferenziertes System von Lehrstühlen, zergliedern sich in zahlreiche Untereinheiten und weisen mitunter komplexere Entscheidungswege auf als Fachschulen.

3.4. Fördernde und restriktive Faktoren

In der übergreifenden Betrachtung der geförderten Projekte lassen sich einige Einflussfaktoren identifizieren, die sich bei der Planung, Implementation und Durchführung der Lerneinheiten tendenziell als hinderlich bzw. dienlich herausgestellt haben.

- **Teilnahmebedingungen:** Im Verlauf einiger Projekte hat sich gezeigt, dass die interprofessionellen Lerneinheiten einen ungünstigen Verlauf nehmen können, wenn der gemeinsame Unterricht bspw. für Medizinstudierende als freiwillige Veranstaltung angeboten wird und Pflegeschüler/innen zur Teilnahme verpflichtet werden. Der negative Einfluss von ungleichen Teilnahmebedingungen dürfte besonders dann eine Rolle spielen, wenn den Teilnehmergruppen die entsprechenden Hintergründe nicht kommuniziert werden.
- **Zeitliche Ansetzung der Lehrveranstaltungen:** Die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Ausbildung bzw. des Studiums eine interprofessionelle Lehrveranstaltung am besten platziert werden sollte, lässt sich vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten nicht abschließend beantworten. Deutlich wurde jedoch, dass eine zeitliche Nähe zu Prüfungsphasen mit Blick auf die Teilnehmerrekrutierung ungünstig zu sein scheint, sofern es den Veranstaltern nicht gelingt, eine Konvergenz der interprofessionellen Lerneinheiten zum prüfungsrelevanten Stoff herzustellen. Als hinderlicher Faktor kann zudem die Ansetzung des Unterrichts auf Randzeiten betrachtet werden, insbesondere in Verbindung mit längeren Wegzeiten aufseiten der Teilnehmer/innen.
- **Unterschiedliche „Lernkulturen“:** Unterschiedliche Lernkulturen scheinen im Zusammenhang mit der Teilnahmebereitschaft an freiwilligen Zusatzveranstaltungen eine zu berücksichtigende Rolle zu spielen. Dies scheint weniger einen unmittelbaren Bezug zu bestimmten Professionen aufzuweisen, als vielmehr mit der Sozialisation innerhalb eines akademischen bzw. nicht-akademischen Ausbildungssystems zusammenzuhängen. Während sich Auszubildende in einem überwiegend vorgefassten Unterrichtssystem mit abwechselnden Praxiseinsätzen bewegen, sind Studierende viel eher dazu angehalten (und in der Folge auch daran gewöhnt), ihre Ausbildung zu großen Teilen selbst zu organisieren.
- **Lehrkräfte:** Als unmittelbare Vermittler der interprofessionellen Lerninhalte sind Lehrkräfte die entscheidende Transmissionsstelle zwischen der konzeptionellen Ebene des Projektes und seinen operativen Zielen. Je nach Kontext wurden Lehrpersonen in unterschiedlichen Rollen stärker als Moderatoren oder stärker als klassische „Wissensvermittler“ eingesetzt, sie waren

mehr oder weniger intensiv an der inhaltlichen Ausgestaltung der Lerneinheiten beteiligt, mitunter bereits im Entstehungszusammenhang des Projektes involviert. In den Experteninterviews wurde interprofessionelle Lehre wiederkehrend als sehr voraussetzungsvoll bewertet und vor diesem Hintergrund die Relevanz einer ausgiebigen Vorbereitung des Lehrpersonals betont.

- **Zeitliche Flexibilität der Organisationen:** Allein die Organisation von passenden Terminfenstern innerhalb der curricularen Ordnung der beteiligten Einrichtungen hat sich in allen Projekten als eine der größten Herausforderungen erwiesen. Der Komplexitätsgrad dieser Anforderung steigt dabei mit der Anzahl beteiligter Professionen. Im Zusammenhang mit diesem Passungsproblem ist zeitliche Flexibilität als eine entscheidende organisationale Ressource zu nennen.
- **Projektkoordination:** Zwischen der operativen und der strategischen Ebene erfüllten die Koordinatorinnen und Koordinatoren in allen untersuchten Projekten eine Zentralfunktion und bildeten eine Drehscheibe an den Schnittstellen zwischen den beteiligten Einrichtungen. Der organisatorische, koordinatorische und administrative Aufwand, der im Kontext einer institutionenübergreifenden Kooperation (insbesondere bei der Pilotierung) anfällt, bedarf unbedingt entsprechender personeller Kapazitäten.

Internationale Studienergebnisse konvergieren mit diesen Befunden und weisen auf weitere Einflussfaktoren hin, die vor allem bzgl. der Lernerfolge eine Rolle spielen. Thematisiert werden in diesem Zusammenhang u.a. die Bedeutung von Kleingruppenarbeit, ein ausformuliertes pädagogisch-didaktisches Konzept, eine nicht bedrohliche Lernumgebung sowie die Ermöglichung von Praxisreflexion [16].

4. Resümee

In der Gesamtschau betrachtet demonstrieren die geförderten Projekte eindrucklich, mit welchem Engagement und Ideenreichtum das Thema Interprofessionalität aufgegriffen und in den verschiedensten Lehrformaten umgesetzt werden kann. Zugleich hat sich in der Evaluation aber auch gezeigt, mit welchem Aufwand interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen verbunden ist und welche strukturellen, institutionellen und rechtlichen Barrieren ihre Umsetzung erschweren, insbesondere mit Blick auf die curriculare Einbettung und Verstetigung. So konnten denn auch nur im Einzelfall curriculare Veranstaltungen implementiert werden, die alle Auszubildenden bzw. Studierenden der jeweils beteiligten Professionen mit derselben Verbindlichkeit adressierten.

Eine Schlüsselrolle bei der dauerhaften Umsetzung interprofessioneller Lehrangebote spielen zweifelsohne die Ausbildungsinstitutionen und insbesondere die medizinischen Fakultäten [16], [17], [26]. Auf der einen Seite benötigen diese „entsprechende personelle und sächliche Ressourcen, um die Konzepte nicht in isolierten Modulen

und mit einzelnen Personen abzubilden, sondern als Gesamtkonzept zu verstehen“ [26]. Auf der anderen Seite müssen sich die Einrichtungen einem Prozess der Organisationsentwicklung öffnen, Strukturen aufbauen und Zuständigkeiten schaffen, um das Thema Interprofessionalität als gemeinsames, langfristiges Ziel umzusetzen. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Relevanz, die dem Thema Interprofessionalität in der Versorgungspolitik und den gesundheitsberuflichen Fachdiskursen zugesprochen wird, können freiwillige Zusatzveranstaltungen allenfalls als Minimallösung erscheinen. Vielmehr lässt sich anzweifeln, ob interprofessionelles Lernen überhaupt einen angemessenen institutionellen Ausdruck darin findet, wenn es vollständig in den Bereich der studentisch-schülerischen Selbstregulierung bzw. des individuellen Engagements einzelner Teile des Lehrkörpers verlagert wird.

Insgesamt scheint eine nachhaltige Verstetigung der interprofessionellen Lerneinheiten in letzter Konsequenz aber nicht nur vom Bemühen der Projektverantwortlichen und Koordinatoren abhängig zu sein, sondern gleichermaßen von übergeordneten Instanzen und Entscheidungsgremien (Berufsverbände, wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Hochschulleitungen, Akteure der Gesundheitspolitik), die durch den Verbindlichkeitsrahmen einer Projektförderung nicht ausreichend tangiert werden können. Auf dieser politischen Ebene sind Rahmenbedingungen auszuhandeln, welche die Ausbildungsinstitutionen einerseits in die Pflicht nehmen, ein dauerhaftes interprofessionelles Lehrangebot zu implementieren, ihnen aber andererseits die dafür notwendigen Ressourcen und Dispositionsspielräume zusichern. Vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse scheint dabei der größte Handlungsbedarf in der Curriculumentwicklung der Medizin zu liegen, also darin, dem interprofessionellen Lernen einen festen Platz im Medizinstudium zuzuweisen.

Die Verabschiedung des Positionspapiers des GMA-Ausschusses Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen [26] sowie die des Nationalen kompetenzbasierten Lernziele kataloges Medizin durch den Medizinischen Fakultätentag [<http://www.nklm.de>] stellt in dieser Hinsicht ein positives politisches Signal für den Aufbau innovationsfördernder Strukturen und die Weiterentwicklung des interprofessionellen Lehrens und Lernens in den Gesundheitsberufen dar.

Danksagung

Den Verantwortlichen und Mitarbeitenden in den geförderten Projekten sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich für die Bereitschaft und ihr Vertrauen gedankt, sich an der Interviewbefragung zu beteiligen.

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

Literatur

1. Alscher MD, Büscher A, Dielmann G, Hopfeld M, Höppner H, Igl G, Kuhlmei A, Matzke U, Satrapa-Schill A. Memorandum – Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2011.
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2009.
3. Salomon T, Rothgang H. Interdisziplinäre Kooperation der Gesundheitsberufe am Beispiel der Schlaganfallversorgung. Ergebnisse einer Systematischen Übersichtsarbeit. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2010.
4. Rohde JJ. Soziologie des Krankenhauses. Stuttgart: Ferdinand Enke; 1962.
5. Nock L, Hielscher V, Kirchen-Peters S. Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege. Arbeitspapier 296. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung; 2013.
6. Zwack J, Nöst S, Schweitzer J. Zeitdruck im Krankenhaus. Individuelle Lösungsstrategien provozieren oft neue Probleme. *Arzt Krankenhaus*. 2009;03:68-75.
7. Bourdieu P. Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1979.
8. Pfadenhauer M. Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. Wiesbaden: Springer; 2003.
9. Sieger M, Ertl-Schmuck R, Bögemann-Großheim E. Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. *Pflege Gesellschaft*. 2010;15(3):197-216.
10. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Koppel I, Hammick M. The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *J Interprof Care*. 2010;24(3):230-241. DOI: 10.3109/13561820903163405
11. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: Effects in professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;23(1):CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub2
12. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today*. 2013;33(2):90-102. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.11.006
13. Abu-Rish E, Kim S, Choe L, Varpio L, Malik E, White AA, Craddock K, Blondon K, Robins L, Nagasawa P, Thigpen A, Chen L, Rich J, Zierler B. Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. *J Interprof Care*. 2012;26(6):444-451. DOI: 10.3109/13561820.2012.715604
14. Carlisle C, Cooper H, Watkins. "Do none of you talk to each other?": The challenges facing the implementation of interprofessional education. *Med Teach*. 2004;26(6):545-552. DOI: 10.1080/61421590410001711616
15. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach*. 2007;29(8):735-751. DOI: 10.1080/01421590701682576
16. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:21-38. DOI: 10.1080/13561820500083550
17. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:39-48. DOI: 10.1080/13561820500081703
18. Bogner A, Littig B, Menz W. Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag; 2009.
19. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag; 2009.
20. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag; 2009.
21. Oelerich G, Schaarschuch A. Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München: Ernst Reinhardt; 2005.
22. Flick U. Triangulation. Eine Einführung (Qualitative Sozialforschung). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2004.
23. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 1993.
24. Holtgrewe U. Narratives Interview. In: Kühl S, Strodtholz P (Hrsg). *Methoden der Organisationsforschung*. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt; 2002. S. 57-77.
25. Schütze F. Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung kommunaler Machtstrukturen. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie; 1977.
26. Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Positionspapier GMA-Ausschuss – Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen". *GMS Z Med Ausbild*. 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964

Korrespondenzadresse:

Lukas Nock
 Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso),
 Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken, Deutschland, Tel.:
 +49 (0)681/95424-42
 nock@iso-institut.de

Bitte zitieren als

Nock L. *Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program "Operation Team"*. *GMS J Med Educ*. 2016;33(2):Doc16. DOI: 10.3205/zma001015, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010152

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001015.shtml>

Eingereicht: 11.08.2015

Überarbeitet: 16.12.2015

Angenommen: 28.01.2016

Veröffentlicht: 29.04.2016

Copyright

©2016 Nock. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.