

Interprofessionelle Ausbildung für eine patientenzentrierte Versorgung der Zukunft. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“

Interprofessional Education for patient-centred practice. Development of outcome-focused competencies for a Bachelor Programme Interprofessional Health Care

Cornelia Mahler*, Sven Karstens, Marco Roos, Joachim Szecsenyi

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

SCHLÜSSELWÖRTER

Kompetenzprofil;
Gesundheitsberufe;
Interprofessionelle
Ausbildung;
Bedarfsanalyse

Zusammenfassung

Einleitung: Das Gesundheitssystem befindet sich im Wandel und damit verändern sich auch die Aufgaben und Handlungsfelder aller Gesundheitsberufe. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen den aktuellen und zukünftigen Anforderungen anzupassen. Studien deuten daraufhin, dass interprofessionelles Lernen positive Auswirkungen sowohl auf die Zusammenarbeit wie auch auf die Patientenversorgung hat. Die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg hat beschlossen, einen interprofessionellen Studiengang zu entwickeln in dem Gesundheitsberufe und interprofessionelle Qualifikationen in einem Curriculum integriert werden. Der Beitrag beschreibt die Entwicklung des Kompetenzprofils für den Studiengang.

Methode: Das Curriculum-Entwicklungsmodell von Kern et al. wurde angewendet. Eine Expertengruppe identifizierte Tätigkeiten und Aufgabenfelder für die die Studenten qualifiziert werden sollten. Zur Bewertung der Relevanz wurden die Ergebnisse in Form eines Fragebogens an Auszubildende und berufstätige Mitarbeiter in unterschiedlichen Gesundheitsbereichen verteilt. Interviews wurden geführt, um zusätzliche Informationen zu erhalten.

* Korrespondenzadresse: Dr. Cornelia Mahler RbP M.A., Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Vossstr. 2, 69115 Heidelberg. Tel.: +49 6221 56 6264; Fax: +49 6221 56 1972.
E-Mail: cornelia.mahler@med.uni-heidelberg.de (C. Mahler).

Ergebnis Dreizehn unterschiedliche Aufgabenfelder, fünf Tätigkeiten und dreizehn Themen wurden gesammelt. Die anschließende Befragung umfasste 66 Items, die von 139 Auszubildenden und 82 Berufstätigen ausgefüllt wurden. Alle Aufgabenfelder wurden als relevant für die künftige berufliche Tätigkeit bewertet. Am relevantesten wurden „Anleitung und Beaufsichtigung von Arbeitsläufen“ (Auszubildende) und „Interprofessionelle Kommunikation und Koordination“ (Berufstätige) bewertet. Die Ergebnisse wurden im Expertenpanel diskutiert und konsentiert, daraus wurden Kompetenzen formuliert und nach den CanMED Rollen kategorisiert. **Diskussion:** Eine Bedarfsanalyse wurde erhoben, die als Grundlage für die weitere Entwicklung des Curriculums dient. Die formulierten Kompetenzen stimmen mit den fünf Kernkompetenzen überein, die von der WHO als notwendig für die interprofessionelle Zusammenarbeit identifiziert wurden: *Patienten-zentrierte Versorgung, Beteiligung und Zusammenarbeit, Qualitätsentwicklung, Informations-/Kommunikationstechnologie und Public Health Perspektive*. Die Orientierung an den CanMEDs als Bezugsrahmen liefert eine gute Möglichkeit, Schnittstellen zu weiteren Gesundheitsberufen zu generieren. Die interprofessionelle Entwicklung des Studiengangs führte zu einem tieferen Verständnis hinsichtlich der Notwendigkeit einer Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Der Prozess kann als erster Schritt zur Verbesserung der Zusammenarbeit betrachtet werden.

KEY WORDS

Competencies;
health professions;
interprofessional
training;
needs assessment

Summary

Objectives: Health care systems in Germany and around the world are faced with demographic change and the need of providing health services in increasingly complex health care surroundings. A highly qualified workforce is needed to face the challenges ahead and to coordinate health care. In addition, there is evidence that interprofessional education strengthens interprofessional collaboration which can lead to improved health outcomes. The University of Heidelberg, Medical Faculty, decided to develop a bachelor programme integrating specific health professions and interprofessional qualifications into the curriculum. The manuscript describes the identification process of the outcome-focused competencies for this bachelor degree.

Methods: The six-step curriculum model by Kern et al. was applied. An expert panel identified major tasks and health care fields for which the students should be qualified for. These results were transferred into a questionnaire and distributed among targeted learners as well as practitioners, experts and employers in different health care fields for relevance ratings. Also, individuals were interviewed to receive additional information and to generate further ideas.

Results: Thirteen different practice fields, five tasks and thirteen topics common to all health care professions were collected. The subsequent survey comprising 66 items was completed by 139 targeted learners as well as 82 practitioners and experts. All identified practice fields were rated as relevant for future professional life. Top ratings were “supervising procedures” (targeted learners) and “interprofessional communication and coordination” (practitioners, experts and employers). The results were discussed and consented in the expert panel and learner outcomes/objectives were categorized according to the CanMED roles.

Discussion: A thorough needs assessment was performed setting the foundation for the further development of the curriculum. The identified competencies are in line with the five core competencies defined by the WHO which are necessary for interprofessional collaboration: *patient-centred care, partnering, quality improvement, information and communication technology, and public health perspective*. The application of the CanMED framework proved to be suitable. It may be used as common terminology to help define interfaces with curricula of other health professions.

The interprofessional development of the bachelor programme fostered a deeper understanding between health professionals and can therefore be regarded as a first step in improving interprofessional collaboration.

Einleitung

Das Gesundheitssystem befindet sich im Wandel und damit verändern sich die Aufgaben und Handlungsfelder aller Gesundheitsberufe. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen an die aktuellen und vor allem

zukünftigen Anforderungen anzupassen. Seit Beginn der 1990er Jahre etablieren sich verstärkt Studienangebote für Gesundheitsberufe an Fachhochschulen in Deutschland, die zunächst weiterqualifizierend angelegt wurden. Durch die Umsetzung des Bologna-Prozesses in Deutschland entstand die Möglichkeit, Studiengänge mit der Berufsausbildung zu verknüpfen. International ist die Ausbildung

in einem Gesundheitsberuf üblicherweise auf Hochschulniveau angesiedelt [1,2]. Dabei werden in einigen Ländern, wie Kanada (<http://fhs.mcmaster.ca/main/index.html>), UK (<http://www.mhs.manchester.ac.uk/>) oder Schweden (<http://www.hu.liu.se/>), Studiengänge in den Gesundheitsberufen (Medizin, Pflege, Physiotherapie, Logopädie, ...) häufig an gemeinsamen Fakultäten für Gesundheitswissenschaften (Health Sciences) angeboten. Die räumliche Nähe, sowie ein gleiches Ausbildungsniveau ermöglichen den Studiengängen auf einen gemeinsamen Kern von Lehrveranstaltungen zurückzugreifen und zusätzlich spezielle Lerneinheiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit anzubieten. Auf diesem Wege wird ein interprofessionelles Lernen gefördert, welches die Studierenden für die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit für ihre spätere berufliche Praxis sensibilisiert. Erste Studien deuten daraufhin, dass interprofessionelles Lernen positive Auswirkungen sowohl auf die Zusammenarbeit wie auch auf die Patientenversorgung hat [3]. Interprofessionelles Lernen wird dabei wie folgt definiert: „*Interprofessional Education occurs when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care*“ [4].

Um den komplexen Anforderungen im Gesundheitswesen gewachsen zu sein und die vielschichtigen Aufgaben in der Gesundheitsversorgung bewältigen zu können, ist es notwendig, die Versorgung möglichst reibungsarm zu koordinieren. Die Abstimmung der Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen ist hier von besonderer Bedeutung [5–8]. Das gegenseitige Verständnis der verschiedenen Berufsgruppen für deren Kompetenzen spielt hier eine Schlüsselrolle. Verschiedene Organisationen zur Förderung des interprofessionellen Lernens (CAIPE¹, EIPEN²) wurden gegründet und die WHO hat 2010 ein Rahmenkonzept zum interprofessionellem Lernen und zur interprofessionellen Zusammenarbeit herausgegeben (Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice) [8]. Auch der kürzlich erschienene Commission Report der Lancet Commission fordert nachdrücklich gemeinsames Lernen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen [9].

In Deutschland wurde das Konzept der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im kürzlich erarbeiteten Memorandum der Robert Bosch Stiftung (2011) zur „Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung“ thematisiert [10]. Die Forderung der WHO wird damit unterstrichen und der Bedarf einer Etablierung von Strukturen im deutschen Gesundheitswesen, die die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen fördern wird betont. Interprofessionalität sollte Teil des beruflichen Selbstverständnisses der Beteiligten werden. Die Ausbildung bietet hierfür frühzeitig eine Plattform [11]. Interprofessionelles Lernen scheint also ein logischer Schritt oder mehr noch Voraussetzung zu sein, um die Zusammenarbeit zu fördern. Insbesondere die zunehmende Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich erfordert eine umso bessere

Koordination. Das „miteinander Lernen“ kann Hemmschwellen abbauen und das Verständnis der Berufsgruppen füreinander fördern [12].

Die medizinische Fakultät der Universität Heidelberg beauftragte im Juli 2009 die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung mit der Erarbeitung eines Konzepts für einen Bachelor-Studiengang für Gesundheitsberufe. Er sollte ausbildungsintegrierend für therapeutische, pflegerische und medizintechnische Berufe konzipiert werden. D.h., dass die Studierenden in einer ersten Phase parallel eine Ausbildung an einer Berufsfachschule durchlaufen und Lehrveranstaltungen an der Universität absolvieren und in einer zweiten rein hochschulischen Phase den akademischen Abschluss erwerben. Das Ziel des Studiengangs sollte nicht eine berufsspezifische (Weiter-)Qualifizierung darstellen sondern die Erlangung von Kompetenzen, die für ein interprofessionelles Zusammenarbeiten notwendig sind.

Die den verschiedenen Gesundheitsberufen zugrunde liegenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen wurden im Laufe der letzten 30 Jahre verabschiedet. So trat z.B. das Ausbildungsgesetz für die Logopädie 1980 in Kraft und weist einen starken medizinisch- und inhaltsorientierten Charakter auf; neuere Ausbildungsgesetze der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege (2004) und der Medizinischen Fachangestellten (2006) hingegen sind inhaltlich an Themenbereichen bzw. Lernfeldern orientiert. Die Ausbildungsgesetze spiegeln somit die Curriculums- und didaktische Entwicklung der vergangenen 30 Jahre wieder (siehe Tabelle 1).

Die medizinische Aus- und Weiterbildung orientiert sich seit 2000 zunehmend an den CanMEDS [13]. Diese stellen einen Kompetenzrahmen dar, anhand dessen das professionelle Handeln von Ärzten anhand von sieben Rollen beschrieben wird (siehe Abbildung 1). Im Zentrum steht dabei die medizinische Expertise, die im CanMEDS-Grundgerüst von sechs Kompetenzen flankiert wird. Diese flankierenden Kompetenzen spiegeln die ärztlichen Rollen in der täglichen Praxis wieder [14]. In Deutschland orientiert sich der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog

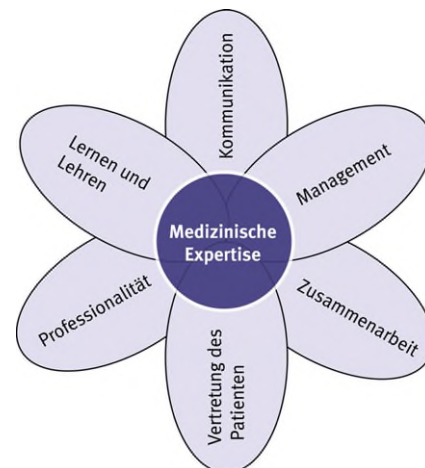


Abbildung 1 CanMEDS Kompetenzen – Grafische Darstellung und deutsche Übersetzung durch die Verbundweiterbildung^{plus} Allgemeinmedizin Baden-Württemberg in Anlehnung an CanMEDS [13].

¹ CAIPE - Centre For The Advancement Of Interprofessional Education www.caipe.org.

² EIPEN - European Interprofessional Education Network www.eipen.org.

Tabelle 1 Strukturelle Übersicht verschiedener Ausbildungen in den Gesundheitsberufen.

Ausbildung	Hebamme	Logopädie	Orthoptisten	MTLA	MTRA	Krankenpflege	Kinder- krankenpflege	Altenpflege	Physiotherapie
Gesetz von Ausrichtung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung	1987 Fächer- orientiert	1980 Fächer- orientiert	1990 Fächer- orientiert	1994 Fächer- orientiert	1994 Fächer- orientiert	2004 Theoretischer und praktischer Unterricht wird in 12 Themenbereiche gefasst.	2004 Theoretischer Unterricht	2001 Theoretischer Unterricht wird in Lernbereiche eingeteilt und unterrichtet.	1994 Fächerorientiert
Summe Stunden Praxis	3000	2100	2800	1230	1600	2500	2500	2500	1600
Summe Stunden Theorie	1280	1740	1700	3170	2800	2100	2100	2100	2900

Medizin (NKL) an diesem Rahmen. In den Niederlanden und in der Schweiz orientieren sich ebenfalls Studiengänge der Gesundheitsberufe an den CanMEDS. Der CanMED-Rahmen wurde in der Schweiz für die Definition der fachspezifischen Kompetenzen der Fachhochschul-Ausbildungen für Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hebammen, Pflege und Physiotherapie adaptiert [15].

Nach den Empfehlungen der Bologna Kommission soll ein Bachelor-Studiengang zur Berufsbefähigung qualifizieren sowie Schlüsselkompetenzen vermitteln [16]. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, den Prozess zur Entwicklung des Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang „Interprofessionellen Gesundheitsversorgung“ zu beschreiben und das Ergebnis zu präsentieren. Das Ergebnis dient der weiteren strukturierten Entwicklung des Curriculums mit der Definition von Lernzielen, Auswahl an Lernstrategien inkl. anschließender Evaluation und Leistungsbewertung.

Methode

Das Modell von Kern et al., dass für die Curricula-Entwicklung in der Medizinischen Ausbildung häufig herangezogen wird, wurde als Grundlage verwendet, um das Kompetenzprofil zu entwickeln und das zu erarbeitende Curriculum am tatsächlichen Bedarf auszurichten [17]. Das Modell umfasst sechs Schritte. Im ersten und zweiten Schritt stehen eine ausführliche Problemdefinition und eine Bedarfsanalyse, aus denen dann im dritten Schritt die zu erreichenden Ziele und das Kompetenzprofil, ableiten lassen (siehe [Abbildung 2](#)). Die Schritte vier bis sechs dienen der weiteren Curriculumsentwicklung.

Zur methodischen Bearbeitung der ersten zwei Schritte wurde eine Expertengruppe gebildet. Geleitet wurde die Expertengruppe durch das interprofessionelle Autoren-Team (CM, Krankenschwester; MR, Arzt; SK, Physiotherapeut). Zur Erfassung der Ist-Situation wurde von der Expertengruppe die zu erwerbenden Qualifikationen der verschiedenen Gesundheitsberufe in Kompetenzen zusammengefasst. Diese Basis diente zur anschließenden Bedarfsanalyse. Folgende Leitfragen strukturierten die Arbeit der Expertengruppe:

- Auf die Übernahme welcher Tätigkeiten, über die berufliche Ausbildung hinaus, sollen die Absolventen des Studiengangs vorbereitet sein?
- Welche konkreten Aufgaben sollen die Absolventen des Studiengangs zukünftig übernehmen, für deren Bewältigung die Berufsfachschulausbildung bislang noch nicht ausreichend qualifiziert?
- Welche Tätigkeiten sind für die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe von besonderer Relevanz?

Die zukünftigen Aufgaben/Handlungsfelder wurden als Mindmap, (aufgeteilt in zukünftige Aufgaben und Tätigkeiten und mögliche Inhalte eines Studiengangs) zusammengetragen. Auf Grundlage des Mindmaps wurde ein Fragebogen erarbeitet, anhand dessen erstens die Bewertung der Relevanz der „neuen“ Aufgaben/Handlungsfelder für die Berufsausübung auf einer vierstufigen Skala („überhaupt nicht relevant“ (1), „nicht relevant“ (2), „relevant“ (3) und „sehr relevant“ (4)) und zweitens die subjektive

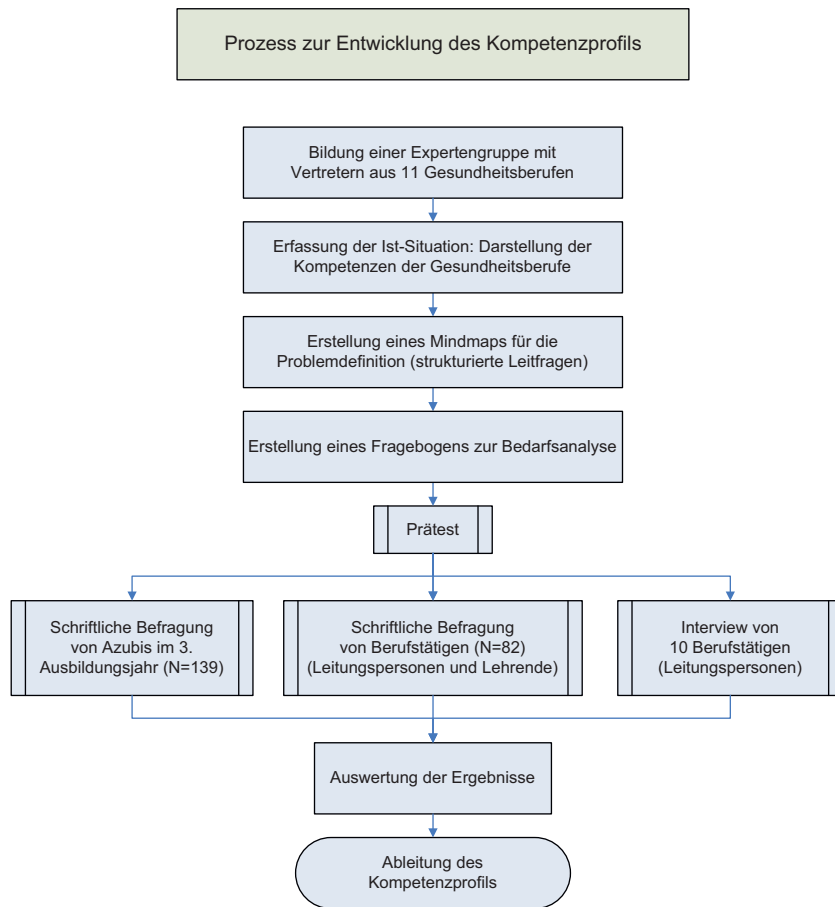


Abbildung 2 Prozess zur Entwicklung des Kompetenzprofils.

Bewertung von Inhalten für das Studium auf einer zweistufigen Skala („soll vertieft werden“ / „soll nicht vertieft werden“) erhoben wurden.

Nach Durchführung eines Prätests mit kürzlich Examinierten und Lehrenden wurden Auszubildende im 3. Ausbildungsjahr, Lehrende an der Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH, sowie Leitungspersonen aus dem ambulanten und stationären Bereich für die Befragung rekrutiert. Die Befragung erfolgte im Zeitraum vom 28. Juni bis zum 23. Juli 2010 sowohl als Papier- wie auch über eine Onlineversion. Zeitgleich wurden Interviews mit den befragten Leitungspersonen, die sich dazu bereit erklärt haben, geführt, um noch weitere, bisher nicht erfasste Aufgaben und Handlungsfelder zu identifizieren. Die Leitfragen orientierten sich an den identifizierten Handlungs- und Aufgabenfeldern. Die Antworten wurden protokollarisch dokumentiert. Die Befragung diente der Überprüfung der Praxisrelevanz und des tatsächlichen Bedarfs an Personen mit entsprechenden Kompetenzen.

Ergebnisse

Die Expertengruppe bestand aus Angehörigen der neun verschiedenen Gesundheitsberufe, die an der Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH vertreten sind, sowie der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellte (siehe [Tabelle 2](#)). Diese Gesundheitsberufe wurden

gewählt, da der zu entwickelnde Studiengang sich primär an diese Gesundheitsberufe richten sollte. Die Experten waren vornehmlich Lehrende in ihrem Gesundheitsberuf. Die Medizinisch-Technischen Radiologieassistenten (MTRA) wurden durch eine leitende Mitarbeiterin vertreten. Die Vertreterinnen der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten wurden vom Verband für Medizinische Fachberufe gestellt.

Problemdefinition – Erstellung eines Mindmaps: Aufgrund der Leitfragen wurden Themen gesammelt, die über die bisherige Ausbildung hinaus für alle Gesundheitsberufe von Relevanz waren. Diese wurden durch die Expertengruppe gruppiert und die für die interprofessionelle Zusammenarbeit besonders relevante Aufgaben herausgearbeitet. Dreizehn unterschiedliche Handlungsfelder und Aufgabengebiete sowie fünf konkrete Tätigkeiten wurden identifiziert. Weiter hat die Expertengruppe zwölf Basisthemen benannt, die Studierenden aller Gesundheitsberufe vermittelt werden sollten, damit die zukünftigen Aufgaben in einem komplexen Gesundheitssystem erfüllt werden können (siehe [Abbildung 3](#))

Bedarfsanalyse: schriftliche und mündliche Befragungen

Die anschließende schriftliche Befragung umfasste 66 Items. Sie wurde von 139 Auszubildenden durchgeführt. Diese

Tabelle 2 Prozentualer Anteil an Befragten je Gesundheitsberuf.

Gesundheitsberuf	Azubi % N = 139	Berufstätige % N = 82
Zahnmedizinische Fachangestellte (r)	0,0	1,2
Gesundheits- und Krankenpflege	5,0	20,7
Orthoptistin	5,8	3,7
Medizinische Fachangestellte(r)	6,5	0,0
MTRA - Medizinisch-technische(r) Assistent(in) für Radiologie	10,1	11,0
Logopädie	10,8	14,6
Altenpflege	10,8	2,4
MTLA - Medizinisch-technische(r) Laboratoriumsassistent(in)	11,5	8,5
Physiotherapie	12,2	9,8
Hebamme	12,2	6,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	15,1	18,3
Sonstigen Gesundheitsberuf		3,7

waren im Mittel 23,4 Jahre alt (Min 19, Max 35; SD 2,65), 88,5% der Befragten waren weiblich. Fast zwei Drittel hatten Abitur (66,5%) und neun von zehn absolvierten ihre Ausbildung an der Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH (92,1%). **Tabelle 2** zeigt in welchem Ausbildungsberuf sie sich befanden.

82 Berufstätige haben an der Befragung teilgenommen von denen mehr als die Hälfte Lehrende in einem Gesundheitsberuf waren. Knapp 10% der Befragten kamen aus ambulanten Einrichtungen und etwa ein Drittel aus

Tabelle 3 Aktuelle Funktion der Befragten (N = 82).

Funktion	%
Lehrer(in) in einem Gesundheitsberuf	59,8%
Leitende Mitarbeiter(in) stationäre Einrichtung	17,1%
Mitarbeiter(in) stationäre Einrichtung	12,2%
Leitende Mitarbeiter(in) ambulante Einrichtung	3,7%
Mitarbeiter(in) ambulante Einrichtung	4,9%
Sonstige Funktion	2,4%

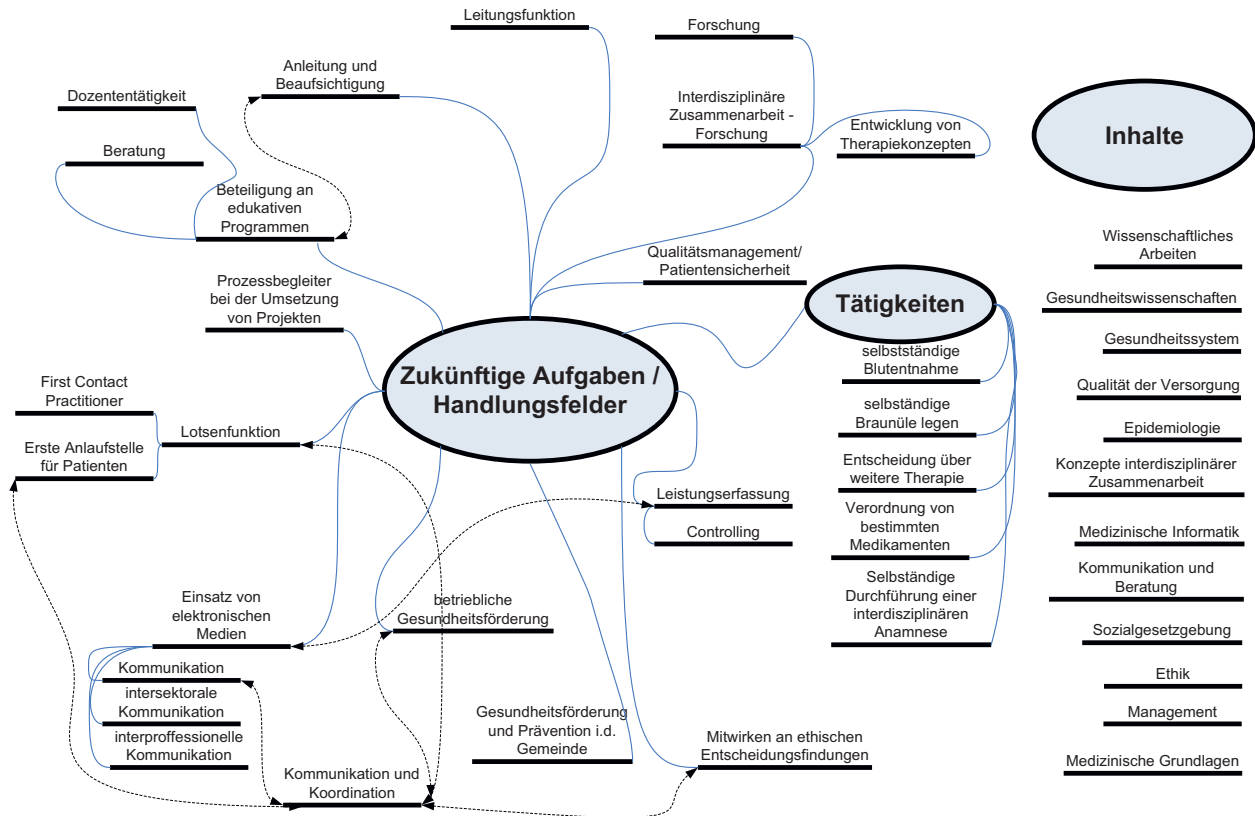


Abbildung 3 Mindmap von möglichen zukünftigen Aufgaben/Handlungsfelder und Tätigkeiten der Absolventen sowie von relevanten Inhalten für den Studiengang.

Tabelle 4 Wie relevant sehen Sie folgende Handlungsfelder für Ihre zukünftige Berufsausübung.

		N	gar nicht relevant	wenig relevant	relevant	sehr relevant
Kommunikation und Koordination mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen über die Planung von medizinischen, pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen	Auszubildende	116	1,1%	7,1%	33,0%	58,8%
	Berufstätige	66	0,0%	3,0%	27,3%	69,7%
Anwendung von verschiedenen elektronischen Medien zur interdisziplinären und intersektoralen Kommunikation	Auszubildende	116	2,2%	16,5%	45,6%	35,7%
	Berufstätige	66	0,0%	6,1%	36,4%	57,6%
Prozessbegleiter/Schlüsselposition bei der Umsetzung von interdisziplinären Projekten an der Schnittstellen im ambulanten und stationären Bereich	Auszubildende	113	3,9%	10,6%	58,1%	27,4%
	Berufstätige	66	4,5%	10,6%	34,8%	50,0%
Mitarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung	Auszubildende	116	3,3%	27,8%	46,7%	22,2%
	Berufstätige	64	4,7%	23,4%	43,8%	28,1%
Qualitätsmanagement im interdisziplinären Team umsetzen	Auszubildende	115	2,8%	10,6%	46,1%	40,6%
	Berufstätige	65	0,0%	9,2%	36,9%	53,8%
Leistungserfassung	Auszubildende	117	3,3%	15,9%	51,1%	29,7%
	Berufstätige	65	0,0%	16,9%	49,2%	33,8%
Lotsenfunktion in einem „ambulanten Versorgungsnetzwerk“ angegliedert an eine Praxis oder Klinik zur Koordination der Versorgung	Auszubildende	113	6,8%	21,6%	48,3%	23,3%
	Berufstätige	63	4,8%	7,9%	47,6%	39,7%
Anleitung oder Beaufsichtigung von Arbeitsabläufen						
... bei Mitarbeitern des eigenen Gesundheitsberufs	Auszubildende	120	3,2%	6,5%	40,5%	49,7%
	Berufstätige	65	4,6%	6,2%	43,1%	46,2%
... bei Mitarbeitern anderer Gesundheitsberufe	Auszubildende	118	5,0%	31,7%	48,3%	15,0%
	Berufstätige	62	4,8%	32,3%	45,2%	17,7%
Interdisziplinäre Zusammenarbeit an einem Forschungsprojekt						
an Forschungsprojekten mitarbeiten	Auszubildende	116	4,4%	21,9%	42,6%	31,1%
	Berufstätige	67	3,0%	11,9%	37,3%	47,8%
Schnittstelle zwischen Praxis und Forschungsgruppe sein	Auszubildende	114	3,3%	26,1%	32,8%	37,8%
	Berufstätige	66	0,0%	15,2%	25,8%	59,1%
Datenerhebung	Auszubildende	117	8,5%	34,2%	46,2%	11,1%
	Berufstätige	66	4,5%	13,6%	36,4%	45,5%
Forschungsprojekte präsentieren	Auszubildende	118	13,6%	39,0%	33,9%	13,6%
	Berufstätige	67	4,5%	14,9%	34,3%	46,3%
Erste Anlaufstelle für Patienten						
Erste Anlaufstelle für Patienten in einer Ambulanz oder Praxis sein	Auszubildende	115	5,0%	19,4%	28,3%	47,2%
	Berufstätige	65	6,2%	26,2%	21,5%	46,2%
Eigenständige Entscheidung über das weitere Vorgehen mit dem Patienten treffen	Auszubildende	114	5,7%	15,3%	28,4%	50,6%
	Berufstätige	62	6,5%	16,1%	30,6%	46,8%
Beteiligung an edukativen Programmen						
Schulungen durchführen für Patienten/Klienten	Auszubildende	116	5,5%	18,7%	32,4%	43,4%
	Berufstätige	66	3,0%	12,1%	27,3%	57,6%
Schulungen durchführen für Angehörige	Auszubildende	119	6,5%	19,6%	39,7%	34,2%
	Berufstätige	65	6,2%	13,8%	38,5%	41,5%
Schulungen durchführen für Gemeinde/Bevölkerung	Auszubildende	119	8,2%	33,7%	45,7%	12,5%
	Berufstätige	65	7,7%	30,8%	44,6%	16,9%
Schulungen durchführen für den eigenen Gesundheitsberuf	Auszubildende	118	4,2%	7,6%	39,8%	48,3%
	Berufstätige	64	1,6%	7,8%	32,8%	57,8%
Schulungen durchführen für andere Gesundheitsberufe	Auszubildende	117	11,1%	23,1%	45,3%	20,5%
	Berufstätige	64	4,7%	20,3%	43,8%	31,3%
Mitarbeit in der interdisziplinären Entwicklung von (Therapie-) Konzepten						
z.B. Ernährung	Auszubildende	118	17,9%	25,5%	34,8%	21,7%
	Berufstätige	66	13,6%	25,8%	40,9%	19,7%
z.B. Diagnostische Abläufe	Auszubildende	120	3,8%	13,0%	49,7%	33,5%
	Berufstätige	65	3,1%	13,8%	50,8%	32,3%

Tabelle 4 (Fortsetzung)

		N	gar nicht relevant	wenig relevant	relevant	sehr relevant
Im interdisziplinären Team an einer ethischen Entscheidungsfindung mitwirken						
z.B. Palliativsituation	Auszubildende	112	14,1%	19,8%	35,6%	30,5%
	Berufstätige	65	12,3%	16,9%	29,2%	41,5%
z.B. Krisensituation	Auszubildende	113	8,5%	14,7%	45,2%	31,6%
	Berufstätige	64	4,7%	14,1%	34,4%	46,9%

dem stationären Bereich. 39% vertraten die Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege (siehe Tabellen 2 und 3).

Die Hauptergebnisse der Befragung zu den Aufgaben/Handlungsfeldern und Tätigkeiten von den Auszubildenden und Berufstätigen werden in Tabellen 4 und 5 dargestellt. Insgesamt ist zu verzeichnen, dass alle Handlungsfelder von den Berufstätigen und fast alle von den Auszubildenden als relevant oder sehr relevant eingestuft wurden. Für Auszubildende und Berufstätige hat die Kommunikation und Koordination mit anderen Berufsgruppen die höchste Relevanz. Von den Berufstätigen wurden die Zusammenarbeit an Forschungsprojekten und die Vertiefung einzelner Studieninhalte relevanter eingeschätzt als von den Auszubildenden.

Zehn Interviews wurden mit Berufstätigen (Hebamme (1), Logopädin (1), Orthoptik (1), Pflegenden (4), Medizinsch-technische Laboratoriumsassistenten (2), Medizinsch-technische Röntgenassistenten (1)) aus dem ambulanten (5) und stationären (5) Bereich geführt. Alle betonten die Relevanz interprofessioneller Arbeit für die tägliche Praxis. Aus Sicht der Interviewten wurden mit der schriftlichen Befragung alle wichtigen Aspekte identifiziert. Keine zusätzlichen Tätigkeiten oder Aufgabenfelder wurden genannt. Mehrere Personen betonten die Notwendigkeit, das Selbstbewusstsein der zukünftigen Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen zu stärken sowie deren Fähigkeit zu fördern komplexe Zusammenhänge zu verstehen.

Die Befragungsergebnisse (Online-Befragung und Interviews) wurden in der Expertengruppe vorgestellt und diskutiert. Im Anschluss wurde das Kompetenzprofil auf Grundlage der Ergebnisse und des Mind-Maps ausformuliert. Dies erfolgte durch die Leiter der Expertengruppe. Die

Kompetenzen wurden in Anlehnung an die CanMEDS gruppiert. Das Kompetenzprofil wurde in der Expertengruppe konsolidiert und formuliert (siehe Appendix A). Die Bezeichnung des Studiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ kann als Ergebnis des Prozesses angesehen werden.

Diskussion

Die rasante Entwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland erfordert die Konzeption neuer und die Anpassung bestehender Studiengänge in den Gesundheitsberufen. Die größte Herausforderung dabei, ist eine Weiterentwicklung der zusätzlich benötigten Kompetenzen auf der Grundlage der vorwiegend inhaltsorientierten Ausbildungsordnungen. Das Kompetenzprofil des Bachelor-Studiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ wurde auf der Grundlage einer strukturierten Bedarfsanalyse erstellt. Damit wurde eine solide Grundlage geschaffen, um ein Curriculum und ein Modulhandbuch für den Bachelor-Studiengang zu entwickeln. Durch ein klares Kompetenzprofil und die Orientierung an den CanMEDs als Bezugsrahmen besteht eine gute Möglichkeit zukünftig Schnittstellen zu weiteren Gesundheitsberufen, wie beispielsweise zur Humanmedizin [18], zu generieren.

Das herausgearbeitete Kompetenzprofil kommt den fünf Kernkompetenzen der WHO für die interprofessionelle Zusammenarbeit (2005) sehr nahe [7]. Dort werden folgende Kompetenzen als besonders relevant benannt: *Patientenzentrierte Versorgung, Beteiligung und Zusammenarbeit, Qualitätsentwicklung, Informations-/Kommunikationstechnologie und Public Health Perspektive.*

Tabelle 5 Wie relevant sehen Sie folgende Tätigkeiten für Ihre zukünftige Berufsausübung.

		N	gar nicht relevant	wenig relevant	relevant	sehr relevant
Selbständige Blutentnahme	Auszubildende	119	30,3%	19,3%	10,9%	39,5%
	Berufstätige	60	35,0%	13,3%	21,7%	30,0%
Selbständige Braunüle legen	Auszubildende	118	36,4%	19,5%	9,3%	34,7%
	Berufstätige	58	41,4%	10,3%	20,7%	27,6%
Selbständige Durchführung einer ersten interdisziplinär abgestimmten Anamnese	Auszubildende	119	11,8%	14,3%	33,6%	40,3%
	Berufstätige	60	11,7%	6,7%	21,7%	60,0%
Selbständige Verordnung von bestimmten Medikamenten	Auszubildende	119	38,7%	20,2%	24,4%	16,8%
	Berufstätige	60	46,7%	28,3%	10,0%	15,0%
Eigenständige Entscheidung über die weitere Therapie	Auszubildende	118	16,1%	20,3%	21,2%	42,4%
	Berufstätige	60	21,7%	20,0%	26,7%	31,7%

In dem erarbeiteten Kompetenzprofil finden sich diese an unterschiedlicher Stelle wieder.

Um an die internationale Diskussion anzuknüpfen wurde für die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe der Begriff „interprofessionell“ gewählt. Die Begriffe „interprofessionell“ und „interdisziplinär“ werden häufig synonym verwendet [19]. Allerdings wird der Begriff „interdisziplinär“ in Deutschland in der Humanmedizin eher als die Zusammenarbeit zwischen medizinischen Disziplinen (z.B. Urologie und Kardiologie) und weniger als die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Gesundheitsberufen verstanden [20].

Für die Entwicklung des Kompetenzprofils haben wir ein anerkanntes Vorgehen gewählt, das eine Bedarfs- bzw. Bedingungsanalyse voranstellt [21,22]. Potentielle Studenten (Zielgruppe), ausgebildete Personen in den Gesundheitsberufen in zukünftigen Arbeitsfeldern und potentielle Arbeitgeber (Experten für den Bedarf) sowie Dozenten (Experten für das Curriculum) wurden in den Prozess eingebunden.

Als Limitation muss angemerkt werden, dass die zu Grunde gelegten Rahmenmodelle zur Curriculumsentwicklung (Kern) und der Kompetenzfelder (CanMED) aus der Ausbildung von Ärzten stammen. An der Medizinischen Fakultät Heidelberg war es allerdings wichtig, mit den Rahmenmodellen nahe an den Entwicklungen der Mediziner Ausbildung zu bleiben und perspektivisch einfach und sinnvoll Schnittstellen für die Zukunft zu schaffen und synergistische Effekte auszunutzen. Aufgrund des Vergleichs mit internationalen Quellen sind weitere wichtige Aspekte in die Bedarfsanalyse eingeflossen. Weiterhin gilt es anzumerken, dass bei der Befragung nur ein kleiner Anteil an Personen aus ambulanten Einrichtungen erreicht wurde. Allerdings ist die Perspektive dieser Praxisfelder, durch Erfahrungswerte der Praxiseinsätze von Auszubildenden und Lehrenden auch vertreten. Weitere Personengruppen, wie Kostenträger oder Interessenvertreter, wurden nicht befragt. Die Validität des selbstentwickelten Fragebogens wurde durch die gemeinsame Erarbeitung der Themen mit Experten und durch den Vergleich mit interprofessionellen Anforderungen der WHO augenscheinlich erreicht. Die Zustimmung innerhalb der Befragung zeigt zudem die Nähe zum Bedarf der Zielgruppe.

Die geringere Bewertung der Notwendigkeit einer Vertiefung von einzelnen Studieninhalten durch die Berufsfachschüler kann möglicherweise auf den Erhebungszeitpunkt zurückgeführt werden. Gegen Ende der Ausbildung könnte eine Lernmüdigkeit bei den Auszubildenden vorliegen, aufgrund dessen zusätzlichen Inhalten bzw. deren Vertiefung kein hoher Stellenwert beigemessen wurde. Darüber hinaus hatten nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten eine allgemeine Hochschulzugangsberechtigung und würden damit die Zulassungsbedingungen für den einzurichtenden Studiengang erfüllen.

Die generell höhere Bewertung einzelner Handlungsfelder durch die im Beruf tätigen ist wahrscheinlich geprägt durch deren Erfahrung in der beruflichen Praxis. Dass insbesondere die konkreten praktischen Tätigkeiten mit eigenständiger Entscheidungsbefugnis von den Auszubildenden als relevanter erachtet werden als von den Berufstätigen, könnte ein Indiz dafür sein, dass sie im aktuellen Rollenverständnis als Auszubildende bereit sind, zukünftig mehr Verantwortung zu übernehmen, auch wenn

dieser Wunsch auch damit zu tun haben kann, dass ihnen noch nicht alle Verantwortung übertragen wurde. Dies ermutigt zur Entwicklung und Evaluation von Modellprojekten mit Übertragung von mehr Verantwortung.

Rückmeldungen aus der Expertengruppe weisen darauf hin, dass die Arbeit am Kompetenzprofil direkten Einfluss auf das Verständnis von interprofessionellem Handeln bei den Teilnehmern genommen hat. Im interprofessionellen Expertenpanel war Raum zum gegenseitigen Kennenlernen der einzelnen Gesundheitsberufe mit ihren jeweiligen Kompetenzen, Grenzen und Zukunftsperspektiven. Die gewonnene Transparenz zwischen den Gesundheitsberufen und das gegenseitige Verständnis füreinander können auch zur besseren Zusammenarbeit an deren Arbeitsstellen beitragen.

Diskutiert wird zu welchem Zeitpunkt innerhalb des Qualifikationsprozesses interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen erfolgen soll. Stemmer und Dorschner (2007) plädieren für ein interprofessionelles Lernen und Studieren auf der Weiterbildungsebene (Master-Ebene) [23]. Auf der Bachelorstudienbene fände dann vielmehr eine disziplinspezifische Positionierung statt, aus der eine interprofessionelle Zusammenarbeit später erwachsen kann. Durch zu frühe Interprofessionalität in der Ausbildung wird „die Gefahr der Aufweichung der Profile eigenständiger Disziplinen“ befürchtet ([23]; S. 164). Doch gerade die Identitäts- und Rollenfindung innerhalb einer Profession kann in der Diskussion mit anderen Disziplinen stattfinden, wenn deren Handeln an einem gemeinsamen Ziel ausgerichtet ist, der Behandlung und Versorgung eines Patienten/Klienten [24].

Mit der geleisteten Arbeit wurde ein erster Schritt hin zu einem interprofessionellen Kompetenzprofil vollzogen. Für die Autoren folgte im nächsten Schritt die konkrete Überführung des Kompetenzprofils in ein Curriculum.

Schlussfolgerungen

Das vorgelegte Kompetenzprofil ist das Ergebnis einer strukturierten Bedarfsanalyse. Es lieferte eine gute Grundlage für die Entwicklung von Curricula, die darauf abzielen verschiedene Gesundheitsberufe zusammenzuführen oder interprofessionelle Module für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zu entwickeln. Der gesamte Entwicklungsprozess hat nach unseren Beobachtungen bei den Beteiligten zu einem tieferen Verständnis hinsichtlich der Notwendigkeit einer Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit geführt. Diese sollte allgemein in gesundheitsberuflichen Studiengängen berücksichtigt werden, um so interprofessionelle Prozesse zu fördern und damit die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Der vorgestellte Studiengang hat zum Wintersemester 2011/2012 den Studienbetrieb, in Kooperation mit der Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH, aufgenommen (www.interprofessionelle-gesundheitsversorgung.de). Die Evaluation des Studiengangs wird darüber Aufschluss geben, in wie weit die angestrebten Kompetenzen erreicht werden.

Danksagung

Unserem Dank gilt den Teilnehmern der Expertengruppe für die Mitarbeit bei der Erstellung des Kompetenzprofils:

Stephanie Biedenstein, Cordula Fischer, Rosi Flörchinger, Ilonka Kahl, Dr. Barbara Klemp-Selb, Gabriele Leybold, Brigitte März, Reinald Schmidt-Richter, Frank Stawinski, Barbara Stoll, Barbara Suppé, Jan Vogel. Weiter danken wir Dr. Jost Steinhäuser für die kritische Durchsicht sowie Anregungen zum Manuskript.

Appendix A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel können gefunden werden, in der Online-Version bei <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2012.04.003>.

Literatur

- [1] Klemme B, Geuter G, Willimczik K. Physiotherapie - über eine Akademisierung zur Profession. *physioscience*. 2007 21.05.2007;3(02):80,7.
- [2] Stoecker G. Wo steht Deutschland? Pflegeausbildung im Vergleich. *Heilberufe* 2008;60(8):56–60.
- [3] Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD002213.
- [4] Centre For The Advancement Of Interprofessional Education C. 2002 [15.03.2011]; Available from: <http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>.
- [5] Sachverständigenrat im Gesundheitswesen. Qualität und Sicherheit - Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung. Primärprävention in vulnerablen Gruppen. 1. Aufl. ed Baden-Baden: Nomos; 2008.
- [6] Sachverständigenrat im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. 1. Aufl. ed Baden-Baden: Nomos; 2009.
- [7] World Health Organization, editor. Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. Genf: World Health Organization; 2005.
- [8] World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Genf 2010.
- [9] Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010 Dec 4;376(9756):1923–58.
- [10] Robert Bosch Stiftung GmbH, editor. Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2011.
- [11] Dahlgren LO. Interprofessional learning as a means of enhancing professional competence. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2010;104(1):5–9.
- [12] Roodbol PF. Multiprofessional education to stimulate collaboration: a circular argument and its consequences. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2010;27(2): 1–4.
- [13] Frank J, editor. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
- [14] Roos M, Steinhäuser J, Laux G, Joos S, Szecsenyi J. Weiterbildung mit Inhalt - Bedarfsanalyse zur Konzeption eines überregionalen Schulungsprogramm in der Verbundweiterbildung plus. *Zeitschrift für Evidenz. Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011;105(2):110–5.
- [15] Panfil EM, Sottas B. Woher kommen die Besten? Globaler Wettbewerb in der Ausbildung – wer bildet zukunftsfähige Health Professionals aus? Zürich: Careum Verlag; 2009. Available from: http://www.stiftung-careum.ch/files/media/files/a23efc0224faff7816c549d718275adb/Careum.Working.Paper_02_de.pdf.
- [16] Hochschulrektorenkonferenz H, editor. Bologna-Reader III. FAQs - Häufig gestellte Fragen zum Bologna-Prozess an deutschen Hochschulen. Bonn: HRK Bologna-Zentrum; 2008.
- [17] Kern DE, editor. Curriculum development for medical education: a six-step approach. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. Press; 1998.
- [18] Hahn E, Fischer M. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2009;26(3):Doc35.
- [19] Kaba-Schönstein L, editor. Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege; (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Frankfurt am Main: Mabuse-Verl; 2004.
- [20] Lützenkirchen A. Interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen - eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 2005;36(3):311–24.
- [21] Klafki W. Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik: zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. 6., neu ausgestattete Aufl. ed. Weinheim; Basel: Beltz; 2007.
- [22] Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago [u.a.]: Univ. of Chicago Pr; 1981.
- [23] Stemmer R, Dorschner S. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zu ausgewählten Aspekten der Umstrukturierung von pflegebezogenen Studiengängen zu Bachelor- und Masterstudienangeboten aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege und Gesellschaft* 2007;12(2):160–4.
- [24] Sieger M. Interprofessionelles Handeln. Qualitätskriterien für die berufliche Bildung im Gesundheitswesen. *Padua* 2008;5:54–7.