

Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

HOCHSCHULE FÜR MOBILITÄT | UNIVERSITY FOR MOBILITY

Bachelorarbeit

Interprofessionelle Ausbildungsstation – Ein Vergleich zweier Modellprojekte zur Anwendung im Chemnitzer Modell in den Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz

Name:	Anna-Lena Schindler
Fakultät:	Pflege- und Gesundheitswissenschaften
Matrikelnummer:	40435
Modul:	GPW03500 Bachelorprojekt
E-Mail:	Anna-Lena.Schindler.jli@fh-zwickau.de
Erstgutachter:	Prof. Dr. paed. Ute Rosenbaum
Zweitgutachter:	M. Sc. Anke Jentzsch
Abgabedatum:	04.10.2022

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	1
Kurzzusammenfassung	2
1 Einleitung	3
1.1 Zielstellung der Arbeit	5
1.2 Aufbau der Arbeit	5
2 Gesundheitswesen in Deutschland	6
2.1 Einordnung Krankenhäuser in das Gesundheitswesen	9
2.2 Akteure im Krankenhaus	11
2.3 Berufliche Sozialisation und ihre Auswirkungen	13
2.4 Verhältnis Pflege und Medizin	17
2.5 Zusammenarbeit Pflege und Medizin	19
3 Methodik	21
3.1 Systematische Literaturrecherche	21
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	22
3.3 Literaturauswahl	22
4 Interprofessionalität	23
4.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit	26
4.2 Kommunikationsmodelle und -störungen	32
4.2.1 Die fünf Axiome der Kommunikation und ihre Störungen	32
4.2.2 Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun	35
4.3 Interprofessionelle Kommunikation	37
5 Interprofessionelle Lehre	39
5.1 Theoretische Grundlage	39
5.2 Lernen aus pädagogischer Sichtweise	43
5.3 Pädagogische Lerntheorie	46
5.3.1. Behaviorismus	46
5.3.2. Soziokonstruktivismus	47
6 Aktueller Forschungsstand zu Interprofessionellen Ausbildungsstationen	51
6.1 Beispiel erste weltweite interprofessionelle Ausbildungsstation	51
6.2 Beispiel erste deutsche interprofessionelle Ausbildungsstation	53
6.3 Unterschiede im deutschen und schwedischen Ausbildungssystem	55
6.4 Chancen	56

6.5 Herausforderungen	58
6.6 Vergleich schwedisches und deutsches Projektmodell	61
7 Implementierungsvorschlag für die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz	64
8 Diskussion	67
8.1 Methodendiskussion	67
8.2 Ergebnisdiskussion	69
9 Fazit und Ausblick	73
Literaturverzeichnis	74
Anhang	89
I Suchverlauf	90
II Ein -und Ausschlusskriterien	96
III Siebensprungmethode nach Strittmatter-Haubold und Ehlail (2012)	97
III Lernziele HIPSTA	98
V Tagesablauf HIPSTA	104
Eidesstattliche Erklärung	108

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Begriffserklärung (eigene Darstellung)	25
Abbildung 2: unterschiedliche Formen von interprofessioneller Zusammenarbeit (Atzeni et al. 2017).....	27
Abbildung 3: Einflussfaktoren gelingender, interprofessioneller Zusammenarbeit (eigene Darstellung).....	31
Abbildung 4: cognitive apprenticeship-Modell (eigene Darstellung nach Collins et al. 1989)	46
Abbildung 5: schematische Darstellung interprofessionelle Ausbildungsstation und deren Einflussfaktoren zur Entstehung von interprofessioneller Zusammenarbeit	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Primärsuchbegriffe.....	21
Tabelle 2: Sekundärsuchbegriffe.....	21
Tabelle 3: Vergleich schwedisches und deutsches Modellprojekt.....	61

Kurzzusammenfassung

Einleitung: Die Relevanz der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wird immer deutlicher. Die vergangene und aktuelle Kooperation der Gesundheitsberufe Pflege und Medizin ist konfliktär und stark verbesserungswürdig. Eine gelingende Zusammenarbeit soll daher frühestmöglich implementiert werden, sodass diese eine fundamentale Kompetenz bei Berufsantritt darstellt. Als Interventionsmethode wird die interprofessionelle Ausbildungsstation (IPSTA) untersucht.

Methoden: Um den Forschungsgegenstand zu erörtern, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Anschließend wurde das erste weltweite mit dem ersten deutschen Modellprojekt verglichen.

Ergebnisse: Die positiven Auswirkungen der Interventionsmethode in Form der interprofessionellen Ausbildungsstation sind umfassend und beeinflussen alle Teilnehmer nachhaltig. Kommunikation und tertiäre Sozialisation stellen besondere Einflussfaktoren dar, die nach aktuellem Forschungsstand vernachlässigt werden. Weitere kritische Erfolgsfaktoren sind die Qualifikation der Lernbegleiter und die intrinsische Motivation der Teilnehmenden. Der Vergleich der Modellprojekte zeigt eine geringe Differenz bezüglich der Erfüllung der Kriterien.

Diskussion: Der Erfolg der Interventionsmethode kann bestätigt werden. Die kritischen Erfolgsfaktoren sowie Herausforderungen müssen besondere Berücksichtigung finden. Dabei benötigen einige Aspekte, wie der gemeinsame Lehrplan und eine gemeinsame Bildungseinrichtung der Gesundheitsberufe, politisches Interesse, Agenda und Vorgaben für deren praktische Umsetzung. Die Ergebnisse verdeutlichen den Forschungsbedarf der Aspekte Kommunikation und tertiäre Sozialisation hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit.

1 Einleitung

Die Gesundheitsberufe Pflege und Medizin stehen sich konfliktär gegenüber. Dabei nimmt die Pflege eine untergeordnete Hilfsposition ein, während die Medizin kritikfrei im Rampenlicht steht und als ‚Gott in weiß‘ bezeichnet wird (vgl. Bischoff 1997; Troschke 2001; Thielhorn 1999). Dieses Verhältnis beschreibt das Gegenteil von gelingender Zusammenarbeit. Die Antwort auf die Frage, welche Einflussfaktoren für eine gelingende Kooperation vorhanden sein müssen, bleibt meist unbeantwortet. Die Ursachen für immanente Konflikte sind vielfältig und maßgeblich durch die Vergangenheit bedingt. Die derzeitige dysfunktionale Zusammenarbeit der beiden Gesundheitsberufe ist nicht frei von Konsequenzen (vgl. Hoefert / Flick / Härter 2007; Bischoff 1997). Die Auswirkungen werden von den meisten Patienten in Form von Über-, Unter- oder Fehlbehandlung, angespannter Atmosphäre während den Visiten oder allgemein einer geringen Patientenorientierung wahrgenommen (vgl. Buchholz 2011: 201; Grube 2009: 65; SVR 2003: 51-62). Kernelemente der beschriebenen Auswirkungen stellen die Kommunikation und die zwischenmenschliche Interaktion dar. Angenommen werden kann, dass diese zwei Aspekte eine Doppelfunktion besitzen. Einerseits beeinflussen sie das aktuelle Verhältnis, andererseits werden die Auswirkungen von der mangelhaften Zusammenarbeit in diesen widerspiegelt (vgl. Hoefert et al. 2007; SVR 2003: 59, 62f.).

Das Krankenhaus nimmt innerhalb des Gesundheitswesens eine Sonderposition ein. Durch die Ambivalenz des Humanitätsanspruchs sowie der Wirtschaftlichkeit resultieren umfangreiche Problemstellungen. Der Aufgaben-, Verantwortungs- und Kompetenzbereich ist hochkomplex und wird zunehmend durch den demografischen Wandel, die Digitalisierung und die Personalfrage beeinflusst sowie gefordert. Um den vielseitigen zukünftigen Herausforderungen souverän begegnen zu können, sind kreative und innovative Lösungsansätze notwendig. Insbesondere in Bezug auf den Aspekt Zusammenarbeit wird eine Novellierung gebraucht. Die Relevanz und deren Auswirkungen werden derzeit missachtet – somit wird wertvolles Potenzial nicht genutzt (vgl. Dettmers 2009; SVR 1996). Ein Charakteristikum von Zusammenarbeit ist, dass dabei viele verschiedene Individuen in Interaktion treten und somit Konflikte emergieren. Diese sind unvermeidbar und erfordern eine unkomplizierte sowie sachliche Lösung. Da gelingende Zusammenarbeit gelernt werden kann, müssen förderliche und hemmende

Einflussfaktoren definiert, erkannt und angewendet bzw. ggf. verhindert werden. Durch gelingende Zusammenarbeit können Faktoren wie Arbeitszufriedenheit und Arbeitsatmosphäre erhöht sowie Fluktuation, Krankheitstage, Sterberate sowie die Anzahl stationär aufgenommener Patienten reduziert werden (vgl. WHO 2010). Aktuelle Studien in Deutschland verzeichnen eine erhöhte Krankheitsdauer von Beschäftigten in Gesundheitsberufen (vgl. Gesundheitsreport 2019: 24-26; Ärzteblatt 2020). Um eine qualitative Versorgung zu gewährleisten, wird ausreichendes und gesundes Personal benötigt. Als Antwort auf die gegenwärtige Situation werden Reformgesetze in der Politik entwickelt, welche das Ziel verfolgen, die qualitative Versorgung sicherzustellen (vgl. Dannenfeld 2018: 31-35). Das fundamentale Problem betrifft allerdings die rückläufige Entwicklung des Pflegepersonals. Die unbefriedigenden Arbeitsbedingungen, die geringe Vergütung sowie das fehlende Prestige verhindern neue Auszubildende im Pflegebereich, womit das komplexe System Krankenhaus vor einem Problem steht. Die Herausforderung besteht in der Akquisition neuer Auszubildender und darin, diese anschließend im Beruf zu halten (vgl. Bühler 2018: 177-181). Um dieses Vorhaben erfolgreich zu realisieren, bietet sich die neuartige Interventionsmethode der ‚interprofessionellen Ausbildungsstation‘ an. In diesem Projekt werden Auszubildende der Pflege und Medizinstudenten in einen realitätsnahen Klinikalltag eingeführt, verbunden mit dem Vorteil, diesen in einer geschützten Lernumgebung kennenzulernen und erste praktische Berufserfahrung zu sammeln. Dadurch kann die berufsübergreifende Zusammenarbeit vor dem eigentlichen Berufsantritt erlernt werden. Die interprofessionelle Ausbildungsstation basiert auf pädagogischen Lehr- und Lernmethoden und erfährt durch ihre vielversprechenden Erfolge mediale Aufmerksamkeit (vgl. Mihaljevic et al. 2018). In Deutschland wird diese Interventionsmaßnahme seit 2017 implementiert, die Anzahl der vorhandenen interprofessionellen Ausbildungsstationen steigt kontinuierlich (vgl. Mette 2022; Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen o. J.; Universität zu Lübeck 2022; Kölner Wissenschaftsrunde 2022; Klinikum Fulda o. J.). Inzwischen wird der berufsübergreifenden Zusammenarbeit und deren Auswirkung, national wie international, mehr Bedeutung zugeschrieben (vgl. Weiss / Tilin / Morgan 2019; Wilhelmsson et al. 2009; Atzeni / Schmitz / Berchtold 2017; Barr 2001).

1.1 Zielstellung der Arbeit

Die interprofessionelle Ausbildungsstation stellt eine innovative Interventionsmethode dar, welche die berufsübergreifende Zusammenarbeit frühestmöglich etablieren und fördern soll, sodass diese eine selbstverständliche Kompetenz bei Berufsantritt verkörpert. Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, den Gegenstand der interprofessionellen Zusammenarbeit, dessen Einflussfaktoren und potenzielle Herausforderungen durch eine systematische Literaturrecherche zu erörtern. Weiterhin werden zwei Modellprojekte mittels evidenzbasierter Kriterien verglichen, um deren Erfolg und Reproduzierbarkeit zu eruieren, sodass ein Implementationsvorschlag erarbeitet werden kann.

Die vorliegende Arbeit untersucht folgende drei Forschungsfragen:

- Welche Auswirkung nimmt die interprofessionelle Ausbildungsstation auf die Medizinstudenten und Pflegeauszubildenden?
- Welche Rolle spielt die Kommunikation bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit?
- Inwiefern erfüllen die Modellprojekte die evidenzbasierten Kriterien einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit?

1.2 Aufbau der Arbeit

Zunächst wird das Gesundheitswesen in Deutschland sowie die Position der Krankenhäuser und dessen Akteure skizziert. Danach erfolgt die Darstellung der vergangenen und aktuellen Zusammenarbeit der Bereiche Pflege und Medizin, um das Verhältnis und die Beziehung beider Gesundheitsberufe zueinander aufzuzeigen. Nachdem in Kapitel 3 die Methodik erläutert wird, wird das Konzept der Interprofessionalität beschrieben. Wichtige Bestandteile der Interprofessionalität sind Kommunikation und Zusammenarbeit. Diese Aspekte werden ausführlich hinsichtlich ihrer Modelle und Störungen erörtert. Das fünfte Kapitel widmet sich den pädagogischen Lerntheorien, welche innerhalb der interprofessionellen Ausbildungsstation Anwendung finden. Anschließend erfolgt die Beschreibung der ersten weltweiten und der ersten deutschen interprofessionellen Ausbildungsstation und deren Chancen sowie Herausforderungen. Danach werden die zwei Modellprojekte verglichen. Schlussendlich wird ein Implementierungsvorschlag für die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz vorgestellt.

2 Gesundheitswesen in Deutschland

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein komplexes Konstrukt, welches aus diversen Entscheidungsträgern und Organisationen besteht (vgl. Busse / Blümel / Ognyanova 2013: 37f.). Die erste Ebene wird durch den gesetzlichen Rahmen der folgenden drei Hauptakteure gebildet: dem Bundestag, dem Bundesrat und dem Bundesministerium für Gesundheit (vgl. Busse et al. 2013: 41; Bundesministerium für Gesundheit 2020). Der Bundestag formuliert gemeinsam mit dem Bundesrat das Sozialgesetzbuch sowie Reformgesetze (vgl. Busse et al. 2013: 38). Im Sozialgesetzbuch werden wesentliche rechtliche Ansprüche und Bestimmungen für die Grundsicherung der Arbeitssuchenden, der Arbeitsförderung, der Sozialversicherung, der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation, der Sozialverwaltungsverfahren, der sozialen Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe geregelt. Auf zweiter Ebene sind die Länderregierungen und die Landesparlamente für gesundheitsrelevante Themen zuständig (vgl. Busse et al. 2013: 43). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) repräsentiert die Ebene der Selbstverwaltung. In seinen Verantwortungsbereich fallen die Leistungsbestimmung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Qualitätssicherung von Krankenhäusern und Arztpraxen. Der G-BA setzt sich aus vier Selbstverwaltungsorganisationen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen) zusammen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss o. J.; Bundesministerium für Gesundheit 2020).

Das deutsche Versorgungssystem kann in folgende drei Bereiche aufgeteilt werden:

- a) Primärversorgung durch niedergelassene Ärzte,
- b) Akutversorgung im Krankenhaus,
- c) Rehabilitation (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021)

Die Grundlage des deutschen Gesundheitssystems wurde im Jahr 1883 gelegt, als Otto von Bismarck die gesetzliche Sozialversicherung für die gesamte Bevölkerung verpflichtend einführt. Diese bestand aus der Krankenversicherung und wurde in den folgenden Jahren bis 1889 um die Betriebsunfallversicherung, die Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung erweitert. Die Pflegeversicherung wurde im Jahr 1994 eingeführt (vgl. Porter & Guth 2012: 69). Eine Besonderheit innerhalb des deutschen

Gesundheitssystem bildet die Koexistenz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV). In Deutschland sind aktuell 73,2 Millionen Menschen gesetzlich versichert (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2022a). Das Solidaritätsprinzip stellt die wichtigste Grundlage des deutschen Gesundheitswesens dar. Die Finanzierung der GKV erfolgt in Abhängigkeit vom Einkommen. Nicht beachtet werden dabei das medizinische Risiko oder die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen. Die Finanzierung der Beiträge erfolgt nach dem Paritätsprinzip. Die Kosten werden je zur Hälfte vom Arbeitnehmer sowie vom Arbeitgeber aufgebracht. Der GKV-Versicherte zahlt zusätzlich eine Selbstbeteiligung in Höhe von ein bis zwei Prozent des eigenen Bruttoeinkommens (vgl. Porter & Guth 2012: 65f.). Die PKV folgt dem Äquivalenzprinzip, welches von der Inanspruchnahme der Leistungen sowie dem individuellen Risiko ausgeht. Die PKV kann nur in Anspruch genommen werden, sofern das Bruttoeinkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Zwei weitere Gründe für die Inanspruchnahme der PKV stellen die berufliche Selbstständigkeit oder das Beamtentum dar. Versicherte zahlen die anfallenden Kosten bei Inanspruchnahme von Leistungen unmittelbar, können aber durch das Kostenerstattungsprinzip Rechnungen einreichen und die Beträge erstattet bekommen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2022b). Die Versicherungsmitglieder von GKV und PKV besitzen freie Krankenkassen-, Arzt- und Krankenhauswahl. Ärzte und Krankenhäuser unterliegen der Behandlungspflicht (vgl. Busse et al. 2013: 39).

Von 1900 bis 1970 kann das deutsche Gesundheitswesen durch Expansion, medizinischen Fortschritt und Wohlstand beschrieben werden. Als Folge dessen entstand 1970 in der BRD die sogenannte ‚Kostenexplosion‘. Dabei erhöhten sich die Gesamtausgaben unproportional. Als Antwort auf die Kostenexplosion erfolgten viele Reformen, deren Ziel eine Kostendämpfung darstellte (vgl. Busse et al. 2013: 69-73). Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 wurde festgelegt, dass die Finanzierung der Krankenhäuser eine öffentliche Verantwortung darstellt. Der Bund und die Länder stellen den Krankenhäusern, welche im Landeskrankenhausplan vertreten sind, Investitionsgelder für Neubau, Umbau oder Erstausrüstung zur Verfügung. Die Betriebskosten des Krankenhauses werden durch die gesetzlichen Krankenkassen und/oder privaten Krankenkassen finanziert (vgl. Busse et al. 2013: 113). Dieses Finanzierungssystem wird als duale Finanzierung beschrieben (vgl. Dannenfeld 2018: 25-27).

Ein weiteres Ziel des Gesundheitssystems ist ein flächendeckendes Krankenhausangebot für die Bevölkerung bereitzustellen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021). Krankenhäuser können in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft geführt werden. Aktuell gibt es mehr private Träger als öffentliche oder freigemeinnützige (vgl. Statistisches Bundesamt 2022a). Bedingt durch die duale Finanzierung liegt die Krankenhausbedarfsplanung in Verantwortung der Bundesländer. In Kooperation mit Krankenhäusern und Krankenkassen werden notwendige Fachgebiete sowie die Bettenanzahl festgelegt (vgl. Busse et al. 2013: 75). Demnach ergeben sich verschiedene Versorgungsstufen mit unterschiedlichem Behandlungsspektrum und Spezifikationen (vgl. Civello / Simic / Stock 2013: 37).

Nachdem das KHG 1972 eingeführt wurde, folgte im Jahr 1986 das flexible Budget, wodurch Krankenhäuser zum ersten Mal unter wirtschaftlichen Druck geraten sind, da die Möglichkeit bestand, Gewinn oder Verlust zu generieren (vgl. Dannenfeld 2018: 28). Nachdem 2003 die Diagnosis-Related-Groups, also DRG-Fallpauschalen nach australischem Vorbild eingeführt wurden, entstand ein innovatives Vergütungssystem, welches sich auf diagnosebezogene Fallgruppierungen (medizinische Diagnosen, Operationen und Prozeduren) bezieht. Bis zu diesem Zeitpunkt befand sich die Krankenhauslandschaft in einer fast wettbewerbsfreien Zone. Mit Einführung der DRG-Fallpauschalen wurde die Vergütungsdynamik grundlegend verändert, was empirisch anhand der Halbierung der Verweildauer und dem Anstieg der Fallzahlen belegt werden kann (vgl. Dannenfeld 2018: 28). Ab 1990 stellte die Qualitätssicherung im Krankenhaus eine Priorität dar. Seit 2000 ist die Durchführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtend für alle Krankenhäuser (vgl. Busse et al. 2013: 76f.). Weiterhin müssen Krankenhäuser seit Herbst 2005 ihr Leistungsspektrum sowie die erbrachte Leistungsanzahl auf ihrer Internetseite veröffentlichen (vgl. Busse et al. 2013: 78). Damit die Bevölkerung eine Übersicht über die interne Qualität der Krankenhäuser in Deutschland erhalten kann, wurden Krankenhausreports eingeführt.

Ein weiteres besonderes Merkmal, neben der Koexistenz zweier Versicherungssysteme, stellt die eindeutige Zuständigkeit der Krankenhäuser dar. Es herrschte eine sorgfältige Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Eine Veränderung trat ab dem Jahr 2000 ein, da die Krankenhäuser seitdem die Möglichkeit zur aktiven Erschließung des

ambulanten Bereiches bspw. durch das ‚Disease-Management-Programm‘ oder integrierten Versorgungsmodellen erhalten (vgl. Busse et al. 2013: 187). Ein weiteres Kernelement des deutschen Gesundheitswesens repräsentiert der § 39 SGB V. Dieser sorgt u. a. für eine Entlastung des Krankenhauses. Darin wird das Prinzip „ambulant vor stationär“ beschrieben, welches auf eine Ausgabenreduktion bei gleich bleibender Versorgungsqualität abzielt. Diese ehrgeizige Intention schafft oftmals Herausforderungen (vgl. Ärzteblatt 2014; Gassen 2018: 166).

Nach Porter & Guth (2012) besteht die dringende Notwendigkeit einer Restrukturierung der deutschen Gesundheitsversorgung (77). Im aktuellen „Deutschland Länderprofil Gesundheit 2019“ der OCED wird das deutsche Gesundheitswesen wie folgt beschrieben:

„Deutschland gibt pro Person mehr für Gesundheit aus als andere EU-Länder und bietet einen umfassenden Leistungskatalog, ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen und einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Das System ist jedoch aufgrund zahlreicher Kostenträger und Leistungserbringer stark fragmentiert, was zu Ineffizienzen und einer verminderten Qualität der Versorgung in bestimmten Versorgungseinrichtungen führt und sich oft in durchschnittlichen Gesundheitsergebnissen widerspiegelt.“

Das deutsche Gesundheitswesen ist im europaweiten Vergleich das System mit der „höchsten Quote an Krankenhausbetten, Ärzten und Krankenpflegekräften pro Einwohner in der EU“ (OCED 2019: 3). Obwohl Deutschland im EU-Vergleich die höchste Anzahl an Betten besitzt, ist die Anzahl an Ärzten und Pflegefachpersonen pro Bett, in Abhängigkeit der Anzahl des gesamten Gesundheitspersonals, gering (vgl. OCED 2019: 11).

2.1 Einordnung Krankenhäuser in das Gesundheitswesen

Ein Krankenhaus ist nach § 107 Abs. 1 SGB V:

„(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“

In der Soziologie wird das Konstrukt Krankenhaus als soziale Institution definiert (vgl. Raspe 1976: 12). Das Krankenhaus kann durch seinen modernen Charakter als komplexe Institution beschrieben werden (vgl. Mintzberg 1992: 256). In dieser existieren eindeutige Regeln, Normen, wissenschaftliche Rationalität sowie Affektneutralität (vgl. Grube 2009: 59). Die Herausforderung einer jeden Institution liegt darin, die immanenten und subtilen Bestandteile zu identifizieren, um somit ein aktives Bewusstsein derer zu entwickeln. Daraus resultiert die Möglichkeit zur nachhaltigen Implementation von Veränderungen (vgl. Hoefert 2007b: 12).

Die modernen Charakteristika eines Krankenhauses sind durch die geschichtliche Entwicklung und Traditionen geprägt. Der Ursprung moderner Krankenhäuser kann in Häusern für Armenfürsorge verortet werden (vgl. Grube 2009: 50; Jetter 1973: 35), wobei festgehalten werden soll, dass die Historiografie des Krankenhauses weder linear noch einfach ist (vgl. Hoefert 2007b: 12; Jetter 1973). Oftmals wird der Ursprung des Krankenhauses in der antiken Hochkultur vermutet, diese Annahme kann jedoch nicht belegt werden (vgl. Jetter 1986: 17). Die heutigen Krankenhäuser sind vergleichbar mit den früheren Hospitälern. Diese standen unter kirchliche Führung mit dem Fokus auf physischer und seelischer Pflege, wobei ein ärztlicher Dienst nicht vorhanden war. Der Tagesablauf war stark vom Gottesdienst und der kirchlichen Struktur beeinflusst (vgl. Jütte 1996: 43; Jetter 1986: 17f.). Parallel entwickelten sich Einrichtungen, deren Ziel eine direkte Absonderung der Kranken darstellte (vgl. Jetter 1973: 62f.). Mit dieser Aufgabenerweiterung entstand ein Bedarf an medizinischer Versorgung durch den ärztlichen Dienst. Die Pflege erhielt nun komplementäre Tätigkeiten und war nicht mehr Mittelpunkt der Versorgung (vgl. Jütte 1996: 41f.). Ab Ende des 18. Jahrhunderts stand die Krankheitsbehandlung im Mittelpunkt der Hospitäler. Somit entstand eine Umstrukturierung der Prioritäten – vom ursprünglichen Interesse an dem erkrankten Menschen hin zur Konzentration auf die Krankheit per se (vgl. Jütte 1996: 43). Der Ursprung des modernen Krankenhauses kann somit im 18. Jahrhundert verortet werden (vgl. Siegrist 1976: 3; Jetter 1986: 199). Ab Mitte des 19. Jahrhunderts fanden zwei große Entwicklungen im Bereich der Medizin und hinsichtlich des Versicherungssystems statt. Otto von Bismarck führte wie bereits erwähnt 1883 das soziale Versicherungssystem ein, wodurch ausschlaggebende Veränderungen eintraten. Nennenswert sind die Zunahme der Patientenzahl um 500 Prozent sowie die Steigerung der Bettenauslastung um 282 Prozent. Gründe hierfür können das gesteigerte Prestige des Krankenhauswesens in der

Gesellschaft sein (vgl. Labisch 1996: 264f.; Hoefert 2007b: 13). Der außergewöhnliche medizinische Fortschritt erfolgte mit Einführung der Desinfektion und Sterilisation, wodurch sich die Patientenklientel veränderte. Vor der medizinischen Innovation war das Krankenhaus überwiegend von einer schwachen sozioökonomischen Klientel aufgesucht wurden. Das neue Verfahren erzielte nicht nur medizinischen Fortschritt, sondern auch eine liquide Klientel (vgl. Thomann 1996: 147-155). Dadurch entfaltete sich die Macht der Ärzte und die Pflege vollzog zunehmend mehr administrative und organisatorische Aufgaben. Somit entwickelte sich das Berufsbild der Pflege zur komplementären Tätigkeit neben der Medizin (vgl. Rumpf 1893 zitiert nach Uhlmann 1996: 407; Grahmann & Gutwetter 1996: 31-34; Bischoff 1997: 99-101). Mit Beginn der Industrialisierung wurde die Krankenbehandlung um den Faktor Effizienz ergänzt. Es galt, die Arbeitskraft so schnell wie möglich wiederherzustellen. Schlussfolgernd kann „die Entwicklung des modernen Krankenhauses als eine Parallele zur Industrialisierung“ (Grube 2009: 53) gesehen werden. Der ursprüngliche und kirchliche Charakter, gekennzeichnet durch Fürsorge und Nächstenliebe, wurde gegen Technikorientierung und Sterilität ersetzt (vgl. ebd.: 53; Lown 2002). Die neuen Werte spiegelten sich nach dem Zweiten Weltkrieg im Wiederaufbau und waren von enormen Einsparungen gekennzeichnet (vgl. ebd.: 54). Die Entwicklung vom traditionellen Hospital zum modernen Krankenhaus dauerte über Jahrhunderte und erzeugte eine gänzlich neue Einrichtungsart mit sich ständig verändernden Charakteristika, Anforderungen und Herausforderungen (vgl. Labisch 1996: 420; Siegrist 1976: 3-5). Die aktuelle Institution Krankenhaus ist ein neues Konstrukt, welches mehreren Ansprüchen und Zielen gerecht werden muss. Hoefert (2007b: 23) beschreibt, dass sich die aktuelle Krankenhauslandschaft in einer Phase der Existenzkrise befindet. Um diese erfolgreich zu bewältigen, werden Faktoren wie Flexibilität, berufsübergreifende Zusammenarbeit, Ambulantisierung sowie nachhaltiges Personalmanagement genannt.

2.2 Akteure im Krankenhaus

Im Krankenhaus ist eine Vielzahl von unterschiedlichen Akteuren zu verorten. Diese Komplexität kann als Professionsbürokratie beschrieben werden. Die Prozesse und Organisation innerhalb des Krankenhauses sind festgelegt, kalkulierbar, genormt und umfassend. Deswegen besteht die Herausforderung in der parallelen Herstellung von Einheitlichkeit und Dezentralisierung (vgl. Mintzberg 1992: 256-260). Die Institution

Krankenhaus zeichnet sich als ein komplexes System von verschiedenen Berufsgruppen mit organisatorischen und politischen Strukturen sowie durch zahlreiche verschiedene Wertesysteme aus (vgl. Weiss et al. 2019: 14; Siegrist 1976: 11f.). Berufsgruppen im Krankenhaus können grob in Gesundheitsberufe, Verwaltungsberufe, Wirtschaftsberufe, technische Berufe sowie Sonderberufe untergliedert werden (vgl. Golombek / Felme / Paas 1997; Bräutigam / Evans / Hilbert 2013).

Eine Definition von Gesundheitsberufen beschreibt deren „Tätigkeitsinhalte [als] unmittelbar darauf abzielend, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten“ (SVR 2007: 68 zitiert nach Buchholz 2011: 41).

Krankenhausrelevante Akteure lassen sich in zwei Kategorien unterteilen. Einerseits gibt es die unmittelbaren Akteure, grob Gesundheitsberufe. Dazu zählt der ärztliche Dienst, der durch Ärzte, Physician Assistants (PA), Medizinisch-Technische Assistenten (MTA), Operations-Technische Assistenten (OTA), Anästhesistisch-Technische Assistenten (ATA), Chirurgisch-Technische Assistenten (CTA) und Medizinstudenten vertreten wird (vgl. Bräutigam et al. 2013: 30-32; Golombek et al. 1997). Der pflegerische Dienst wird durch Pflegefachpersonen, Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Spezifikationen, Pflegehelfer und Pflegeauszubildende sowie ungelernete Pflegehilfskräfte vertreten. In die Kategorie des pflegerischen Dienstes zählen ebenso Notfallsanitäter und Rettungsassistenten. Weiterhin sind therapeutische Akteure wie Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten, Diätassistenten sowie der Sozialdienst aber auch freiwillig Engagierte oder Ehrenamtliche als unmittelbare Akteure tätig (vgl. Golombek et al. 1997). Die zweite Kategorie beschreibt die Tätigkeit der mittelbaren Akteure. Diese können unter den Sammelbegriff Verwaltungsberufe gefasst werden. Das Tätigkeitsfeld umfasst die Geschäftsführung, Personalabteilung, Öffentlichkeitsarbeit, das Medizincontrolling bis hin zur IT. Weitere relevante mittelbare Akteure sind im Einkauf, in der Küche und Reinigung sowie in der Medizintechnik zu finden (vgl. Golombek et al. 1997). Die unmittelbaren und mittelbaren Akteure können als interne Akteure beschrieben werden. Patienten, Angehörige, Einweiser, Lieferanten, Krankenkassen, Sponsoren sowie Staat und Medien werden als externe Akteure angesehen (vgl. Kriegel 2012: 71).

Die Komplexität im Zusammenspiel der verschiedenen Akteure nimmt Einfluss auf den Organisationsablauf, den Prozess, die Zusammenarbeit sowie die Kommunikation (vgl. Kriegel 2012: 71f.). Die Organisationsstruktur im Krankenhaus ist hierarchisch gegliedert und durch einige Zielkonflikte geprägt (vgl. Grube 2009: 56f.).

2.3 Berufliche Sozialisation und ihre Auswirkungen

Der Begriff Sozialisation bedeutet „Veränderung oder Stabilisierung von Persönlichkeitsstrukturen durch die individuelle Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Umwelt“ (Heinz 1995: 37). Der Sozialisationsprozess kann als eine Art Kontinuum beschrieben werden, wobei das Ausmaß von Anpassung oder Veränderung situationsabhängig bedingt ist. Die Identitätsbildung des Individuums und die Entwicklung eines Gesellschaftsmitgliedes steht im Fokus des Sozialisationsprozesses (vgl. ebd.: 37; Hoefert 2007d: 71f.). Die Sozialisation kann dabei in drei Formen unterschieden werden. Die primäre Sozialisation findet durch die Familie oder ähnliche Bezugspersonen statt, die sekundäre Sozialisation durch den Kindergarten, die Schule und Gleichaltrige. Die berufliche Sozialisation stellt die tertiäre Form dar.

Durch die berufliche Sozialisation werden bestimmte Rollen, Verhaltensweisen, Rituale und Konzepte übernommen, die sich wiederum im verbalen und non-verbalen Verhalten spiegeln (vgl. Heinz 1995; Fragemann 2017). Neben der allgemeinen beruflichen Sozialisation erfolgt eine spezifische berufliche Sozialisation, welche sich auf den aktuellen Arbeitsplatz sowie das unmittelbare soziale Netzwerk bezieht. Diese besteht aus „Normen, Regeln, gemeinsamen Überzeugungen und Zukunftsprojektionen aber auch aus Geschichten, Legenden, Anekdoten und dem Wissen um die eigene Geschichte“ (Hoefert 2008: 246f.). Einen weiteren ausschlaggebenden Punkt in sozialen Netzwerken stellen Privilegien und informale Hierarchien dar (vgl. Hoefert 2008: 249f.). Nach Goffman nimmt das Individuum, der Sozialisand, eine neue Identität an und passt sich somit den systemischen Strukturen an, um keine Desintegration zu erfahren (Goffman 1967 zitiert nach Lenz 1991: 69; Goffman 1977: 297ff. zitiert nach Hettlage 1991: 130).

Die berufliche Sozialisation kann in zwei Formen unterteilt werden:

1. Sozialisation *für* den Beruf: umfasst den Prozess der Interessens-, Fähigkeits- und Wertorientierung sowie -entwicklung durch Familie und Schule, welche in der ersten Berufswahl resultiert,
2. Sozialisation *durch* den Beruf: beschreibt alle Einflüsse durch das Arbeitsleben auf das Individuum. Diese können persönlichkeitsfördernd oder -hemmend sein (vgl. Heinz 1980 zitiert nach Heinz 1995: 42).

Die berufliche Sozialisation steht in einem Wechselverhältnis zwischen Privatleben und Arbeitsleben. Nach Heinz (1995: 45f.) lässt sich die berufliche Sozialisation als Modell darstellen, das durch Einflussbeziehungen und Wechselwirkungen geprägt ist. Bevor das Individuum die Arbeitsanforderungen praktisch umsetzt, werden diese von ihm in seiner subjektiven Wahrnehmung übersetzt und bewertet. Die Arbeitsanforderungen nehmen Einfluss auf die Handlungskompetenz und die berufliche Identität, diese beeinflusst wiederum die subjektive Wahrnehmung und das Arbeitshandeln des Individuums. Durch das Arbeitshandeln erstellt das Individuum seine persönliche Berufsbiographie. Die berufliche Identität befindet sich immer in Wechselwirkung mit der Handlungskompetenz und Berufsbiographie.

In der Gesellschaft sind alle Berufsrollen mit verschiedenen Wertvorstellungen und einem unterschiedlichen Grad an Prestige besetzt (vgl. Heinz 1995: 54). Nach Joas (1991: 138-147) beruht die berufliche Sozialisation auf einem Konstrukt, bestehend aus funktionalistischer Soziologie und symbolischem Interaktionismus. Dabei beschreibt Joas, dass das Individuum situationsabhängig normativ sinnvoll handelt (1991: 147).

Schlussfolgernd muss das Individuum in seinem Arbeitshandeln und den Handlungsanforderungen Sinn erkennen und dieses auch als sinnvoll bewerten (vgl. Heinz 1995: 56). Im symbolischen Interaktionismus wird die berufliche Sozialisation als Herstellung eines Gleichgewichtes zwischen den privaten und beruflichen Interessen des Individuums beschrieben. Dadurch wird eine sogenannte „Ich-Identität“ aufgebaut, die für ein gewisses Maß an Persönlichkeitskontinuität sorgt (vgl. Heinz 1995: 57). Nach Goffman ist die Fähigkeit zur „Rollendistanz“ elementar, um eine „Ich-Identität“ aufzubauen. Hierbei geht es darum, die (berufliche) Rolle bewusst zu gestalten, anstatt in Resignation zu institutionellen Normen zu gehen (vgl. Hettlage & Lenz 1991; Goffman 1977: 297ff. zitiert nach Hettlage 1991: 130; Goffman 1973: 121 zitiert nach Lenz 1991: 279f.). Im

Kontrast dazu steht die funktionalistische Soziologie. Diese besagt, dass das Individuum („EGO“) Normen und Rollenerwartungen verinnerlicht und nach diesen handelt. Das EGO tritt mit dem sozialen System „Arbeitsort“ über seine soziale Rolle in Verbindung. Dabei treten „die ungleichen Rechte und Pflichten, die individuellen Interpretationen von Rollenerwartungen und die Austragung von Rollenkonflikten [...] im Interesse der Systemintegration in den Hintergrund“ (Heinz 1995: 54).

Es wird davon ausgegangen, dass der Einfluss der beruflichen Rolle auf die Identität bei professionellen Berufen stärker ist. Als professionalisierte Berufe gelten solche, die berufsethische Verhaltensnormen besitzen, welche auch außerhalb des Arbeitsortes relevant sind und als objektiv sinnstiftend gelten. Beispiele hierfür sind Ärzte und Juristen. Diese Annahme ist stark begrenzt und lässt Berufe, welche ebenso fachliche Kompetenzen und berufsbezogene Wertvorstellungen haben, außer Acht (vgl. Heinz 1995: 104). Die berufliche Sozialisation der Ärzte ist gekennzeichnet durch ein Elternhaus einer bestimmten Klientel mit starkem sozioökonomischen Faktor, welcher durch Werte wie „Pflichterfüllung, Leistungsbereitschaft, soziales Engagement [...] Fleiß und Ordnungssinn“ (Hoefert 2007d: 72) für das Medizinstudium qualifiziert. Die berufliche Sozialisation in und nach dem Studium verstärkt das Hierarchiegefälle, die Konkurrenz sowie Objektivität und begünstigt das immer noch vorherrschende, ehemalige Militärmedizinsystem aus dem 19. Jahrhundert (vgl. Hoefert 2007d: 72f.; Grahmann & Gutwetter 1996: 31). Als weiterer wichtiger Einflussfaktor, welcher zum Sozialisierungsprozess gezählt werden kann, soll der Hippokratische Eid genannt werden. Dieser vermittelt eine Grundorientierung und priorisiert folgende Verhaltensweisen: a) affektive Neutralität, b) Funktionsspezifität, c) Universalismus und d) Kollektivitätsorientierung (König 1987 zitiert nach Hoefert 2007d: 74). Der Widerspruch zwischen Sozialisation und der Assoziation von einem ‚guten Arzt‘ wird als allgegenwärtig beschrieben und stellt die medizinische Profession vor eine psychische Herausforderung (vgl. Dörner 2003; Lown 2002; Grahmann & Gutwetter 1996; Troschke 2001: 64-71). Durch diese kann eine Abwesenheit der festgelegten Idealvorstellung resultieren, die eine Flucht in Hierarchiemuster und Machtdemonstrationen sowie die erfolgreiche Aneignung von Distanzierungstechniken erzeugt (vgl. Grahmann & Gutwetter 1996: 124-135; Siegrist 1995: 240). Die Sozialisation im Beruf und das intraprofessionelle Arbeitsmilieu unterstützen die Hierarchie- und Delegationsmuster sowie die

monoprofessionelle Arbeitsweise, wodurch die geringe Kooperationsbereitschaft konkludiert werden kann (vgl. Hoefert 2007d: 76; Siegrist 1995: 240).

Die Sozialisation für den Pflegeberuf ist von einer hohen sozialen Motivation der Hilfsbereitschaft, Selbstlosigkeit, Fürsorge und Empathie gekennzeichnet. Die Pflege wird als Frauenberuf mit weiblichen Charaktereigenschaften assoziiert und wird nach wie vor vom weiblichen Geschlecht dominiert (vgl. Bischoff 1982; Hoefert 2007d: 77; Grahmann & Gutwetter 1996: 32). Die beruflichen Sozialisierungsmaßnahmen für den Pflegeberuf starten früher als jene der Ärzte. Das Ausbildungsalter der meisten Berufsanwärter liegt zwischen 16 und 20 Jahren; in diesem Lebensabschnitt ist „die Persönlichkeit noch nicht konturiert“ (Hoefert 2007d: 76). Zu den wichtigsten Faktoren der pflegerischen beruflichen Sozialisierung gehören das Erlernen der offiziellen und inoffiziellen Geschichte des Krankenhauses, der Pflegekodex und der Entwicklung der individuellen Rollen (vgl. Hoefert 2007d: 77-80). Die Schwierigkeit liegt darin, die inhaltliche Diffusität zu identifizieren und ein eigenes und belastbares Selbstverständnis zu entwickeln (vgl. Steppe 1990 zitiert nach Hoefert 2007d: 78). Die Pflegeprofession befindet sich noch immer in einer unzureichenden definierten Position, welche ein autonomes und selbstsicheres Handeln einschränkt und die aktuellen Hierarchie- und Machtgefüge sowie Delegationsmuster unterstützt.

Die Gesundheitsberufe, Pflege und Medizin, besitzen durch die Sozialisation jeweils enorme Selbst- und Fremdansprüche, deren Bewältigung kaum im vollen Maße möglich ist. Zusätzlich verstärkt die traditionelle Sozialisation bestehende Stereotype und trägt somit zur Spaltung der beiden Berufe bei. Das Streben nach einem fehlerlosen Idealbild hat negative Auswirkungen auf die Betroffenen und führt zu intra- und interprofessionellen Konflikten (vgl. Siegrist 1995, 1978; Grahmann & Gutwetter 1996).

Die physische und psychische Belastung beider Bereiche kann empirisch belegt werden, welche wiederum Auswirkungen auf die Zusammenarbeit nehmen. Diese sollten jedoch nicht als Barrieren aufrechterhalten, sondern deren Existenz sollte von der jeweils anderen Profession akzeptiert werden. Zusammenfassend ist der immense Einfluss der Sozialisation auf die Zusammenarbeit festzuhalten.

2.4 Verhältnis Pflege und Medizin

Das Verhältnis zwischen Pflege und Medizin ist historisch bedingt. Die akute Diagnoseerstellung und Heilung der Krankheit wird dem Arzt zugeschrieben. Die Medizin beruht auf der Naturwissenschaft und wird als eigenständige Profession anerkannt (vgl. Bischoff 1982: 24). Der Pflege kommt die Aufgabe der Krankenpflege zu und sie übernimmt damit eine untergeordnete Rolle, indem sie die Medizin unterstützt (vgl. Thielhorn 1999: 17; Bischoff 1982: 24; Bischoff 1997: 99). Seither herrscht ein starkes Hierarchiegefälle zwischen Medizin und Pflege (vgl. Ludwig 2018; Buchholz 2011: 76; Weiss et al. 2019: 15; Grahmann & Gutwetter 1996: 21). Die großen Unterschiede, welche eine Distanz zwischen Medizin und Pflege ergeben, sind die Unterschiede im beruflichen Selbstverständnis, der Unterschied von Studium gegenüber der dualen Berufsausbildung, der Unterschied Naturwissenschaft versus ganzheitlicher Ansatz, der Unterschied zwischen Autonomie und Weisungsgebundenheit sowie der Unterschied in der zeitlichen und räumlichen Präsenz (Hofmann 2001: 208-212). Pflegefachkräfte sind nicht befugt, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen – woraus ein Abhängigkeitsverhältnis resultiert (vgl. WHO 1988: 14). Als Paradoxon gegenüber der fehlenden Entscheidungsgewalt steht die Tatsache, dass die Pflege den meisten Kontakt zu den Patienten aufweist (vgl. Buchholz 2011: 76; Schmidbauer 1985 zitiert nach Grahmann & Gutwetter 1996: 134; Hoefert & Härter 2010: 13; Grube 2009: 80). Schlussfolgernd wäre eine Umverteilung der Entscheidungsmacht sinnvoll (vgl. Fagin & Garelick 2004: 278).

Die Pflege besitzt durch die geschichtliche Entwicklung einen weiblichen Charakter. Die häufigsten Assoziationen sind jene der Berufung, Nächstenliebe, Selbstlosigkeit, Wärme, Empathie und Emotionalität (vgl. Bischoff 1982: 13; Thielhorn 1999: 17; Grahmann & Gutwetter 1996: 32). Diese Charakteristika stellen eine Notwendigkeit für die Ausübung des Berufs dar. Bischoff (1982: 14) fasst den Sachverhalt prägnant zusammen: „Die Krankenpflege ist ein Beruf, der auf diesen ‚weiblichen‘ Fähigkeiten beruht.“ Im Kontrast dazu werden der Medizin Attribute wie Wissen, Objektivität, Erfolg, Macht, Geld und Prestige zugeordnet. Die Medizin wird oftmals als männlich-rational beschrieben, während die Pflege als weiblich-emotional gesehen wird. Hier wird erneut das komplementäre Verhältnis von Medizin und Pflege sichtbar (vgl. Bischoff 1997: 98-101; Grahmann & Gutwetter 1996: 21f.). Eine schwerwiegende und logische Konsequenz aus dieser Disparität stellt die bis heute anhaltende Frage um die Wissenschaftlichkeit der

Pflege dar. Ein weiterer erschwerender Faktor wird in einer verspäteten Entwicklung eines kollektiven Interessenverbandes gesehen, welcher bis heute dem der Medizin unterlegen ist (vgl. Uhlmann 1996: 409f.). Es herrscht unverändert Dissens darüber, ob und inwiefern die Pflege eine Profession ist (vgl. Bischoff 1997: 101f.; Neumann 2009: 11-13; Kersting 2020; Kersting & Meisternest 2020; Siegrist 2005: 244). Eine Profession zeichnet sich aus durch:

- theoretisches, spezialisiertes und systematisches Expertenwissen, worauf Tätigkeiten beruhen,
- Monopolstellung der Leistungserbringung (= Mandat),
- normative, berufsinterne Eigenkontrolle und fehlender sozialer Kontrolle,
- berufliche Autonomie,
- hohes Sozialprestige und Einkommen (vgl. Siegrist 2005: 226)

Damit die Pflege gesamtgesellschaftlich als Profession betrachtet wird, bedarf es Berufsstolz. Dieser muss nach amerikanischem und skandinavischem Vorbild entwickelt und implementiert werden. Dadurch besteht die realistische Chance, dass die Pflege sich zu einer Profession entfaltet und als solche wahrgenommen wird. Im Fokus steht die Emanzipation aus der „Jammerkultur“. Dadurch kann das Hierarchiegefälle entkräftet werden (vgl. Zegelin 2020). Die Akademisierung der Pflege ist nur durch aktive, politische Unterstützung möglich. Im Vorfeld gilt es, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, sodass eine reale Chance zur Entwicklung als Profession erreichbar ist.

Immerhin kann festgehalten werden, dass es trotz aller Differenzen zwei Gemeinsamkeiten gibt, welche Pflege und Medizin teilen. Die erste beschreibt den ethischen Grundsatz, dem Patienten keinen Schaden zuzufügen. Die zweite Gemeinsamkeit besteht in der dringenden Notwendigkeit des Vorhandenseins der jeweils anderen Berufsgruppe (vgl. Hofmann 2001: 207; Dettmers 2013: 214f.; Fagin & Garelick 2004: 278). Nach Siegrist (1978: 76) sind bestimmte Handlungsabläufe „ohne ein unmittelbares Hand-in-Hand-Arbeiten gar nicht [...]“ möglich und somit ergibt sich ein Kooperationszwang. Eine weitere wichtige Tatsache, die nicht missachtet werden darf, ist die geteilte Berufsrolle als Helfer und deren resultierenden Herausforderungen und Krisen. Jede Profession ist maßgeblich durch die primäre und tertiäre Sozialisation, eigenen Erfahrungen sowie Selbst- und Fremdansprüchen geprägt. Diese verschiedenen und komplexen Einflussfaktoren

begünstigen das gegenwärtige Verhältnis und die Zusammenarbeit (vgl. Grahmann & Gutwetter 1996; Paff 1997).

2.5 Zusammenarbeit Pflege und Medizin

Eine effektive Gesundheitsversorgung kann nur aus interprofessioneller Zusammenarbeit resultieren. Dennoch ist der Arbeitsalltag der beiden Professionen durch eine geringe Zusammenarbeit gekennzeichnet und erfolgt aktuell ausschließlich durch externe Impulse wie Ökonomisierung oder gesetzliche Vorgaben (vgl. Dettmers 2013: 215). Um eine langfristige und nachhaltige interprofessionelle Zusammenarbeit zu etablieren, wird die „Einsicht in die Notwendigkeit der Gemeinschaftsarbeit“ benötigt (Hoefert 1997 zitiert nach Dettmers 2013: 216). Die Zusammenarbeit von Pflege und Medizin bedarf der Weiterentwicklung. Das Verhältnis wird oftmals als konfliktreich beschrieben, was auf gesellschaftliche, berufsständische und individuelle Faktoren zurückzuführen ist (vgl. Thielhorn 1999: 7). Während der Ausbildung lernen die Pflegefachpersonen die Kompetenz der ausführlichen Beschreibung und Beobachtung und verinnerlichen die Relevanz der Ganzheitlichkeit. Im Gegensatz dazu lernen Medizinstudenten eine prägnante Informationsweitergabe. Folglich führt diese Unterschiedlichkeit zu Konflikten (vgl. Ludwig 2018; Foronda / MacWilliams / McArthur 2016). Die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin ist am häufigsten durch „Schreien, respektlose Interaktion und eine abfällige Sprache“ (Ludwig 2018: 24) gekennzeichnet. Das Hierarchiegefälle nimmt einen ausschlaggebenden Einfluss auf die Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen (vgl. Rice et al. 2010: 358). Die grundlegende Problematik ergibt sich oftmals durch fehlendes Hinterfragen der bestehenden Hierarchie (vgl. Grahmann & Gutwetter 1996: 29). Die Disparität zwischen den beiden Professionen wird im täglichen Arbeitsablauf sichtbar. In diesem muss das Pflegefachpersonal seine Kompetenzen wiederholend demonstrieren, im Kontrast dazu gelten die Fähigkeiten des ärztlichen Dienstes als unanfechtbar, mögliche Defizite müssen belegbar sein (vgl. Fargin & Garelick 2004: 282). Eine weitere Abweichung kann bezüglich der Wahrnehmung der interprofessionellen Kommunikation festgehalten werden. Eine Studie aus Nordamerika belegt diese unterschiedliche Wahrnehmung: 70 Prozent der Ärzte bewerten die Kommunikation als positiv, im Kontrast dazu empfindet nur ein Drittel (30 Prozent) der Pflegefachpersonen die Kommunikation als positiv (Fragemann 2017: 118).

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen, ist eine Kooperation von Pflege und Medizin essenziell. Durch den inhärenten Zielkonflikt des Krankenhauses werden die zwei Gesundheitsberufe vor eine enorme Herausforderung gestellt, der durch Zeitmangel und psychischen Druck verstärkt wird (vgl. Bischoff 1997: 169). Daraus resultiert eine mangelnde Kommunikation sowie eine gestörte Interaktion (vgl. Ludwig 2018; Lukuc 2017). Dabei besitzt funktionierende Teamarbeit, gerade im Gesundheitswesen, Priorität (vgl. Weiss et al. 2019: 23).

3 Methodik

3.1 Systematische Literaturrecherche

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit wurde mittels einer systematischen Literaturrecherche erörtert. Zu Beginn wurden Hypothesen aufgestellt. Danach wurde eine unspezifische Suche über Google-Scholar durchgeführt, um Basiswissen zu generieren. Anschließend erfolgte die systematische Literaturrecherche. Bei dieser kamen sechs verschiedene Datenbanken zur Anwendung, um einen möglichst umfassenden und vielfältigen Literaturbestand zu erzeugen (vgl. Döring & Bortz 2016: 161). Primär wurden SpringerLink, PubMed und Google-Scholar als elektronische Datenbanken und der Bibliothekskatalog der Westsächsischen Hochschule Zwickau (WHZ) verwendet. Als ergänzende elektronische Datenbanken fanden Carelit und pedocs Verwendung. Bei der Literaturrecherche wurden die Suchbegriffe mit den Booleschen Operatoren (OR, AND, NOT) verknüpft. Der detaillierte Suchverlauf ist im Anhang (siehe Anhang I) zu finden (vgl. Klewer 2016: 21). Um eine strukturierte und zielorientierte Beantwortung der Forschungsfrage zu gewährleisten, wurden Primär- und Sekundärsuchbegriffe erstellt (vgl. Döring & Bortz, 2016: 158; siehe Tabelle 1 & 2). Um essenzielle Literatur zu ermitteln, kam das Schneeballsystem zur Anwendung (vgl. Döring & Bortz 2016: 161).

Tabelle 1: Primärsuchbegriffe (eigene Darstellung)

deutsche Primärsuchbegriffe	englische Primärsuchbegriffe
Interprofessionelle Zusammenarbeit	interprofessional collaboration
Interprofessionelle Ausbildungsstation	interprofessional training ward
Interprofessionalität	interprofessionalism

Tabelle 2: Sekundärsuchbegriffe (eigene Darstellung)

deutsche Sekundärsuchbegriffe	englische Sekundärsuchbegriffe
Interprofessionelle Kommunikation	interprofessional communication
Arzt	physician
Krankenschwester	nurse
Pflege	nursing

Krankenhaus	hospital
Nutzen	outcome

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Um eine präzise Suche zu gewährleisten, wurden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert (siehe Anhang II). Eine Limitation fand durch die Beschränkung auf deutsch- und englischsprachige Literatur statt. Eine zeitliche Eingrenzung hinsichtlich der Veröffentlichung wurde nicht vollzogen – mit der Absicht, die erstveröffentlichten und bedeutendsten Artikel und Fachbücher zu erhalten.

3.3 Literatúrauswahl

Durch die Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien und der präzisen Fragestellungen wurde Literatur, welche die Kriterien nicht erfüllen konnte, von der Suche ausgeschlossen. Um ein evidenzbasiertes, theoretisches Fundament zu erzeugen, wurden über den Bibliothekskatalog der WHZ qualitativ hochwertige, anerkannte Fachbücher verwendet. Die meisten relevanten Literaturtreffer konnten über SpringerLink und Google-Scholar ermittelt werden. Die Datenbank pedocs fand ergänzend, hinsichtlich pädagogischer Theorien, Verwendung. Die Suche in den diversen Datenbanken stellte sich als erfolgreich heraus. Da der Bibliotheksbestand der WHZ nicht alle relevante Fachliteratur umfasste, erwarb die Autorin elf Bücher. Mittels der Suche, beruhend auf dem Schneeballsystem, konnten einige relevante Artikel gefunden werden.

4 Interprofessionalität

Die Ergebnisse der Picker-Studie von 2014 zeigen, dass der ärztliche und pflegerische Dienst die Mängel bezüglich Kommunikation, Interaktion und Effizienz unterschiedlich bewertet. Mehr als die Hälfte der befragten Pflegefachpersonen (58 Prozent) erkennt den Handlungsbedarf bezüglich der interprofessionellen Kommunikation. Im ärztlichen Dienst sind es nur knapp 29 Prozent (Picker-Institut 2014: 16-18). Ähnliche Ergebnisse konnten auch im internationalen Vergleich gefunden werden (vgl. Fragemann 2017: 118).

Das bestehende System der Zusammenarbeit zeichnet sich durch seine Funktionalität aus. Jeder am Patienten beteiligte Akteur besitzt seine funktionspezifischen Kompetenzen und führt diese aus. Das Gesundheitswesen arbeitet demnach komplementär. Dies führt zu Klarheit, da jeder Akteur seine Kompetenzen, Grenzen und seinen Verantwortungsspielraum kennt. Dieses System funktioniert nur bis zu einem gewissen Komplexitätsrahmen – sobald dieser überschritten wird, gerät das gut funktionierende System aus dem Gleichgewicht (vgl. Schmitz et al. 2020). Um dieser erhöhten Komplexität souverän zu begegnen, wird Interprofessionalität hinsichtlich Kommunikation und Zusammenarbeit gefordert. Ausschlaggebend für eine gelingende Interprofessionalität ist die interprofessionelle Kommunikation. Sie ermöglicht einen Informationsaustausch sowie eine Wissensweitergabe (vgl. Tewes 2015b: 6; Körner 2010: 33).

Die Interprofessionalität stellt kein neues Konzept dar. Diese wird schon seit 1988 von der World Health Organization (WHO) gefordert, um die bestmögliche Versorgung für Patienten zu gewährleisten (vgl. WHO 1988: 5-7). Der Begriff der Interprofessionalität wird oftmals als Synonym für „Multiprofessionalität“, „Multidisziplinarität“ oder „Transdisziplinarität“ genutzt. Durch die in der Vergangenheit vielfältige und simultane Verwendung der verschiedenen Termini finden sich in der Literatur diverse Definitionen zu den Begriffen. Für Transparenz, Struktur und Eindeutigkeit ist deswegen eine eindeutige Definitionsbestimmung notwendig (vgl. Fragemann 2017: 116; Weiss et al. 2019: 15). In der Vergangenheit wurde „Interprofessionalität“ oftmals als „Transdisziplinarität“ beschrieben (vgl. Clark et al. 1987: 5; Hall & Weaver 2001). Entsprechend der Empfehlungen der WHO (1988: 6) entwickelte sich der Begriff der

„Interprofessionalität“ als Synonym für den der „Multiprofessionalität“. Diesen gilt es abzugrenzen von dem Terminus der „Multidisziplinarität“.

Die multidisziplinäre Zusammenarbeit beschreibt ein paralleles und eigenständiges Arbeiten der verschiedenen Professionen. Dabei wird der Fokus aber häufig mehr auf die eigene Profession, deren inhärente Logik und deren Arbeitsweise, gelegt. Dieser Prozess wird endgültig durch einen Teamleiter oder Manager zusammengefügt (vgl. Petrie 1976). Multidisziplinäre Teams bestehen meist aus mehr als zwei Professionen (Becher 1989, zitiert nach Fragemann 2019: 117). Die direkte interdisziplinäre Kommunikation ist nur minimal ausgeprägt und wird durch den behandelnden Arzt ausgeübt (Hall & Weaver 2001: 868). Die transdisziplinäre Zusammenarbeit stellt das Gegenteil der multidisziplinären Zusammenarbeit dar. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass:

„Roles of the individual team members are blurred as their professional functions overlap. Each team member must become sufficiently familiar with the concepts and approaches of his/her colleagues to be able to assume significant portions of the others' roles.“ (Walker et al. 1998 zitiert nach Hall und Weavers 2001: 868).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zeichnet sich durch ihren integrativen Charakter aus. Sämtliche beteiligten Akteure der verschiedenen Professionen müssen zu einem Konsens gelangen, in dem alle ihren jeweiligen Behandlungsvorschlag unter Berücksichtigung der Vorschläge und Ansätze der anderen Professionen zusammenführen. Diese Methode beruht auf interprofessioneller Kommunikation und regelmäßigem Austausch (vgl. Clark et al. 1987: 5). Der interdisziplinäre Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass die Akteure ihre spezifische Funktion ausüben, ohne dass die Kommunikation oder Interaktion mit den anderen Professionen minimiert wird (vgl. Benierakis 1995 zitiert nach Hall & Weaver 2001: 868). Hier wird deutlich, dass der frühere Begriff der Interdisziplinarität dem heutigen Begriff der Interprofessionalität gleicht. Diese stellt ein komplexes und anspruchsvolles Konstrukt dar, welche vielseitige Kompetenzen und Fertigkeiten verlangt. Nachfolgend ist eine schematische Übersicht zu sehen, welche die unterschiedlichen Begriffe in Beziehung setzt und deren inhaltliche Abgrenzung zueinander offenbart (siehe Abbildung 1).

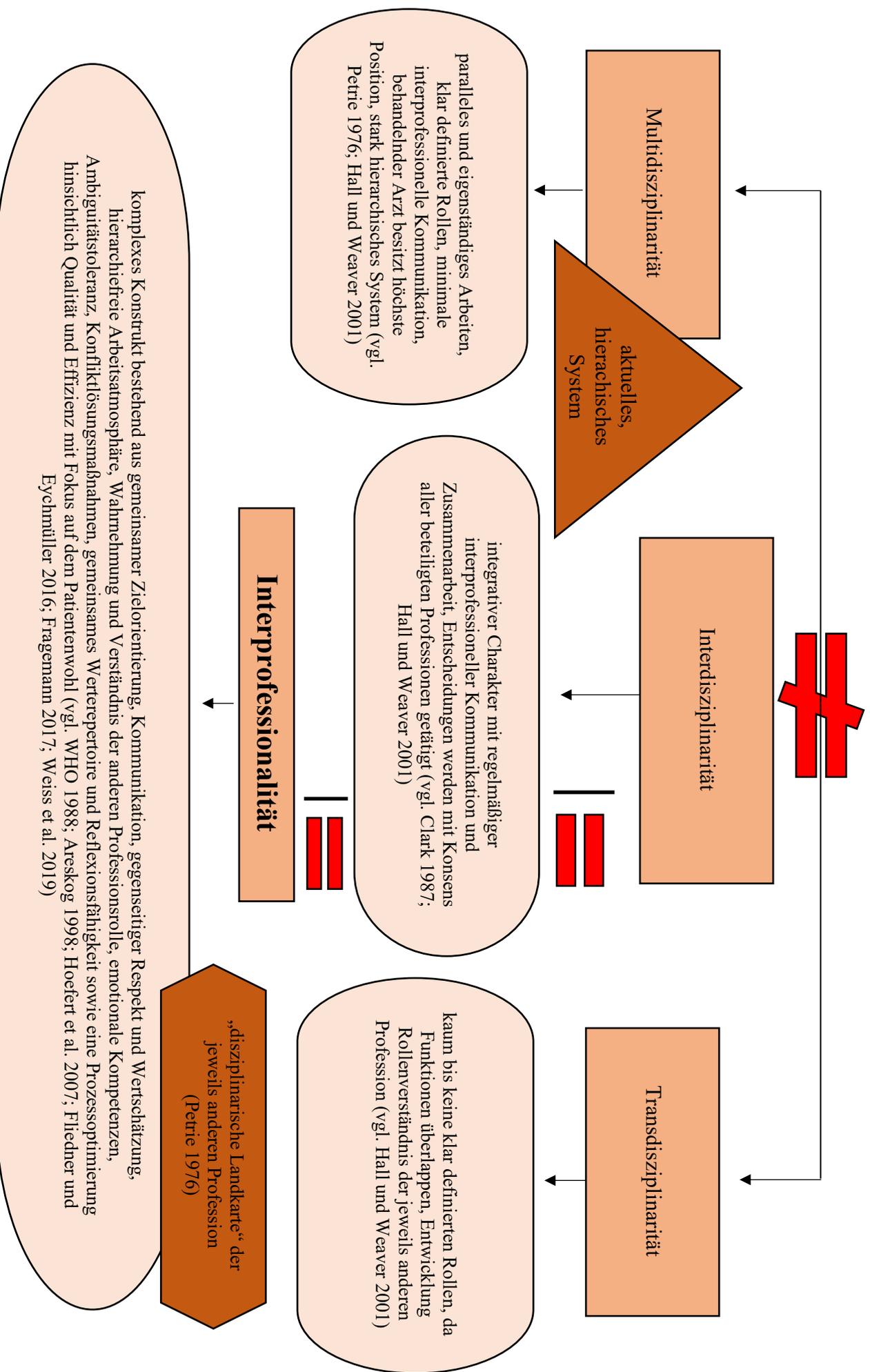


Abbildung 1: Begriffserklärung (eigene Darstellung)

Interprofessionalität zeichnet sich außerdem durch eine koordinierte, systemische und zielorientierte Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen aus. Im Fokus steht das Patientenwohl sowie die Qualitätsverbesserung (vgl. Fragemann 2017: 11f.; Schmitz et al. 2020). Um eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit zu etablieren, gelten Aspekte wie gemeinsame Zielorientierung, eigene Rollenwahrnehmung sowie fremde Rollenwahrnehmung, Kommunikation, Flexibilität und Konfliktlösungsmaßnahmen als elementare Grundlagen (vgl. Clark et al. 1987: 6-8). Diese Annahme wird auch durch Petrie (1976: 11) bestätigt, indem er die Fokussierung der professionstypischen Denkweise beschreibt. Dadurch ist interprofessionelle Zusammenarbeit kaum möglich. Als Lösung schlägt Petrie die Aneignung der „disziplinarischen Landkarte“ der jeweils anderen Profession vor (ebd.). Um die Existenz einer interprofessionellen Zusammenarbeit langfristig zu fördern, sind die Kompetenzen der individuellen Verantwortungsübernahme und emotionalen Intelligenz sowie die Präsenz und Überzeugung von Wertvorstellungen wie Achtsamkeit, Hoffnung und Empathie eines jeden Mitglieds des interprofessionellen Teams elementar für eine gelingende Zusammenarbeit (vgl. Weiss et al. 2019: 16; Boyatzis & McKee 2006: 17f.). Außerdem gilt das ‚soziale Kapital‘ als besonders wertvolle Ressource für die Funktionalität und Langlebigkeit eines interprofessionellen Teams. Das soziale Kapital besteht aus „Eigenschaften wie Hoffnung, Vitalität, Kraft, Selbstwirksamkeit und zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Weiss et al. 2019: 175).

4.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine passende Definition für interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln, scheint mühselig. Die WHO (vgl. 2010: 13) beschreibt die interprofessionelle kollaborative Zusammenarbeit (IPCP) als eine berufsübergreifende Kooperation verschiedener Gesundheitsprofessionen mit dem Ziel der größtmöglichen Qualität bezüglich der Versorgung. Diese bezieht sich u. a. auf die Diagnose, Therapie und Kommunikation. Ein innovativer Definitionsansatz wurde von Atzeni, Schmitz & Berchtold (2017) gewählt, indem sie in einer qualitativen Studie die unmittelbaren Akteure direkt nach ihrer subjektiven Sichtweise zu interprofessioneller Zusammenarbeit befragten. Die Ergebnisse sind überraschend, da interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis in drei Formen innerhalb eines Kontinuums auftreten kann:

1. koordinative Verdichtung,
2. projekthafte Verdichtung,
3. ko-kreative Verdichtung.

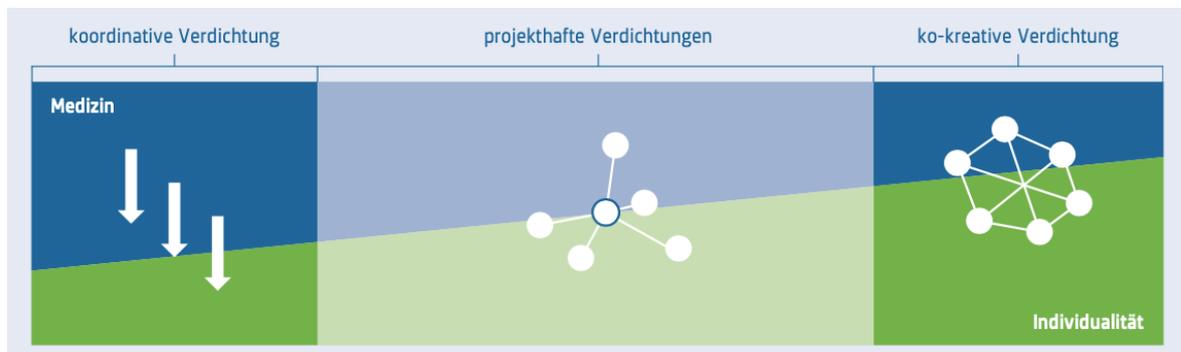


Abbildung 2: unterschiedliche Formen von interprofessioneller Zusammenarbeit (Atzeni et al. 2017: 49)

Die erste Form, die koordinative Verdichtung, tritt in Situationen mit geringen zeitlichen Ressourcen auf. Diese Form zeichnet sich durch klare Hierarchien und eindeutige Verantwortungsbereiche sowie routinierte und standardisierte Handlungsmuster aus. Die Zusammenarbeit wird von den Befragten als ausgezeichnet und funktional beschrieben. Die beteiligten Professionen besitzen und verstehen ihren Kompetenzbereich und können diesen passend in die Situation einordnen, sodass eine effektive Behandlungsstruktur entsteht. Als Beispielsituationen können Reanimationen oder chirurgische Eingriffe genannt werden (vgl. Atzeni et al. 2017: 26f.). Die dritte Form, die ko-kreative Verdichtung, stellt das Gegenteil zur koordinativen Verdichtung dar. Diese zeichnet sich durch ihren großen zeitlichen Behandlungshorizont aus. Die verschiedenen Professionen arbeiten eng zusammen, wobei oftmals keine klaren Aufgabenbereiche für die einzelnen Professionen definiert sind. Die Behandlungssituationen sind komplex und uneindeutig, weswegen eine ständige Anpassung und Kreativität bezüglich des Behandlungsablaufs und hinsichtlich der beteiligten Professionen gefragt ist. In dieser Form besteht keine Delegationsmacht oder Deutungshoheit. Die Entscheidungen werden interprofessionell und situationsabhängig getroffen. Als Beispiel dient die palliative Versorgung (vgl. Atzeni et al. 2017: 27f.). Die zweite Form indes, die projekthafte Verdichtung, zeichnet sich durch „eher wiederkehrende, medizinische oder gesundheitsversorgerische Problemlagen“ (ebd.: 29) aus. Die interprofessionelle Zusammenarbeit findet hier also temporär oder singulär statt. Beispielhaft können die Grundversorgung, Tumorboards oder Fallführungen genannt

werden (vgl. Atezni et al. 2017: 28-31; 2017: 6). Die Ergebnisse der Studie von Atezni et al. (2017) zeigen einen innovativen Ansatz, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu definieren. Nach aktuellem Forschungsstand erfolgt allerdings keine Differenzierung entsprechend dem Versorgungsszenario (vgl. WHO 2010; Fliedner & Eychmüller 2016; Schmitz et al. 2020; Petrie 1976).

Die Merkmale einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit werden wie folgt beschrieben: vorurteilsfreie Begegnung und Zusammenarbeit durch frühes sowie gemeinsames Lernen während der Ausbildung, die Wahrnehmung der Kompetenzen anderer Berufsgruppen, flache und indirekte Hierarchie mit gegenseitigem Respekt, Wertschätzung und konstruktives Hinterfragen (vgl. WHO 1988). Ähnlich beschreiben Fliedner & Eychmüller (2016) die interprofessionelle Zusammenarbeit bestehend aus transparenter Kommunikation, gegenseitigem Respekt, gelebtem Miteinander und gemeinsamer Dokumentation als wichtige Bestandteile. Fragemann (2017: 118f.) erklärt das Verständnis der eigenen und der jeweils anderen Professionsrolle, gemeinsame professionelle Werthaltung, einheitliche interprofessionelle Kommunikationsstrukturen, Basiswissen sowie eine kleine Menge an Fachwissen der anderen Professionen, Ambiguitätstoleranz sowie Konfliktlösungsmaßnahmen und Reflexionsfähigkeit als Kernelemente einer interprofessionellen Zusammenarbeit.

Um interprofessionelle Zusammenarbeit zu etablieren und langfristig aufrechtzuerhalten, ist nicht nur die Präsenz von fördernden Aspekten zielführend, sondern es gilt, eine Abwesenheit von hemmenden Faktoren zu erzeugen. Diese sind z. B.:

- „Fehlende Akzeptanz von Wissensgrenzen,
- statusbetonende Kommunikation,
- mangelnder Wissensaustausch auf Augenhöhe,
- mangelnde Wahrnehmung eigener Kompetenzen,
- nur auf Anweisung tätig werden,
- fehlendes gegenseitiges Verständnis,
- monoprofessioneller Autismus,
- individuelle Faktoren wie z. B. fehlende Bereitschaft zur Perspektivenübernahme und Offenheit,
- individueller Widerstand oder Verweigerung [...],
- Zeitknappheit in der bereits sehr beanspruchenden Routine,
- rechtliche Regelungen, die viele medizinische Entscheidungen nach wie vor in der alleinigen Verantwortung der ärztlichen Profession verorten

- ökonomische bzw. zeitliche Restriktionen bzw. „strukturelle Widerständigkeit“, z. B. in der Grundversorgung (mangelnde finanzielle Anreize etc.)“ (Atzeni et al. 2017: 31).

Als einen weiteren und innovativen Ansatz schlägt Fragemann (2017) vor, eine hierarchiefreie Arbeitsatmosphäre zu schaffen, in der keine Profession über Dominanz verfügt (ebd.: 120). Einen ähnlichen Vorschlag für eine konfliktärmere Zusammenarbeit liefert Hoefert (2007e: 104) mit dem „Wissen über die jeweils andere Gruppe“. Dieses zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- „Kennenlernen der anderen Arbeitsplätze,
- Kennenlernen der anderen Arbeitsroutine,
- Verstehen der jeweils anderen Denkweise,
- Verstehen der jeweils anderen Bewertungskriterien,
- Beachten übergeordneter Bewertungskriterien,
- Verstehen der jeweils anderen Stärken und Schwächen,
- vertieftes Kennenlernen im fachlichen Zusammenhang,
- vertieftes Kennenlernen in der Projektarbeit,
- Übernahme gemeinsamer Verantwortung“ (Hoefert 2007e: 105).

Durch gewachsene strukturelle Bedingungen und historische Gegebenheiten erfolgt eine geringe und oftmals konfliktreiche Zusammenarbeit. Die Hauptursache dafür liegt in der monoprofessionellen Ausbildung, welche durch eine intraprofessionelle Sozialisation begünstigt wird. Die praktische Konsequenz zeigt sich im alltäglichen Arbeitsleben der Professionen (vgl. Jones 1986; Areskog 1988; Hoefert 2007e: 106). Die Kunst einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit zeichnet sich dadurch aus, dass die verschiedenen Professionen ihr Fachwissen, ihre individuellen Fähigkeiten, Werte sowie Standards im Rahmen der Zusammenarbeit gleichzeitig sicherstellen und einbringen. Die Individualität und Expertise soll, innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit, weiterhin existieren (vgl. Parsell / Spalding / Bligh 1998: 309; Fallsberg & Hammar 2000: 348).

Zusammenfassend kann der Gegenstand der interprofessionellen Zusammenarbeit als ein komplexes Konstrukt bestehend aus diversen Kompetenz- und Fertigungsanforderungen, Chancen und Herausforderungen beschrieben werden. Die benötigten Qualifikationen, über

das ein Individuum entsprechend des aktuellen Forschungsstandes verfügen muss, damit eine gelingende Zusammenarbeit stattfinden kann, sind immens und wirken vermutlich einschüchternd. Die Anforderungen verlangen persönliche, fachliche, sachliche, methodische und kommunikative Kompetenzen. Bei potenzieller Abwesenheit einiger beschriebener Anforderungen kann das Ziel einer berufsübergreifenden Kooperation trotzdem erreicht werden. Anzunehmen ist, dass eine kritische Reflexionsfähigkeit und intrinsische Motivation sowie eine Überzeugung der Relevanz der Zusammenarbeit abwesende Kompetenzen und Fertigkeiten ersetzt. Die nachfolgende Abbildung stellt den derzeitigen Forschungsstand der erforderlichen Kompetenzen grafisch dar. Eine erschöpfende Darstellung kann, bedingt durch die Aktualität, nicht gewährleistet werden (vgl. Petrie 1976; Jones 1986; WHO 1988; Parsell et al. 1998; Fallsberg & Hammar 2000; Hoefert et al. 2007; WHO 2010; Fliedner & Eychmüller 2016; Fragemann 2017; Atzeni et al. 2017; Weis et al. 2019; Schmitz et al. 2020).

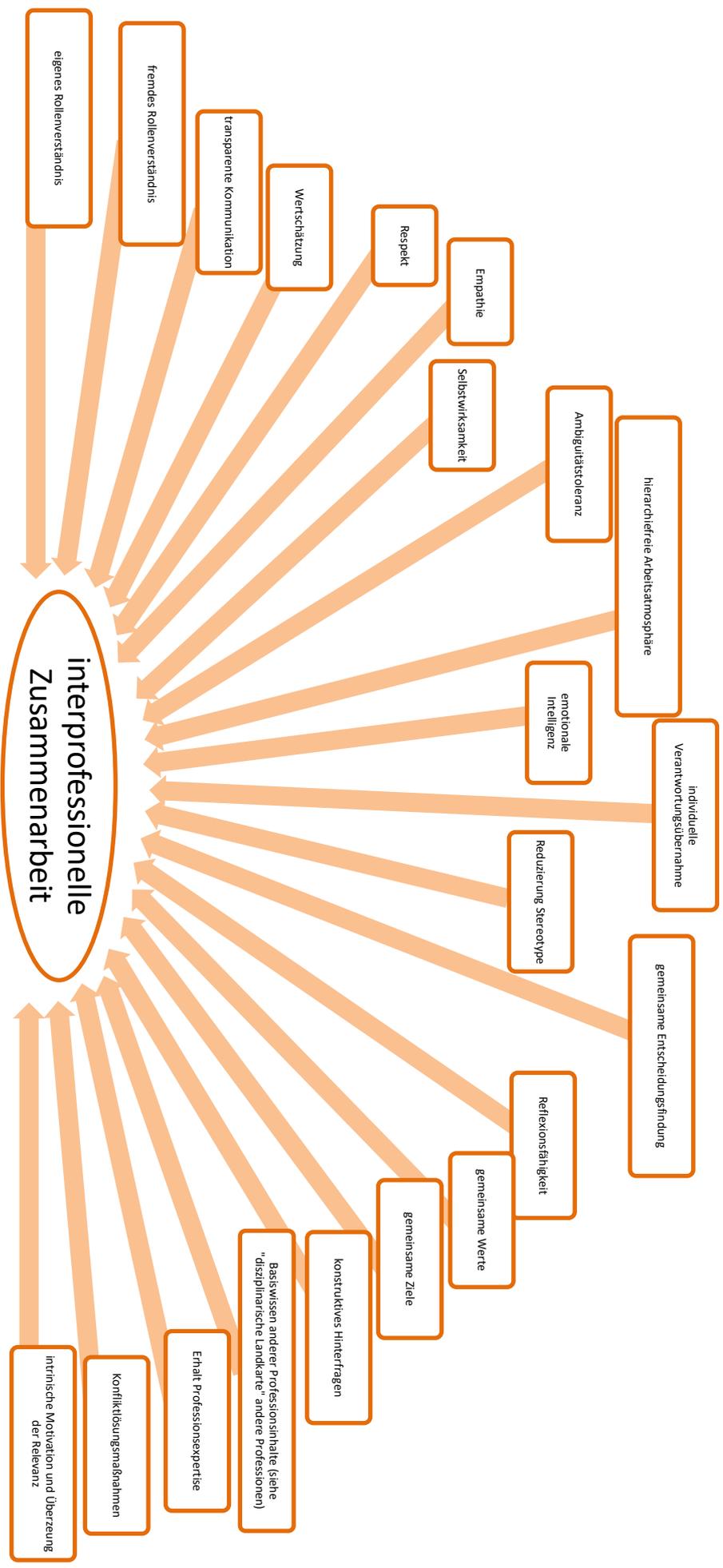


Abbildung 3: Einflussfaktoren gelingender, interprofessioneller Zusammenarbeit (eigene Darstellung)

4.2 Kommunikationsmodelle und -störungen

Das Wort Kommunikation entspringt aus dem Lateinischen „communicare“ = „teilen“, „mitteilen“, „sich besprechen“, „sich verständigen“ und communicatio = „Teilhabe“, „Mitteilung“, „Verständigung“ (PONS Wörterbuch 2007: 161f.).

Kommunikation beschreibt eine „Bedeutungsvermittlung zwischen Lebewesen“ (Maletzke 1963: 18 zitiert nach Burkhardt 2021: 23). Die menschliche Kommunikation wird dem Bereich des sozialen Handelns zugeordnet. Dieses liegt vor, sobald der Akteur sein Gegenüber in seine geplanten Handlungen einbezieht (vgl. Weber 1980: 1 zitiert nach Burkhardt 2021: 26). Jeder Akteur besitzt den Wunsch nach Verständigung mit seinem Gegenüber. Dabei liegen zwei Absichtskategorien vor. Die erste Absicht ist allgemein und beschreibt, dass der Akteur seinem Gegenüber etwas mitteilen möchte. Der Idealfall liegt vor, wenn beide Akteure die objektive Bedeutung tatsächlich verstehen. Die zweite Absicht ist durch ein spezielles Interesse gekennzeichnet. Der Idealfall tritt ein, sobald die erwarteten Folgen ausgeführt sind (vgl. Burkhardt 2021: 27f.). Kommunikation ist ein dynamischer Vorgang zwischen zwei Akteuren oder Gruppen. Als Voraussetzung für diese muss eine Beziehung zwischen den Akteuren be- oder entstehen (vgl. Burkhardt 2021: 31).

4.2.1 Die fünf Axiome der Kommunikation und ihre Störungen

Watzlawick, Beavin & Jackson (2011) entwickelten die fünf Axiome der Kommunikation, welche den komplexen Kommunikationsvorgang zwischen Individuen veranschaulichen. Im ersten Axiom wird die Tatsache, dass „man [...] nicht *nicht* kommunizieren kann“ (Watzlawick et al. 2011: 59) beschrieben. Kommunikation beinhaltet Worte, paralinguistische Phänomene (Tonfall, Geschwindigkeit, Pausen), Körperhaltung, Körpersprache und jegliches Verhalten anderer Art. Sobald Menschen in Beziehung treten, entsteht unmittelbar und alternativlos Kommunikation. Jedes Verhalten, intentionsunabhängig, ist Verhalten und besitzt somit Mitteilungscharakter (vgl. Watzlawick et al. 2011: 58f.). Dieses beeinflusst das Gegenüber und erzeugt eine Reaktion (vgl. Sciborski 2007: 106). Eine potenzielle Störung wird dadurch sichtbar, dass ein Akteur durch Schweigen oder Ignoranz die Kommunikation vermeiden möchte. Nach der inhärenten logischen Konsequenz aus diesem Axiom ist diese Interventionsmaßnahme erfolglos, da jegliches Verhalten ein Verhalten oder eine Kommunikation darstellt (vgl. Watzlawick et al. 2011: 85-90; Sciborski 2007: 107).

Das zweite Axiom beschreibt, dass jede Mitteilung einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt besitzt. Dabei werden im Inhaltsaspekt Informationen weitergegeben und der bestehende Beziehungsaspekt nimmt Einfluss über die Auffassungsfähigkeit dieser Information beim Gegenüber. Weiterhin wird in diesem Axiom die Beziehung zwischen den Akteuren offenbart. Der Sender definiert während der Kommunikation seine subjektive Wahrnehmung der Beziehung zum Gegenüber (vgl. Watzlawick et al. 2011: 61). Eine elementare Funktion für eine gelingende Kommunikation ist die Fähigkeit zur Metakommunikation, denn somit können Störungen vermieden oder gelöst werden. Eine Störung liegt bei diesem Axiom vor, wenn auf der Inhalts- und/oder Beziehungsebene ein Missverhältnis vorliegt (vgl. Watzlawick et al. 2011: 63f.). Die Störungsformen können in vier Kategorien unterteilt werden:

1. die Akteure befinden sich auf der Inhaltsebene im Konflikt, allerdings wird die Beziehungsebene davon nicht tangiert,
2. die Akteure befinden sich auf der Beziehungsebene im Konflikt, auf der Inhaltsebene besteht Übereinstimmung,
3. parallele Störung der Beziehungs- und Inhaltsebene,
4. Manipulation des Gegenübers, woraufhin der Akteur an seiner Wahrnehmung zweifelt (Watzlawick et al. 2011: 94-97).

Wenn eine Antipathie unter den Akteuren besteht, kann der Inhaltsaspekt nicht erfolgreich übermittelt werden. Deswegen ist eine respektvolle Beziehungsebene notwendig (vgl. Watzlawick et al. 2011: 95-110; Sciborski 2007: 109).

Im dritten Axiom wird die Relevanz der Interpunktion geschildert. Oftmals ist nicht eindeutig erkennbar, wo sich der Konfliktpunkt befindet, da jeder Kommunikationsakteur in seiner subjektiven Realität „Recht hat“. Hier wird abermals die Relevanz der Metakommunikation sichtbar. Die beteiligten Kommunikationsparteien müssen sich in dieser Situation über die Störung bewusst werden und aktiv in die Reflexion gehen (vgl. Watzlawick et al. 2011: 66-69). Störungen treten hier auf, wenn die Akteure die Situation aus ihrer subjektiven Wirklichkeit bewerten. Eine diskrepante Interaktion liegt vor, wenn die Informationsweitergabe falsch interpretiert wird. Das Wirklichkeitserleben der Akteure ist subjektiv geprägt und eine Lösung wird nicht auffindbar sein, da die Interaktion zirkulär

und somit unendlich ist. Deswegen ist die Verwendung der Metakommunikation notwendig. Eine letzte Störung, die eintreten kann, lässt sich als sich selbsterfüllende Prophezeiung beschreiben. Die vermutete Reaktion vom Gegenüber wird durch das eigene Verhalten erzeugt, womit der Akteur seine Annahme bestätigen kann (vgl. Watzlawick et al. 2011: 108-112; Sciborski 2007: 111). Im vierten Axiom wird die Komplexität der Kommunikation durch digitale und analoge Modalität beschrieben. In die Kategorie der digitalen Modalitäten fallen nach Watzlawick et al. (2011: 71-73) Wörter. Diese sind sehr komplex und ermöglichen dadurch eine detailreiche Erklärung von Thematiken und Zusammenhängen. Als analogen Bestandteil der Kommunikation werden Gestik, Ton und Tonfall beschrieben, diese zeichnen sich durch ihre besondere Abhängigkeit zur Beziehung zwischen den Akteuren aus. Nach Watzlawick et al. (2011: 72-74) wird der Inhalt digital übermittelt, während der Beziehungsaspekt analog erfolgt. Störungen in der digitalen Kommunikation bestehen aus der Abwesenheit von Gefühlen, diese lassen sich durch analoge Kommunikation störungsfreier übermitteln. Im Kontrast dazu ist die analoge Kommunikation anfällig für Fehlinterpretationen und Konflikte, da diese mehrdeutig ist. Um eine störungsfreie Kommunikation zu führen, ist die Kombination beider Aspekte erforderlich (vgl. Watzlawick et al. 2011: 76f., Watzlawick et al. 2011: 114-120; Sciborski 2007: 112). Im fünften Axiom wird der zwischenmenschliche Kommunikationsablauf dargelegt, welcher entweder symmetrisch oder komplementär sein kann. Die symmetrische Interaktion zeichnet sich durch ähnliches Verhalten der Akteure aus. Das Ziel stellt das Streben nach Gleichheit dar. Die komplementäre Interaktion dagegen zeichnet sich durch Vorhandensein ergänzender Unterschiedlichkeiten aus. Die Akteure nehmen hier bestimmte Rollen ein. Dabei ist ein Akteur in der primären Position und das Gegenüber in der sekundären Position (vgl. Watzlawick et al. 2011: 79-81). Störungen können hier auftreten, sofern der komplementäre Beziehungsstatus langfristig besteht. Eine mögliche Gefahr, die sich hieraus ergibt ist, dass durch die feste Rollenzuschreibung die digitale Kommunikation ausbleibt und die Beziehung gegenseitig als weniger wertvoll empfunden wird. Falls die Kommunikation überwiegend durch symmetrische Interaktion gekennzeichnet ist, kann es zur Eskalation führen, da eine Konkurrenzsituation entsteht (vgl. Watzlawick et al. 2011: 121-124; Sciborski 2007: 113f.).

Der Kommunikationsprozess ist somit ein komplexer Vorgang, der durch viele verschiedene Aspekte beeinflusst und gestört werden kann. Um eine annähernd

störungsfreie Kommunikation zu erzeugen, wird die Kompetenz der Metakommunikation genannt (vgl. Watzlawick et al. 2011).

4.2.2 Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun

Beruhend auf dem Sender-Empfänger-Modell beschreibt Schulz von Thun (2005) das Kommunikationsquadrat. Eine Nachricht kann aus einem bis zu vier Aspekten bestehen:

1. „Sachinhalt: worüber ich informiere,
2. Selbstoffenbarung: was ich von mir selbst kundgebe,
3. Beziehung: was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen,
4. Appell: wozu ich dich veranlassen möchte“ (Schulz von Thun 2005: 26-30).

Die Akteure können die Nachrichten jeweils von einer oder mehreren Seiten senden und empfangen. Jede Nachricht enthält verbale und nonverbale Aspekte, explizite und implizite sowie kongruente und inkongruente Botschaften. Die Nachrichten werden je nach Kontext, Formulierung sowie non-verbale und paralinguistische Anteile bewertet (vgl. Schulz von Thun 2005: 33-37). Der Sachinhalt übermittelt Informationen, diese sollten für das Gegenüber verständlich sein (vgl. Schulz von Thun 2005: 26). Die Selbstoffenbarung beschreibt, dass beim Senden einer Nachricht private Informationen offengelegt werden in Form von *Ich*-Botschaften. Intention des Akteurs ist eine gute Selbstdarstellung mit wenig Angriffsfläche. Dadurch kann sich eine sogenannte Selbstoffenbarungsangst entwickeln (vgl. Schulz von Thun 2005: 26f.). Folgende Abwehrmechanismen werden innerhalb der Selbstdarstellung verwendet:

- a) die Imponiertechnik (durch Gebrauch von Fachsprache, beiläufige Nennung von Besonderheiten)
- b) die Fassadentechnik (durch unpersönliche, neutrale Kommunikation mit geringer Verwendung von Mimik und Gestik, z. B. „*Man*-Sätze“ anstatt „*Ich*-Sätze“)
- c) die demonstrative Selbstverkleinerung (bewusste hilflose Selbstdarstellung, mit dem Wunsch nach Widerspruch durch das Gegenüber) (vgl. Schulz von Thun 2005: 107-114).

Die Beziehung übermittelt, in welcher Beziehung der Sender zum Empfänger steht. Die Beziehungsebene stellt sich als besonders kritisch dar, da die beteiligten Akteure sich entweder wertgeschätzt oder geringgeschätzt fühlen. Im Gegensatz zur Selbstoffenbarung finden hier *Ich-* und *Wir-*Botschaften statt (vgl. Schulz von Thun 2005: 27f.). Diese stehen in Abhängigkeit zu den sozialen Rollen und Situationen. Je nach Beziehungskonstellation wird die Kommunikation dementsprechend gestaltet (vgl. Elzer 2007: 119). Der Appell beschreibt die Tatsache, dass der Sender den Empfänger durch seine Nachricht beeinflussen möchte. Dies kann offen, subtil oder geheim erfolgen (vgl. Schulz von Thun 2005: 29-35). Die vier Seiten des Kommunikationsquadrats können auch auf den Empfänger angewendet werden. Schulz von Thun nennt es das ‚Vier-Ohren-Modell des Empfängers‘ (2005: 44f.). Der Empfänger entschlüsselt nach Erhalt der Nachricht die einzelnen Seiten, welche er beruhend auf der Theorie des Konstruktivismus (siehe Kapitel 5.3.2) und seiner Persönlichkeit ungleich der Intention des Senders interpretiert. Die Herausforderung einer gelingenden Kommunikation ergibt sich bei der Auswahl der vier Ebenen. Dabei ist entscheidend, dass die empfangene Nachricht situationsabhängig aufgenommen, verstanden und darauf reagiert wird (vgl. Schulz von Thun 2005: 44-46). Die Kommunikation verläuft ab diesem Zeitpunkt zirkulär und die Rollen von Sender und Empfänger wechseln sich ab. Aus diesem Modell wird die Notwendigkeit der Metakommunikation deutlich, da der Inhaltsaspekt durch verschiedene Seiten umgeformt oder verloren gehen kann. Um generell erfolgreich zu kommunizieren, ist die Kompetenz der Metakommunikation relevant. Diese führt dazu, dass Konflikte vermieden oder schnell gelöst werden können (vgl. Schulz von Thun 2005: 44-60; 2005: 61-68; Elzer 2007: 119-121).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Kommunikation jederzeit in Form von Sprache, non-verbaler Körpersprache sowie Mimik und Gestik stattfindet. Der Beziehungsaspekt zwischen den Akteuren nimmt dabei eine entscheidende Rolle bezüglich des Erfolgs der Kommunikation ein. Einen weiteren einflussreichen Faktor verkörpern die paralinguistischen Phänomene, welche bei der Bewertung sowie Annahme oder Ablehnung des Inhalts eine wichtige Rolle spielen. Folglich ist der Kommunikationsprozess hochgradig komplex, sensibel und folgenreich. Daraus ist die ständige Präsenz von Konflikten belegbar. Dabei ist irrelevant, ob es sich um private oder berufliche Kommunikationsbeziehungen handelt. Letztere nimmt allerdings nicht nur auf zwei

Akteure (das ‚Ich‘ und das ‚Gegenüber‘) Einfluss, sondern auch auf einen dritten oder sogar weitere Akteure (Patient, weitere Professionen).

4.3 Interprofessionelle Kommunikation

Die Kommunikation zwischen zwei Akteuren wird wie gezeigt von vielen verschiedenen Aspekten beeinflusst. Die professionelle Kommunikation im Berufsleben wird maßgeblich durch die berufliche Sozialisation bestimmt (siehe Kapitel 2.3). Im Kommunikationsprozess werden soziale Rollen situationsabhängig eingenommen (vgl. Watzlawick et al. 2011: 79-81; Hoefert 2008: 6). Die Kommunikationsebenen können skizzenhaft in drei Bereiche unterteilt werden: verbale Ebene, sub-verbale Ebene und nicht-verbale Ebenen. Die Gesprächspartner prüfen die Inhalte und Signale, welche vom Gegenüber gesendet werden und vergleichen diese auf Stimmigkeit. Sofern eine Inkonsistenz festgestellt wird, kann die Beziehungsebene nachhaltig beschädigt werden (vgl. Hoefert 2008: 13). Die Kommunikation beeinflusst nicht nur die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen, sondern auch das Ausmaß der Patientenzufriedenheit (vgl. Hoefert 2008: 3). Somit ist eine gelingende interprofessionelle Kommunikation nicht nur für den Arbeitsalltag wünschenswert, sondern auch hinsichtlich der Patientenversorgung. Als bedeutende Grundlage für eine funktionierende, interprofessionelle Kommunikation wird häufig der Faktor ‚Respekt‘ aufgeführt (vgl. Tewes 2015a; Fliedner & Eychmüller 2016; Fragemann 2017; Watzlawick et al. 2011).

Interprofessionelle Kommunikation beinhaltet verschiedene Elemente wie:

- „persönliche Haltung, Einstellung und Erwartungshaltung,
- Vorurteile gegenüber dem Gesprächspartner oder Thema
- eigene Wertvorstellung und Weltanschauung,
- kognitive Fähigkeiten,
- Umgang mit Gefühlen und Beziehung,
- Selbstbewusstsein,
- nonverbale Kommunikation,
- sprachliche Kompetenz,
- Gesprächsführungstechniken“ (Tewes 2015a: 112).

Die Relevanz der interprofessionellen Kommunikation wird besonders auf Intensivstationen deutlich. Hier wird sie als elementar für die gemeinsame Zusammenarbeit betrachtet. Bei einem auftretenden Mangel ist es der häufigste Grund für Konflikte (vgl. Riessen et al. 2011: 391). Vorteile, welche die interprofessionelle

Kommunikation erzeugt, sind effektive Problemlösungsstrategien und ein verbesserter Behandlungserfolg bei Patienten (vgl. Riessen et al. 2011), verbesserte Teamarbeit sowie die verringerte Fehlerquote (vgl. Reeves et al. 2013: 14f.). Das Beispiel der Intensivstation gilt als stellvertretend. Im Bereich der Gesundheitsversorgung stellt die interprofessionelle Kommunikation eine grundlegende Voraussetzung und Kompetenz dar (vgl. Tewes 2015a).

5 Interprofessionelle Lehre

Der Arbeitsalltag aller Gesundheitsprofessionen erfordert eine enge und stärkere Zusammenarbeit mit anderen Professionen. Diese findet oftmals häufiger als mit der eigenen Profession statt (vgl. Wilhelmsson 2009: 130). Die aktuelle Lehre wird nach wie vor monoprofessionell sowie mit einer großen Anzahl von Studierenden oder Auszubildenden durchgeführt. Diese Variante ist aus ökonomischer Sicht betrachtet äußerst wertvoll, jedoch wird damit eine optimale Lernumwelt verhindert (vgl. Parsell et al. 1998: 306).

5.1 Theoretische Grundlage

Die interprofessionelle Lehre fördert die interprofessionelle kollaborative Zusammenarbeit (WHO 2010: 18). Gemäß der Definition liegt interprofessionelle Lehre (IPE) dann vor „wenn zwei oder mehr Professionen voneinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Qualität der Versorgung zu verbessern“ (Vanclay 1997: 19). Interprofessionelle kollaborative Zusammenarbeit (IPCP) „tritt auf, wenn mehrere Professionen eine umfassende Versorgung und Betreuung in höchster Qualität für Patienten, Angehörige, Pflegende und Gemeinschaften gewährleisten“ (WHO 2010: 13). Die Definition von IPE und IPCP sind eng miteinander verknüpft. Beide müssen vom interprofessionellen Lernen (IPL), einem „Lernen, das durch die Interaktion von Mitgliedern zweier oder mehrerer Professionen entsteht. Dies kann ein Ergebnis von interprofessioneller Lehre sein oder spontan am Arbeitsplatz oder im Unterricht eintreten“ (Mihaljevic et al. 2018) differenziert werden.

Eine Methode innerhalb der interprofessionellen Lehre verkörpert das „problem-based-learning“ (PBL) oder auch „Problemorientiertes Lernen“ (PoL). Dieses zeichnet sich durch die aktive Rolle der Lernenden und die passive, beobachtende Rolle des lehrenden Objekts als Lernbegleiter aus. Das Vorgehen erfolgt immer nach demselben Muster in Form der PoL-Schleife oder der Siebensprungmethode (siehe Anhang III). Dabei werden die Lernenden vor eine komplexe Aufgabe gestellt, welche grob in drei Phasen geteilt werden

kann: Problemanalyse, Wissensaneignung, Reflexion und Evaluation. Die erste und dritte Phase wird als eine kollaborative Gruppenleistung erbracht, die zweite Phase findet im individuellen Selbststudium statt (vgl. Weber 2005; Strittmatter-Haubold 2016). Diese Lernmethode ermöglicht den Lernenden, das Wissen in Zukunft modifiziert anzuwenden, da durch PoL Kompetenzen wie Problemlösefähigkeit oder die Fähigkeit zur Transferleistung erworben und vertieft werden. Nach der WHO (1988: 23) wird PoL ähnlich dem Montessori-Prinzip verstanden, indem der Lernbegleiter dem Lernenden „hilft es selbst zu tun“ und somit eine passive Unterstützungsfunktion einnimmt, anstatt aktiv Wissen weiterzugeben (vgl. Helming 1992; Montessori 1992; Weber 2005: 94; Strittmatter-Haubold 2016: 51).

Voraussetzungen für eine funktionierende interprofessionelle Lehre sind gegenseitige Wertschätzung und gegenseitiger Respekt, das Bewusstsein über die Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit, eine hierarchielose Begegnung aller beteiligten Professionen sowie die ständige Möglichkeit zur Supervision bei scheinbar unlösbaren Konflikten (vgl. WHO 1988: 40f.). Weitere wichtige Merkmale, die auf organisationaler Ebene beruhen, sind die pädagogischen Kompetenzen der Lehrkräfte und eine gut ausgestattete Bibliothek zum selbstständigen Lernen (vgl. ebd.: 48). Nichtsdestotrotz nimmt die Lehrkraft innerhalb der IPE eine fundamentale Rolle ein und ist somit ausschlaggebend für Erfolg oder Misserfolg. Die zahlreichen notwendigen Kompetenzen, die ein Lernbegleiter benötigt, werden ausführlich durch die WHO beschrieben. Kernkompetenzen sind eine ausgeprägte Kommunikationsstärke, die Übernahme der Begleitungs- und Beobachtungsrolle, eine hohe intrinsische Motivation und Überzeugung der Relevanz der IPE, die Fähigkeit, die Teilnehmenden zu motivieren und zu unterstützen, eine kritische Selbstreflexion sowie die eigenständige Weiterbildung der Kompetenzen (vgl. WHO 1988: Annex 3). Nach einer praktischen Implementierung der Interventionsmaßnahme konnten einige Vorteile der IPE festgestellt werden:

- Studierende und Auszubildende lernen ihr Wissen und ihre Kompetenzen mit anderen Professionen zu teilen,
- Studierende und Auszubildende lernen ihre individuellen Fertigkeiten in der gemeinsamen Zusammenarbeit einzusetzen,
- Studierende und Auszubildende lernen kommunikative Kompetenzen und können dadurch mühelos in Interaktion mit Lernbegleitern und Lehrkräften treten,

- Fähigkeit zur Teamarbeit wird entwickelt und gefördert,
- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und Forschung,
- spontane Novellierung von Rollen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten kann entstehen (vgl. Areskog 2009: 446; WHO 1988: 16f.).

Aus vergangenen Implementationen lassen sich folgende Herausforderungen ableiten:

- fehlende fachliche, persönliche, pädagogische und kommunikative Kompetenzen der Lernbegleiter und Lehrkräfte,
- schwieriges und zeitaufwändiges Gestalten eines gemeinsamen Lehrplans,
- Angst vor Verlust der individuellen beruflichen Identität,
- mangelnde intrinsische Motivation und Überzeugung der Relevanz,
- geringe Bereitschaft, neue Lernmethoden anzuwenden, auszuprobieren und ggf. anzupassen,
- wenig zeitliche, räumliche und materielle Ressourcen,
- subjektive Wahrnehmung, dass der Nutzen im Vergleich zur zeitaufwändigen Organisation und Implementation zu gering ist,
- unterschiedlicher Bildungsstand sowie abweichende Erfahrungen der Professionen, (vgl. Areskog 2009: 446; WHO 1988: 50f.).

Das Konzept der interprofessionellen Ausbildungsstationen stellt eine spezielle Interventionsmethode dar, welche die drei Aspekte (IPE, IPL, IPCP) miteinander verbindet. Die zugrunde liegenden Lerntheorien der IPE (siehe Kapitel 5.3) finden Anwendung in der Praxis. Da die IPCP und IPE einen sehr komplexen sowie relevanten Bereich repräsentieren, ist eine evidenzbasierte Grundlagendefinition bestehend aus Wissensanforderungen, Fähigkeiten, Verhalten und Werten notwendig. Diese werden in einem Rahmenlernplan („Curriculum Framework“/„Framework“) festgelegt (vgl. Alderson & Martin 2007 zitiert nach Brewer & Jones 2012: e45). Damit ein international einheitliches Rahmenkonzept bezüglich der erforderlichen Kompetenzen erstellt werden

kann, muss zudem ein transparenter und kontinuierlicher Dialog zwischen den verschiedenen Professionen erfolgen (vgl. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011: 7; Behrend et al. 2021). Die Fachkompetenz der aktuell bestehenden verschiedenen Rahmenkonzepte weisen teilweise Unterschiede auf. Die folgenden vier Kategorien stellen einen repräsentativen Querschnitt dar (vgl. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011: 15f.; Canadian Interprofessional Health Collaborative 2010: 11-16; Brewer & Jones 2012: e46; Bainbridge et al. 2010):

1. „Werte / Ethik für interprofessionelle Praxis,
2. Rollen / Verantwortlichkeiten,
3. Interprofessionelle Kommunikation,
4. Teams und Teamwork“

(Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011: 16)

Nach Ansicht der WHO (1988) herrscht immer noch Unklarheit bezüglich des geeigneten Implementations-Startpunktes für die interprofessionelle Lehre. Argumentiert wird, dass Auszubildende zuerst eine eigene, professionelle Identität entwickeln müssen bevor sie in den interprofessionellen Austausch gehen. Dagegen spricht der Ansatz der frühzeitigen interprofessionellen Zusammenarbeit, um die Entwicklung einer monoprofessionellen Sichtweise zu unterbinden (vgl. R.H Elling 1986 zitiert nach WHO 1988: 37; Areskog 1988). Um maximale sowie langfristige Erfolge zu erzielen wird deswegen empfohlen, die interprofessionelle Lehre so früh wie möglich in den Lehrplan zu integrieren und diese als kontinuierlichen Bestandteil zu verankern. Dabei nimmt die Komplexität hinsichtlich Situationen, Problemen und Fähigkeiten zu. Somit kann das Fundament für eine interprofessionelle Zusammenarbeit geschaffen werden. Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der IPE stellt deren theoretische Grundlage dar. Diese muss souverän und evidenzbasiert und nicht ausschließlich durch Praxiserfahrung validiert sein (vgl. Lawn 2007; Paradis & Whitehead 2015; Herinek / Wild / Herzberg 2017; Hean / Craddock / Hammick 2012). Die interprofessionelle Lehre soll aktiv im Berufsalltag durch Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen aufrechterhalten, unterstützt und gefördert werden (vgl. WHO 1988: 38f.). Der Empfehlungen der WHO, eine langfristig funktionierende Zusammenarbeit möglichst frühzeitig zu etablieren wird seit 1990 verfolgt. Um praxisnah sowie theoriegerecht zu lernen und zu arbeiten, finden weltweit interprofessionelle Ausbildungsstationen statt (vgl. Fallsberg & Wijma 1999; Dando et al. 2011; Mogensen &

Winbladh 2002; Ponzer et al. 2004; McGettigan & McKendree 2015; Morphet et al. 2014; Brewer & Stewart-Wynne 2013; Mihaljevic et al. 2018). Die interprofessionellen Ausbildungsstationen stellen einen innovativen Interventionsansatz dar, der berufsübergreifende Zusammenarbeit realistisch simuliert (siehe Kapitel 6). In Deutschland existieren aktuell neun Ausbildungsstationen. Die erste interprofessionelle Ausbildungsstation in Deutschland wurde am Universitätsklinikum Heidelberg gegründet, danach folgte die Ausbildungsstation in Mannheim (vgl. Nock 2018). Beide Projekte sind durch die Robert-Bosch-Stiftung finanziert. Diesem positiven Vorbild folgten weitere Standorte. Interprofessionelle Ausbildungsstationen bestehen am Universitätsklinikum Lübeck (vgl. Universität zu Lübeck 2022), Universitätsklinikum Regensburg (vgl. Mahnke & Loibl 2021), Universitätsklinikum Freiburg (vgl. Ärzteblatt 2019), Universitätsklinikum Köln (vgl. Uniklinik Köln o. J.), Klinikum Fulda (vgl. Klinikum Fulda o. J.), München Klinik Schwabing (vgl. TUM MEC o. J.) sowie am Klinikum Bremen links der Weser (vgl. Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen o. J.). Durch die erfolgreichen Ergebnisse und die mediale Aufmerksamkeit steigt die Anzahl der Interventionsmethoden wie dieser kontinuierlich an.

5.2 Lernen aus pädagogischer Sichtweise

Die Pädagogik beschreibt „die Führung von Menschen zu bestimmten kognitiven, motivationalen und affektiven Zielen ihrer Persönlichkeitsentwicklung“ (Schnotz 2019: 14). Dabei gibt es pädagogische Prozesse, die z. B. im Kindergarten, in Schulen und Hochschulen sowie im Arbeitsumfeld stattfinden. Ein pädagogischer Prozess ist der Bildungsprozess, der aus Lehren und Lernen besteht (vgl. Schnotz 2019: 14).

Lernen stellt somit eine elementare Funktion eines jeden Menschen dar. Das Lernen beschreibt einen täglichen und wiederkehrenden Vorgang, der von allen Menschen erlebt wird. Der Lernprozess erzeugt stets eine Veränderung von Wissen oder Verhalten, welches auf Erfahrungen beruht (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008: 192). Lernen kann dabei nach Göhlich et al. (2014) in vier Kategorien untergliedert werden:

1. Wissen-Lernen,
2. Können-Lernen,
3. Leben-Lernen,

4. Lernen-Lernen

Das Wissen-Lernen wird durch die Institution ‚Schule‘ repräsentiert. Hierbei wird eine immense Menge an Wissen erzeugt, um Sachverhalte zu erklären und zu begründen. Der Prozess kann als „Übergang vom Nichtwissen zum Wissen additiv (Dazulernen), andererseits innovativ (Umlernen) [...]“ (Göhlich et al. 2014: 17) beschrieben werden. Die zweite Kategorie fokussiert eine körperliche Handlung, die durch häufige Wiederholung zum Automatismus führt. Das Können-Lernen kann ausschließlich praktisch durch Mimesis erlernt werden. Beispiele sind Ateliers oder Sporteinrichtungen. In der dritten Kategorie des Leben-Lernens werden Fähigkeiten und Kompetenzen erlernt, die vom simplen Überleben bis hin zur Lebenskunst über fünf Stufen führen, wobei sich die Komplexität mit jeder Stufe erhöht. Die vierte Kategorie beschreibt das Lernen-Lernen. Es findet in allen drei oben genannten Kategorien statt. Das lernende Objekt lernt unterbewusst die Art und Weise des Lernens (vgl. Göhlich et al. 2014: 18). Oftmals wird der Lehrer als lehrendes Objekt und der Schüler als lernendes Objekt bezeichnet. Die Pädagogik befasst sich beim Lernen mit dem lernenden Objekt und seiner Lernumwelt sowie der individuellen Lerngeschwindigkeit. Diese soll und kann nicht durch das lehrende Objekt beeinflusst werden. Dabei ist die wichtigste Gestaltungsregel des Lernens: optimale Voraussetzungen und Bedingungen für das individuelle lernende Objekt schaffen, um einen Lernerfolg zu generieren (vgl. Göhlich et al. 2014: 7-9). Dieser ist abhängig von Anlage- und Umweltfaktoren, der Sozialisation, der Motivation, dem Interesse und den Emotionen des lernenden Objekts (vgl. Schnotz 2019: 110f.). Das Generieren einer positiven sowie effektiven Lernumgebung kann als große Herausforderung gesehen werden. Eine gute Möglichkeit stellt hier das Konzept des simulationsbasierten Lernens dar, welches in der Pflegeausbildung als erfolgversprechende Intervention betrachtet wird. In dieser, auf dem Konstruktivismus (siehe Kapitel 5.3.2) beruhenden Lerntheorie, können die Auszubildenden in einem geschützten und realitätsnahen Rahmen Fähigkeiten mit Hilfe von unterschiedlichen Simulationsmaßnahmen lernen (vgl. Schwermann & Loewenhardt 2021: 7; siehe Kapitel 6). Klassische Lerninstitutionen weisen indes häufiges Versagen bezüglich effektiver Lernmethoden auf. Zwei Annahmen aus der Vergangenheit, welche widerlegt werden konnten, sind:

- a) die Möglichkeit eines direkten Lerntransfers der aktuellen Situation auf eine zukünftige Situation, sodass eine passive Informationsaufnahme durch das lernende Objekt geschieht und,

- b) dass eine künstliche Lernumwelt zum Lernerfolg führt (vgl. Berryman 1991: 2).

Um Bildung effektiver zu gestalten und evidenzbasierte Lernmethoden zu entwickeln, haben sich Kognitionsforscher mit dieser Thematik beschäftigt. Dabei wurde das Modell des „cognitive apprenticeship“ (Collins / Braun / Newman 1989; deutsch: „kognitive Lehre“) entwickelt (Berryman 1991: 3). Die kognitive Lehre ist eine spezifische Form des situierten Lernens, d. h. es handelt sich hierbei um einen sozial-konstruktivistischen Ansatz (siehe Kapitel 5.3.2). Dieser orientiert sich an jenem des klassischen Ausbildungslehrensatzes (vgl. Bendorf 2016: 89; Schnotz 2019: 184). Diese Lernmethode verknüpft die Vorteile der theoretischen Ausbildung mit der praktischen Ausbildung. Die Idee entstammt dem Konstruktivismus, dieser versucht möglichst nah an realen Problemsituationen zu lernen, somit kann eine authentische Problemlösung ermöglicht werden (vgl. Bendorf 2016: 92). Der Lernprozess wird in verschiedene Phasen eingeteilt und beruht auf dem Betreuungskonzept des Lernenden durch den Experten. Dabei wird die Komplexität in jeder Phase erhöht, sodass das lernende Objekt von Phase zu Phase autonomer mit der Problemsituation umgeht. Die Kompetenz wird also stufenweise erhöht (vgl. Berryman 1991: 4; Bendorf 2016: 89-92). Parallel zur Kompetenzerhöhung des lernenden Objekts verringert das lehrende Objekt seine aktive Rolle und nimmt eine beobachtende und beratende Funktion ein. Der große Vorteil dieser Lernmethode ist, dass die Möglichkeit des Beobachtens für das lernende Objekt besteht. Es kann den Experten bei seiner Arbeitsweise, Arbeitsdurchführung und ggf. -auswertung beobachten und somit scheinbar irrelevante Aspekte erleben. Die traditionellen Lernmethoden exkludieren die Möglichkeiten des Beobachtens und riskieren somit den Verlust eines wahrscheinlich wichtigen Elements im Lernprozess. Nachdem das lehrende Objekt eine zunehmend passive Rolle einnimmt und das lernende Objekt vermehrt aktiv in die Tätigkeit gelangt, erfolgt die Reflexion. Diese stellt einen wichtigen und letzten Teil des Modells dar. Hierbei ist das lernende Objekt gefordert, seine ausgewählte Problemlösungsstrategie zu artikulieren sowie unterschiedliche Vorgehensweisen zu erläutern. Anschließend soll das lernende Objekt in der Lage sein, Transferleistungen zu bewältigen und somit ähnliche, aber neue Probleme zu lösen (vgl. Bendorf 2016: 90f.). Das Modell wird in folgende Phasen untergliedert: Modelling, Coaching, Scaffolding und Fading (siehe Abbildung 4).

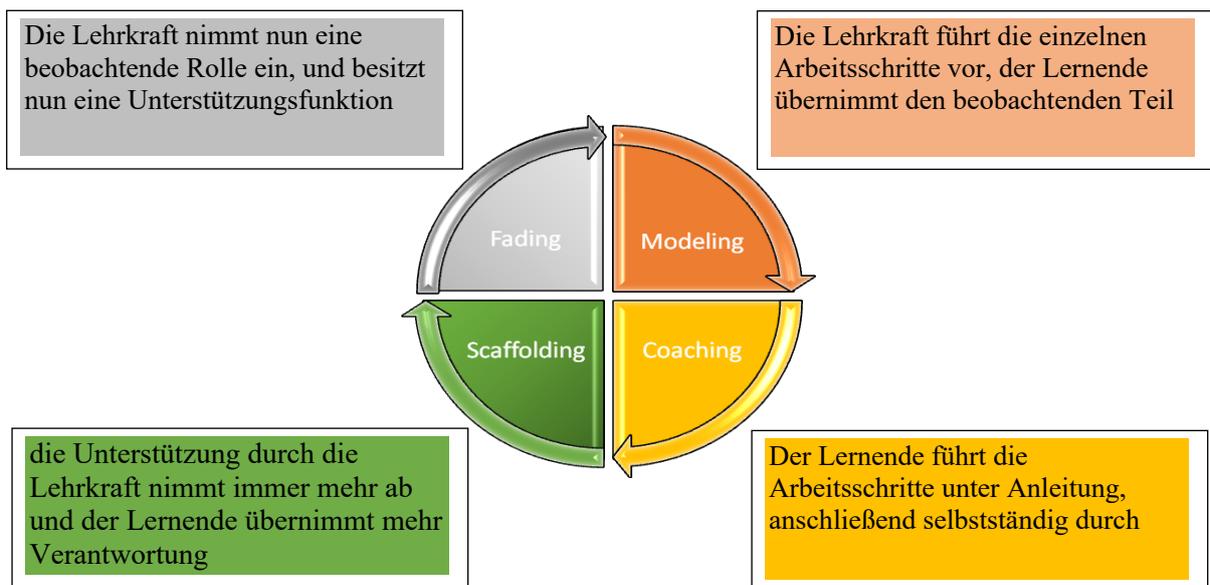


Abbildung 4: cognitive apprenticeship-Modell (eigene Darstellung nach Collins et al. 1989)

5.3 Pädagogische Lerntheorie

Pädagogische Lerntheorien zielen darauf ab, die Beziehung und deren Qualität zwischen Menschen und Umwelt zu verstehen sowie Optimierungen der wechselseitigen Beziehung mit positiven Auswirkungen auf beiden Seiten herzustellen.

Um den Prozess des Lernens zu erklären, existieren verschiedene Lerntheorien, welche eine Skizzierung des komplexen Vorgangs zeigen sollen. Vereinfacht können diese in drei Arten aufgeteilt werden:

- Behavioristische Lerntheorien,
- Kognitivistische Lerntheorien,
- Konstruktivistische Lerntheorien (vgl. Fürstenau 2016: 2-4).

5.3.1. Behaviorismus

Der Behaviorismus betrachtet den Lernprozess als extern steuerbaren Vorgang, wobei das lernende Objekt kaum autonomen Einfluss ausüben kann. Im Behaviorismus wird von drei verschiedenen Lernformen ausgegangen: klassische Konditionierung, operante Konditionierung und Modelllernen (vgl. Schnotz 2019: 44-59). Allen gemeinsam ist die

Annahme, dass das lernende Objekt durch Erfahrungen lernt und diese durch das lehrende Objekt strukturiert werden, wodurch das initiale Lernziel erreicht wird (vgl. Schnotz 2019: 62). Die klassische Konditionierung beschreibt den Prozess der Reiz-Reaktions-Verknüpfung. Hierbei wird ein ursprünglich neutraler Reiz mit einem unkonditionierten Reiz so lange kombiniert, bis ein konditionierter Reiz entsteht. Dabei wird eine dem unkonditionierten Reiz ähnliche Reaktion erzeugt (vgl. Schnotz 2019: 45). Somit wird gelernt, dass Ereignisse unabhängig vom eigenen Handeln ständig in Synthese zueinander auftreten. Außerdem können durch die klassische Konditionierung positive sowie negative Emotionen in bestimmten Situationen erlernt werden (vgl. Schnotz 2019: 62).

Die operante Konditionierung beschreibt spontane Verhaltensweisen, die nicht als identifizierbarer Reiz auf eine externe Reaktion gesehen werden. Hier wird das Auftreten einer bestimmten Verhaltensweise durch Verstärkung (primäre Bedürfnisse, sekundäre Bedürfnisse) erreicht (vgl. ebd.: 48). Somit kann die Lernmotivation auf einem hohen Level gehalten werden, indem anfänglich einfache Verhaltensweise erlernt und umgehend verstärkt (in Form von Belohnung) werden, bevor das Erlernen von komplexeren Verhaltensweisen folgt (vgl. Schnotz 2019: 51). Die Verstärkungsmaßnahmen sollten individuell an das lernende Objekt angepasst werden, um den Erfolg zu maximieren.

Das Modelllernen beschreibt den Lernprozess als Beobachtungsvorgang. Hier werden Tätigkeiten entweder erstmals, durch schlichtes Beobachten, erlernt oder es wird eine Anpassung der eigenen Handlungsausführung vorgenommen (vgl. ebd.: 57). Bei diesem Vorgang findet zusätzlich zum Beobachten eine kognitive Verarbeitung statt, indem das lernende Objekt nicht nur eine externe Handlung beobachtet, sondern diese ggf. situationsabhängig und entsprechend vorhandener Ressourcen modifiziert anwendet (vgl. Schnotz 2019: 58f.).

5.3.2. Soziokonstruktivismus

Der Konstruktivismus zeichnet sich durch die Emergenz verschiedener selbstreferentieller Systeme aus. Von besonderem Interesse sind hierbei die Komplexität, welche einen Selektionsprozess zwecks Simplizität durchführt, und die Kontingenz, welche die Ambivalenz von *Sein* oder *Nicht-Sein* sowie *Können* oder *Nicht-Können* darstellt und somit die Möglichkeit einer kontinuierlichen Veränderung beschreibt (vgl. Simon 2008: 85-90). Die Kommunikation wird als soziales System definiert und kann nur in Begegnung mit dem Gegenüber stattfinden, wobei sich auf diese explizite Form der Verständigung

geeinigt wurde (vgl. Simon 2008: 90f.). Die Kommunikation besteht aus drei wesentlichen Punkten: ‚Information‘, ‚Mitteilung‘ und ‚Verstehen‘. Als vierter, mitunter wichtigster Punkt, soll das ‚Annehmen‘ genannt werden. Eine erfolgreiche Kommunikation nach Luhmann ist somit kaum möglich, da diese durch Instabilität und Ablehnung gekennzeichnet ist (Simon 2008: 93f.). Phänomene wie *Erkennen* und *Lernen* werden vom lernenden Objekt konstruiert (vgl. Göhlich et al. 2014: 11). Lernen kann somit als Verhaltensänderung beschrieben werden (vgl. ebd.: 13).

Der Soziokonstruktivismus, auch bekannt als situiertes Lernen, stellt eine Form des Konstruktivismus dar. Das Besondere an dieser Lerntheorie ist die aktive Partizipation des Lernenden. Die Art und Weise, wie der Lernende handelt, ist abhängig von der erlebten Sozialisation und deren Prägung (vgl. Bendorf 2016: 77f.). In dieser Theorie wird der Lernprozess intern sowie extern beeinflusst (vgl. Schnotz 2019: 27). Als typische Merkmale des Soziokonstruktivismus gelten:

- die Situietheit, d. h. Lernen erfolgt immer in Abhängigkeit zum Kontext,
- der soziale Kontext, d. h. Lernen findet immer in einem sozialen Kontext statt,
- die Konstruktion, d. h. Wissen und Fähigkeiten werden selbstständig durch vorhandene Informationen vom lernenden Objekt hergestellt (vgl. Schnotz 2019: 78).

Als Beispiel für solch einen Lernprozess soll die Entkulturation mit der „Zone der nächsten Entwicklung“ nach Wygotski (1964: 236f.) genannt werden. In dieser Theorie wird der Lernprozess immer in Zusammenhang mit der sozialen Situation gesehen, in der die Tätigkeit ausgeführt wird. Das lernende Objekt wird dadurch mit einer bestimmten Kultur, Praktiken, Kommunikationsformen und Sichtweisen vertraut und übernimmt diese in sein Verhaltensrepertoire (vgl. Wygotski 1981: 211-235). Der Lernprozess zeichnet sich durch eine enge Begleitung durch das lehrende Objekt aus, welches mit fortschreitender Zeit eine passivere Rolle einnimmt, das lernende Objekt indes eine aktive und autonome Rolle spielt. Um eine Unter- oder Überforderung zu vermeiden, wird die Zone der nächsten Entwicklung beschrieben, welche über das angemessene Anforderungsniveau entsprechend der aktuellen Ressourcen des lernenden Objekts verfügt. In dieser wird das lehrende Objekt unterstützend tätig (vgl. Wygotski 1964: 237-244; Schnotz 2019: 68).

Um den größtmöglichen Lernerfolg bei den Teilnehmenden zu erreichen, müssen die eben vorgestellten pädagogischen Lerntheorien angewendet werden. Gemeinsam ist den verschiedenen Theorien, dass das lernende Objekt als individuelle, neugierige und kompetente Person gesehen wird und das lehrende Objekt eine beobachtende und somit passive Funktion im Lern- und Lehrprozess einnimmt. Damit wird das lernende Objekt aufgefordert, seine eigenen Ressourcen zu aktivieren, anzuwenden und zu reflektieren. Ein produktives und tatsächliches Lernen wird durch das realitätsnahe und geschützte Lernumfeld mit steigenden Anforderungen sowie Verantwortungsbereichen erzeugt. Hier erfolgt somit keine traditionelle Wissensaufnahme oder -aneignung. Die Anwesenheit des lehrenden Objektes sorgt für rechtliche und emotionale Sicherheit. Die Wirksamkeit dieser Interventionsmethode, ihr innovativer Ansatz, ist durch zahlreiche Studien und Best-Practice-Beispiele belegt (siehe Kapitel 6.1 & 6.2). Die nachfolgende Abbildung 5 stellt die Interventionsmethode in Verbindung mit den pädagogischen Lernmethoden und weiteren Einflussfaktoren dar. Die interprofessionelle Ausbildungsstation ist eine authentische sowie geschützte Lernumgebung. Als bedeutsamer Aspekt gilt die intrinsische Motivation aller Teilnehmenden, d. h. der Lernbegleiter und lernenden Objekte. Die Intervention beruht auf Lerntheorien, welche sich in die zwei Arten Soziokonstruktivismus und Behaviorismus einteilen lassen. Innerhalb der jeweiligen Lerntheorie kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz, welche in der interprofessionellen Ausbildungsstation Anwendung finden. Durch das Zusammenspiel der realitätsnahen Lernumgebung und der angewandten Lerntheorien entsteht interprofessionelle Lehre (IPE), welche im günstigsten Fall zu interprofessioneller Zusammenarbeit führt. Als spontanes Nebenprodukt zur interprofessionellen Lehre (IPE) kann interprofessionelles Lernen (IPL) entstehen. Als wichtigste Einflussfaktoren während der IPE sind Kommunikation, tertiäre Sozialisation, die intrinsische Motivation aller Teilnehmenden sowie die Qualifikation der Lernbegleiter zu nennen.

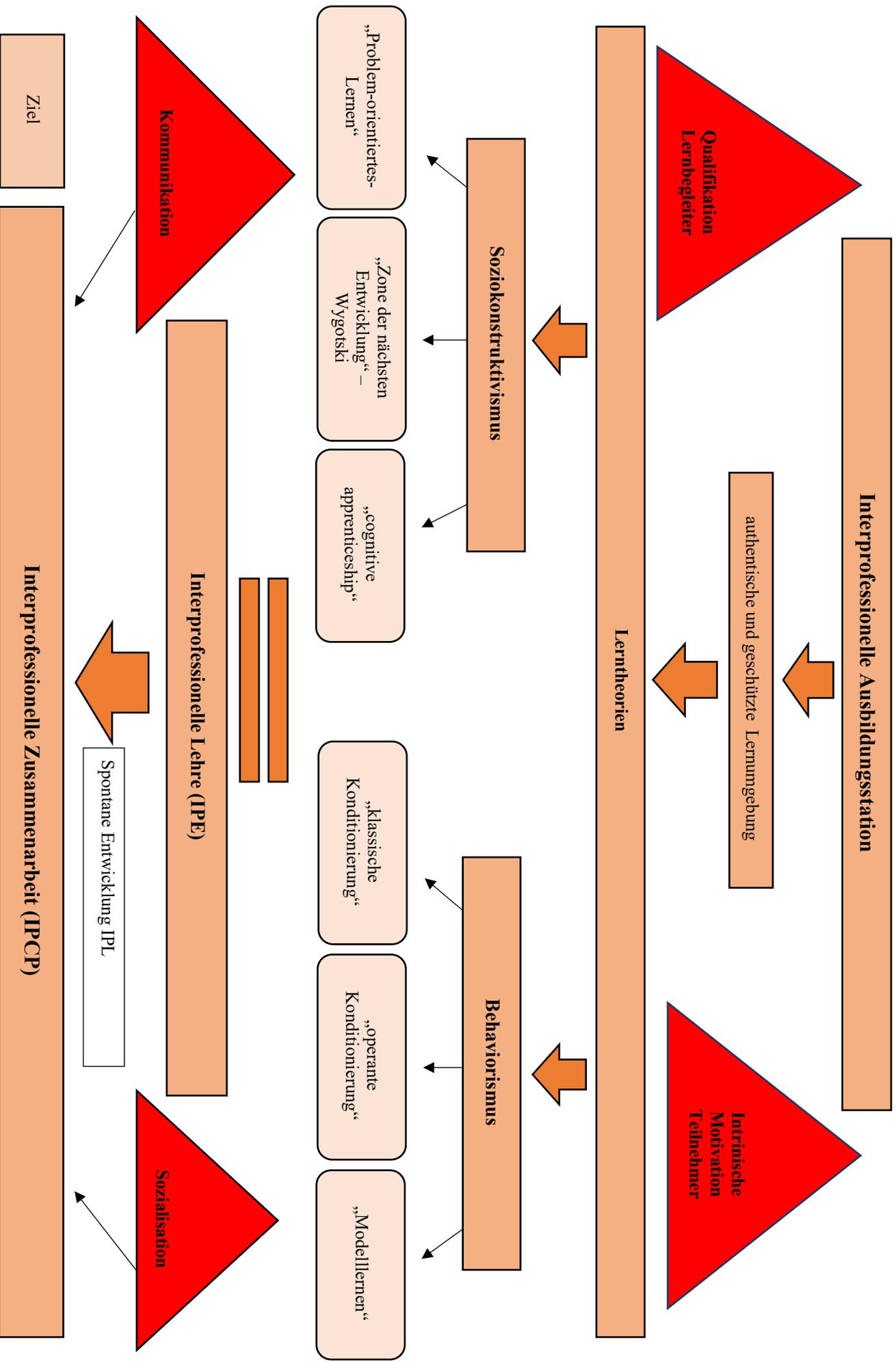


Abbildung 5: schematische Darstellung interprofessionelle Ausbildungsstation und deren Einflussfaktoren zur Entstehung von interprofessioneller Zusammenarbeit (eigene Darstellung)

6 Aktueller Forschungsstand zu Interprofessionellen Ausbildungsstationen

6.1 Beispiel erste weltweite interprofessionelle Ausbildungsstation

An der Fakultät der Gesundheitswissenschaften in Linköping (Schweden) erfolgt die Ausbildung für Medizin-, Pflege- und Sozialberufe. Das Curriculum ist auf der Theorie des „Problembasierten Lernens (PBL) in Verbindung mit frühem Patientenkontakt, kontinuierlichem Kommunikationstraining, Integration von wissenschaftlichen Zielen und klinischen Studien, interdisziplinärer Integration und Programmintegration“ aufgebaut (Hammar et al. 1997 zitiert nach Fallsberg & Wijma 1999: 576). Um eine professionsübergreifende Zusammenarbeit sowie professionelle Kompetenzen zu etablieren, wurde hier im Jahr 1996 die weltweit erste interprofessionelle Ausbildungsstation über eine Dauer von zwei Wochen eingeführt. Die Ausbildungsstation beruft sich auf die WHO-Veröffentlichung von 1988. In dieser wird die Relevanz der interprofessionellen Lehre und Zusammenarbeit thematisiert. Als Vorbereitung auf die Interventionsmethode durchläuft man im ersten Semester einen zehnwöchigen Einführungskurs. In diesem wird die theoretische Grundlage, bestehend aus IPE und PBL bzw. PoL, für alle beteiligten Professionen geschaffen. Die Themenschwerpunkte sind Ethik, Gesundheit und Lebensbedingungen. In jedem folgenden Semester finden Aufbaukurse statt, welche die Gesundheitsberufe immer wieder miteinander verbinden. Im letzten, ggf. vorletzten Ausbildungsjahr erfolgt der verpflichtende Einsatz auf der interprofessionellen Ausbildungsstation (vgl. Wahlström / Sandén / Hammar 1997: 426; Fallsberg & Hammar 2000: 338). Die Intervention wurde bewusst in das vorletzte bzw. letzte Semester inkludiert, um sicherzustellen, dass alle Studierenden und Auszubildenden über ein gewisses Maß an professionellem Berufsverständnis verfügen und somit besser mit, über und voneinander lernen können (vgl. Areskog 1988). Die Ausbildungsstation besitzt Projektcharakter und ist obligatorisch für die Bereiche Medizin, Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie sowie Medizintechnik. Alle Auszubildenden befinden sich im letzten Jahr ihrer Ausbildung, die Medizinstudenten im praktischen Jahr (vgl. Fallsberg & Wijma 1999: 576; Parsell 1998: 306). Die Ziele der interprofessionellen Ausbildungsstation sind:

- „Studenten und Auszubildende sollen innerhalb der Teamarbeit mit Herausforderungen bezüglich Pflege, Versorgung und Rehabilitation konfrontiert werden,

- Studenten und Auszubildende erhalten die Möglichkeit ihre professionelle Rolle zu entwickeln,
- Studenten und Auszubildende erhalten die Möglichkeit, das Wissen und die Fähigkeiten der anderen Professionen zu verstehen,
- Studenten und Auszubildende lernen, den Bedarf von Patienten bezüglich Pflege, Versorgung und Rehabilitation zu erkennen“ (Wahlström et al. 1996 zit. nach Fallsberg & Wijma, 1999: 576)

Die ausgewählte Ausbildungsstation ist dem orthopädischen Teilgebiet zuzuordnen und umfasst acht Patienten. Während der Frühschicht waren eine Pflegefachperson (als pflegerischer Lernbegleiter) und ein Assistenzarzt (als medizinischer Lernbegleiter) präsent. Die interprofessionellen Teams der Studenten und Auszubildenden bestanden aus „1-2 Medizinstudenten, 2-3 Pflegeauszubildenden, einer Physiotherapieauszubildenden sowie Ergotherapieauszubildenden, nach Möglichkeit ein Auszubildender aus dem Bereich der Medizintechnik sowie des Sozialdienstes“ (Fallsberg & Wijma 1999: 576). Das verwendete Schichtsystem ist realitätsgetreu übernommen worden. Am Ende der jeweiligen Schicht wurde eine Übergabe zwecks Informationsweitergabe, Austausch, Reflexion und Feedback durch die Lernbegleiter absolviert. Die Reflexion stellt dabei einen sehr wichtigen Bestandteil dar, da diese neues Wissen erzeugt, welches in zukünftigen Situationen angewendet werden kann (vgl. Fallsberg & Hammar 2000: 346). Der Aufgabenbereich für alle Studenten und Auszubildenden umfasste allgemeine pflegerische Tätigkeiten, monoprofessionelle Tätigkeiten und interprofessionelle Tätigkeiten (vgl. Fallsberg & Wijma 1999: 576). Nach einjähriger Testphase der Interventionsmethode in Schweden wurde das Schichtsystem um die Nachtschicht gekürzt. Die Professionsbereiche wurden auf Pflege, Medizin, Physiotherapie und Ergotherapie begrenzt, da die Auszubildenden-Anzahl des Sozialdienstes und der Medizintechnik zu gering ausfiel. Eine weitere Ergänzung fand bezüglich der Lernbegleiter statt. Diese nahmen an speziellen Fort- und Weiterbildungen teil, um pädagogische und kommunikative Kompetenzen zu entwickeln und zu fördern (vgl. Fallsberg & Hammar 2000). Ein weiteres wichtiges Merkmal der interprofessionellen Ausbildungsstationen ist die Qualitätserhaltung während der Patientenversorgung. Diese wird durch die Lernbegleiter sichergestellt. Bei Durchführung komplikationsbekannter Tätigkeiten erfolgt eine Anleitung durch den Lernbegleiter (vgl. Wahlström et al. 1997: 427; siehe Kapitel 5.2).

Während der Planung wurde externe, rechtliche und ethische Fachexpertise inkludiert, um alle relevanten Aspekte zu berücksichtigen. In gemeinsamer Entwicklung wurden Grenzen und Tätigkeiten beschrieben (vgl. Wahlström et al. 1997: 427; Wilhelmsson et al. 2009).

6.2 Beispiel erste deutsche interprofessionelle Ausbildungsstation

Das Universitätsklinikum Heidelberg entwickelt nach schwedischem Vorbild im Jahr 2016 die erste deutsche interprofessionelle Ausbildungsstation. Ziel der interprofessionellen Ausbildungsstationen ist die gemeinsame und eigenverantwortliche Zusammenarbeit (vgl. Mihaljevic et al. 2018: 12). Die aktuelle Ausbildung beinhaltet einen mono-professionellen Ansatz, dadurch können die theoretischen Grundlagen aus IPE, IPL und IPCP keine Anwendung finden (vgl. Parsell et al. 1998). Um den Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte krisensicher zu begegnen, wird ein interprofessioneller Ausbildungsansatz obligatorisch sein (vgl. Behrend et al. 2021; WHO 2010).

Die ausgewählten theoretischen pädagogischen Grundlagen der Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation (HIPSTA) sind die soziokonstruktivistischen und behavioristischen Lerntheorien (siehe Kapitel 5.3.1 & 5.3.2). Die Ansätze aus IPL und IPCP werden im interprofessionellen Curriculum verwendet. Um Aspekte von IPE, IPL und IPCP zu vereinen, wird die überarbeitete Version der Bloom'schen Taxonomie in den Lernzielen berücksichtigt. Diese beschreibt das Lernkonzept als einen stufengegliederten Prozess, welcher hierarchisch aufeinander aufbaut. Nach Bloom et al. (1956) gibt es demnach sechs Stufen: Wissen, Verstehen, Anwenden, Analyse, Synthese und Evaluation. Die Bloom'sche Taxonomie wurde im Jahr 2001 angepasst, sodass die einzelnen Stufen umbenannt wurden: Erinnern, Verstehen, Anwenden, Analysieren, Bewerten und Erstellen (vgl. Mihaljevic et al. 2018: 14; vgl. Krathwohl 2002). Im Vorfeld wurden für die Auszubildenden und Studenten konkrete Lernziele erstellt (siehe Anhang IIII).

Die HIPSTA wird auf der Klinik für Abdominalchirurgie über einen Zeitraum von vier Wochen durchgeführt. Priorität lag auf der Entwicklung eines gemeinsamen interprofessionellen Tagesablaufs. Dieser war von mono- und interprofessionellen Tätigkeiten gekennzeichnet (siehe Anhang V). Die Schichteinteilung erfolgt in Früh- und Spätschicht, ein Wechsel findet wöchentlich statt. Nach schwedischem Vorbild wurden

HIPSTA-Teams erstellt, wobei ein HIPSTA-Team aus einem Medizinstudenten und einem Pflegeauszubildenden besteht und für drei Patienten verantwortlich ist. In jeder Schicht sind zwei HIPSTA-Teams eingesetzt. Der pflegerische Lernbegleiter war während der gesamten Frühschicht als direkter Ansprechpartner auf der Station, der ärztliche Lernbegleiter konnte außerhalb der morgendlichen Visite und der Nachmittagsübergabe telefonisch kontaktiert werden. Falls dringender Konsultationsbedarf bestand, war der Stationsarzt der Nachbarstation erreichbar. Die tägliche Nachmittagsübergabe, bei der alle HIPSTA-Teams und der pflegerische sowie ärztliche Lernbegleiter anwesend sind, stellt ein Kernelement in der gemeinsamen Zusammenarbeit dar. Hier werden Fälle, die Kommunikation auf Station, Rollenbilder und Verantwortlichkeiten besprochen. Um das eigenverantwortliche und selbstständige Arbeiten im legalen rechtlichen Rahmen zu ermöglichen, erhielten die HIPSTA-Teams individuelle IT-Berechtigungen. Eine elektronische Freigabe durch einen approbierten Arzt ist teilweise notwendig und kann nicht vermieden werden (vgl. Mihaljevic et al. 2018: 15f.).

Vor der Implementierung der HIPSTA wurde eine Patientenselektion in Erwägung gezogen. Diese wurde dann aber nicht vorgenommen. Grund dafür ist die positive Auswirkung der HIPSTA-Teams bei komplexen postoperativen Verläufen. Der wichtigste Grund für die erfolgreiche Implementierung der HIPSTA stellt die individuelle Motivation eines jeden Teilnehmenden dar. Dennoch sind bei der Implementierung in der Praxis einige Herausforderungen aufgetreten. Die erste Herausforderung stellte den zeitlichen Umfang der IT-relevanten Sachverhalte dar. Das Erstellen der IT-Berechtigungen beanspruchte mehr Zeit als geplant. Um ein reales, selbstständiges Arbeiten zu ermöglichen, wurden die gleichen Zugangsberechtigungen wie für approbierte Ärzte und examinierte Pflegefachpersonen benötigt. Dieses Vorgehen musste unter Beachtung der rechtlich geltenden Vorgaben adaptiert werden. Außerdem gilt es, eine rechtzeitige Absprache mit tangierenden Abteilungen vorzunehmen, um interprofessionelle Dokumente bereitzustellen. Folglich muss eine frühe Kooperation mit der EDV-Abteilung stattfinden. Die zweite Herausforderung stellte die der knappen räumlichen Ressourcen in einem bestehenden Krankenhaus dar. Um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, wurde ein eigener Arbeitsplatz in Form eines Büros für die HIPSTA-Teams eröffnet. Die dritte Herausforderung besteht in der Koordination der medizinischen und pflegerischen Curricula (vgl. Mihaljevic et al. 2018: 17).

6.3 Unterschiede im deutschen und schwedischen Ausbildungssystem

Die Akademisierungsrate der Pflegefachpersonen in Schweden liegt bei 100 Prozent. Die verschiedenen Professionalisierungsgrade untergliedern sich in assistierende Pflegepersonen, Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss, Pflegefachpersonen mit speziellen Fort- und Weiterbildungen, Pflegefachpersonen mit Master-Abschluss und in Pflegefachpersonen mit Doktorat (vgl. Ewers & Lehmann 2021: 10). In Schweden gilt das Abitur als Voraussetzung zur Ausbildungsbefähigung. Das Studium zur Pflegefachperson hat einen zeitlichen Rahmen von drei Jahren, nach erfolgreichem Abschluss wird der Bachelor-Titel verliehen. Anschließend kann eine Spezialisierung in Form einer Zusatzausbildung angestrebt werden. Die studierten Pflegefachpersonen erlernen und üben höherwertige Tätigkeiten als deutsche Pflegefachpersonen aus. Die Ursachen dafür liegen im Studium, den erworbenen Kompetenzen und der damit einhergehenden Legitimität (vgl. Ewers & Lehmann 2021: 9f., 13). Ein weiterer grundlegender Unterschied in Bezug auf das deutsche Ausbildungssystem liegt im Aspekt der nahen, räumlichen Ausbildung. In Schweden und im weiteren internationalen Kontext existiert das Konzept des sogenannten ‚Gesundheitscampus‘, auf dem alle gesundheitsrelevanten Berufe einen gemeinsamen Ausbildungsort besitzen. Somit entstehen Begegnungsräume auf pädagogischer Ebene und im privaten Bereich (vgl. Areskog 2009; Fallsberg & Hammar 2000).

Im Kontrast dazu steht das deutsche Ausbildungssystem der Gesundheitsberufe. Die Qualifikation der Pflegefachpersonen erfolgt durch eine dreijährige Ausbildung, welche die mittlere Schulreife voraussetzt. Die Ausbildung findet überwiegend im sekundären Bildungssektor in Berufsschulen statt (vgl. Ewers & Lehmann 2021: 7f.). Die legitim ausführbaren Kompetenzen der deutschen Pflegefachpersonen sind, im internationalen Vergleich gesehen, gering (vgl. ebd.: 15-17). Die räumliche Distanz von Medizin und Pflege bezüglich des Ausbildungsstandortes kann als weiterer Unterschied zum internationalen Ausbildungskonzept gesehen werden. In Deutschland wird seit einigen Jahren die Akademisierung der Gesundheitsberufe etabliert (vgl. Ewers & Lehmann 2021; Meyer-Kühling 2019). Eine realistische und erfolgreiche Umsetzung wird allerdings noch Zeit brauchen. Dabei ist die Relevanz und Dringlichkeit der Professionalisierung seit Jahrzehnten bekannt. Um den kommenden Herausforderungen souverän zu begegnen, bedarf es der Akademisierung (Meyer-Kühling 2019).

Mögliche Gründe für die große Akzeptanz und den Erfolg der schwedischen und weiteren, internationalen interprofessionellen Ausbildungsstationen, können in der geringen Hierarchie und dem erhöhten legitimen Kompetenz- und Verantwortungsbereich der Pflege gesehen werden. Ein hemmender Erfolgsfaktor ist in starrer Rangfolge und Geringschätzung zu sehen.

6.4 Chancen

Die Vorteile, welche sich aus der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben, sind enorm. Krankenhausaufenthaltsdauer, Mitarbeiterfluktuation, Sterberate sowie die Anzahl der stationären Aufnahmen können durch IPCP verringert werden (vgl. WHO 2010: 18). Als geeignete Interventionsmethode, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu etablieren, wird die interprofessionelle Ausbildungsstation angeführt. Deren Ziel ist es, eine authentische und geschützte Lernumgebung herzustellen, in der berufsübergreifende Zusammenarbeit erlernt werden kann. Dabei spielt die zeitliche Dauer des Projekts eine untergeordnete Rolle, da die positiven Auswirkungen auch nach geringer Projektdauer eintreten (vgl. Brewer & Stewart-Wynne 2013; Fallsberg & Wijma 1988; Reeves et al. 2002; Hylén et al. 2007).

Die teilnehmenden Studierenden und Auszubildenden gaben an, dass nach der Interventionsmethode „ein klares Verständnis über die Rolle, Verantwortlichkeit und Fähigkeiten der anderen Professionen“ entstand (Brewer & Stewart-Wynne 2013: 485; vgl. Parsell et al. 1998: 307; Dando et al. 2011: 180). Parallel dazu konnten die Studierenden und Auszubildenden ein Rollenselbstverständnis während monoprofessionellen und interprofessionellen Situationen gestalten (vgl. Brewer & Stewart-Wynne 2013: 485; Fallsberg & Wijma 1999: 580; Morphet et al. 2014: 202).

Eines der häufigsten Ergebnisse aus der Intervention stellt die verbesserte Kommunikation zwischen den Professionen dar. In Verbindung dazu wird oftmals beschrieben, dass die Empathie, der Respekt sowie die Sensibilität für andere Professionen gestiegen sei (vgl. Kilminster et al. 2004: 723; Parsell et al. 1998: 307f.). Oftmals wurde die verbesserte interprofessionelle Kommunikation im Zusammenhang mit einem klareren Rollenverständnis und erhöhtem Respekt für die anderen Professionen beschrieben (vgl. Kilminster et al. 2004: 723; Parsell et al. 1998: 308; Fallsberg & Wijma 2000: 580).

Ähnliche Ergebnisse konnten auch in anderen Studien gefunden werden. Vor Interventionsbeginn wurden die Studierenden und Auszubildenden gefragt, die Adjektive „fürsorglich“ und „untergeordnet“ den jeweiligen Professionen (Pflege, Medizin, Physiotherapie und Ergotherapie) zuzuschreiben. Die Pflege wurde am meisten mit dem Wort „fürsorglich“ beschrieben, im Kontrast dazu die Medizin am wenigsten. Außerdem wurde die Pflege am meisten als „untergeordnet“ bewertet, während die Medizin als am wenigsten „untergeordnet“ beschrieben wurde. Die Intervention auf der interprofessionellen Ausbildungsstation führte dazu, dass alle betroffenen Professionen als „fürsorglicher“ bewertet wurden. Weiterhin sind die Bereiche Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie als weniger stark „untergeordnet“ bewertet worden. Im Vergleich zum Interventionsstart wurde die Medizin als mehr „untergeordnet“ beschrieben (vgl. Jacobsen & Lindqvist 2009: 245f.). Die Studie zeigt, dass die Intervention dazu beitragen kann, eine größere Wertschätzung für andere am Versorgungsprozess beteiligten Professionen zu entwickeln.

Teilnehmer beschreiben, dass durch die Intervention ein erhöhtes Selbstbewusstsein entwickelt werden konnte (vgl. Tucker et al. 2003: 632; Morphet et al. 2014: 201). Die Daten belegen ein homogenes Ergebnis bezüglich der verlängerten Projektdauer. In der Literatur wird eindeutig eine längere Einsatzdauer von mehr als zwei Wochen gewünscht (vgl. Hylin et al. 2007; Wahlström et al. 1997: 428; Tucker et al. 2003: 635). Die positiven Effekte von interprofessionellen Interventionsmaßnahmen treten unabhängig der zeitlichen Dauer ein. Als eine komprimierte Interventionsmaßnahme, vergleichbar zur interprofessionellen Ausbildungsstation, kann die interprofessionelle Fallbesprechung und Visitensimulation genannt werden. In dieser Übung besteht das interprofessionelle Team aus einem Auszubildenden der Pflege und einem Medizinstudenten. Die Komplexität des Falles und der Visite steigt zunehmend bis zur letzten Übungseinheit. Die Evaluation der Teilnehmer ist positiv und zeigt einen Abbau von Stereotypen, die Relevanz für den Praxisalltag und ein Zuwachs an Verständnis für die jeweils andere Profession, deren Rolle und Verantwortlichkeit (vgl. Wershofen 2021: 123f.). Die Studierenden und Auszubildenden gaben außerdem an, dass durch die interprofessionelle Ausbildungsstation ein realistischer Klinikalltag dargestellt werden konnte, der sich durch eine höhere Verantwortung und Autonomie auszeichnet (vgl. Reeves et al. 2002: 340; Brewer & Stewart-Wynne 2013: 485; Morphet et al. 2014: 201). Die Lernbegleiter bewerteten die interprofessionelle Ausbildungsstation als eine geeignete Möglichkeit, ihre persönlichen,

akademischen und professionellen Kompetenzen weiterzuentwickeln (Reeves et al. 2002: 341; Hylin et al. 2007: 282). Die positiven Auswirkungen traten unabhängig vom Verpflichtungsgrad ein (vgl. Kilminster et al. 2004: 720). Entscheidend für den Erfolg der interprofessionellen Ausbildungsstation ist die multiperspektivische Sichtweise. Hierbei wird die Interventionsstrategie passend zu den Lehrplanziele und der Lernumwelt gewählt. Ein weiterer wichtiger Faktor stellt das ansprechende Anforderungsniveau dar. Die Studenten und Auszubildenden dürfen weder überfordert noch unterfordert werden (vgl. Harden 1998).

6.5 Herausforderungen

Herausforderungen, welche von allen Professionen erkannt und beschrieben wurden, sind: „fehlende finanzielle Ressourcen, mangelnde administrative Unterstützung, geringe Wahrnehmung des Wertes, Probleme mit der zeitlichen Planung“ (Gardner et al. 2002: 183; vgl. Jones 1986: 15; Herinek et al. 2017). Es konnte festgestellt werden, dass die Studenten und Auszubildenden vor Interventionsstart gefestigte Stereotype-Vorstellungen besitzen. Diese wurden durch Eltern, welche in Gesundheitsberufen tätig sind, verstärkt (vgl. Tunstall-Pedoe / Rink / Hilton 2003: 170).

Herausforderungen durch die interprofessionelle Ausbildungsstation wurden überwiegend durch Medizinstudenten angegeben. Diese beschrieben, dass teilweise zu wenig Betreuung durch den medizinischen Lernbegleiter vorhanden war. Außerdem wurde die Schichtplanung als realitätsfern für Ärzte bewertet. Die Medizinstudenten nahmen zu Beginn nur zu einem geringen Maß an Teamverantwortlichkeit teil, mit fortschreitender Zeit fand eine positive Veränderung statt (vgl. Reeves et al. 2002: 341; Hylin et al. 2007: 282). Um Skepsis bei allen beteiligten Professionen vor Interventionsbeginn zu verhindern, lohnt sich ein Einführungsprogramm, welches verschiedene Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit behandelt. Ein neutraler Startpunkt mit möglichst geringen Vorurteilen gegenüber anderen Professionen ist wichtig. Die geringe Partizipation der Medizinstudenten kann nicht durchgängig bestätigt werden (vgl. Fallsberg & Hammar 2000: 347). Um den Fokus auf eine tatsächliche interprofessionelle Zusammenarbeit zu legen, erscheint es sinnvoll weniger monoprofessionelle Lernziele zu entwickeln, da ansonsten die Wahrscheinlichkeit der subjektiv empfundenen Überforderungen und

falschen Priorisierung durch die Studierenden und Auszubildenden erhöht ist (vgl. Reeves et al. 2002: 343; Hylin et al. 2007: 282). Eine generelle Problematik ergab die Zeitplanung der verschiedenen Professionen. Um eine interprofessionelle Zusammenarbeit zu etablieren, sind gemeinsame Arbeitszeiten verpflichtend. Hier muss ein Kompromiss im Interesse jeder einzelnen Profession gefunden werden (vgl. Hylin et al. 2007: 284; Reeves et al. 2002: 341; Brewer & Stewart-Wynne 2013: 485; Tucker et al. 2003: 634).

Die Lernbegleiter gaben an, dass oftmals Verunsicherungen bezüglich der Hilfestellung und des Unterstützungsausmaßes bestand. Dieses wurde von einigen Lernbegleitern in unterschiedlich starker Ausprägung individuell gestaltet. Weiterhin wiesen die Lernbegleiter darauf hin, dass der Zeit- und Arbeitsaufwand unterschätzt wurde. Einige Lernbegleiter vermuteten, dass bei längerer zeitlicher Dauer der Ausbildungsstation belastende psychologische Konsequenzen (Burn-out) entstehen könnten (vgl. Reeves et al. 2002: 341f.). Es gilt, ein gutes Gleichgewicht zwischen Unterrichten, Anleiten und Beraten zu finden. Eine verbesserte Absprache zwischen den Lernbegleitern würde einen eventuellen Mehrwert erzeugen (vgl. Hylin et al. 2007: 282f.; Brewer & Stewart-Wynne 2013: 487). Elementar für den Erfolg der Intervention ist ein gut geschultes Lernbegleiterteam. Es müssen regelmäßig Fort- und Weiterbildungen erfolgen sowie ein gewisses Maß an intrinsischer Motivation und Überzeugung für das Konzept vorhanden sein. Einen weiteren ausschlaggebenden Faktor stellt die ausgeprägte Kommunikationsstärke dar, die kontinuierlich geschult werden muss (vgl. Morey et al. 2002: 1573f.; Jones 1986: 15; Herinek et al. 2017).

In einer Studie von Tucker et al. (2003: 633) stellte sich heraus, dass die Studierenden und Auszubildenden professionsunabhängig Versagensangst bei der interprofessionellen Zusammenarbeit erlebten. Eine weitere grundsätzliche Beobachtung, welche professionsunabhängig ist, stellt die positive intrinsische Motivation von weiblichen Studierenden oder Auszubildenden dar. Bei männlichen Studierenden oder Auszubildenden konnte eine negative Einstellung gegenüber der innovativen Intervention festgestellt werden (vgl. Pollard / Miers / Gilchrist 2005: 258; Gardner et al. 2002: 188). Die männlichen Studierenden oder Auszubildenden zeigten eine größere Partizipation bei Rollenspielen und dominierten in Diskussionen (vgl. Kilminster et al. 2004: 720). Die interprofessionelle Ausbildungsstation stellt eine innovative und förderliche Interventionsmaßnahme dar, welche diverse Vorteile für eine gelingende Zusammenarbeit

etabliert. Durch die Intervention können die verschiedenen Einflussfaktoren entwickelt und gefördert sowie hemmende Faktoren eliminiert werden (siehe Kapitel 4.1). Die möglichen Herausforderungen verlangen eine intensive und individuelle Anpassung entsprechend der Einrichtungen. Eine hohe Relevanz sollte den ausreichenden finanziellen Ressourcen, den qualifizierten Lernbegleitern, der Schaffung einer angenehmen Lernatmosphäre sowie der Motivation der Auszubildenden, Studierenden und Lernbegleitern gelten. Um die Zusammenarbeit als Kompetenz vor Berufsantritt zu etablieren, sollte die Intervention frühzeitig, innerhalb von Ausbildung und Studium, erfolgen (vgl. Wershofen 2021: 124; WHO 1988).

6.6 Vergleich schwedisches und deutsches Projektmodell

Nachdem das schwedische und das deutsche Projektmodell der interprofessionellen Ausbildungsstation näher skizziert wurden, soll ein tabellarischer Vergleich potenzielle Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufzeigen (siehe Tabelle 3). Für die Bewertung wurden durch die Literaturrecherche ausgearbeitete Kriterien verwendet. Diese untergliedern sich in Fach-, Sach- und Sozialkompetenzen. Die Bewertungskategorien sind in ‚erwähnt‘ und ‚nicht erwähnt‘ untergliedert. Die Kategorie ‚erwähnt‘ trifft zu, sobald in den Übersichtsarbeiten und Artikeln das jeweilige Kriterium genannt und eine detaillierte Erklärung bezüglich Idee, Umsetzung und Anpassung vorhanden ist. Sofern dies nicht der Fall ist oder nur unzureichend, trifft die Kategorie ‚nicht erwähnt‘ zu. Das Bewertungssystem unterliegt somit keiner erschöpfenden Objektivität.

Tabelle 3: Vergleich schwedisches und deutsches Modellprojekt (eigene Darstellung)

Interprofessionalitätskriterien anhand verwendeter Literatur (vgl. WHO 1988; Clark 1987; Petrie 1976; Parsell et al. 1998; Hall & Weaver 2001; Hoefert 2007; Areskog 2009; WHO 2010; Riessen et al. 2011; Reeves et al. 2013; Fragemann 2017)	Interprofessionelle Ausbildungsstation Linköping, Schweden (vgl. Areskog 1998; Fallsberg & Hammar 2000; Wahlström et al. 1997)		Interprofessionelle Ausbildungsstation Heidelberg, D (vgl. Mihaljevic et al. 2018)	
	erwähnt	nicht erwähnt	erwähnt	nicht erwähnt
theoretisches pädagogisches Konzept		x	x	
eigens Rollenverständnis	x		x	
fremdes Rollenverständnis	x		x	
gegenseitiger Respekt	x		x	
gegenseitige Wertschätzung	x			x
gemeinsame Zielorientierung	x		x	
Ambiguitätstoleranz		x		x
hierarchiefreie Arbeitsatmosphäre	x		x	
gemeinsame Entscheidungsfindung	x		x	
Interprofessionelle Kommunikation	x		x	
emotionale Intelligenz		x		x
individuelle Verantwortungsübernahme	x		x	
gemeinsame Werte		x		x
Reduzierung Stereotyp	x		x	
(gesteigerte) Reflexionsfähigkeit	x		x	
unmittelbare Lernbegleitung	x		x	
Qualifizierung Lernbegleiter	x			x
Vorbereitung und Einführung auf interprofessionelle Ausbildungsstation	x		x	
realitätsnahe Lernumgebung	x		x	

sichere Lernumgebung	x		x	
hoher Koordinations- und Planungsaufwand	x		x	
ausreichende, finanzielle Ressourcen	x		x	
externe Förderung		x	x	
evidenzbasiertes Vorgehen		x	x	
Nutzen / Auswirkung	x		x	

Das schwedische Modellprojekt erfüllt 19 von 25 Kriterien (76 Prozent), währenddessen die deutsche Interventionsmethode 20 von 25 Kriterien (80 Prozent) erfüllt. Die Differenz zwischen den Modellprojekten ist sehr gering (drei Prozent). Eine Erklärungsmöglichkeit für die Dominanz der Kategorien ‚nicht erwähnt‘ liegt darin, dass die schwedische IPSTA, als Pionierbeispiel, keine evidenzbasierten Daten zum Interventionszeitpunkt vorliegen hatte. Somit kann angenommen werden, dass das Vorgehen weniger durch Evidenz und vergangenen Erfahrungsberichten als durch Versuch und Irrtum geprägt war. Das deutsche Modell verfügt über den Vorteil, dass die Intervention mehr als 20 Jahre später realisiert wurde und somit ein gewisses Maß an Evidenz vorlag – wodurch Chancen, Herausforderungen sowie Vorgehensweisen vorhanden waren und somit mehr Kriterien erfüllt werden konnten.

Insgesamt stimmen das deutsche und das schwedische Modell in 20 Kategorien überein. In den fünf weiteren Kriterien stehen sich die Kategorien diametral gegenüber. Eine weitere Gemeinsamkeit liegt darin, dass folgende drei Kriterien bei beiden Modellprojekten als ‚nicht erwähnt‘ bewertet wurden. Diese sind: ‚Ambiguitätstoleranz‘, ‚gemeinsame Werte‘ und ‚emotionale Intelligenz‘. In den vorliegenden Artikeln und Übersichtsarbeiten wurden diesbezüglich keine bis sehr geringe Aussagen getätigt (vgl. Mihaljevic et al. 2018; Areskog 1998; Fallsberg & Hammar 2000; Wahlström et al. 1997). Die empirische Literatur sieht diese Kriterien als maßgeblich für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. Weiss et al. 2019; Boyatzis & McKee 2006). Weiterhin kann die bedeutsame Gemeinsamkeit bezüglich der ausführlichen Vorbereitung auf die IPSTA beschrieben werden. Beide Modellprojekte beinhalten eine Vorbereitungswoche mit spezifischem Einführungsprogramm und besonderen (Lehr-)inhalten. Diese stellt eine gute Vorbereitung für die Teilnehmenden dar (vgl. Areskog 1998; Fallsberg & Hammar 2000; Wahlström 1997; Mihaljevic et al. 2018). Ferner berichten beide Modellprojekte über den enormen Planungs- und Organisationsaufwand bezüglich der Interventionsmethode. Im Vorfeld wurde dieser Aspekt in beiden Maßnahmen unterschätzt. Bei erstmaliger

Implementation und Durchführung stellt dies eine besonders große Hürde dar. Damit verbunden ergibt sich die Notwendigkeit einer hohen intrinsischen Motivation aller Teilnehmenden, sodass die Interventionsmaßnahme erfolgreich ist. Dazu gehört die Überzeugung der Relevanz, Wirkung und Ergebnisse (vgl. Areskog 1998; Fallsberg & Hammar 2000; Wahlström 1997; Mihaljevic et al. 2018).

Einer der größten Unterschiede liegt in der Disparität der pädagogischen Lernmethoden und Theorien. In den vorliegenden Artikeln wird beschrieben, dass diese „*more by feelings than by facts*“ (Areskog 2009: 444) gestützt waren. In anderen Artikeln konnte diese Aussage durch weitere, fehlende und detaillierte Erklärungen bekräftigt werden (vgl. Fallsberg & Hammar 2000; Fallsberg & Wijma 1998). Aus diesem Grund wurden die Kriterien ‚evidenzbasiertes Vorgehen‘ und ‚pädagogisches Konzept‘ als ‚nicht erwähnt‘ bewertet. Im deutschen Modell werden diverse pädagogische Lernmethoden und Theorien genannt, detailliert ausgeführt sowie deren Wahl begründet. Ein weiterer großer Unterschied liegt in dem Kriterium ‚externe Förderung‘. Das deutsche Projektmodell wurde von der Robert-Bosch-Stiftung finanziert. Der Artikel beschreibt das Vorgehen zur Fördergeldbeantragung und deren Relevanz (vgl. Mihaljevic et al. 2018). Im schwedischen Modell sind keinerlei Angaben zu Förderungen beschrieben, somit kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden (vgl. Areskog 1988; Fallsberg & Wijma 1998; Fallsberg & Hammar 2000). Im Kriterium der ‚Qualifikation der Lernbegleiter‘ finden sich Abweichungen in den zwei Modellen. Im schwedischen Modell wird die Bedeutsamkeit dessen deutlich betont und im Vorfeld als einer der wichtigsten Aspekte beschrieben (vgl. Fallsberg & Hammar 2000; Wahlström et al. 1997; Fallsberg & Wijma 1998). Im deutschen Modell (vgl. Mihaljevic et al. 2018) wird die Qualifikation der Lernbegleiter nicht thematisiert. Abschließend kann ein Kontrast in der gegenseitigen Wertschätzung der Gesundheitsberufe gefunden werden. Im schwedischen Modell wird diese ausführlich beschrieben und als existierende Grundhaltung vor Projektbeginn, aber auch als positives Ergebnis durch die Interventionsmethode genannt. Im deutschen Modell wird dieser Aspekt nicht erwähnt. Mögliche Gründe dafür könnten im konträren Ausbildungssystem (siehe Kapitel 6.3), der beruflichen Sozialisation (siehe Kapitel 2.3) sowie der intrinsischen Motivation und Überzeugung der Teilnehmenden zu finden sein.

7 Implementierungsvorschlag für die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz

Um interprofessionelle Zusammenarbeit frühestmöglich zu etablieren, stellt die interprofessionelle Ausbildungsstation eine geeignete Interventionsmaßnahme dar. Diese soll in den frühen Ausbildungsjahren der verschiedenen Professionen stattfinden, sodass der größtmögliche Erfolg realisiert werden kann. Die Interventionsmethode zeitigt, bei strukturierter und evidenzbasierter Durchführung, zahlreiche positive Auswirkungen. Ein besonderes Merkmal der interprofessionellen Ausbildungsstationen in Deutschland sind ihre unverwechselbaren Namen in Form einer Abkürzung. Die Namensfindung fand innerhalb der Projektgruppe statt und entwickelte den Titel „Chemnitzer Interprofessionelle Ausbildungsstation (CHIPSTA)“. Dabei nimmt der Buchstabe C eine vielfältige Stellung mit drei Bedeutungsmöglichkeiten ein. Die erste Bedeutung bezieht sich auf den Standort Chemnitz, wo sich das Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung befindet. Die zweite Bedeutung rekurriert auf die Werte und das Grundverständnis des christlichen Krankenhauses, welches grob in Respekt, Wertschätzung, Vertrauen und Fürsorge untergliedert werden kann (vgl. Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz, o.J.). Die dritte und letzte Bedeutung stellt eine Verbindung zur Digitalisierung („CHIP“) und dessen unentbehrliche Stellung im Krankenhauswesen her.

Die Projektdauer soll zum Implementationszeitpunkt eine Dauer von sechs Wochen umfassen. In dieser Zeitspanne gibt es eine Vorbereitungs- und Nachbereitungswoche, dessen Relevanz aus dem HIPSTA-Modell hervorgeht. Die Durchführung des Projekts in den Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz wird zu Projektstart zweimal jährlich empfohlen, bedingt durch personelle, zeitliche und organisatorische Gründe. Ziel der CHIPSTA soll sein, das Projekt 365 Tage im Jahr zu etablieren. Nach Projektende wird jeweils eine Evaluation empfohlen, um den Erfolg evidenzbasiert zu erfassen und entsprechende Anpassungen durchführen zu können. Die Evaluationskriterien befinden sich aktuell in Erstellung.

Die vorliegenden Empfehlungen beziehen sich auf die potenziellen Herausforderungen, die während der Implementation eintreten können (vgl. Mihaljevic et al. 2018; Fallsberg & Wijma 200; Areskog 1988; Wahlström et al. 1997; Dando et al. 2011; Reeves et al. 2002). Die Empfehlung sieht eine fakultative Teilnahme am Projekt bezüglich aller Teilnehmenden vor, somit kann langfristiger Erfolg gewährleistet werden. Zudem muss innerhalb der Projektgruppe eine Festlegung der teilnehmenden Professionsgruppen erfolgen. Hierfür sind die Anzahl der Auszubildenden und der Lernbegleiter sowie die räumlichen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen ausschlaggebend. Bei Veränderungen der genannten Kategorien kann eine Anpassung der Teilnehmergruppen vorgenommen werden. Empfehlenswert wären drei verschiedene Professionen, um eine authentische, berufsübergreifende Zusammenarbeit herzustellen. Entsprechend aktuellen Bedingungen werden die teilnehmenden Professionsgruppen in Medizin und Pflege untergliedert. Die Auszubildenden-Anzahl aus den Professionen Physiotherapie und Ergotherapie ist zu gering und inkonsistent, somit ist eine Projektteilnahme ausgeschlossen. Die CHIPSTA-Teilnehmenden bestehen, auf Grundlage aktueller Annahmen, aus Auszubildenden der Pflege, Medizinstudenten und Physician Assistants. In diesem Zusammenhang erfordert die Koordination, Planung und Organisation der unterschiedlichen Lehrpläne zeitliche und innovative Ressourcen. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit den schulischen und universitären Einrichtungen und Ansprechpartnern erforderlich. Des Weiteren bedarf die gemeinsame Zusammenarbeit, entsprechend den beiden vorgestellten Projektmodellen, einen gemeinsamen Arbeitsplatz. Durch die bestehenden baulichen Aspekte in den Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz bedarf es einer kreativen sowie realistischen Lösung. Zwei weitere empfehlenswerte Bestandteile sind detaillierte, interprofessionelle Lernziele und ein strukturierter Tagesablauf. Somit wird Sicherheit und Verbindlichkeit erzeugt. Die IT-Zugangsberechtigungen benötigen nach ethischen, rechtlichen und fachlichen Diskussionen besonderer Aufmerksamkeit. Nicht nur die frühzeitige Erstellung der Zugänge und Berechtigungen ist notwendig, sondern entsprechende Schulungen für die Auszubildenden und Studierenden sowie für die Lernbegleiter. Ein weiterer relevanter Aspekt für die erfolgreiche Implementierung und deren positive Auswirkung stellt die Qualifikation der Lernbegleiter dar. Sie sollen ausgeprägte fachliche, pädagogische, kommunikative und persönliche Kompetenzen besitzen. Dafür bedarf es regelmäßiger Schulungen, um diese Kompetenzen aufrechtzuerhalten und weiterentwickeln zu können. Daher werden verbindliche Fort- und Weiterbildungen für Lernbegleiter empfohlen. Neben der Festlegung der beteiligten Professionen ist die passende Stationsfindung ausstehend

sowie die Frage über deren Permanenz. Gemäß der Literatur wurden interprofessionelle Ausbildungsstationen meist in internistischen oder orthopädischen Kliniken durchgeführt (vgl. Mihaljevic et al. 2018; Mette 2022; Mahnke & Loibl 2021; Brewer & Stewart-Wynne 2013; Wahlström et al. 1997; Jacobsen & Lindqvist 2009; Reeves et al. 2002). In einigen wenigen Beispielen wird die Interventionsmethode auch in sensibleren Bereichen wie z. B. neonatologischen Kliniken oder palliativen Spezialisierungen (vgl. TUM MEC o. J; Dando et al. 2011) eingesetzt. In Anlehnung daran wird empfohlen, die CHIPSTA in der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie oder in der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie der ZBC durchzuführen.

8 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war die Erörterung der Interprofessionellen Ausbildungsstation als Interventionsmethode sowie ein Vergleich der Modellprojekte in Schweden und Deutschland. Als einleitendes Kapitel erfolgte die Skizzierung des Gesundheitswesens in Deutschland und die historische sowie aktuelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe Pflege und Medizin. Anschließend wurden die Interprofessionalität sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation sowie deren Modelle und Störungen erarbeitet. Das theoretische Fundament der interprofessionellen Ausbildungsstation fußt auf der interprofessionellen Lehre, welche wiederum auf pädagogischen Theorien basiert. Anschließend wurden die weltweit erste interprofessionelle Ausbildungsstation in Schweden und die erste interprofessionelle Ausbildungsstation in Deutschland anhand vorhandener Daten verglichen. Dadurch konnte eine Handlungsempfehlung für den Praxispartner Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz erstellt werden.

8.1 Methodendiskussion

Anfänglich schien das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit überdurchschnittlich komplex. Im Verlauf des Forschungsprozesses konnte ein roter Faden etabliert sowie Forschungsfragen formuliert werden. Zu Beginn lag der Fokus auf interprofessioneller Zusammenarbeit, im Fortgang bildete sich die Relevanz der pädagogischen sowie soziologischen Theorien heraus. Diese ergab sich nicht nur dadurch, die vergangenen Verhaltensmuster und Denkweisen zu erklären, sondern auch durch deren aktuelle Präsenz.

Die Datenerhebung erwies sich als zeitaufwändiger, komplexer und herausfordernder als im Vorfeld angenommen. Durch die Themen- und Beispielwahl ergab sich die Notwendigkeit von älterer Literatur, welche wiederum in der Beschaffung beschwerlich war. Die Aktualität und Relevanz der 100 bis 20 Jahre alten Veröffentlichungen wurde dargelegt. Die Literaturrecherche ergab weniger passende Treffer als zuvor angenommen. Viele Studien und Artikel wurden aus dem Schneeballsystem gewonnen. Um Relevanz, Aktualität und Reliabilität zu gewährleisten, beschränken sich die verwendeten Quellen auf Übersichtsartikel, empirische Zeitschriftenbeiträge, Sammelbände und Pionierstudien (vgl. Döring & Bortz 2016: 161f.). Da einige der Pionierstudien oder anderweitige essenzielle

Übersichtsarbeiten nicht als Primärquelle zugänglich waren, deren Aussagen aber elementar sind, wurde mit Sekundärzitate gearbeitet. Die systematische Literaturrecherche war im Forschungsprozess teilweise weniger systematisch als geplant. Die Suche mit den zuvor festgelegten Primär- und Sekundärbegriffen ergab weniger geeignete Treffer als im Vorfeld angenommen. Der Fokus der Literaturrecherche verschob sich vom anfänglich systematischen Vorgehen zum Schneeballsystem. Zu Beginn der Recherche wurden Studien und Evaluationsberichte der ersten weltweiten interprofessionellen Ausbildungsstation sowie jene der ersten deutschlandweiten interprofessionellen Ausbildungsstation gelesen und bearbeitet. Dabei fielen Unterschiede, vor allem bezüglich der evidenzbasierten pädagogischen Lehrmethoden, auf. Um diese und potenzielle weitere Differenzen zu analysieren, wurde ein Vergleich erarbeitet. Dieser stellte sich in der Darstellung als schwierig dar, da einige Versuche für das Darstellungsformat notwendig waren. Die Kriterien für den Vergleich wurden eigenständig aus der vorliegenden Literatur ausgearbeitet, weshalb Unvollständigkeiten oder Fehlinterpretationen vorliegen können. Insgesamt konnten 30 Kriterien herausgearbeitet und in einem zweiten Durchlauf überarbeitet werden, sodass sich die Anzahl auf 25 Kriterien verringerte. Der Vergleich unterscheidet in zwei Kategorien: 1) erwähnt und 2) nicht erwähnt. Dabei beziehen sich diese auf die Nennung, detaillierte Erklärung und Ausführung in den Studien. Sofern die Autorin diese drei wichtigen Aspekte als ungenügend bewertet hat, wurde Kategorie zwei gewählt. Daraus wird die potenzielle Gefahr der Subjektivität deutlich, sodass hier keine erschöpfende Objektivität möglich ist. Um Stringenz zu ermöglichen, wurden zwei Abbildungen bezüglich der verschiedenen Definitionen von Zusammenarbeit (Abb. 1) sowie die Kausalität zwischen interprofessioneller Ausbildungsstation, Pädagogik und interprofessioneller Zusammenarbeit (Abb. 5) entwickelt, welche deren inhärente Logik aufzeigen soll.

Um ein realistisches Bild der Praxis zu erhalten, wurde eine zweitägige Hospitation auf der interprofessionellen Ausbildungsstation in Heidelberg angestrebt. Durch wiederholte krankheitsbedingte Ausfälle konnte die Hospitation nicht realisiert werden. Anstelle wurde eine digitale Konferenz mit dem dortigen pflegerischen Lernbegleiter Marcus Odenwald arrangiert. Das Gespräch ermöglichte einen wirklichkeitsnahen Austausch, der durch eine große Transparenz geprägt war und zur überwiegenden Bestätigung der in der Literatur gewonnenen Daten führte. Im Vorfeld wurde ein halbstrukturierter Fragebogen in Form eines Interviews entwickelt, sodass eine gewisse Stabilität sowie Flexibilität erzeugt wird.

Der Fokus der digitalen Konferenz lag im subjektiven Empfinden des Lernbegleiters (vgl. Döring & Bortz 2016: 369, 401-405). Aus dem praktischen Erfahrungsbericht stellen sich folgende wichtige Erfolgsfaktoren dar: Vorbereitungswoche, Qualifikation der Lernbegleiter, Lernziele und intrinsische Motivation aller Teilnehmenden.

Die Literaturrecherche und der Vergleich ermöglichten die Beantwortung der Fragestellungen dieser Bachelorarbeit und zeigten die positiven Auswirkungen der Interventionsmethode sowie potenzielle Herausforderungen, die während deren Etablierung entstehen.

8.2 Ergebnisdiskussion

Die gewonnenen Ergebnisse offenbaren den eindeutigen Vorteil der Interventionsmethode bezüglich einer interprofessionellen Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen. Der Einfluss auf die Teilnehmer ist enorm (vgl. Brewer & Stewart-Wynne 2013; Mihaljevic et al. 2018; WHO 2010; Dando et al. 2011). Vor der Interventionsmethode bestanden oftmals stereotype Denkweisen und Vorurteile gegenüber der anderen Berufsgruppe sowie Intransparenz bezüglich Werten, Arbeitsweisen, Kompetenzen und Grenzen (vgl. Tunstall-Pedoe et al. 2003; Jacobsen & Lindqvist 2009; Brewer & Stewart-Wynne 2013; Parsell et al. 1998). Nach der Interventionsmaßnahme konnte eine positive Verhaltensänderung bei allen Teilnehmenden festgestellt werden. Diese gaben an, dass die stereotypen Denkweisen und Vorurteile minimiert bzw. eliminiert wurden. Die Intervention ermöglichte einen Austausch auf Augenhöhe, respektvollen Umgang, Wertschätzung und etablierte Wissen über Fähigkeiten, Kompetenzen und Grenzen sowie professionstypische Arbeitsschritte der jeweils anderen Berufsgruppe (vgl. Fallsberg & Wijma 1999; Kilminster et al. 2004; Brewer & Stewart-Wynne 2013). Somit ist festzuhalten, dass die Interventionsmethode das Fundament einer gelingenden Zusammenarbeit etabliert. In allen verwendeten Studien konnte aus den subjektiven Aussagen der Teilnehmer belegt werden, dass der individuelle Nutzen als sehr groß eingeschätzt wurde sowie der Wunsch nach einer zeitlich längeren Projektdauer bestand (vgl. Wahlström et al. 1997; Tucker et al. 2003). Als weitere Einflussfaktoren wurden das Wissen über die eigenen Fähigkeiten, Kompetenzen, Grenzen und Aufgaben sowie ein erhöhtes Selbstbewusstsein genannt (vgl. Tucker et al. 2003; Morphet et al. 2014). In einigen Studien war eine geringere Partizipation von

Medizinstudenten feststellbar. Diese Ergebnisse konnten jedoch nicht durchgängig bestätigt werden (vgl. Reeves et al. 2002). Im Gespräch mit HIPSTA-Lernbegleiter Marcus Odenwald fand die Annahme ebenfalls keine Bestätigung. Hier kann angenommen werden, dass die intrinsische Motivation der Teilnehmenden sowie standort- und projektbezogene Aspekte einen ausschlaggebenden Faktor einnehmen. Die Auswirkungen auf die Auszubildenden der Pflege und die Medizinstudenten sind fast ausschließlich positiv. Die Intervention entwickelt, fördert und verstärkt somit Fach-, Sach-, Methoden- und Sozialkompetenz. Die herausragenden und überdurchschnittlichen Ergebnisse sind in präzise geplanten Interventionssettings und pädagogisch fundierten Lehr- und Lernmethoden zu finden (vgl. Mihaljevic et al. 2018). Angenommen werden kann, dass der ausgeprägte Erfolg auf gut strukturierten Lernmethoden basiert.

Durch die Interventionsmethode wird eine verbesserte Kommunikation erzeugt, welche wiederum diverse positive Auswirkungen auf die Zusammenarbeit, das Rollenverständnis und die zwischenmenschliche Interaktion nimmt (vgl. Kilminster et al. 2004; Parsell et al. 1998). Die herausragende Rolle der Kommunikation innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit benötigt stärkere Aufmerksamkeit, damit die daraus resultierenden erfolgreichen Auswirkungen erschöpfend genutzt werden. Dafür wird Achtsamkeit und Wissen benötigt, da Kommunikation permanent ist und nicht verhindert werden kann (vgl. Watzlawick et al. 2011; Schulz von Thun 2005). Da Kommunikation einen der wichtigsten Einflussfaktoren innerhalb der gelingenden Zusammenarbeit darstellt, kann über die Notwendigkeit von regelmäßigen Kommunikationstrainings diskutiert werden. Eine gelingende Kommunikation sorgt für ein angenehmes, respektvolles und förderndes Arbeitsklima, wodurch die Patientenversorgung verbessert werden kann (vgl. WHO 2010; Hoefert 2007; Buchholz 2001). Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen wird durch die berufliche Sozialisation geprägt (vgl. Foronda et al. 2016; Hoefert 2008; Weiss et al. 2019; Grahmann & Gutwetter 1996). Durch die Erkenntnisse kann die essenzielle Rolle der tertiären Sozialisation innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit vermutet werden. In der vergangenen und aktuellen Forschung wird diesem Aspekt zu wenig Bedeutung beigemessen. Derzeit kann eine Korrelation zwischen erfolgreicher tertiärer Sozialisation und gelingender Zusammenarbeit vermutet werden.

Weiterhin zeigen die Daten, welchen wichtigen Bestandteil eine aufgeklärte, offene und tolerante Lernatmosphäre schafft. Elementar in der interprofessionellen Zusammenarbeit, unabhängig ob diese in Form eines Projekt oder im realen Arbeitsleben existiert, ist die intrinsische Motivation sowie Überzeugung der Relevanz dessen – da die Abwesenheit dieser hemmend wirkt (vgl. Mihaljevic et al. 2018; Pollard et al. 2005; Hoefert et al. 2007). Als weiterer erfolgsentscheidender sowie einflussreicher Faktor für die Interventionsmethode und die Teilnehmenden ist die Qualifikation und Motivation der Lernbegleiter zu nennen. Deswegen stellen regelmäßige Fort- und Weiterbildungen eine große Bereicherung für die Lernbegleiter dar, welche sich wiederum positiv auf die Teilnehmenden auswirken (vgl. Reeves et al. 2002; Morey et al. 2002; Henriek et al. 2017). Die Nachhaltigkeit der Interventionsmethode kann Jahre später festgestellt werden (vgl. Fallsberg & Wijma 1988).

Der Vergleich der zwei verschiedenen interprofessionellen Ausbildungsstationen zeigt, dass nur geringe Unterschiede existieren. Die Annahme, dass überdurchschnittlich viele Unterschiede bestehen, ist nicht eingetreten. Die ausgearbeiteten Interprofessionalitätskriterien werden von der schwedischen interprofessionellen Ausbildungsstation in 19 von 25 beschrieben und angewendet, die deutsche IPSTA erfüllt 20 Kriterien. Die schwedische IPSTA erfüllt die Kriterien des theoretischen pädagogischen Konzeptes sowie das evidenzbasierte Vorgehen nur gering, was durch deren Pionierstellung erklärbar ist. Die schwedische IPSTA konnte sich nicht auf bestehende Daten berufen (vgl. Fallsberg & Wijma 1999; Fallsberg & Hammar 2000). Die zwei untersuchten Modellprojekte erfüllen mehr als die Hälfte der in der Literatur gefundenen und erstellten Interprofessionalitätskriterien. Die schwedische IPSTA erfüllt 76 Prozent, die deutsche IPSTA 80 Prozent der Kriterien. Somit kann der Erfolg der Interventionsmethode bestätigt werden. Die große Herausforderung besteht in der individuellen Standortumsetzung, bedingt durch die jeweils verschiedenen bestehenden bzw. fehlenden Ressourcen, womit kein einheitliches Implementations-Konzept möglich sein wird. Die größten Herausforderungen sind demnach die Qualifikation der Lernbegleiter, die intrinsische Motivation der Teilnehmenden, die Etablierung einer angenehmen Lernatmosphäre (bestehend aus den Faktoren Wertschätzung, Respekt sowie Lern- und Fehlerbereitschaft), die Koordination der pflegerischen und medizinischen Lehrpläne, die berufliche Sozialisation sowie die generelle Zeitplanung der Interventionsmethode.

Einen diskussionswürdigen Aspekt stellt das aktuelle Ausbildungssystem der Gesundheitsberufe in Deutschland dar. Deren räumliche Distanz resultiert in einem verstärkten Faktor für eine antipathische Haltung der jeweils anderen Profession. Denkbar wäre, nach internationalem Vorbild, ein Gesundheitscampus, auf dem alle Professionen gemeinsam lernen. Daraus resultiert die Möglichkeit von interprofessionellen Modulen und Lernmöglichkeiten, die neben der Interventionsmethode genutzt werden können. Als neue Erkenntnis stellte sich die versorgungsspezifische Interprofessionalität heraus. In der Studie von Atzeni et al. (2017) wurden drei divergierende Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Praxis vorgestellt. Nach aktuellem Forschungsstand wird dieser Möglichkeit wenig Bedeutung beigemessen. Dabei ist eine versorgungsspezifische interprofessionelle Zusammenarbeit eine stringente Schlussfolgerung. Jede Behandlungssituation verkörpert verschiedene Bedingungen, Anforderungen sowie Herausforderungen, welchen andersartig begegnet werden muss.

Die zuvor aufgeworfenen Fragestellungen konnten durch die Bachelorarbeit beantwortet werden. Die Relevanz der Interventionsmethode wurde erörtert und belegt, weswegen ein Implementierungsvorschlag formuliert wurde. Die erfolgskritischen Faktoren bestehen in der Qualifikation der Lernbegleiter, der beruflichen Sozialisation und der Kommunikation.

9 Fazit und Ausblick

Die interprofessionelle Ausbildungsstation stellt eine geeignete Interventionsmethode dar, um berufsübergreifende Zusammenarbeit frühestmöglich zu etablieren. Durch sie ergeben sich vielseitige Vorteile, die nicht nur dem Patientenwohl dienen, sondern auch ökonomische Relevanz besitzen. Die Intervention erzielte eine verbesserte interprofessionelle Kommunikation, ein eigenes und fremdes Rollenverständnis, eine Reduzierung der Stereotype, ein verstärktes Selbstbewusstsein, mehr Respekt und Wertschätzung sowie Empathie. Die Relevanz von Kommunikation und tertiärer Sozialisation zeigte sich als überraschendes Resultat. Nach derzeitigem Forschungsstand wird diesen Aspekten zu wenig Bedeutung zugeschrieben. Um die positiven Ergebnisse der Intervention zu verstärken, wird diesbezüglich belastbare Evidenz benötigt. Als weitere kritische Erfolgsfaktoren werden die Qualifikation der Lernbegleiter sowie die intrinsische Motivation aller Teilnehmenden genannt. Weiterer Forschungsbedarf besteht bezüglich der unterschiedlichen Arten der interprofessionellen Zusammenarbeit in verschiedenen Versorgungsszenarien und deren Bedeutsamkeit.

Die Implementation einer interprofessionellen Ausbildungsstation in den Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz wird angesichts der genannten Vorteile empfohlen.

Literaturverzeichnis

- Areskog, N.-H. (1988): The need for multiprofessional health education in undergraduate studies, in: *Medical Education*, Jg. 22, S. 251–252. [online]
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1988.tb00749.x> [abgerufen am 12.07.2022]
- Areskog, N.-H. (2009): Undergraduate interprofessional education at the Linköping Faculty of Health Sciences – How it all started, in: *Journal of Interprofessional Care*, Jg. 23, Nr. 5, S. 442–447, [online] doi: 10.1080/13561820902739825 [abgerufen am 12.07.2022]
- Ärzteblatt (2014): Ambulant vor stationär: Wie groß ist das Potenzial?, [online]
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/161902/Ambulant-vor-Stationaer-Wie-gross-ist-das-Potenzial> [abgerufen am 24.06.2022]
- Ärzteblatt (2019): Interprofessionelle Ausbildung: Standard statt Projekt, [online]
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/206518/Interprofessionelle-Ausbildung-Standard-statt-Projekt> [abgerufen am 01.07.2022]
- Ärzteblatt (2020): AOK: Pflegepersonal häufiger krankgeschrieben, *Deutsches Ärzteblatt*, [online] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113640/AOK-Pflegepersonal-haeufiger-krankgeschrieben> [abgerufen am 14.09.2022].
- Atzeni, G. / Schmitz, C. / Berchtold, P.(2017): *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*, [online] <https://college-m.ch/wp-content/uploads/Die-Praxis-gelingender-interprofessioneller-Zusammenarbeit.pdf> [abgerufen am 12.05.2022]
- Bainbridge, L. / Nasmith, L. / Orchard, C. / Wood, V. (2010): Competencies for Interprofessional Collaboration, in: *Journal of Physical Therapy Education*, Jg. 24, Nr. 1, S. 6–11, [online] doi: 10.1097/00001416-201010000-00003 [abgerufen am 07.07.2022]
- Barr, H. (2001): *Interprofessional Education. Today, Yesterday and Tomorrow*, [online]
<https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h> [abgerufen am 30.06.2022]
- Behrend, R. / Herinek, D. / Kienle, R. / Arnold, F.L. / Peters, H. (2021): Entwicklung interprofessioneller Ausbildungsziele für die Gesundheitsberufe an der Charité – Universitätsmedizin Berlin – Eine Delphi-Studie, in: *Das Gesundheitswesen*, S. a-1341-1368, [online] doi: 10.1055/a-1341-1368 [abgerufen am 12.05.2022]
- Bendorf, M. (2016): Sozio-konstruktivistisches bzw. situiertes Lernen, in: Bärbel Fürstenau (Hrsg.), *Lehr-Lern-Theorien. Behaviorismus, Kognitivismus, Konstruktivismus: Lernen und Expertise verstehen und fördern*, Schneider Verlag Hohengehren.

- Berryman, S. E. (1991): Designing Effective Learning Environments: Cognitive Apprenticeship Models, in: *Institute on Education and the Economy*, S. 2–5. [online] <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED337689.pdf> [abgerufen am 18.07.2022]
- Bischoff, C. (1982): Krankenpflege als Frauenberuf, in: Jahrbuch für kritische Medizin 8 (Hrsg.), *Pflege und Medizin im Streit*, Berlin: Argument-Verlag, S. 14-26. [online] http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band8_Kapitel4_Bischoff.pdf [abgerufen am 21.07.2022]
- Bischoff, C. (1997): Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. 3 Auflage. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Boyatzis, R. / McKee, A. (2006): Inspiring others through resonant leadership, in: *Business Strategy Review*, Jg. 17, Nr. 2, S. 15–19, [online] doi: 10.1111/j.0955-6419.2006.00394.x [abgerufen am 28.07.2022]
- Bräutigam, C. / Evans, M. / Hilbert, J. (2013): *Berufsbilder im Gesundheitssektor: vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik; Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik (WISO-Diskurs). [online] <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/10008.pdf> [abgerufen am 27.06.2022]
- Brewer, M. L. / Jones, S. (2013): An Interprofessional Practice Capability Framework Focusing on Safe, High-Quality, Client-Centred Health Service, in: *Journal of Allied Health*, Jg. 42, Nr. 2, S. e45–e48. [online] https://lo.unisa.edu.au/pluginfile.php/2665355/mod_book/chapter/262746/An_Interprofessional_Practice_Curtin%20Univeristy%202013.pdf [abgerufen am 06.07.2022]
- Buchholz, E. H. (2011): *Patientenzufriedenheit in deutschen Krankenhäusern*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bühler, S. (2018): Eine Krankenhauspolitik für Menschen - Anforderungen aus der Perspektive der Beschäftigten, in: Dirk Janssen und Boris Augurzky (Hrsg.), *Krankenhauslandschaft in Deutschland. Zukunftsperspektiven, Entwicklungstendenzen, Handlungsstrategien*, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 177–187.
- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (2021): Krankenhauslandschaft, [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauslandschaft.html> [abgerufen am 25.06.2022]
- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (2022a): Versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung, [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html> [abgerufen am 25.06.2022]
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Das deutsche Gesundheitssystem. Leistungsstark. Sicher. Bewährt, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ges

undheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_DE.pdf
[abgerufen am 26.06.2022]

Bundesministerium für Gesundheit (2022b): Private Krankenversicherung, [online]
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html>
[abgerufen am 03.07.2022]

Burkart, R. (2021): Kommunikation: Zur Klärung eines Begriffes, in:
Kommunikationswissenschaft, 6. Auflage Wien: Böhlau Verlag Wien Köln, [online]
<https://elibrary.utb.de/doi/epdf/10.36198/9783838557137-24-65> [abgerufen am
04.07.2022]

Burkart, R. (2021): *Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder einer
interdisziplinären Sozialwissenschaft.*, 6. Auflage. Wien: Böhlau Verlag Wien Köln.
[online] <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838557137> [abgerufen am
04.07.2022]

Busse, R. / Blümel, M. / Ognyanova, D. (2013) *Das deutsche Gesundheitssystem*. Berlin:
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): *A National Interprofessional
Competency Framework*, Vancouver Canada. [online] [https://phabc.org/wp-
content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf](https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf)
[abgerufen am 20.07.2022]

Civello, D. / Simic, D. / Stock, S. (2018): Struktur- und Leistungsdaten in der
Krankenhausversorgung Deutschlands im europäischen Vergleich, in: Dirk Janssen,
Boris Augurzky (Hrsg.), *Krankenhauslandschaft in Deutschland*, Stuttgart: Verlag
Kohlhammer, S. 37 – 39.

Clark, P. G. / Spence, D. L. / Sheehan, J. L. (1987): A Service/Learning Model for
Interdisciplinary Teamwork in Health and Aging, in: *Gerontology & Geriatrics
Education*, Jg. 6, Nr. 4, S. 3–16, [online] doi: 10.1300/J021v06n04_02 [abgerufen am
05.07.2022]

Dando, N. / d’Avray, L. / Colman, J. / Hoy, A. / Todd, J. (2011): Evaluation of an
interprofessional practice placement in a UK in-patient palliative care unit, in: *Palliative
Medicine*, Jg. 26, Nr. 2, S. 178–184, [online] doi: 10.1177/0269216311400479
[abgerufen am 09.07.2022]

Dannenfeld, S. (2018): Eine Topografie der Krankenhauslandschaft, in: Dirk Janssen,
Boris Augurzky (Hrsg.), *Krankenhauslandschaft in Deutschland*, Stuttgart:
Kohlhammer, S. 25 – 35.

Dettmers, S. (2013): Pflege und interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus, in:
Peter Zängel (Hrsg.), *Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Jahrbuch 2012/2013 des
Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege.*, Wiesbaden: Springer VS,
S. 213–222. [online] https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-02573-1_13
[abgerufen am 01.07.2022]

- Döring, N. / Bortz, J. (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*, 5. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. [online] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-642-41089-5.pdf> [abgerufen am 20.08.2022]
- Dörner, K. (2003): *Der gute Arzt*, 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Elzer, M. (2007): Angewandte Kommunikationstheorie: Das Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun 1981", in: Matthias Elzer und Claudia Sciborski (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege: Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 117–121. [online] <https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/10.1024/84336-000.pdf> [abgerufen am 22.07.2022]
- Ewers, M. / Lehmann, Y. (2021): Aus- und Weiterbildung geregelter Gesundheitsberufe in Europa – eine Betrachtung aus international vergleichender Perspektive, in: Ingrid Darmann-Finck und Karl-Heinz Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, Springer-Verlag. [online] https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_43-1 [abgerufen am 20.09.2022]
- Fagin, L. / Garelick, A. (2004): The doctor–nurse relationship, in: *Advances in Psychiatric Treatment*, Jg. 10, Nr. 4, S. 277–286, [online] doi: 10.1192/apt.10.4.277 [abgerufen am 29.07.2022]
- Fallsberg, K. / Wijma, M.B. (1999): Student attitudes towards the goals of an inter-professional training ward, in: *Medical Teacher*, Jg. 21, Nr. 6, S. 576–581, [online] doi: 10.1080/01421599978997 [abgerufen am 09.07.2022]
- Fallsberg, M. / Hammar, M. B. (2000): Strategies and focus at an integrated, interprofessional training ward, in: *Journal of Interprofessional Care*, Jg. 14, Nr. 4, S. 337–350, [online] doi: 10.1080/13561820020003892 [abgerufen am 09.07.2022]
- Fliedner, M. C. / Eychmüller, S. (2016): Ansprüche an die interprofessionelle Zusammenarbeit: Die anderen und ich, in: *Der Onkologe*, Jg. 22, Nr. 9, S. 631–637, [online] doi: 10.1007/s00761-016-0070-0 [abgerufen am 18.05.2022]
- Foronda, C. / MacWilliams, B. / McArthur, E. (2016): Interprofessional communication in healthcare: An integrative review, in: *Nurse Education in Practice*, Jg. 19, S. 36–40, [online] doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.005 [abgerufen am 14.05.2022]
- Fragemann, K. (2017): Duale Leitung einer Intensivstation - Interprofessionell Führen und Gestalten, in: Peter Bechtel, Ingrid Smerdka-Arhelger, und Kathrin Lipp (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe*, 2. Auflage Berlin: Springer-Verlag.[online] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-54166-1.pdf> [abgerufen am 06.07.2022]
- Fürstenau, B. (2016): Hinführung und Vorwort, in: Bärbel Fürstenau (Hrsg.), *Lehr-Lern-Theorien*, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- Gardner, S.F. / Chamberlin, G. D. / Heestand, D. E. / Stowe, C.D. (2002): Interdisciplinary Didactic Instruction at Academic Health Centers in the United States: Attitudes and Barriers, in: *Advances in Health Sciences Education*, S. 179–190. [online] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023/A:1021144215376.pdf> [abgerufen am 12.07.2022]
- Gassen, A. (2018): Ambulant vor stationär? Notwendige Veränderungen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte, in: Dirk Janssen und Boris Augurzky (Hrsg.), *Krankenhauslandschaft in Deutschland. Zukunftsperspektiven, Entwicklungstendenzen, Handlungsstrategien*, Stuttgart: Kohlhammer, S. 165–177.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (o.J.): Der Gemeinsame Bundesausschuss, [online] <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/> [abgerufen am 26.06.2022]
- Gerrig, R. J. / Zimbardo, P. G. (2008): *Psychologie*, 18. Auflage. München: Pearson Studium.
- Gesundheit Nord (o. J.): Gesundheit Nord - Klinikverbund Bremen: BIPSTA, [online] <https://www.gesundheitnord.de/ldw-chirurgie/bipsta.html> [abgerufen am 01.07.2022]
- Göhlich, M. / Wulf, C. / Zirfas, J. (Hrsg.) (2014): *Pädagogische Theorien des Lernens*, 2. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Juventa. [online] <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-2919-2.pdf> [abgerufen am 18.07.2022]
- Golombek, G. / Felme, E. / Paas, B. (1997): *Berufsbilder im Krankenhaus*, Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- Grahmann, R. / Gutwetter, A. (1996): *Konflikte im Krankenhaus. Ihre Ursachen und Bewältigung im pflegerischen und ärztlichen Bereich.*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Grube, A. (2009): Gesund werden im Krankenhaus, in: Heiner Keupp (Hrsg.), *Münchener Studien zur Kultur- und Sozialpsychologie*, München: Centaurus Verlag & Media UG. [online] <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-86226-410-0> [abgerufen am 05.07.2022]
- Hall, P. / Weaver, L. (2001): Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road, in: *Medical Education*, Jg. 35, Nr. 9, S. 867–875, [online] doi: 10.1046/j.1365-2923.2001.00919.x [abgerufen am 05.07.2022]
- Harden, R. M. (1998): AMEE guide No. 12: Multiprofessional education: Part 1 - effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective, in: *Medical Teacher*, Jg. 20, Nr. 5, S. 402–408, [online] doi: 10.1080/01421599880472 [abgerufen am 12.07.2022]
- Hean, S. / Craddock, D. / Hammick, M. / Hammick, M. (2012): Theoretical insights into interprofessional education: AMEE Guide No. 62, in: *Interprofessional education*, S. e87 – e101, doi: 10.3109/0142159X.2012.650740 [abgerufen am 30.06.2022]

- Heinz, W. R. (1995): *Arbeit, Beruf und Lebenslauf*, München: Juventa Verlag Weinheim München.
- Helming, H. (1992): *Montessori-Pädagogik. Ein moderner Bildungsweg in konkreter Darstellung.*, 17. Auflage. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Herinek, D. / Herzberg, J. / Wild, H. (2017): Interprofessional Education of Allied Health Professionals – Perspectives of Experts Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsprofessionen aus Sicht von Experten/-innen, in: *International Journal of Health Professions*, Nr. 5, S. 3–14, [online] doi: 10.2478/ijhp-2018-0004 [abgerufen am 21.07.2022]
- Hettlage, R. (1991): Rahmenanalyse - oder die innere organisation unseres Wissens um die Ordnung der Wirklichkeit, in: Robert Hettlage und Karl Lenz (Hrsg.), *Ervin Goffmann - ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation*, Bern; Stuttgart: Verlag Paul Haupt Bern und Stuttgart, S. 95–156. [online] <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:14-qucosa-86390> [abgerufen am 09.07.2022]
- Hoefert, H.-W. / Flick, U. / Härter, M. (Hrsg.) (2007): *Führung und Management im Krankenhaus.*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hoefert, H.-W. (2007b): Krankenhäuser in der Existenzkrise? Einleitung und Überblick, in: Hans-Wolfgang Hoefert, Uwe Flick, und Martin Härter (Hrsg.), *Führung und Management im Krankenhaus*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 9–29.
- Hoefert, H.-W. (2007c): Management und Führung, in: Hans-Wolfgang Hoefert, Uwe Flick, und Martin Härter (Hrsg.), *Führung und Management im Krankenhaus*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 31–70.
- Hoefert, H.-W. (2007d): Zur beruflichen Sozialisation von Ärzten, Pflegekräften und Verwaltungsangehörigen im Krankenhaus, in: Hans-Wolfgang Hoefert, Uwe Flick, und Martin Härter (Hrsg.), *Führung und Management im Krankenhaus*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 71–89.
- Hoefert, H.-W. (2007e): Konflikte zwischen Berufsgruppen im Krankenhaus, in: Hans-Wolfgang Hoefert, Uwe Flick, und Martin Härter (Hrsg.), *Führung und Management im Krankenhaus*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 91–114.
- Hoefert, H.-W. (2008): Kommunikation mit Mitarbeitern, in: Hans-Wolfgang Hoefert und Wolfgang Hellmann (Hrsg.), *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*, Heidelberg: Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, S. 233–270.
- Hoefert, H.-W. / Härter, M. (2010): Einleitung: Patientenorientierung, in: Hans-Wolfgang Hoefert, Uwe Flick, und Martin Härter (Hrsg.), *Patientenorientierung im Krankenhaus*, o.A: Hogrefe Verlag, S. 9–31. [online] <https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/99.110005/9783840922053.pdf> [abgerufen am 19.09.2022]

- Hofmann, I. (2001): Schwierigkeiten im interprofessionellen Dialog zwischen ärztlichem und pflegerischem Kollegium, in: Pflege. [online] https://irmgard-hofmann.de/lib/exe/fetch.php/schwierigkeiten_im_interprofessionellen_dialog.pdf [abgerufen am 12.05.2022]
- Hylin, U. / Nyholm, H. / Mattiasson, A.-C./ Ponzer, S. (2007): Interprofessional training in clinical practice on a training ward for healthcare students: A two-year follow-up, in: *Journal of Interprofessional Care*, Jg. 21, Nr. 3, S. 277–288, [online]doi: 10.1080/13561820601095800 [abgerufen am 09.07.2022]
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative. [online] <https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf> [abgerufen am 20.07.2022]
- Jacobsen, F. / Lindqvist, S. (2009): A two-week stay in an Interprofessional Training Unit changes students' attitudes to health professionals, in: *Journal of Interprofessional Care*, Jg. 23, Nr. 3, S. 242–250, [online] doi: 10.1080/13561820902739858 [abgerufen am 09.07.2022]
- Jetter, D. (1973): *Grundzüge der Hospitalgeschichte*, Darmstadt: wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.
- Jetter, D. (1986): *Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800.*, Köln: DuMont Buchverlag.
- Joas, H. (1991): Rollen -und Interaktionstheorien in der Sozialforschung, in: Klaus Hurrelmann und Dieter Ulich (Hrsg.), *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*, Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 137–152.
- Jones, R. V. (1986): Working together--learning together, in: *The Journal of the Royal College of General Practitioners. Occasional paper*, Nr. 33, S. 1–26. [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2573668/> [abgerufen am 12.07.2022]
- Jütte, R. (1996): Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. Jahrhundert, in: Alfons Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.), „*Einem jedem Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett*“. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 31–50.
- Kersting, K. (2020): Pflegende machen sich kalt, in: *Die Schwester Der Pfleger*, Nr. 7., S. 68-71, [online] https://www.carelit.de/intranet/detail.php?dokument_nr=20374 [abgerufen am 20.08.2022]
- Kersting, K. / Meisternest, S. (2020): In Widersprüchen denken lernen, in: *Die Schwester Der Pfleger*, Nr. 8., S. 70-73 [online] https://www.carelit.de/intranet/detail.php?dokument_nr=204549 [abgerufen am 20.08.2022]

- Kilminster, S. / Hale, C. / Lascelles, M. / Morris, P. / Roberts, T. / Stark, P. / Sowter, J. / Thistlethwaite, J. (2004): Learning for real life: patient-focused interprofessional workshops offer added value, in: *Medical Education*, Jg. 38, Nr. 7, S. 717–726, [online] doi: 10.1046/j.1365-2923.2004.01769.x. [abgerufen am 14.07.2022]
- Klewer, J. (2016): *Projekt-, Bachelor- und Masterarbeiten. Von der Themenfindung bis zur Fertigstellung*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg. [online] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-49801-9.pdf> [abgerufen am 20.07.2022]
- Klinikum Fulda (o. J.): IPSTA - Klinikum Fulda, [online] <https://www.klinikum-fulda.de/karriere-jobs/campus-fulda/praktisches-jahr-pj/ipsta/> [abgerufen am 16.09.2022]
- Krathwohl, D. R. (2002): A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview, in: *Theory Into Practice*, Jg. 41, Nr. 4, S. 212–218, [online] doi: 10.1207/s15430421tip4104_2. [abgerufen am 30.06.2022]
- Kriegel, J. (2012): *Krankenhauslogistik. Innovative Strategien für die Ressourcenbereitstellung und Prozessoptimierung im Krankenhauswesen*, Wiesbaden: Springer Gabler. [online] <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-8349-3648-6> [abgerufen am 05.07.2022]
- Körner, M. (2010): Patientenorientierte interne Kommunikation im Krankenhaus, in: Hans-Wolfgang Hoefert und Martin Härter (Hrsg.), *Patientenorientierung im Krankenhaus*, o.A: Hogrefe Verlag, S. 33–51. [online] <https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/99.110005/9783840922053.pdf> [abgerufen am 20.09.2022]
- Labisch, A. (1996): Das Allgemeine Krankenhaus - heute und morgen: Ein Ausblick., in: Alfons Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.), „*Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.*“ *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 420–436.
- Labisch, A. (1996): Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial -und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts, in: Alfons Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.), „*Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.*“ *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert.*, Frankfurt/Main: Campus-Verlag, S. 253–296.
- Lawn, S. (2016): Moving the Interprofessional Education Research Agenda Beyond the Limits of Evaluating Student Satisfaction, in: *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, [online] <https://jripe.org/jripe/index.php/journal/article/view/239/136> [abgerufen am 08.08.2022]
- Lenz, K. (1991): Ervin Goffmann - Werk und Rezeption, in: Robert Hettlage und Karl Lenz (Hrsg.), *Ervin Goffmann - ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation*, Bern; Stuttgart: Verlag Paul Haupt Bern und Stuttgart, S. 25–94.[online] <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:14-qucosa-86390> [abgerufen am 25.07.2022]

- Lenz, K. (1991): Goffman - ein Strukturalist?, in: Robert Hettlage und Karl Lenz (Hrsg.), *Ervin Goffman - ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation*, Bern; Stuttgart: Verlag Paul Haupt Bern und Stuttgart, S. 243–300. [online] <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:14-qucosa-86390> [abgerufen am 25.07.2022]
- Lown, B. (2002): *Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken.*, Stuttgart: Schattauer.
- Ludwig, O. (2018): Herausforderungen und Chancen des interprofessionellen Dialogs, in: *Heilberufe*, Jg. 70, Nr. 2, S. 24–24, [online] doi: 10.1007/s00058-018-3265-5 [abgerufen am 12.05.2022]
- Lukuc, S. (2017): Erfolge des Projekts „interprofessionelle Zusammenarbeit“: Pflegende als Stationsmanager III, in: *CNE Pflegemanagement*, Jg. 04, Nr. 06, S. 12–13, [online] doi: 10.1055/s-0043-120622 [abgerufen am 12.05.2022]
- Mahnke, A. / Loibl, J. (2021): Interprofessionell arbeiten: Das Regensburger Modell, in: *Pflegezeitschrift*, Jg. 74, Nr. 6, S. 18–21, [online] doi: 10.1007/s41906-021-1045-3 [abgerufen am 27.06.2022]
- McGettigan, P. / McKendree, J. (2015): Interprofessional training for final year healthcare students: a mixed methods evaluation of the impact on ward staff and students of a two-week placement and of factors affecting sustainability, in: *Medical Education*, S. 1–10, [online] doi: 10.1186/s12909-015-0436-9 [abgerufen am 30.06.2022]
- Mette, M. (2022): Mit- statt nebeneinander lernen Die Zusammenarbeit auf interprofessionellen Ausbildungsstationen üben. *CareLit Complete 2022*, 2. S. 29- 31, [online] https://www.carelit.de/intranet/detail.php?dokument_nr=231922 [abgerufen am 29.06.2022]
- Meyer-Kühling, I. (2019): Akademisierung fördern, in: *Pflegezeitschrift*, Jg. 72, Nr. 8, S. 17–19, [online] doi: 10.1007/s41906-019-0128-x [abgerufen am 20.09.2022]
- Mihaljevic, A. L. / Schmidt, J. / Mitzkat, A. / Probst, P. / Kenngott, T. / Mink, J. / Fink, C.A. / Ballhausen, A. / Chen, J. / Cetin, A. / Murrmann, L. / Müller, G. / Mahler, C. / Götsch, B. / Trierweiler-Hauke, B. (2018): Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany’s first interprofessional training ward, in: *GMS Journal for Medical Education*, German Medical Science GMS Publishing House, Jg. 35, Nr. 3, S. Doc33, [online] doi: 10.3205/zma001179 [abgerufen am 12.05.2022]
- Mintzberg, H. (1992): Die Profibürokratie, in: *Die Mintzberg-Struktur. Organisationen effektiver gestalten.*, Landsberg/Lech: verlag moderne industrie AG & Co., S. 255–282.

- Mogensen, E. / Elinder, G. / Widström, A.-M. / Winbladh, B. (2002): Centres for Clinical Education (CCE): Developing the Health Care Education of Tomorrow A Preliminary Report, in: *Education for Health Change in Learning and Practice*, S. 10-17, [online] doi: 10.1080/1376280110109204 ,
https://www.researchgate.net/publication/8904055_Centres_for_Clinical_Education_CCE_Developing_the_Health_Care_Education_of_Tomorrow_A_Preliminary_Report [abgerufen am 21.07.2022]
- Montessori, M. (2012): Originaltexte Maria Montessoris, in: Paul Oswald und Günter Schulz-Benesch (Hrsg.), *Grundgedanken der Montessori Pädagogik*, 21. Auflage. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Morey, J. C. / Simon, R. / Jay, G. D. / Wears, R.L. / Salisbury, M. / Dukes, K.A. / Berns, S.C. (2002): Error Reduction and Performance Improvement in the Emergency Department through Formal Teamwork Training: Evaluation Results of the MedTeams Project, in: *Health Services Research*, Jg. 37, Nr. 6, S. 1553–1581, [online] doi: 10.1111/1475-6773.01104 [abgerufen am 14.07.2022]
- Morphet, J. / Hood, K. / Cant, R. / Baulch, J. / Gilbee, A. / Sandry, K. (2014): Teaching teamwork: an evaluation of an interprofessional training ward placement for health care students, in: *Advances in Medical Education and Practice*, Jg. 5, S. 197–204, [online] doi: 10.2147/AMEP.S61189 [abgerufen am 01.07.2022]
- Neumann, M. (2009): Berufsspezifische Entwicklung der Pflege – vom Helfer zur Profession, in: Christine v. Reibnitz (Hrsg.), *Case Management: praktisch und effizient*, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 3–18. [online] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-47155-5.pdf> [abgerufen am 31.07.2022]
- Nock, L. (2018): *Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ein Praxisleitfaden*, [online] https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-08/Interprofessionelle_Ausbildung_Leitfaden.pdf [abgerufen am 01.07.2022]
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2019): *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, [online] <https://doi.org/10.1787/4ecf193f-de> [abgerufen am 03.07.2022]
- Paradis, E. / Whitehead, C. R (2015): Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013, in: *Medical Education*, Jg. 49, Nr. 4, S. 399–407, [online] doi: 10.1111/medu.12668 [abgerufen am 03.07.2022]
- Parsell, G. / Spalding, R. / Bligh, J. (1998): Shared goals, shared learning: evaluation of a multiprofessional course for undergraduate students, in: *Medical Education*, Jg. 32, Nr. 3, S. 304–311, [online] doi: 10.1046/j.1365-2923.1998.00213.x [abgerufen am 09.07.2022]

- Petrie, H. G. (1976): Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Inquiry, in: *Educational Researcher*, American Educational Research Association, Jg. 5, Nr. 2, S. 9–15, [online] doi: 10.3102/0013189X005002009 [abgerufen am 06.07.2022]
- Pfaff, H. (1997): Das lernende Krankenhaus, in: *Journal of Public Health*, Jg. 5, Nr. 4, S. 323–342, [online] doi: 10.1007/BF02955891 [abgerufen am 18.05.2022]
- Pollard, K. / Miers, M. E / Gilchrist, M. (2005): Second year scepticism: Pre-qualifying health and social care students' midpoint self-assessment, attitudes and perceptions concerning interprofessional learning and working, in: *Journal of Interprofessional Care*, Jg. 19, Nr. 3, S. 251–268, [online] doi: 10.1080/13561820400024225 [abgerufen am 14.07.2022]
- PONS-Redaktion (2007): Wörterbuch. Schule und Studium. LATEIN - DEUTSCH, Stuttgart: PONS GmbH, S.161-162, [Wörterbucheintrag]
- Ponzer, S. / Hylin, U. / Kusoffsky, A. / Lauffs, M. / Lonka, K. / Mattiasson, A.C. / Nordström, G. (2004): Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards, in: *Medical Education*, S. 727–736. [online] <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01848.x> [abgerufen am 01.07.2022]
- Porter, M. / Guth, C. (2012): *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg. [online] <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-25683-7> [abgerufen am 18.05.2022]
- Raspe, H.-H. (1976): Institutionalisierte Zumutungen an Krankenhauspatienten, in: Herbert Begemann (Hrsg.), *Patient und Krankenhaus*, München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Reeves, S. / Freeth, D. / McCrorie, P. / Perry, D. (2002): 'It teaches you what to expect in future...': interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students: Interprofessional training ward, in: *Medical Education*, Jg. 36, Nr. 4, S. 337–344, [online] doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01169.x [abgerufen am 09.07.2022]
- Reeves, S. / Pelone, F. / Harrison, R. / Goldman, J. / Zwarenstein, M. (2017): Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jg. 2018, Nr. 6, [online] doi: 10.1002/14651858.cd000072.pub3 [abgerufen am 12.05.2022]
- Rice, K. / Zwarenstein, M. / Conn, L.G. / Kenaszchuk, C. / Russell, A. / Reeves, S. (2010): An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study, in: *Journal of Interprofessional Care*, Jg. 24, Nr. 4, S. 350–361, [online] doi: 10.3109/13561820903550713 [abgerufen am 28.07.2022]

- Riessen, R. / Tränkle, P. / Schwabbauer, N. / Wolf, K. / Haap, M. (2011):
Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit auf der Intensivstation, in:
Intensivmedizin und Notfallmedizin, Jg. 48, Nr. 5, S. 389–395, [online] doi:
10.1007/s00390-010-0242-x. [abgerufen am 12.05.2022]
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (1996):
Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, (Demographie,
Morbidity, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung). [online] [https://www.svr-
gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_1996/Kurzfassung_1996.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_1996/Kurzfassung_1996.pdf)
[abgerufen am 19.09.2022]
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2003):
Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, (Finanzierung und Nutzerorientierung).
[online] [https://www.svr-
gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2003/Kurzfassung_2003.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2003/Kurzfassung_2003.pdf) [abgerufen
am 19.09.2022]
- Schmitz, C. / Atzeni, G. / Berchtold, P. (2020): Wieso eigentlich interprofessionelle
Zusammenarbeit?, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, EMH Media, Jg. 101, Nr. 09, S.
292–293, [online] doi: 10.4414/saez.2020.18647 [abgerufen am 29.06.2022]
- Schnotz, W. (2019): *Pädagogische Psychologie*, 3. Auflage. Weinheim Basel: Programm
PVU Psychologie Verlags Union Beltz.
- Schulz von Thun, F. (2005): *Miteinander Reden: 1. Störungen und Klärung.*, Reinbek bei
Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schwermann, M. / Loewenhardt, C. (2019): SimNAT-Pflege - Simulations-Netzwerk
Ausbildung und Training in der Pflege, in: Andrea Kerres, Christiane Wissing, und
Birgit Wershofen (Hrsg.), *Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen. Intra- und
interprofessionelle Lehrformate.*, Berlin: Springer-Verlag, S. 1–11.
- Sciborski, C. (2007): Der kommunikationstheoretische Beitrag, in: Matthias Elzer und
Claudia Sciborski (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege: Theorie und
Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 101–
117. [online] <https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/10.1024/84336-000.pdf>
[abgerufen am 08.07.2022]
- Siegrist, J. (1976): Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus: Empirische
Befunde und theoretische Überlegungen, in: Herbert Begemann (Hrsg.), *Patient und
Krankenhaus*, München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Siegrist, J. (1978): *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*, Stuttgart: Ferdinand Enke
Verlag Stuttgart.
- Siegrist, J. (1995): *Medizinische Soziologie*, 5. Auflage. München: Urban &
Schwarzenberg.
- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie*, 6. Auflage. München: Urban & Fischer.

- Simon, F. (2008): *Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus*, 3. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer- Systeme Verlag.
- Stahl, K. / Nadj-Kittler, M. (2014): *Neue Perspektiven. Wie die Erfahrung von Patienten und Mitarbeitern Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern*, Picker Institution Deutschland. [online] http://loewenstern.vl-pr.de/wp-content/uploads/2015/12/PICKER_REPORT.pdf [abgerufen am 06.07.2022]
- Statistisches Bundesamt (2022a): Krankenhäuser 2020 nach Trägern und Bundesländern, [online], <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html> [abgerufen am 01.07.2022]
- Statistisches Bundesamt (2022b): Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung, *Statistisches Bundesamt*, [online] <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html> [abgerufen am 19.09.2022].
- Strittmatter-Haubold, Veronika (2016): Problem Based Learning. Eine Methode für wirksame Lernsettings in der wissenschaftlichen Weiterbildung?, in: *Hochschule und Weiterbildung*, S. 50–55, [online] doi: 10.25656/01:14852 [abgerufen am 08.08.2022]
- Techniker, Krankenkasse (Hrsg.) (2019): *Gesundheitsreport 2019 Pflegefall Pflegebranche?*, [online] <https://www.tk.de/resource/blob/2059766/2ee52f34b8d545eb81ef1f3d87278e0e/gesundheitsreport-2019-data.pdf> [abgerufen am 14.09.2022]
- Tewes, R. (2015a): Interprofessionelle Kommunikation will gelernt sein, in: *Heilberufe*, (PflegeKolleg), Jg. 67, Nr. 1, S. 20–22.
- Tewes, R. (2015b): „*Wie bitte?*“ - *Kommunikation in Gesundheitsberufen*, 2. Auflage Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Thielhorn, U. (1999): *Zum Verhältnis von Pflege und Medizin*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Thomann, K. D. (1996): Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisationen und Funktion des Krankenhauses, in: Alfons Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.), „*Einem jedem Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.*“ *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 145–166.
- Troschke, J. v. (2001): *Die Kunst, ein guter Arzt zu werden*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Tucker, K. / Wakefield, A. / Boggis, C. / Lawson, M. / Roberts, T. / Gooch, J. (2003): Learning together: clinical skills teaching for medical and nursing students, in: *Medical Education*, Jg. 37, Nr. 7, S. 630–637, [online] doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01558.x [abgerufen am 14.07.2022]

- TUM MEC (o. J.): IPANEO (Robert-Bosch 2019-2020) | TUM MEC, [online]
<http://www.mec.med.tum.de/en/ipaneo-robert-bosch-2019-2020> [abgerufen am 16.09.2022]
- Tunstall-Pedoe, S. / Rink, E. / Hilton, S. (2003): Student attitudes to undergraduate interprofessional education, in: *Journal of Interprofessional Care*, Jg. 17, Nr. 2, S. 161–172, [online] doi: 10.1080/1356182031000081768. [abgerufen am 09.07.2022]
- Uhlmann, G. (1996): Leben und Arbeiten im Krankenhaus. Die Entwicklung der Arbeitsverhältnisse des Pflegepersonals im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Alfons Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.), „*Einem jedem Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.*“ *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 400–419.
- Uniklinik Köln (o. J.): IPSTA, [online] <https://cio.uk-koeln.de/karriere/ipsta/> [abgerufen am 01.07.2022]
- Universität zu Lübeck (2022): Interprofessionelle Ausbildungsstation, [online] <https://www.uni-luebeck.de/aktuelles/nachricht/artikel/interprofessionelle-ausbildungsstation.html> [abgerufen am 01.07.2022]
- Vanclay, L. (1997): *CAIPE BULLETIN: Interprofessional Education: What, How and When?*, London. [online] <https://www.caipe.org/resources/publications/archived-publications/caipe-bulletin-nos-13-1997-interprofessional-education-what-how-when> [abgerufen am 08.07.2022]
- Wahlström, O. / Sandén, I. / Hammar, M. (1997): Multiprofessional education in the medical curriculum, in: *Medical Education*, Jg. 31, Nr. 6, S. 425–429, [online] doi: 10.1046/j.1365-2923.1997.00669.x [abgerufen am 10.07.2022]
- Watzlawick, P. / Beavin, Janet H. / Jackson, D.D. (2011): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*, 12. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
 Programmbereich Psychologie.
- Weber, A. (2005): Problem-Based Learning. ? Ansatz zur Verknüpfung von Theorie und Praxis, in: *Beiträge zu Lehrerbildung* 23, S. 94–104, [online] doi: 10.25656/01:13566 [abgerufen am 08.08.2022]
- Weiss, D. / Tilin, F. / Morgan, M. (2019): *Interprofessionelle Gesundheitsversorgung. Management und Leadership.*, Bern: Hogrefe Verlag.
- Wershofen, B. (2021): Förderung der interprofessionellen Kommunikation durch strukturierte Fallbesprechungen und Visitensimulation, in: Andrea Kerres, Christiane Wissing, und Birgit Wershofen (Hrsg.), *Skillslab in der Pflege und Gesundheitsfachberufen. Intra- und interprofessionelle Lehrformate*, Berlin: Springer-Verlag.
- WHO (1988): *Learning together to work together for health*, Geneva. [online] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311106> [abgerufen am 21.05.2022]

- WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, Geneva. [online]
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [abgerufen am 12.05.2022]
- Wilhelmsson, M. / Pelling, S. / Ludvigsson, J. / Hammar, M. / Dahlgren, L.O. / Faresjö, T. (2009): Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – groundbreaking and sustainable, in: *Journal of Interprofessional Care*, Jg. 23, Nr. 2, S. 121–133, [online] doi: 10.1080/13561820902728984 [abgerufen am 09.07.2022]
- Wygotski, L.S / J. Helm (Hrsg.) (1964): *Denken und Sprechen*, 5. Auflage. Berlin: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Zegelin, A. (2020): Warum Berufsstolz so wichtig ist, in: *Die Schwester Der Pfleger*, Nr. 8. [online] https://www.carelit.de/intranet/detail.php?dokument_nr=204550 [abgerufen am 20.08.2022]
- Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz (o. J.): *Unser Leitbild*, [online]
<https://www.bethanien-chemnitz.de/ueber-uns/leitbild> [28.09.2022]

Anhang

I Suchverlauf.....	90
II Ein -und Ausschlusskriterien	96
III Siebensprungmethode nach Strittmatter-Haubold und Ehlail (2012).....	97
III Lernziele HIPSTA	98
V Tagesablauf HIPSTA	104

I Suchverlauf

Datum	Datenbank	Suchanfrage	Treffer	Relevante Treffer	Anmerkungen
08.08.2022	WHZ	(Titel:problem orientiertes lernen)	4	1	
05.08.2022	WHZ	(Person / Institution:Wygotski)	3	1	
04.08.2022	WHZ	(Person / Institution:Zimbardo UND Erscheinungsjahr:2008)	4	1	
31.07.2022	WHZ	(Person / Institution:Grahmann UND Titel:Konflikte im Krankenhaus)	2	1	
31.07.2022	WHZ	(Person / Institution:Dörner UND Titel:Der gute Arzt)	1	1	
21.07.2022	WHZ	(Titel:Medizinische Soziologie UND Person / Institution:Siegrist)	1	1	
19.07.2022	WHZ	(Titel:Gehirnforschung und Lernen UND Person / Institution:Spitzer)	3	1	
17.07.2022	WHZ	(Person / Institution:Manfred Spitzer)	62	1	
17.07.2022	WHZ	(Titel:Montessori Pädagogik)	15	3	
09.07.2022	WHZ	(Person / Institution:Hettlage UND Erscheinungsjahr:1991)	1	1	
04.07.2022	WHZ	(Titel:Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder.)	25	1	
03.07.2022	WHZ	(Titel:Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien»)	5	1	
03.07.2022	WHZ	(Titel:Miteinander reden)	33	2	
02.07.2022	WHZ	(Alle Felder:Hoefert)	209	2	
02.07.2022	WHZ	(Titel:Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken.)	12.193	1	

01.07.2022	WHZ	(Titel: Buchholz UND Erscheinungsjahr: 2011)	10	1	
01.07.2022	WHZ	(Titel: Hoefert Hans)	10	1	
27.06.2022	WHZ	(Alle Felder: Soziologie UND Alle Felder: sozialisation)	1.272	0	
27.06.2022	WHZ	(Alle Felder: berufliche UND Alle Felder: sozialisation)	1.380	1	Zugang: online, open access, locale Bestände Sprache: Englisch, Deutsch Fachgebiet: Soziologie
27.06.2022	WHZ	(Titel: Berufe im Krankenhaus)	5	1	Zugang: Sprache: Deutsch
26.06.2022	WHZ	(Person / Institution: Mintzberg)	5	1	
18.05.2022	WHZ	(Titel: interprofessional communication UND Titel: nurse UND Titel: physician)	1	0	
18.05.2022	WHZ	(Titel: interprofessional communication)	115	1	
18.05.2022	WHZ	(Titel: interprofessional collaboration)	131	0	
18.05.2022	WHZ	(Titel: Konstruktivismus)	89	1	
18.05.2022	WHZ	(Titel: Krankenhauslandschaft)	40	1	
18.05.2022	WHZ	(Alle Felder: interprofessionelle Zusammenarbeit)	17	1	Open-Acess
18.05.2022	WHZ	(Titel: interprofessionelle Kommunikation)	0	0	
18.05.2022	WHZ	(Titel: Deutsches Gesundheitssystem)	24	1	
18.05.2022	WHZ	(Titel: Stellung Krankenhaus im Gesundheitssystem)	1	1?	
18.05.2022	WHZ	(Titel: Beziehung Pflege und Medizin)	109	0	

18.05.2022	WHZ	Zusammenarbeit Pflege und Medizin	105	0	
18.05.2022	WHZ	(Titel:Akteure Krankenhaus)	1	0	
18.05.2022	WHZ	(Titel:Krankenhauslandschaft)	2	1	
18.05.2022	WHZ	interprofessional collaborative practice	85	0	
16.05.2022	WHZ	(Titel:interprofessionelles Lernen UND Titel:Krankenhaus)	0	0	
16.05.2022	WHZ	(Alle Felder:interprofessionelles Lernen UND Alle Felder:Pflege UND Alle Felder:Medizin)	56	0	
16.05.2022	WHZ	(Alle Felder:Interprofessionalität UND Alle Felder:Krankenhaus)	12	0	
16.05.2022	WHZ	(Titel:Interprofessionalität)	37	0	
16.05.2022	WHZ	(Alle Felder:interprofessionelles Lernen)	102	3	
16.05.2022	WHZ	interprofessionelle Lehre	93	1	
16.05.2022	WHZ	Soziokonstruktivismus	1	1	
15.05.2022	WHZ	(Alle Felder:Behaviorismus)	389	1	
14.05.2022	WHZ	(Alle Felder:interprofessionelle Kommunikation)	103	0	
14.05.2022	Fernleihe WHZ	(Alle Felder Interprofessionelle Kommunikation)	48	2	

Datum	Datenbank	Suchanfrage	Treffer	Relevante Treffer	Anmerkungen
14.05.2022	PubMed	((interprofessional communication) AND (nurse)) AND (physician)	6	1	
13.05.2022	PubMed	(interprofessional collaboration) AND (advantages)	0	0	Zugang:Free Full Text Artikeltyp: systematische Übersichtsarbeit
12.05.2022	Pubmed	(interprofessional education) AND (outcome)	46	3	

12.05.2022	PubMed	((nurse) AND (physician)) AND (interprofessional work)	4	0	
12.05.2022	PubMed	interprofessional training	98	3	Zugang: Free Full Artikeltyp: systematische Übersichtsarbeit
12.05.2022	PubMed	(interprofessional training ward) AND (outcome)	28	0	
12.05.2022	PubMed	((interprofessional collaboration) AND (nurse)) AND (physician)	8	1	Zugang: Free Full Text Artikeltyp: Meta-Analyse, systematische Übersichtsarbeit Zeitlicher Filter: 2012-2022
12.05.2022	PubMed	((interprofessional collaboration) AND (nurse)) AND (physician)	998	1	
12.05.2022	PubMed	Interprofessional collaboration	10.709	1	

Datum	Datenbank	Suchanfrage	Treffer	Relevante Treffer	Anmerkungen
20.08.2022	SpringerLink	Pflege Berufsstolz	47	1	Ausschluss „Preview Only“ Artikel
20.08.2022	Springerlink	„Pflege Profession“	6	1	Ausschluss „Preview Only“ Artikel
20.08.2022	Springerlink	Pflege als Profession	3577	1	Ausschluss „Preview-Only“ Artikel
08.08.2022	pedocs	(Titel: <i>PROBLEM und BASED und LEARNING</i>)	5	2	
18.07.2022	pedocs	(Freitext: <i>MANFRED und SPITZER und LERNEN</i>)	110	1	
14.05.2022	CareLit	Interprofessionelle Zusammenarbeit	35	2	
18.05.2022	Springerlink	„Interprofessionelle Zusammenarbeit“ AND „Arzt“ AND „Pflege“	142	2	Ausschluss von Vorschau-Artikel

18.05.2022	Springerlink	"Akteure im Krankenhaus"	11	1	
18.05.2022	Springerlink	"Krankenhauslandschaft Deutschland"	3	0	
16.05.2022	Springerlink	interprofessionelle Zusammenarbeit	1060	5	Ausschluss von Vorschau-Artikel
12.05.2022	Springerlink	Pflegeforschung Interprofessionalität	25	2	Ausschluss Vorschau-Artikel

Datum	Datenbank	Suchanfrage	Treffer	Relevante Treffer	Anmerkungen
10.09.2022	Google Scholar	Pflegeausbildung Schweden	9	1	Übersichtsarbeiten
10.09.2022	GoogleScholar	Ausbildung Pflege Schweden	128	1	Übersichtsarbeiten
18.07.2022	GoogleScholar	Cognitive apprenticeship model	5.080	2	
18.07.2022	GoogleScholar	Pädagogische Theorie lernen	196.000	1	
18.07.2022	GoogleScholar	"cognitive apprenticeship" "collins"	508	1	Übersichtsarbeiten
18.07.2022	GoogleScholar	"cognitive apprenticeship"	936	1	Übersichtsarbeiten
18.07.2022	GoogleScholar	Cognitive apprenticeship	168.000	4	
17.07.2022	GoogleScholar	"Montessori"	369.00	1	
29.06.2022	GoogleScholar	"Bloom's Taxonomy"	38.600	1	
29.06.2022	GoogleScholar	"Kontakttheorie"	5	0	Übersichtsarbeiten
29.06.2022	GoogleScholar	"zone of proximal development" "vygotsky"	2.320	1	
19.05.2022	GoogleScholar	allintitle: "Interprofessionelle Zusammenarbeit Krankenhaus"	0	0	
19.05.2022	GoogleScholar	allintitle: "Interprofessionelle Zusammenarbeit"	109	4	
18.05.2022	GoogleScholar	Stellung Krankenhaus im Gesundheitssystem	20.300	0	
18.05.2022	Google Scholar	„Interprofessionelles lernen“ auswirkung	133	3	
18.05.2022	Google Scholar	"interprofessionelle Kompetenz"	3	0	Übersichtsarbeiten

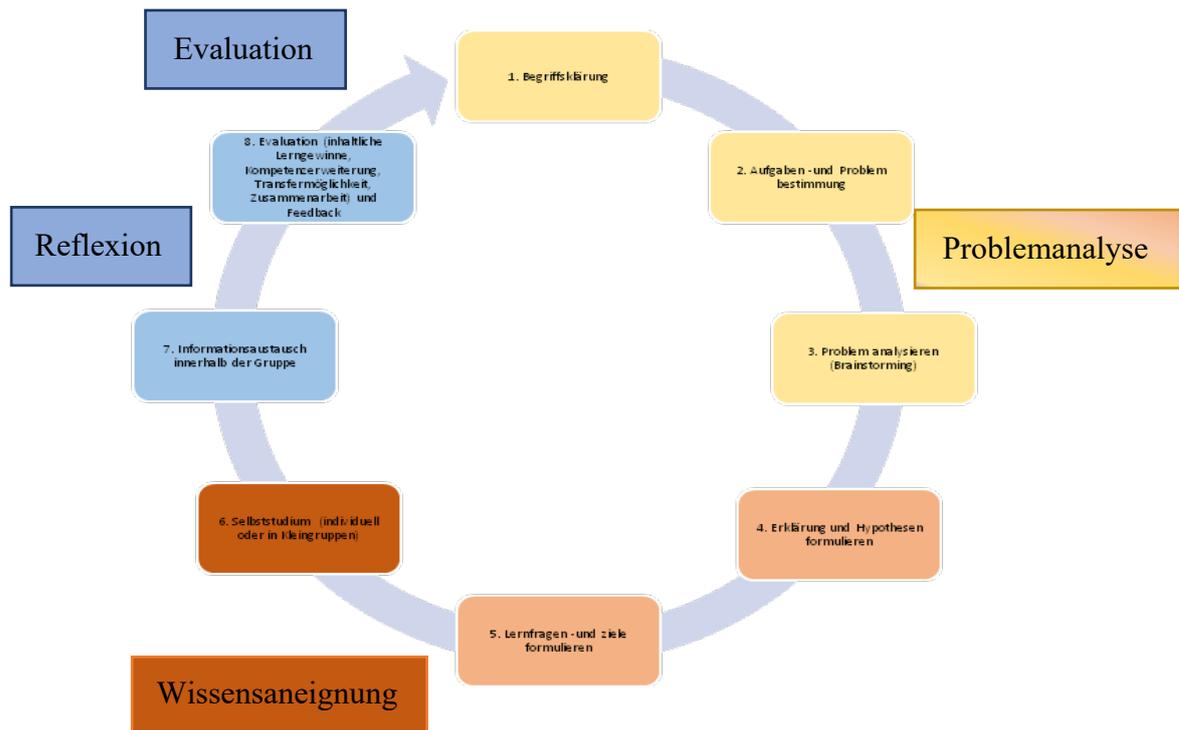
18.05.2022	GoogleScholar	Interprofessionelle Haltung Pflege und Medizin	2.230	2	
18.05.2022	GoogleScholar	Interprofessionelle Haltung	3.640	3	
14.05.2022	Google Scholar	„interprofessionelle Kommunikation“	40	2	Übersichtsarbeiten
14.05.2022	GoogleScholar	Interprofessionelle Kommunikation	7.280	3	
14.05.2022	GoogleScholar	Interprofessional communication	160.000	3	
12.05.2022	GoogleScholar	Interprofessionelle Zusammenarbeit	347	3	Übersichtsarbeiten
12.05.022	GoogleScholar	Interprofessionelle Zusammenarbeit	8.240	6	
12.05.2022	GoogleScholar	Interprofessional education	253.000	2	
12.05.2022	GoogleScholar	Zusammenarbeit Arzt und Pflege	45.800	2	
12.05.2022	GoogleScholar	interprofessionelle Zusammenarbeit Arzt und pflege	3.510	2	
12.05.2022	GoogleScholar	Interprofessionelle Zusammenarbeit	27	3	Übersichtsarbeit
12.05.2022	Google Scholar	Interprofessionelle Ausbildungsstation	169	3	

II Ein -und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Sprache	Deutschsprachige und englischsprachige Literatur	Nicht deutschsprachige oder englischsprachige Literatur
Zeitraum	Zeitraum unbeschränkt	eingeschränkter Zeitraum
Verfügbarkeit	uneingeschränkter Zugang zur Literatur	eingeschränkter Zugang (z.B. nur Abstract)
Publikationsart	Meta-Analysen, Übersichtsarbeiten, Pionierstudien, Fachartikel, Fachbücher	nicht wissenschaftliche Veröffentlichungen
Inhaltlicher Gegenstand	<p>Interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus der zwei Gesundheitsberufe Pflege und Medizin</p> <p>Interprofessionelle Lehre während der Ausbildung</p> <p>Auswirkungen, welche durch die Interventionsmaßnahme interprofessionelle Ausbildungsstation erzielt wurden</p> <p>Interprofessionelle Lehre aus Lernbegleiter und Auszubildender/Studentenperspektive</p>	<p>Zusammenarbeit im Pflegeheim, ambulanten Pflegedienst</p> <p>Interprofessionelle Lehre nach abgeschlossener B Berufsausbildung / Studium</p> <p>Interprofessionelle Lehre ausschließlich aus theoretischer Perspektive, ohne praktische Erfahrungsberichte</p>

III Siebensprungmethode nach Strittmatter-Haubold und Ehlail (2012)

Im folgenden ist eine Abbildung der Siebensprungmethode innerhalb des PBL dargestellt (vgl. Strittmatter-Haubold und Ehlail 2012: 61 – 63 nach Strittmatter-Haubold 2016: 52)



III Lernziele HIPSTA

Interprofessionelle Lernziele	Lernziel erfüllt	Lernziel nicht erfüllt
<p>Zusammen mit dem Team sind die Auszubildenden in der Lage unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte, die Bedürfnisse der Patienten zu erfassen und zu erfüllen und gemeinsam einen Behandlungs-, Pflege- und Rehabilitationsplan auszuarbeiten.</p>	<p>Die/der Auszubildende ist aktiv ins Team eingebunden, sucht Kooperation und zeigt Respekt gegenüber seinen Kollegen/innen und anderen Mitarbeiter/innen. Sie/er nimmt aktiv an Diskussionen und Reflexionen teil.</p> <p>Die/der Auszubildende übernimmt Verantwortung für die Patientenbehandlung, macht zielführenden Vorschläge für die Pflege, medizinische Behandlung und Rehabilitation der Patienten/innen. Sie/er übernimmt Verantwortung für ihren/seinen Teil der Arbeit.</p> <p>Die/der Auszubildende ist zusammen mit dem Team in der Lage die gemeinsamen Aufgaben zu priorisieren und in der zur Verfügung stehenden Zeit zu erledigen.</p>	<p>Die/der Auszubildende braucht häufig Unterstützung und Antrieb, um mit dem Team zusammenzuarbeiten. Sie/er zeigt ungenügenden Respekt gegenüber seinen Mitarbeiter/innen und dem Team. Sie/er nimmt nicht im ausreichenden Maße an den Diskussionen und Reflexionen teil</p> <p>Die/der Auszubildende hat Schwierigkeiten Verantwortung für seine Patienten zu übernehmen. Sie/er hat wenig Vorschläge für die Pflege, Behandlung und Rehabilitation der Patienten/innen.</p> <p>Die/der Auszubildende hat Schwierigkeiten die Verantwortung für die Arbeitseinteilung und die Zeitplanung in der Zusammenarbeit mit dem Team zu übernehmen</p>
<p>Die/der Auszubildende ist in der Lage ihre/seine Fähigkeiten und die anderer Mitarbeiter/innen zum Wohle der Patientensicherheit zu reflektieren und besitzt die Fähigkeit mit Patienten/innen, Angehörigen und anderen Mitarbeiter/innen des Gesundheitssystems zu kommunizieren und zusammenzuarbeiten.</p>	<p>Die/der Auszubildende kennt die Bedürfnisse und Rechte der Patienten/innen und steht für sie ein. Sie/er respektiert die Patientenintegrität. Sie/er bindet den/die Patienten/in und die Angehörigen partnerschaftlich mit ein.</p> <p>Die/der Auszubildende zeigt aktives Interesse von, mit und über andere Professionen zu lernen. Sie/er reflektiert und integriert ihre/seine Kenntnisse in ihre/seine professionelle Entwicklung.</p> <p>Die/der Auszubildende gibt relevante und klare Informationen innerhalb des Teams, zu Patienten/innen, Angehörigen und anderem Personal.</p>	<p>Die/der Auszubildende zeigt ungenügendes Verständnis für die Bedürfnisse und Rechte der Patienten/innen. Sie/er respektiert die Patientenintegrität nicht im ausreichenden Maße. Sie/er zeigt erhebliche Defizite in der Kommunikation mit Patienten/innen und Angehörigen.</p> <p>Die/der Auszubildende braucht Anleitung und Hilfe um von, mit und über andere Professionen zu lernen. Sie/er fokussiert sich zu einem Großteil auf seine eigene Berufsgruppe. Sie/er reflektiert und integriert nur unzureichend neue Erkenntnisse.</p> <p>Die/der Auszubildende gibt häufig unklare, unvollständige oder zu detaillierte Informationen an das Team,</p>

	Die/der Auszubildende ist in der Lage den Behandlungsverlauf	den/die Patienten/in, Angehörigen oder anderes Personal. Die/der Auszubildende kann nur unzureichend den
	schriftlich/mündlich präzise zusammenzufassen und dabei die Erfahrungen des gesamten Teams zu berücksichtigen.	Behandlungsverlauf schriftlich/mündlich zusammenfassen. Sie/er berücksichtigt dabei nicht die Erfahrungen des gesamten Teams.

Titel der EPA	Interprofessionelle Visite in der Chirurgie
Fachrichtung	PJ Studierende, Auszubildende der Pflege
Kurze Beschreibung	Eine interprofessionelle Visite bei postoperativen Patienten auf der HIPSTA durchführen und einen Plan zur weiteren diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und rehabilitativen Behandlung des/r Patienten/in gemeinsam zu erstellen.
Häufigkeit	täglich
NKLM Kompetenzdomänen	Medizinischer Experte 5.1, 5.2.1.3, 5.3, 5.4 Kommunikator 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.6 Mitglied eines Teams 8.1.1, 8.1.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.3 Verantwortungsträger/Manager 10.1, 10.2.1.1, 10.6, 10.7, 10.8, 10.10 professionell Handelnder 11.1.1, 11.1.2, 11.1.4, 11.1.5, 11.2.3, 11.3.2, 11.4
Notwendige Kenntnisse und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis über die aktuelle Krankengeschichte, Diagnose und Behandlung des Patienten • Kenntnisse des ärztlichen und pflegerischen Behandlungsplans • Kenntnisse möglicher postoperativer Komplikationen • Kenntnisse über das ärztliche und pflegerische zeitgerechte, organbezogene postoperativen Management der Patienten • Kenntnisse des postoperativen Schmerzmanagements • Kenntnisse des Entlassmanagements und der Rehabilitation • Fähigkeit berufsspezifisch fokussierte Fragen bei Visite zu stellen. • Fähigkeit Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern des Teams verständliche Informationen zur Behandlung, Diagnose und dem Procedere zukommen zu lassen. • Fähigkeit Informationen von Patienten, Angehörigen und anderen Teammitgliedern aufzunehmen und in den Behandlungsplan zu integrieren. • Fähigkeit einen interprofessionellen Behandlungsplan auszuarbeiten, der ärztliche, pflegerische, ethische und patientenspezifische Aspekte adäquat integriert.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit diesen interprofessionellen Behandlungsplan als Team gemeinsam umzusetzen. • Fähigkeit die eigenen Stärken und Schwächen zu reflektieren und zu wissen, wann man einen Facilitator/Mentor um Rat fragen muss.
Kompetenzebene (Ziel)	<ul style="list-style-type: none"> • Level 3 = darf EPA unter Supervision auf Abruf durchführen • Level 5 = bildet andere in der Durchführung von EPA aus
Assesment	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment der Visite durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren. • Assessment der täglichen interprofessionellen Zusammenkunft und Übergabe durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren. • Beurteilung der interprofessionellen Visitendokumentation durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren. • Beurteilung der Einarbeitung neuer HIPSTA Teammitglieder durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren. • Feedbackbögen der Patienten.

Titel der EPA	Interprofessionelle Patientenaufnahme in der Chirurgie
Fachrichtung	PJ Studierende, Auszubildende der Pflege
Kurze Beschreibung	Die präoperative Aufnahme eines chirurgischen Patienten interprofessionell durchführen, um einen reibungslosen operativen Ablauf zu gewährleisten.
Häufigkeit	täglich
NKLM Kompetenzdomänen	Medizinischer Experte 5.1, 5.3 Kommunikator 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 Mitglied eines Teams 8.1.1, 8.1.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.3 Verantwortungsträger/Manager 10.6, 10.7, 10.8, 10.10 professionell Handelnder 11.1.1, 11.1.2, 11.1.4, 11.1.5, 11.2.3, 11.3.2, 11.4
Notwendige Kenntnisse und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über die wesentlichen chirurgischen Krankheitsbilder, deren Diagnose und Behandlung. • Kenntnisse darüber, wie fehlende Informationen besorgt werden können. • Kenntnisse über notwendige präoperative Untersuchungen, um einen Patienten vollständig für eine Operation vorzubereiten.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit eine Anamnese berufsspezifisch, fokussiert und vollständig und Berücksichtigung der individuellen Patientensituation durchzuführen. • Fähigkeit eine fokussierte körperliche Untersuchung durchzuführen • Fähigkeit Anamnese und körperliche Untersuchungsbefunde vollständig zu dokumentieren. • Fähigkeit interprofessionell im Team das weitere präoperative Procedere festzulegen und die notwendigen Untersuchungen einzuleiten. • Fähigkeit die Krankengeschichte des Patienten sowie die OP- Indikation konzise vorzustellen. • Fähigkeit Patienten, Angehörige und Mitarbeiter des Teams verständliche Informationen zur Erkrankung und OP-Indikation zukommen zu lassen. • Fähigkeit die eigenen Stärken und Schwächen zu reflektieren und zu wissen, wann man einen Facilitator/Mentor um Rat fragen muss.
Kompetenzebene (Ziel)	<ul style="list-style-type: none"> • Level 3 = darf EPA unter Supervision auf Abruf durchführen • Level 4= darf EPA selbstständig durchführen
Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment der Visite durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren. • Beurteilung der interprofessionellen Aufnahmedokumentation durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren. • Assessment der Patientenvorstellung in den täglichen Indikationsbesprechungen (Studierende) • Assessment der Patientenvorstellung in der interprofessionellen Zusammenkunft durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren.

Titel der EPA	Interprofessionelles Entlassmanagement
Fachrichtung	PJ Studierende, Auszubildende der Pflege
Kurze Beschreibung	Die Entlassung des Patienten aus der Akutbehandlung der chirurgischen Klinik in die weitere Betreuung unter Berücksichtigung individueller Patienten Aspekte interprofessionell durchführen.
Häufigkeit	2-4wöchentlich
NKLM Kompetenzdomänen	Medizinischer Experte 5.1, 5.2.1.3, 5.3, 5.4 Kommunikator 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.6 Mitglied eines Teams 8.1.1, 8.1.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.3 Verantwortungsträger/Manager 10.1, 10.2.1.1, 10.6, 10.7, 10.8, 10.10 professionell Handelnder 11.1.1, 11.1.2, 11.1.4, 11.1.5, 11.2.3, 11.3.2, 11.4
Notwendige Kenntnisse und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis über die aktuelle Krankengeschichte, Diagnose und Behandlung des Patienten • Kenntnisse des poststationären ärztlichen, pflegerischen und rehabilitativen Behandlungsplans • Kenntnisse des poststationären Betreuungssystems, Entlassmanagements und der Rehabilitation • Fähigkeit einen postoperativen Behandlungsplan unter Berücksichtigung ärztlicher, pflegerischer, ethischer und patientenspezifischer Aspekte im Team auszuarbeiten. • Fähigkeit einen postoperativen Behandlungsplan unter Einhaltung eines sinnvollen Zeitmanagements schrittweise umzusetzen. • Fähigkeit einen postoperativen Behandlungsplan mit Patienten, Angehörigen, Pflegenden, Hausärzten und weiterbehandelnden ärztlichen und pflegerischen Kollegen abzustimmen und verständlich zu kommunizieren. • Fähigkeit Patienten und Angehörige in notwendigen postoperativen Maßnahmen zu schulen und verständliche Informationen zum postoperativen Behandlungsplan zu übermitteln. • Fähigkeit die eigenen Stärken und Schwächen zu reflektieren und zu wissen, wann man einen Facilitator/Mentor um Rat fragen muss.
Kompetenzebene (Ziel)	<ul style="list-style-type: none"> • Level3=darf EPA unter Supervision auf Abruf durchführen • Level4=darf EPA selbstständig durchführen
Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment des interprofessionellen Entlassmanagements und Entlassgesprächs durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren.

	<ul style="list-style-type: none">• Assessment der täglichen interprofessionellen Zusammenkunft und Übergabe durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren.• Beurteilung der interprofessionellen Entlassdokumentation durch ärztliche und pflegerische Facilitators/Mentoren.• Feedbackbögen der Patienten.
--	---

V Tagesablauf HIPSTA

HIPSTA Tagesablauf						
Uhrzeit	Lernbegleiter Pflege	Auszubildende - Pflege	Auszubildende - PJ	Auszubildende - PT	Lernbegleiter Arzt	Lernbegleiter PT
6:50 - 7:00	Übernahme vom Nachtdienst (im Rahmen der Stationsübergabe) Welche Patienten heute auf HIPSTA erwartet?					
7:00 - 7:20	OP- und/oder Dialysefahrten		• Blutentnahmen		• Kurzabsprache vor Frühbesprechung	
		Blutentnahmen			• Frühbesprechung	
7:20 - 8:00		• Pflege gemäß Pflegeplanung	• Patientenuntersuchung		• Absprache Visitenvorbereitung	
					• Visitenbegleitung	
7:25 - 8:00		Frühbesprechung (1 x Woche gemeinsam)				
8:00 - 8:15		• Frühstück ausstellen, Ernährungssituation einschätzen	• Überarbeitung der To- Do Listen	• Übergabe Stations-PT		• Übergabe Stations- PT
		• Patienten- unterstützung	• Vorbereitung Visite	• Einschätzung Mobilisierung		Unterstützung bei Therapieplanung
			• Untersuchungen + Konsile anmelden (Labore und Befunde checken)			
8:15 - 9:00	Visite					
9:00 - 9:30	• Information an Schichtleitung nach Visite	• Ausarbeitung Visitenbeschlüsse	• Ausarbeitung Visitenbeschlüsse			• Begleitung physio-

Frühschicht

		<ul style="list-style-type: none"> • Tagesplanung für einzelnen Patienten • Planung Expertenrat 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesplanung für einzelnen Patienten • Untersuchungen/ Konsile anmelden 	<ul style="list-style-type: none"> • Physio-therapeutische Behandlungen • Beratungs-gespräche • Atemtherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexions-gespräche 	
9.30 - 10.00	Pause					
	Klingeln des eigenen Bereiches abdecken		Telefonanfragen der eigenen Patienten abdecken			
10.00 - 10.15		<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebriefe fertigstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Arztbriefe fertigstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation 		
		Entlassungsgespräche				
10.15 - 11.00		Aufnahme neuer Patienten – 1 x Teilnahme Aufnahme eines neuen Patienten durch Pflege mit Teamassistentin der Station 4				
	Evtl. punktuelle Anleitung bei Tätigkeiten, ansonsten Unterstützung der Kollegen auf Station (nicht zwingend Station 4)		<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeanamnese, Assessment, Pflegeplanung 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsplan • Untersuchungen/ Konsile anmelden 		

HIPSTA Tagesablauf

Uhrzeit	Lernbegleiter Pflege	Auszubildende Pflege	Medizinstudentin	Lernbegleiter Arzt
11.00 - 12.30	Ggf. Anleitung und Unterstützung	Pflege gemäß Pflegeplanung		
12.00		Essen ausstellen	Einschätzung Ernährungssituation und Ausscheidung	
12.30 - 13.00		Dokumentation, Eingruppierung PPR/PKMS Übergabe an Stationspersonal bzw. Schichtleitung		
13.00 - 14.30		Vorbereitung der interprofessionellen Zusammenkunft.		
14.30		Interprofessionelle Zusammenkunft – „Spiegelgespräche“		
14.45 - 15.00		Achtung: Montags (besser Dienstags!) findet die Zusammenkunft bereits ab 12.30 Uhr statt (Grund: Thema der Woche)		
14.30		Übergabe am Patientenbett		
14.45 - 15.00		• Pflege gemäß Pflegeplanung, Assessment	• Briefe schreiben	
15.00 – 15.45		• Teilnahme einer Pflegekollegin an der Patientenedukation – 1 x pro Einsatz		• Begleitung Kurvenvisite • Absprache • Arztbriefschreibung
15.00		• OP-Vorbereitung – Überprüfung und Planung	• Indikationsbesprechung – Vorstellung Patient für OP	• Absprache Anmeldung von Untersuchungen
Ab 15.00		• Pflege gemäß Pflegeplanung, Assessment	• Rückübernahme Patienten aus dem OP	• Finalisierung von Aufklärungsgesprächen
			• Evaluation – Anruf der Angehörigen/Hausarzt erfolgt?	
Ab 16.00		Kurvenvisite		
Ab 16.30		• Medikamente richten nach SOP d.h. Vier-Augen-Prinzip + Labor richten für den nächsten Tag		
Ab 17.00		Entlassungen vorbereiten		
18.00		• Essen ausstellen		

Spätschicht

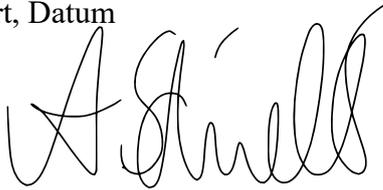
Ab 18.00 - 18.30		Pause		
Ab 18.30		<ul style="list-style-type: none"> • OP-Vorbereitung durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> • OP-Vorbereitung – gibt es noch offene Fragen? 	
Ab 19.00		<ul style="list-style-type: none"> • Pflege gemäß Pflegeplanung, Assessment 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung von Aufklärungsgesprächen 	
20.00		<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation + Kurven für den nächsten Tag vorschreiben 		
21.00		Übergabe an den NID		
21.15		Ende SD		

Eidesstattliche Erklärung

„Hiermit versichere ich, Anna-Lena Schindler, dass ich die Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe, alle Ausführungen und bildlichen Darstellungen, die anderen Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Prüfungsleistung war.“

Chemnitz, 04.10.2022

Ort, Datum



Unterschrift