



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

Führt ein interprofessionelles Studium zur Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit?

Eine Pilotstudie

Jana Druskat



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences



Veröffentlicht auf aliceOpen, dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule Berlin im November 2022.

Zitiervorschlag

Druskat, Jana (2022): Führt ein interprofessionelles Studium zur Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit? Eine Pilotstudie.

Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-5188>



Dieses Werk steht unter der Lizenz [Creative Commons Namensnennung 4.0 International \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Jana Druskat, Matrikelnummer: 00047795

**Führt ein interprofessionelles Studium zur Umsetzung interprofessioneller
Zusammenarbeit? Eine Pilotstudie**

Bachelorarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades Bachelor of Science

im Studiengang

Interprofessionelle Gesundheitsversorgung-online

an der

**Alice Salomon Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin University
of Applied Sciences**

eingereicht im Sommersemester: 2021

am 22.11.2021

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Kraus

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Heinz

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund

Das Gesundheitswesen befindet sich durch die demografische Entwicklung (und die damit einhergehende vermehrte Multimorbidität bei gleichzeitigem Fachkräftemangel), sowie durch fortschreitende Digitalisierung, in einer Transformation. Um die Gesundheitsversorgung in dieser Situation patient*innengerecht und kompetent zu gestalten, ist ein Ausbau der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) aller Gesundheitsakteur*innen – und die generelle Stärkung interprofessioneller Sichtweisen – fundamental wichtig.

Um interprofessionelles Handeln voranzutreiben, ist es notwendig Fähigkeiten und Wissen in diesem Bereich durch interprofessionelle Aus- und Weiterbildung und durch entsprechende Inhalte in der Lehre zu vermitteln.

Eine Vorreiterrolle nimmt hier der Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - online“ (IGo) an der Alice Salomon Hochschule ein. In der Konzeption des Studiengangs wurde auf die Veränderungen im Gesundheitswesen reagiert und der Studiengang entsprechend ausgerichtet. Ein Kernziel des Studiengangs ist die Verbesserung der IPZ im Gesundheitswesen.

Methodik und Fragestellung

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird mittels eines Fragebogens evaluiert, inwieweit die IPZ im beruflichen Kontext basierend auf dem interprofessionellen Pilotstudiengang IGo verbessert werden konnte. Insbesondere wird die Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen (IPK) und der Einfluss der verschiedenen Lehr- und Lernformate auf diese untersucht.

Ergebnisse

Die berufliche IPZ der befragten Studierenden ist im sechsten Semester im Vergleich zum Studienbeginn nur in geringem Maße (3,2 %) häufiger geworden. Die Zufriedenheit mit der beruflichen IPZ verblieb gleichbleibend im Mittelfeld. Es gab demnach keine signifikante Verbesserung der Zusammenarbeit trotz eines signifikanten Zuwachses bei interprofessionellen Kompetenzen (\bar{x} 23,3 %) und einem eher positiv bewerteten Theorie-Praxis-Transfer (im positiven Mittelfeld). Die vorliegende exemplarische Studie deutet zum Zeitpunkt ihrer Durchführung tendenziell darauf hin, dass ein interprofessionelles Studium auch bei einem Zuwachs interprofessionellen Kompetenzen nicht direkt mit einer Verbesserung der IPZ gleichzusetzen ist. Zu beachten sind hierbei jedoch Einschränkungen in Bezug auf die Datenlage. Des Weiteren wird die Hypothese gestützt, dass interaktive interprofessionelle Studienformate in besonderem Maße den Zuwachs interprofessioneller Kompetenzen fördern. Fast allen Studierenden (92,3 %) begegnen Erschwernisse bei der Implementierung der IPZ im beruflichen Alltag. Diese Erschwernisse stellen einen Erklärungsansatz für die Diskrepanz zwischen positivem Kompetenzzuwachs und nur geringen Verbesserung der IPZ im beruflichen Kontext dar.

Schlussfolgerung

Diese Studie betrachtet exemplarisch den Einfluss interprofessioneller Studiengänge mit Erwerb interprofessioneller Kompetenzen auf die Implementierung von IPZ im beruflichen Kontext. Erste Tendenzen zeigen sich dahingehend, dass bei Abschluss eines interprofessionellen Studiengangs noch keine deutliche Wirkung des Studiums bei gleichzeitigem Erwerb von IPK auf die Implementierung festzustellen ist. Um eine generalisierbare Evidenz für diese Tendenzen zu erreichen, sind weitere Studien notwendig.

Stichwörter: interprofessionelle Zusammenarbeit, interprofessionelle Lehre, interprofessional education, interprofessional collaboration

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
1. Einleitung	1
2. Grundlagen der interprofessionellen Zusammenarbeit	2
2.1. Notwendigkeit und Nutzen von - sowie Forderung nach -interprofessioneller Zusammenarbeit	2
2.2. Einfluss interprofessioneller Ausbildung auf interprofessionelle Zusammenarbeit..	5
2.3. Interprofessionelle Kompetenzen.....	7
2.4. Interprofessionelle Kompetenzen fördernde Formate und Aspekte in der interprofessionellen Bildung	10
2.5. Erschwernisse bei der Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis.....	15
3. Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung-online.....	17
3.1. Entwicklung des Studienganges	17
3.2. Verortung des Studienganges IGo in der derzeitigen Ausbildungslandschaft für Gesundheitsfachberufe	18
3.3. Beschreibung der Studienformate und -bestandteile	18
4. Methodik	20
4.1. Fragestellungen der Arbeit	20
4.2. Hypothesen.....	20
4.3. Entwicklung des Fragebogens.....	21
4.4. Ethik und Datenschutz.....	23
4.5. Durchführungsmethodik.....	23
4.5.1. Methodisches Vorgehen.....	23
4.5.2. Ablauf der Befragung.....	24
4.6. Auswertungsmethodik.....	25
5. Ergebnisse	25
5.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit	26
5.1.1. Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit im beruflichen Kontext der Studierenden.....	26
5.1.2. Erschwernisse bei der Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis.....	26

5.1.3. Weitere Einflussfaktoren auf interprofessionelle Zusammenarbeit	27
5.1.4. Einfluss des Tätigkeitsbereichs auf Entwicklung von interprofessioneller Zusammenarbeit und Theorie-Praxis-Transfer	27
5.2. Interprofessionelle Kompetenzen.....	29
5.2.1. Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen der Studierenden	29
5.2.2. Einfluss der Studienformate und -bestandteile auf interprofessionelle Kompetenzentwicklung der jeweiligen interprofessionellen Kompetenz.....	30
5.2.3. Einfluss der Studienformate und -bestandteile (Unterkategorien) auf generelle Kompetenzentwicklung im Studium	33
5.2.4. Einfluss typologisierter Lernformen auf Kompetenzentwicklung	36
6. Diskussion.....	38
6.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit	38
6.1.1. Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	38
6.1.2. Erschwernisse bei der Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis.....	38
6.1.3. Weitere Einflussfaktoren auf interprofessionelle Zusammenarbeit	40
6.1.4. Einfluss des Tätigkeitsbereiches auf Entwicklung interprofessioneller Zusammenarbeit und Theorie-Praxis-Transfer	40
6.2. Interprofessionelle Kompetenzen.....	40
6.2.1. Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen der Studierenden	41
6.2.2. Einfluss von Studienformaten und -bestandteilen auf Kompetenzentwicklung der jeweiligen interprofessionellen Kompetenz.....	41
6.2.3. Einfluss der Studienformate und -bestandteile auf generelle interprofessionelle Kompetenzentwicklung im Studium	43
6.2.4. Einfluss typologisierter Lernformen auf Kompetenzentwicklung	46
6.2.5. Weiterentwicklungspotenziale des Studiengangs	47
6.3. Methodendiskussion.....	48
7. Fazit und Folgerungen für den Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung- online.....	49
Literaturverzeichnis.....	51
Anhang	
Eidesstattliche Erklärung.....	

Abkürzungsverzeichnis

ASH.....	Alice Salomon Hochschule
HCP.....	Health Care Professionals
IGo	Interprofessionelle Gesundheitsversorgung-online
IPE	interprofessional education
IPK	interprofessionelle Kompetenzen
IPZ.....	interprofessionelle Zusammenarbeit
PBL	Problembasiertes Lernen
POL.....	Problemorientiertes Lernen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tabellarische Darstellung der Distribution interprofessioneller Kompetenzen in verschiedenen Frameworks. Quelle: Frameworks, eigene Darstellung.	9
Abbildung 2: Typologien von IPE-Lernmethoden. Quelle: Sottas et al., 2016, S. 16.	10
Abbildung 3: Übersicht der Studienformate und -bestandteile in IGo.	19
Abbildung 4: Übersicht der interprofessionellen Kompetenzen. In Anlehnung an Frameworks (s. Abbildung 1; Sottas et al., 2016). Eigene Darstellung.	22
Abbildung 5: Bewertung der Änderung von Häufigkeit von und Zufriedenheit mit interprofessioneller Zusammenarbeit im Vergleich der Zeitpunkte vor und nach Studium durch Proband*innen in Prozent.	28
Abbildung 6: Theorie-Praxis-Transfer.	28
Abbildung 7: Entwicklung der IPK „interprofessionelle. Kommunikation“ und „Rollen und Verantwortlichkeiten“	30
Abbildung 8: Entwicklung der IPK „Konfliktmanagement“ und „Funktionieren als Team“	30
Abbildung 9: Studienformate und -bestandteile, durch die IPK erworben bzw. ausgebaut wurden.	30
Abbildung 10: Kompetenzfördernde Studienformate für Kompetenzbereiche anteilig für die Gesamtbewertungen im jeweiligen Kompetenzbereich in Prozent.	31
Abbildung 11: Studienformate und -bestandteile, positiv bewertet für Ausbau von IPK.	32
Abbildung 12: Ranking der Unterkategorien der Studienformate und -bestandteile über die vier Hauptkategorien.	34
Abbildung 13: Ergebnisse der Wahl kompetenzfördernder Aspekte der Formatunterkategorien für Onlinelehre.	35
Abbildung 14: Kompetenzförderung durch informellen Austausch.	36
Abbildung 15: Bewertung von Lernformen in IGo nach Sottas et al. (2016).	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erschwernisse für IPZ, in Anlehnung an Schroeder (2010).....	16
Tabelle 2: Weitere Einflussfaktoren auf IPZ, Nennung durch Proband*innen gesamt (in Prozent).	27
Tabelle 3: Übersicht Tabellenverweise im Anhang zu Unterkategorien und qualitativer Inhaltsanalyse.	33

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen befindet sich durch die demografische Entwicklung (und die damit einhergehende vermehrte Multimorbidität), durch Fachkräftemangel, sowie durch die fortschreitende Digitalisierung in einer Transformation. Durch die demografische Entwicklung nehmen chronische und multimorbide Krankheitsbilder zu und Behandlungen sowie das Gesundheitswesen insgesamt werden komplexer und teurer (Bas, 2018). Um die Gesundheitsversorgung in dieser Situation patient*innengerecht und kompetent zu gestalten, ist ein Ausbau der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) aller Gesundheitsakteur*innen – und die generelle Stärkung interprofessioneller Sichtweisen – fundamental wichtig.

Um das interprofessionelle Handeln voranzutreiben, ist es notwendig Fähigkeiten und Wissen in diesem Bereich durch interprofessionelle Aus- und Weiterbildung und durch entsprechende Inhalte in der Lehre zu vermitteln. So stellt auch die Weltgesundheitsorganisation die immer wachsende Notwendigkeit von Interprofessionalität im weltweiten Gesundheitswesen fest und leitet ab, dass interprofessionelle Studienangebote vermehrt erforderlich sind (World Health Organization, 2010). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen der Deutschen Bundesregierung empfiehlt eine sektorenübergreifende Versorgung und Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitssystem (Sachverständigenrat, 2018) und „zum frühzeitigen Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Kooperation und Zusammenarbeit [...] die Ausbildung aller Gesundheitsberufe auf das Handeln am gemeinsamen Gegenstand auszurichten“ (Deutscher Bundestag, 2007, S.25). Noch bereitet die Ausbildung der Gesundheitsberufe nicht genügend auf die IPZ vor (Deutscher Bundestag, 2007, S. 17).

Die Ausbildung und das Studium von Gesundheitsfachberufen findet zurzeit vor allem monoprofessionell statt. Um die interprofessionelle Versorgung zu gestalten, müssen Health Care Professionals (HCP) über interprofessionelle Kompetenzen (IPK) verfügen. Diese sollten in der Grundausbildung erworben und in der Fort- und Weiterbildung erweitert werden (Blümke et al., 2018). Eine Vorreiterrolle nimmt hier der Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - online“ (IGo) an der Alice Salomon Hochschule (ASH) in Berlin ein. Es handelt sich dabei um ein onlinebasiertes Teilzeitbachelorstudium für berufserfahrene Therapeut*innen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) sowie berufserfahrende Pflegende (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Gesundheits- und Kinderpflege). Im IGo werden IPK durch Studieninhalte und das Lernen innerhalb interprofessioneller Kleingruppen erworben und erweitert (ASH Berlin, o. J. a). Der Studiengang hat sich die Verbesserung der IPZ im Gesundheitswesen als Ziel gesetzt (ASH Berlin, o. J. b).

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird mittels eines Fragebogens an die Studierenden des Pilotstudiengangs IGo zu Ende des sechsten (letzten) Semester evaluiert, inwieweit die IPZ in beruflicher Praxis basierend auf dem Studium verbessert werden konnte. Außerdem wird erhoben, welche Studienformate in welchem Maße den Zuwachs interprofessioneller Kompetenzen fördern, ausgehend von der Grundannahme, dass „[d]as interprofessionelle Lernen und Lehren [...] eine forschungsgestützte Auseinandersetzung [erfordert], um dessen

theoretische und empirische Fundierung zu fördern“ (Ewers et al., 2019, S. 220). Erkenntnisse zu den verschiedenen Formaten könnten in der weiteren Konzeption des Studiengangs berücksichtigt werden.

Im Folgenden werden Grundlagen interprofessioneller Zusammenarbeit beschrieben und der Gegenstand der Evaluation geklärt (Abschnitte 2 und 3). Im Anschluss werden die Methodik und die Ergebnisse der Befragung dargestellt (Abschnitte 4 und 5) und diskutiert. Abschließend wird zusammengefasst, inwieweit sich die IPZ im beruflichen Kontext der Absolvent*innen verbessert hat und welche Lernformate den Zuwachs der interprofessionellen Kompetenzen gefördert haben (Abschnitte 5 und 6).

2. Grundlagen der interprofessionellen Zusammenarbeit

In diesem Abschnitt werden Grundlagen der IPZ mit dem aktuellen Forschungsstand zur interprofessionellen Praxis und Lehre im Gesundheitswesen dargestellt. Aspekte und Studienformate, die das interprofessionelle Lernen begünstigen, werden beschrieben. Weiterhin werden die für diese Arbeit wichtigen Kernbegriffe „interprofessionelle Zusammenarbeit“ und „interprofessionelles Lernen“, sowie „interprofessionelle Kompetenzen“ definiert. Um bessere Lesbarkeit dieser Arbeit zu gewährleisten, werden Definitionen hier nicht eingangs gebündelt gegeben, sondern sind in die Darstellung der Einzelaspekte integriert. Abschließend werden Erschwernisse bei der Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis dargestellt.

2.1. Notwendigkeit und Nutzen von - sowie Forderung nach -interprofessioneller Zusammenarbeit

Das Gesundheitswesen steht vor vielfältigen Herausforderungen: demografische Entwicklung, Zunahme von komplexen Krankheitsbildern mit steigenden Versorgungsanforderungen, Wandel des Morbiditätsspektrums, Digitalisierung, schnelle Wissenszunahme in Therapie/Pflege/Medizin und veränderte Ansprüche von Patient*innen, die zunehmend informiert an Entscheidungen beteiligt werden und ihre Perspektiven einbezogen wissen wollen. Erschwerend steht diesem Wandel, dem mit viel Personal mit Kompetenz und vielseitigen, interprofessionellen Sichtweisen begegnet werden müsste, der aktuelle Fachkräftemangel im medizinischen Bereich gegenüber. „Wenn das qualitative Niveau der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland erhalten und weiterentwickelt werden soll, dann setzt dies eine permanente Anpassung des Gesundheitswesens an neue [...] Anforderungen voraus“ (Alscher et al., 2013, S. 8). Um in dieser Situation die Versorgungsqualität gewährleisten zu können, müssen vielfältige Strategien greifen. Als ein wichtiger Lösungsansatz wird der Ausbau der Interprofessionalität gesehen. Schon in den 1970er Jahren wurde mehr Interprofessionalität im Gesundheitswesen durch die WHO gefordert (World Health Organization & United Nations Children’s Fund (UNICEF), 1978). Während beispielsweise in skandinavischen und vielen anglo-amerikanischen Ländern die Forderung nach mehr Interprofessionalität angesichts der aktuellen Veränderungen im Gesundheitsbereich

schon länger im Fokus von Politik und Wissenschaft steht, ist das Interesse am Thema Interprofessionalität mittlerweile auch in Deutschland stark gewachsen.

Es gibt zahlreiche nationale und internationale Forschungsarbeiten (z.B. Hartinger & Schubert, 2019; Beck et al., 2017; Sottas, 2016; Sottas & Kissmann, 2015, Barr et al., 2017; Barr, 2002; Ewers, 2012; Freeth et al., 2005, Antoni, 2010, Alscher et al., 2013), die sich mit dem Thema der Notwendigkeit interprofessionellen Handels im Gesundheitswesen beschäftigen. Einheitlich kommen sie zu dem Ergebnis, dass eine IPZ im sich wandelnden Gesundheitswesen immer wichtiger wird, um eine kompetente, patient*innengerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Eine nähere inhaltliche Auseinandersetzung mit diesem Themenbereich benötigt eine Definition des Begriffs „interprofessionelle Zusammenarbeit“ (IPZ) als Arbeitsgrundlage. Die WHO definiert Interprofessionalität wie folgt:

Definition: IPZ nach WHO

„Collaborative practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings.“

(World Health Organization, 2010, S. 13)

Ulrich et al. definieren Interprofessionalität etwas genauer:

Definition: IPZ nach Ulrich et al.

„Ein partnerschaftliches, rollenspezifisches Miteinander der Professionen in den Arbeits- und Lernbereichen der Bildung und der beruflichen Praxis. Dabei geht es um den Austausch von Wissen und Erfahrung und um ein sich ergänzen von berufsspezifischem Fachwissen, von Fertigkeiten und Fähigkeiten. Die IPZ ist stets auf das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet, welche an den Entscheidungsprozessen als gleichwertige Personen partizipieren.“

(Ulrich et al., 2020)

Diese Arbeit folgt beiden sich nicht widersprechenden Definitionen, insbesondere in Bezug auf die Lernbereiche der Bildung und der beruflichen Praxis zur Erlangung der angestrebten hochqualitativen Gesundheitsversorgung. Im Folgenden werden Formen und Arten der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen dargestellt und der oben definierte Begriff IPZ von anderen Begrifflichkeiten abgegrenzt, da in der Literatur viele herrschende Definitionen zu finden sind, die nicht einheitlich verwendet und bewertet werden.

Zunächst ist zwischen den Begrifflichkeiten interprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit zu unterscheiden. Diese werden häufig synonym oder uneindeutig verwendet (Mahler et al., 2014). Die vorliegende Arbeit nimmt folgende Definitionen an: Bei der *interdisziplinären* Zusammenarbeit arbeiten Personen aus unterschiedlichen Disziplinen (z.B. Psychologie und Medizin, oder Informatik und Astrophysik) akademisch zusammen, während bei der *interprofessionellen* Zusammenarbeit Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe (z.B. Ergotherapie und Pflege) praktisch zusammenarbeiten (Mahler et al., 2014).

Es existieren verschiedene Formen der IPZ, die im Folgenden in aufsteigender Reihenfolge nach Organisiertheit und gegenseitiger Abhängigkeit definiert werden. Während *interprofessionelle Netzwerke* lediglich lose verbunden punktuell interagieren und kooperieren findet sich bei *interprofessioneller Koordination* mehr geteilte Verantwortlichkeit, jedoch ebenfalls ohne gegenseitige Abhängigkeit. Rollen, Aufgaben und Ziele müssen hierbei klar definiert sein (Reeves et al., 2018 b). *Interprofessionelle Kooperation* ist eine Interaktionsstruktur, durch die ein bestimmtes Ziel durch die Zusammenarbeit erreicht werden soll, ohne jedoch die Akteur*innen dauerhaft organisatorisch zu binden. Jede Profession hat hierbei eine Teilaufgabe (Panitz, 1999; Reeves et al., 2018 b). Die *interprofessionelle Kollaboration* umfasst neben der Zusammenarbeit mit einem bestimmten Ziel stärkere gegenseitige Abhängigkeit gegenüber der Kooperation, sowie ein Miteinander der Professionen, dass durch eine respektvolle Beziehung und achtsamen Umgang mit den Fähigkeiten der Kolleg*innen geprägt ist. Jede Person ist dabei für ihre eigenen Handlungen verantwortlich (Panitz, 1999). In der *interprofessionelle Teamarbeit* arbeiten die Professionen in Abhängigkeit voneinander organisiert zusammen und haben eine gemeinsame Verantwortung für das Ergebnis der Teamarbeit (Reeves et al., 2018 b), wie beispielsweise bei einem Operationsteam.

Vorsilben definieren neben den oben beschriebenen Formen die Art der Zusammenarbeit. Im Folgenden werden einige häufig gebrauchte Vorsilben nach Mahler et al. (2014) dargestellt. *Multiprofessionelle* Zusammenarbeit bezeichnet „das Arbeiten der Berufe neben- und weitgehend unabhängig voneinander“. Die *interprofessionelle* Zusammenarbeit ist enger und von Austausch geprägt und es „überschneiden sich die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe“. In der *transprofessionellen* Zusammenarbeit „verschwinden die Grenzen der einzelnen Berufe und die Kompetenzen sind wechselseitig austauschbar“. *Intraprofessionelle* Zusammenarbeit ist Zusammenarbeit innerhalb ein und derselben Berufsgruppe.

Während die Forderungen nach mehr IPZ ihren tatsächlichen Nutzen voraussetzen, sind die Ergebnisse evidenzbasierter Studien zum Nutzen von IPZ insgesamt positiv, teilweise aber durchaus ambivalent. Sottas (2016) gibt eine weltweite Literaturreview zu Nutzen und Wirksamkeit von IPZ und konstatiert anhand der Ergebnisse der Literaturreview folgenden Nutzen. Die Evidenz ist bei folgenden Nutzenaspekten der IPZ gut bis sehr gut, mit positiven Auswirkungen in der Praxis: wirksamere Versorgung, erhöhter Patient*innenennutzen, positive Effekte auf Arbeitszufriedenheit der im Gesundheitswesen Tätigen und längeres Verbleiben im Job, Erhöhung der Akzeptanz bei den Peers und Erhöhung der Akzeptanz seitens der Patient*innen. Mittlere Evidenz und eher unklare Auswirkungen auf die Praxis werden bei diesen Nutzenaspekten verzeichnet: erleichterter Zugang und erleichterte Erreichbarkeit sowie Kostensenkung und Steigerung der Effizienz. Eine schwache Evidenz, in der Praxis dennoch mit eher positiven Auswirkungen, ist für die höhere Patient*innenensicherheit zu nennen. Eine ebenfalls schwache Evidenz bei eher unklaren Auswirkungen in der Praxis haben: Erhöhung der Motivation der Mitarbeiter*innen und Förderung lebenslanges Lernen (Sottas, 2016, S. 3 f.).

Die Bewertung des finanziellen Aspekts, nämlich die Kostensenkung durch interprofessionelles Arbeiten im Team, stellt sich komplex dar. Hier sind die Ergebnisse teilweise ambivalent, denn es fallen Opportunitätskosten für die Koordination der IPZ an. In der Praxis sind die Auswirkungen aber positiv und Kosten werden durch Aufgabenübertragung gesenkt. Sottas (2016) zieht das Fazit, dass „mit geeigneten Managementansätzen [...] die Abläufe auch in einer interprofessionellen Arbeitsorganisation effizient [bleiben]“ (Sottas, 2016, S. 8).

2.2. Einfluss interprofessioneller Ausbildung auf interprofessionelle Zusammenarbeit

Die bestehende Einigkeit über die Notwendigkeit, interprofessionelles Denken und Handeln im Gesundheitswesen auszubauen, wurde im vorangegangenen Abschnitt dargelegt. Es gibt jedoch eine Diskrepanz zwischen dem bestehenden, wenn auch nicht vollständig durch Evidenz gestützten, Konsens über die positiven Effekte der IPZ und der Umsetzung von IPZ in der Praxis. Es stellt sich daher die Frage, wie IPZ im Gesundheitswesen konkret auf- und ausgebaut werden kann. Interprofessionelle Lehre und Lernen werden allgemein als wichtige Bausteine zur Implementierung der IPZ gesehen (z.B. Hartinger & Schubert, 2019; Beck et al., 2017; Sottas, 2016; Barr et al., 2017; Barr, 2002; Ewers, 2012; Freeth et al., 2005; Antoni, 2010; Alscher et al., 2013).

Die WHO definiert interprofessionelles Lernen (*interprofessional education* (IPE) relativ offen.

Definition: interprofessionelles Lernen nach WHO

„Interprofessional education occurs when two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes.“

(World Health Organization, 2010, S. 13)

Sottas Definition beschreibt spezifischer:

Definition: interprofessionelles Lernen nach Sottas

„Interprofessionelles Lernen umfasst mehr als das simple Addieren unterschiedlicher Disziplinen und Professionen (z.B. gemeinsame Vorlesung). Entscheidend ist die Interaktion. Die Beteiligten tasten sich gemeinsam an ein Problem heran, berücksichtigen und verbinden die eigene und andere Sichtweisen und erarbeiten gemeinsam praktikable Lösungen.“

(Sottas, 2016, S. 9)

Trotz der weitgehenden Einigkeit, dass interprofessionelles Lernen wichtig für die Weiterentwicklung von Interprofessionalität ist, gibt es nur wenige Daten darüber, ob HCPs durch interprofessionelles Lernen auch besser interprofessionell zusammenarbeiten (Hammick et al., 2007, World Health Organization, 2013). Insbesondere zu Beginn der 2000er Jahre wurden zahlreiche Studien v.a. in Nordamerika durchgeführt, die jedoch nur eine begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit interprofessioneller Bildung nachweisen: Hammick et al. (2007) nahmen eine Literaturreview vor und untersuchten die 21 zu diesem Zeitpunkt aussagekräftigsten Untersuchungen (v.a. aus Großbritannien und den USA, aber auch einzelne aus Schweden, Kanada, Finnland) zu diesem Thema. Es wurde untersucht inwieweit interprofessionelle Lehre und Lernen die Bereiche „reaction, perceptions & attitudes,

knowledge & skills, behaviour, service delivery, patient/client care“ (Hammick et al., 2007) beeinflusst. Es konnte nur eine gemischte Evidenz verzeichnet werden. Kenntnisse und Fähigkeiten, die zur IPZ nötig sind, können nach Hammick et al. (2007) gut erlernt werden. Interprofessionelle Lehre stellte sich jedoch als weniger in der Lage heraus, Einstellungen und Wahrnehmungen der Studierenden bezüglich IPZ und der Wahrnehmung anderer Professionen zu verändern. Der Einfluss auf die Patient*innenversorgung hat ebenfalls nur eine geringe Evidenz.

Reeves et al. (2016 & 2018 a) kamen in ihrer Literaturreview von Untersuchungen vor allem aus Großbritannien und den USA zu Ergebnissen, die nur eine geringe oder sehr geringe Evidenz der IPE hinsichtlich der Übertragbarkeit der IPZ in die Praxis belegen. Eine niedrige Evidenz wird für die Bereiche „patient outcomes, adherence rates, patient satisfaction, clinical process outcomes“, eine sehr niedrige Evidenz für „collaborative behaviour, error rates, practitioner competencies“ festgestellt (Reeves et al., 2018 a). Lapkin et al. (2013) kommen in ihrer Literaturreview zu universitätsbasierter interprofessioneller Lehre zu folgendem Fazit „[...] the evidence for using interprofessional education to teach communication skills and clinical skills is inconclusive and requires further investigation.“ (Lapkin et al., 2013, S. 90) und auch Lutfiyya et al. (2016) ermittelten unklare Evidenzen.

Es kann demnach keine klare Evidenz für Einflüsse von interprofessionellem Lernen auf die IPZ und ebenfalls nicht auf die Patient*innenversorgung belegt werden. Als Reaktion auf die niedrige Evidenz sahen viele Autor*innen und Wissenschaftler*innen, unter ihnen auch einige Pionier*innen der interprofessionellen Bildung, keine Anhaltspunkte dafür, „was im Bereich der interprofessionellen Bildung funktioniert“ (Ewers et al., 2019, S. 48). Auch die WHO, die bis 2010 die interprofessionelle Bildung uneingeschränkt befürwortete und unterstützte (s.o.), reagierte auf diesen Sachverhalt: In ihrer Guideline „Transforming and scaling up health professionals’ education and training“ gibt sie folgende Empfehlung zur Förderung von IPE: „We recommend the option only in the context of rigorous research.“ (World Health Organization, 2013, S.44). Auch die WHO verweist auf fehlende Evidenz und fordert mehr und bessere Forschung auf diesem Gebiet. Viele Wissenschaftler*innen (z.B. Ewers et al., 2019; Lutfiyya et al., 2016; Lapkin et al., 2013; Hammick et al., 2007) halten die wenigen existenten Forschungsvorhaben oftmals ebenfalls für von minderer Qualität und fordern deshalb, qualitativ höherwertige Forschung zu betreiben. Vor allem im deutschsprachigen Raum liegen wenige Studien vor und es existieren auch keine gesicherten Ergebnisse für die Wirkung interprofessioneller Lehre auf die interprofessionelle Praxis (Walkenhorst et al., 2015). Ewers et al. (2019, S. 49) fordern die Schwächen der aktuellen interprofessionellen Lern- und Lehrpraxis zu eruieren, um aus den Ergebnissen Bildungsangebote ableiten und schaffen zu können, die „am Bedarf der Lernenden, der Patient*innen und der Praxis der Gesundheitsversorgung ausgerichtet sind“ (Ewers et al., 2019, S. 49). Von der Careum Stiftung in Zürich wurden sechs Handlungsempfehlungen (Ulrich et al., 2020) für eine gelungene interprofessionelle Ausbildung in der Schweiz formuliert. Dabei

wurden Ergebnisse der Forschung zu interprofessioneller Bildung miteinbezogen (Ulrich et al., 2020). In einer dazu von einer Expertengruppe erstellten Roadmap wird die „langfristige Etablierung multiinstitutioneller, interprofessioneller Forschungsgruppen“ (Schweizerische Akademie Der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2020) und der „Aufbau eines nationalen Netzwerks aus Forschungs-, Praxis- und Bildungsinstitutionen zu Interprofessionalität und Vernetzung mit lokalen interinstitutionellen Netzwerken“ (SAMW, 2020) als mögliche Maßnahme zur Erreichung des Ziels gesehen, das Potenzial der Forschung zur interprofessionellen Ausbildung zu nutzen.

Der Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) empfiehlt ebenfalls ein Gesamtausbildungskonzept „Interprofessionelle Kompetenz“ mit entsprechend festgelegten Curricula für die DACH-Länder zu entwickeln (Walkenhorst et al., 2015).

2.3. Interprofessionelle Kompetenzen

Interprofessionelles Lernen kann ein wichtiger Motor für die Erfüllung der Forderung nach mehr und besserer interprofessioneller Zusammenarbeit sein. Doch es fehlt an gesicherter Forschung dazu, welche Formen der interprofessionellen Lehre unterstützen, dass IPK erworben und im Berufsalltag umgesetzt werden können.

Im Weiteren werden die IPK näher betrachtet, um auf dieser Grundlage im nächsten Abschnitt über die verschiedenen Formate und Aspekte in der interprofessionellen Bildung zu reflektieren und Effekte verschiedener Formen der interprofessionellen Lehre zu beleuchten. Der Begriff der interprofessionellen Kompetenzen wird im Folgenden definiert. Anhand einer Literaturrecherche wird weiterhin analysiert, welche Kompetenzen in der Literatur beschrieben werden.

Nisbet et al. (2011, S.26) beziehen sich bei ihre Definition interprofessioneller Kompetenz auf das effektive Funktionieren der HCP als Mitglieder eines interprofessionellen Gesundheitsteams wie folgt:

Definition: IPK nach Nisbet et al.

„Competence can be defined as the ability to handle a complex professional situation by combining relevant knowledge, skills and attitudes.“

(Nisbet et al., 2011, S. 26)

Bender (2016) definiert interdisziplinäre (also fächerübergreifende Zusammenarbeit betreffende) Kompetenzen noch genauer, sehr klar und dennoch vielschichtig. Er beschreibt im Gegensatz zur ersten Definition welche Fähigkeiten für eine gelungene Zusammenarbeit erworben werden müssen. Diese Definition ist nach Ansicht der Autorin übertragbar auf die Definition interprofessioneller Kompetenzen.

Definition: Interdisziplinäre Kompetenzen nach Bender

„Die Anwendung bzw. das Sichtbarwerden interdisziplinärer Kompetenz (Performanz) geschieht, wenn einerseits vom Subjekt Kenntnisse disziplinärer Fakten und interdisziplinärer Prozesse, zusammen mit evtl. Erfahrungswissen, unter Anwendung von Basiskompetenzen wie z.B. Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Transferfähigkeit und Selbstreflexionsfähigkeit (Können), in der Motivation (Wollen), interdisziplinäre Forschungs- oder Arbeitsprozesse konstruktiv und gewinnbringend zu gestalten, zusammenwirken und andererseits von der Umwelt [...] Bedingungen geschaffen werden, die interdisziplinäres Arbeiten ermöglichen.“
(Bender et al., 2016)

Daraus ergibt sich folgende umfassende Definition interprofessioneller Kompetenz:

Interprofessionelle Kompetenz ist das Vermögen, durch die Kombination relevanten Wissens aus der eigenen Profession mit den entsprechenden Fähigkeiten und Herangehensweisen in interprofessionellen Prozessen komplexe Situationen zu meistern.

Gleichzeitig ergibt sich aus dieser Definition, dass IPK nur in Kontexten entstehen können, die dies fördern und ermöglichen. Die Konsolidierung existierender Kompetenzframeworks zu einem international anerkannten, einheitlichen zentralen Kompetenzkatalog steht noch aus (Nisbet et al., 2011, S. 26; Sottas et al., 2016). Das „International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes“ ist ein von internationalen Expert*innen aus Expert*innen aus Kanada, Schweden, Singapur, UK und Australien entwickeltes Framework, das auf internationalen Vorarbeiten (Workshop 17. Ottawa Conference, Perth, Australien; All Together Better Health VIII Konferenz, Oxford, UK) beruht. Dort werden folgende Kompetenzbereiche beschrieben.

Interprofessionelle Kompetenzbereiche im „International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes“

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

(Rogers et al., 2017)

Ebenfalls international ist das „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ der WHO (2010). Des Weiteren existieren einige Frameworks zu interprofessionellen Kompetenzen aus dem angelsächsischen Raum (z.B. „A National Interprofessional Competency Framework“ (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010), „Interprofessional Capability Framework“ (Curtin University, 2011)), die häufig überlappende Inhalte haben und ähnliche Kompetenzen beschreiben (Übersicht der wichtigsten

Kompetenzframeworks in Abbildung 1). Diese sind als kompetenzorientierte Lernzielkataloge von Ausbildungs- und Praxisinstitutionen entwickelt worden (Sottas et al., 2016).

Abbildung 1: Tabellarische Darstellung der Distribution interprofessioneller Kompetenzen in verschiedenen Frameworks. Quelle: Frameworks, eigene Darstellung.

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

Sottas et al. (2016) merken kritisch an, dass die IPZ sich jeweils nur auf eine Person und nicht auf Teamprozesse beziehen und dass es an evidenzgebender Forschung fehlt, inwieweit die Frameworks implementiert wurden und ob durch sie tatsächlich die Fähigkeiten zur IPZ erlernt werden. Trotzdem halten sie, um „einen Überblick über interprofessionelle Ausbildungen, deren Dimensionen und Zusammenhänge zu erhalten.“ (Sottas et al., 2016, S. 16), die Betrachtung der Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen für am geeignetsten.

Hier werden im Folgenden die in den wichtigsten Kompetenzframeworks genannten IPZ miteinander verglichen (Abbildung 1). Folgende drei interprofessionelle Kompetenzbereiche werden von allen Frameworks genannt: interprofessionelle Kommunikation, Funktionieren als Team, Rollen und Verantwortlichkeiten. Folgende IPZ werden in den Frameworks ebenfalls (verschieden häufig) genannt: Konfliktmanagement, Reflexivität, Patient*in/Familien/Gemeinschaftszentriertheit, gemeinsame Entscheidungsfindung, kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Werte/Ethik, praktische Kenntnisse, Führungskompetenz, Patient*innensicherheit und Qualität und IPZ.

Sottas et al. (2016) differenzieren zwischen taxonomisch hohen und tieferwertigen IPK. Die in den Frameworks beschriebenen interprofessionellen Kompetenzen gehören zu den taxonomisch hohen Kompetenzen. Um diese erwerben zu können, müssen erst die tieferwertigen Kompetenzen vorhanden sein. Wahrnehmen, Wertschätzen, Kommunizieren, Verstehen werden als grundlegende tieferwertige Kompetenzen betrachtet (Sottas et al., 2016).

2.4. Interprofessionelle Kompetenzen fördernde Formate und Aspekte in der interprofessionellen Bildung

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen welche Lehr- und Lernmethoden, welche Formate und welche weiteren Aspekte in der Lehre den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen besonders unterstützen.

a) *Interaktive Lehr- und Lernformate.* Es herrscht Einigkeit darüber, dass interaktive Lernformate den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen besonders fördern (z.B. World Health Organization, 2010; Dunston et al., 2014; Sottas et al., 2016; Bender et al., 2016; Mackay, 2002; Ulrich et al., 2020, Kuhn et al., 2019). Sottas et al. (2016, S. 16 f.) definieren eine Typologie von interprofessionellen Lernmethoden (Abbildung 2), die diese in der Reihenfolge taxonomischer Höhe von niedrig zu hoch wie folgt klassifizieren: theoriebasiertes Lernen → austauschbasiertes Lernen → beobachtungs-basiertes Lernen → simulationsbasiertes Lernen → handlungsbasiertes Lernen → praxisbasiertes Lernen. Die Güte der Lernmethode bezüglich Interaktion und Erfahrungserwerb der Studierenden, sowie der Grad der Aneignung interprofessioneller Kompetenzen steigen analog zur taxonomischen Höhe an.

Abbildung 2: Typologien von IPE-Lernmethoden. *Quelle: Sottas et al., 2016, S. 16.*

Klassifikation	Lernmethoden
⑥ Praxisbasiertes Lernen	Praktische interprofessionelle Übungen in realitätsnahen späteren Arbeitsumfeld
⑤ Handlungsbasiertes Lernen	Gemeinsame Projekte, problembasiertes Lernen, fallbasiertes Lernen, gemeinsame Forschung
④ Simulationsbasiertes Lernen	(Lang dauernde, aufwändige) Rollenspiele, Skillstraining, Simulation an Puppen oder mit Schauspielern
③ Beobachtungs-basiertes Lernen	Über die Schulter in der Berufspraxis, Mitlaufen im Berufsalltag einer Fachperson
② Austauschbasiertes Lernen	Debatten, Spiele, Falldiskussionen, Problemlösung, Seminare, Workshops, Stegreifrollenspiele (Klassen-/Seminarraum)
① Theoriebasiertes Lernen	Einführungen, Vorlesungen in Konzeption und Evidenz von IPE; normative Dimension, Sensibilisierung (Trockenübung)

Bender et al. (2016) folgen ebenfalls dieser These. Sie evaluieren interdisziplinäre Projekt- und Seminarmodule für Bachelorstudiengänge verschiedener Fakultäten an der Hochschule Coburg. Diese finden im Rahmen des Projektes „Der Coburger Weg“ seit dem Wintersemester 2012 statt. Obwohl die Veranstaltungen interdisziplinär stattfinden und daher in der Studie nicht von *Interprofessionalität* gesprochen wird, kann man davon ausgehen, dass die Ergebnisse sich auf den interprofessionellen Bereich übertragen lassen. Nach Bender et al. (2016) erweisen sich interdisziplinäre Ringvorlesungen und interdisziplinäre Projektarbeit als gutes Lernsetting. Interaktive Lernformate scheinen basierend auf dem durch ihre Anwendung entstehenden Austausch, die entsprechenden Diskurse und die formatbedingt notwendige Kooperation verschiedener Disziplinen ebenfalls gut für den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen geeignet zu sein. Mackay (2002) sieht interprofessionelles Lernen sogar nur

ermöglicht, wenn interaktive Lernformen angewandt werden: „[...] In interprofessional education the learning should be interactive in nature in order to enable the professions to learn from and about each other.“ (Mackay, 2002, S. 54). In interaktiven Lernformaten treten auch Konflikte auf, die aus zwischenmenschlichen oder organisatorischen Gründen entstehen (Bender et al., 2016, S. 97). Durch die Auseinandersetzung mit diesen Konflikten wird die wichtige interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Kompetenz „Konfliktmanagement“ (s. Abbildung 1) geschult.

b) Kleine und heterogene Lerngruppen. Der oben beschriebenen Notwendigkeit der Interaktion in den Lehrveranstaltungen folgend, sind nicht - oder wenig - interaktive Großveranstaltungen zur Vermittlung von IPK wenig zielführend. Hier ist die Arbeit in Kleingruppen am effektivsten (Kuhn et al., 2019, S. 23; World Health Organization, 2013, S.45). Außerdem sollte die Gruppe möglichst heterogen sein (Walkenhorst et al., 2015), um einen interprofessionellen Austausch zu ermöglichen.

c) Reflexion der interprofessionellen Zusammenarbeit und der eigenen interprofessionellen Kompetenzen. Reflexion über das eigene interprofessionelle und interdisziplinäre Agieren, sowie über Lernprozesse innerhalb von Studierendengruppen während eines Lernangebots ist ein wichtiger Schritt im Erwerb interprofessioneller und/oder interdisziplinärer Kompetenzen. Dieser sollte durch die Lehrenden intensiv begleitet werden (Bender et al., 2016, S. 97 f.). Sottas et al. (2016) rücken die Eigenreflexion in den Fokus, beispielsweise in Form von Hinterfragen des eigenen Handelns und Denkens. Sie stellen fest, dass hierfür eine strukturierte Lernsituation mit der aktiven Beteiligung verschiedener Professionen, sowie Reflexionsangebote nötig sind. Auf diese Weise kann der Blick geweitet werden: es entsteht keine verengte, monoprofessionelle Sichtweise. Damit wird der Weg zu echter interprofessioneller Zusammenarbeit geebnet (Sottas et al., 2016, S. 10). Im Interprofessional Capability Framework (Curtin University, 2011) wird die Kompetenz „reflection“ als eine von fünf interprofessionellen Kernkompetenzen aufgeführt (vgl. Abbildung 1). Hammick et al. (2007) haben gestützt durch die Ergebnisse ihrer Literaturreview formuliert, dass Reflexion sowohl der Lernenden als auch der Lehrenden für gelungene IPE wichtig ist. Lehrenden hilft Eigenreflexion ihrer persönlichen und professionellen Erfahrungen in ihrer Anleitungs- und Vermittlungsrolle in der interprofessionellen Lehre (Hammick et al., 2007). Hartinger und Schubert (2019) untersuchen wie und ob durch Selbstreflexion IPK erworben werden. Dafür führten sie eine Pilotstudie an der IB Hochschule im Rahmen eines Forschungsprojekt des Bundesministerium für Bildung und Forschung durch, in der sie der Frage nachgingen, ob in Studiengängen für Therapieberufe der Erwerb von IPK durch die Nutzung eines digitalen Reflexionsportfolio während und nach der Ausbildung stattfindet. Das in der Pilotstudie genutzte digitale Reflexionsportfolio der E-Portfolio-Plattform Mahara enthält einen Kompetenzfragebogen zum Thema interdisziplinäres und interprofessionelles Arbeiten. Dort wird der eigene Lernbedarf eruiert und Lernziele entwickelt und festgehalten. In der Folge können hier dokumentierte eigene Kompetenzentwicklungen während des Studiums oder der

Aus-/Weiterbildung reflektiert werden. Die Dokumentation wird ebenso als Grundlage für Studienverlaufsberatungsgespräche genutzt. Das Portfolio wurde von Nutzer*innen als hilfreich für die Selbsteinschätzung und die Entwicklung eigener Lernziele bewertet. Hier gibt es Parallelen zum Studiengang IGo, der die von Hartinger und Schubert (2019) geforderte Qualifizierung - den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen - als Ziel hat. Auch hier wird Mahara von Studierenden zur Führung eines Reflexionsportfolio genutzt, das ebenfalls in der zur Studienlaufbahnberatung Verwendung findet.

d) Praxisnahe und interprofessionelle Ausrichtung der Übungen. Den Erwerb von IPK unterstützt auch die Anwendung relevanter, interprofessionell ausgerichteter, praxisnaher Problemstellungen in der Lehre (Bender et al., 2016, S. 98; Walkenhorst et al., 2015, World Health Organization, 2013, S.45, Sottas et al., 2016). Um echte interprofessionelle Zusammenarbeit an Stelle von lediglich multiprofessioneller Zusammenarbeit zu forcieren, müssen die Fälle entsprechend komplex sein (Sottas et al., 2016, S. 3). Außerdem müssen sie so gestaltet werden, dass sie in den Arbeitsbereich der Studierenden fallen. Für das Lernen ist es demnach auch wichtig, dass Übungen die aktuelle, sowie auch die potenziell zukünftige, interprofessionelle Praxis der Studierenden widerspiegeln (Hammick et al., 2007).

e) Entscheidungsfreiheit, Mitgestaltung und inhaltliche Relevanz. Zu Entscheidungsfreiheit (beispielsweise über Teilnahme an, oder Einteilungen von Kleingruppen) und Mitgestaltungsmöglichkeiten (beispielsweise Wahl der zu bearbeitenden Inhalte, eigene Fallkonzeptionen) der Studierenden und entsprechendem Einfluss auf das Initiieren von Veränderungen im beruflichen Alltag liegen nach Hammick et al. (2007) unterschiedliche, teilweise widersprüchliche, Studienergebnisse vor. Gleichzeitig bewerten sie Motivation für verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit sowie erlebte Relevanz von Studieninhalten für die Studierenden als wichtiger als Entscheidungsfreiheit und Mitgestaltung.

f) Lernbegründungen als Motor des Erwerbs interprofessioneller Kompetenzen. Bender et al. (2016) schlussfolgern aus ihren Studien, dass es für die Motivation von Studierenden notwendig ist, ihnen Lernbegründungen zu geben. Für Studierende muss ein klarer Bezug zur eigenen beruflichen Praxis vorhanden sein. Das Lernsetting muss einen konkreten Mehrwert für die Praxis in Aussicht stellen. Bender et al. empfehlen daher, Lernbegründungen gemeinsam mit den Studierenden sowohl zu Beginn als auch im Verlauf des Lernangebots zu formulieren.

g) Einbezug aller Versorgungsbeteiligter in die Lehre. Es gibt verschiedene Rollenmodelle und Beziehungen zwischen Gesundheitsfachkräften und Patient*innen (Charles et al., 1999). Die Rolle der Patient*innen im Gesundheitswesen befindet sich seit Jahrzehnten anhaltend im Wandel. Vor 1980 griff vor allem das paternalistische Modell, in dem die Patient*innen eine ärztliche Anweisung erhalten und umsetzen. Ab ca. 1980 wurde das „Health Care Professional als Agent- Modell“ umgesetzt, bei dem der HCP auf Grundlage von Patient*innenwünschen Entscheidungen für diese trifft. Heutzutage geht die Entwicklung hin zu informierten Patient*innen. Diese nehmen partizipativ mit gemeinsamer Entscheidungsfindung auf Augenhöhe am Versorgungsprozess teil, oder durch informierte Entscheidungsfindung, also

autonomer Entscheidung durch Patient*innen bei denen der HCP lediglich als technischer, informierender Experte fungiert. Diese Entwicklung gilt es auch in der interprofessionellen Versorgung und entsprechend der interprofessionellen Bildung zu berücksichtigen. Sottas et al. (2016) sehen einen Erfolgsfaktor für gelingende interprofessionelle Bildung darin, dass alle an der Versorgung Beteiligten eingebunden werden, und damit auch Patient*innen und ihre Angehörigen. Das Einbeziehen von Patient*innen und Angehörigen fehlt in den gängigen Definitionen von interprofessioneller Bildung (s.o.) noch.

h) Zeitliche Einbettung verschiedener interprofessioneller Lernmethoden. Der Erwerb der IPK findet prozesshaft aufeinander aufbauend statt, daher sollten die Lernmethoden im gesamten Studienverlauf so eingebettet sein, dass taxonomisch niedrige Kompetenzen vor taxonomisch höheren Kompetenzen erworben werden (Sottas et al., 2016, s. Abbildung 2). Wichtiges Auswahlkriterium für die Wahl der Methode für eine interprofessionelle Übungseinheit ist also neben der Zielsetzung auch der Zeitpunkt im Lernverlauf (Sottas et al., 2016, S. 3). So sollen beispielsweise zunächst handlungsbasierte Methoden Anwendung finden, die den Erwerb taxonomisch niedrigerer Kompetenzen fördern. Anschließend werden vor allem praxisbasierte Methoden angewandt, die entsprechend taxonomisch höhere Kompetenzen fördern (Sottas et al., 2016, S. 3). Noch wenig Effekt auf den Kompetenzerwerb haben theorie- und austauschbasierte Lernformen, die aber methodisch für das praxisbasierte Lernen Voraussetzung sind (Sottas et al., 2016, S. 3). Monoprofessionelle Fachkompetenz ist nach Bender et al. Voraussetzung für interprofessionelles Lernen im Studium. Daher sollten interprofessionelle Lernmethoden und Inhalte in Studiengängen erst nach Erwerb dieser Kompetenz eingesetzt werden. Abweichend davon befürworten Sukhdeep et al. (2017) und Sottas et al. (2016) deren Vermittlung bereits in der Studieneingangsphase, damit Studierende neben dem Aufbau eines fachspezifischen Profils gleichzeitig bereits interprofessionelle Sichtweisen erlangen. Das ist auch darin begründet, dass interprofessionelle Kompetenzen komplexer Natur sind, prozesshaft erworben werden sollen und daher für den Erwerb ausreichend Zeit zur Verfügung stehen muss (Sottas et al., 2016).

i) E-Learning und Blended Learning. Kuhn et al. (2019) sehen im Blended Learning ein gutes Format zur Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen. Hier findet klassisches Lernen in Präsenz neben E-Learning statt. Da zukünftig auch interprofessionelle Gesundheitsversorgung immer stärker digital geprägt sein wird, ist es sinnvoll, auf diese Berufsrealität bereits in der Lehre vorzubereiten und digitale Lehrmethoden einzusetzen um damit auch digitale Kompetenzen zu erwerben. Auch die WHO verweist in einer entsprechenden Guideline darauf, dass mehrere Studien einen insgesamt positiven Effekt von E-Learning und Blended Learning - im Vergleich zu traditionellem Präsenzunterricht - auf Erwerb und längerfristige Erhaltung interprofessionellen Wissens und interprofessioneller Fähigkeiten bestätigen (World Health Organization, 2013, S. 23). DelNero & Vyas (2021) beispielsweise berichten, dass sich in der Onlineversion im Vergleich zur Präsenzversion in der Durchführung eines interprofessionellen Kurses insbesondere diejenigen Einschätzungen verbessert hätten, die

im Bereich Kommunikation abgefragt wurden. Durch diese Formate können außerdem auch HCPs in abgelegenen, ländlichen Regionen erreicht werden, die sonst kein Zugang zur IPE hätten (World Health Organization, 2013, S. 23). Jedoch bedarf es auch interaktiver Elemente, die wiederum nur in Präsenz stattfinden können, um interprofessionelle Kompetenzen zu erwerben (World Health Organization, 2013, S. 23).

j) Informeller Kompetenzgewinn. Das informelle Lernen spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle beim interprofessionellen Lernen und somit beim Erwerb interprofessioneller Kompetenzen (Hammick et al., 2007). Lernen findet beispielsweise auch in den Pausen zwischen Lerneinheiten, auf Kursreisen, gemeinsamen Festen oder Abendaktivitäten, oder in offenen Lernformaten statt.

k) Gruppendynamik. Beim Erwerb, insbesondere taxonomisch niedriger IPK, kommt Gruppendynamik in interprofessionellen Studiengruppen eine große Bedeutung zu. Hier wird idealerweise eine wertschätzende Haltung den Professionen und ihren Kompetenzen gegenüber entwickelt und Vorurteile abgebaut. Beispielsweise im Rahmen von interprofessionellen Lerneinheiten oder bei Teambuildingmaßnahmen sollten sich die Gruppenmitglieder immer wieder mit sich und der Gruppe auseinandersetzen, um der Gefahr einer Verfestigung bereits existierender Rollenklischees über einzelne Professionen vorzubeugen (Sottas et al., 2016).

l) Rolle der Lehrenden. Lehrende fungieren im interprofessionellen Lernen häufig weniger als Dozent*innen, sondern vielmehr als kooperative Lernbegleiter*innen und Moderator*innen. Diese Rolle gestaltet sich gegenüber monoprofessioneller Lehre für eher homogene Gruppen auch dahingehend komplex, dass Lerngruppen mehrere Professionen umfassen und auch hinsichtlich Alter und Vorerfahrungen häufig heterogen sind und in der Gesamtheit über vielfältiges Fachwissen verfügen, das Lehrende nicht abdecken können, aber auch nicht müssen (Hollweg, 2020). Um die Studierenden kompetent begleiten und innovative Lehr- und Lernkonzepte in der IPE umzusetzen zu können, benötigen Lehrende entsprechende Qualifikation. Diese muss durch didaktische Weiterbildungen gewährleistet werden. Um die didaktischen Grundlagen für letztere zu schaffen, sollten ebenfalls Lehrstühle für interprofessionelle Didaktik an den Hochschulen eingerichtet werden (Walkenhorst et al., 2015). Des Weiteren ist nach Ergebnissen der Literaturreview von Hammick et al. (2007) von entscheidender Bedeutung, dass Lehrende eine gute Supervision erhalten.

m) Sozialpsychologische Phänomene. Schunk (2020) untersucht das studentische Kontaktverhalten in interdisziplinären Lehrveranstaltungen und kommt zu dem Ergebnis, dass fachverschiedene Studierende kaum miteinander in Kontakt treten und interdisziplinäre Zusammenarbeit somit kaum stattfindet, trotz fächerübergreifender Lernsituation. Schunk benennt als Hauptgründe sozialpsychologische Phänomene wie „soziale Kategorisierung, die Generalisierung geringschätziger Fremdgruppenbilder und intergruppalen Berührungsängste“ (Schunk, 2020, S. 316). Daraus ergibt sich für interprofessionelle Lehrformate die Anforderung für die Förderung einer wertschätzenden Fremdgruppensicht und die Kompetenz des Perspektivwechsels. Es wird deutlich, dass neben gezielten didaktischen und methodischen

Strukturen auch eine innere Auseinandersetzung mit dem Thema interprofessionelles Denken und Handeln nötig ist, um eine IPZ zu ermöglichen und IPK zu erwerben. Auch unbewusste innere Strukturen und Wahrnehmungen wie implizite Voreingenommenheit z.B. gegenüber bestimmten Professionen (Weiss et al., 2019) oder der Fremdgruppeneffekt (Eigengruppe wird differenzierter gesehen als Fremdgruppe, Schunk, 2020) sollten den Studierenden bewusst gemacht werden. Um beispielsweise die unbewusste Voreingenommenheit minimieren zu können, müssen Studierende einerseits ein Bewusstsein über diese Prozesse erlangen und außerdem Techniken erlernen mit diesen umzugehen beziehungsweise sie zu minimieren, um erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen (Weiss et al., 2019, S.141 f.). Dieser Prozess sollte in der interprofessionellen Ausbildung durch entsprechende Übungen und Inhalte, sowie durch die Haltung der Lehrenden gelenkt werden.

n) Interprofessionelle Haltung. Um gelungene interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Lehre gestalten zu können, müssen sich Lehrende nicht nur intensiv inhaltlich mit Interprofessionalität und Interdisziplinarität auseinandersetzen und didaktische und methodische Kompetenzen erwerben, sondern darauf aufbauend auch eine interprofessionelle Haltung entwickeln. So sollten Studierende und Lehrende ein „gemeinsame[s] Verständnis[...] gelungener interdisziplinärer Zusammenarbeit“ (Bender et al., 2016, S. 98) haben, dass durch Lehrende aktiv gefördert wird.

2.5. Erschwernisse bei der Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis

Wie in den vorangegangenen Abschnitten argumentiert besteht Notwendigkeit interprofessionelle Kompetenzen zu erwerben, um die Implementierung von interprofessioneller Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis voranzutreiben. Ebenso wurde festgestellt, dass verschiedene Lehr- und Lernformate sowie verschiedene andere Aspekte in der interprofessionellen Lehre Einfluss auf den Erwerb von IPK haben. In diesem Abschnitt argumentiert die Autorin, dass selbst HCPs mit sehr gut ausgebildeten interprofessionellen Kompetenzen kein Garant für gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit sind. Es wird daher der Frage nachgegangen, welche negativen Einflussfaktoren für die Implementierung von IPZ existieren.

Die Literatur weist vielfältige Erschwernisse nach, die auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sind: der Makro- (Gesundheitssystem, Politik), Meso- (Institution, Organisation) und Mikroebene (personenbezogen). Die attestierten Erschwernisse wurden zur besseren Übersicht diesen Ebenen zugeordnet (Tabelle 1). Schroeder (2010) beschreibt die einzelnen Erschwernisse wie folgt. Prestige- und Statusunterschiede (auf allen Ebenen), sowie andere positionelle Ungleichheiten (z.B. bezüglich Macht, Weisungsbefugnis) beeinträchtigen die Interaktionen unter den Professionen. So ist eine Ärztin gegenüber einem Physiotherapeuten weisungsbefugt, umgekehrt gilt dies nicht, was eine partnerschaftlich geprägte Zusammenarbeit negativ beeinflussen kann. Häufig erschweren auch strukturelle Rahmenbedingungen die IPZ. Beispielsweise trägt die Institution den interprofessionellen Gedanken nicht mit (Mesoebene).

Eine weitere Erschwernis ist, dass keine oder nur eine sehr geringe Vergütung des Mehraufwands der interprofessionellen Zusammenarbeit erfolgt (Makroebene). Dies ist beispielsweise im ambulanten Sektor der Heilmittelerbringer der Fall. So sieht der Versorgungsvertrag vom 15.3.2021 (Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)), der die rechtlichen Grundlagen der Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung regelt, weiterhin keine Vergütung von IPZ z.B. bei Hilferunden, Hospitationen oder Gesprächen mit andere Professionen über Patient*innen vor. Stattdessen werden Therapieberichte derart normiert, dass der Informationsfluss zwischen Therapeut*innen und Ärzt*innen geschmälert und die Zusammenarbeit somit gehemmt wird. Weitere Erschwernisse entstehen durch mangelnde Motivation bei den Gesundheitsfachkräften (Mikroebene), teilweise bedingt durch strukturelle Ursachen (s.o.).

Tabelle 1: *Erschwernisse für IPZ, in Anlehnung an Schroeder (2010).*

Makroebene (Gesundheitssystem, Politik)	Mesoebene (Institution, Organisation)	Mikroebene (personenbezogen)
<ul style="list-style-type: none"> • Prestige- und Statusunterschiede oder andere positionale Ungleichheiten 		
<ul style="list-style-type: none"> • strukturelle Rahmenbedingungen • keine oder nur eine sehr geringe Vergütung des Mehraufwands der interprofessionellen Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle Rahmenbedingungen, z.B. Institution trägt interprofessionellen Gedanken nicht mit • Verknüpfung zwischen Pflegeprozess und Behandlungsplänen anderer Professionen 	<ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Motivation bei Fachkräften • unterschiedliche Professionalisierungsgrade • Kompetenzschwankungen innerhalb der beteiligten Professionen • unzureichende Kenntnisse über Ziele, Methoden, Kompetenzen und Aufgabengebiete der anderen Professionen

Auch unterschiedliche Professionalisierungsgrade, Kompetenzschwankungen innerhalb der beteiligten Professionen und unterschiedliche berufliche Sozialisation im Team können die Zusammenarbeit hemmen (Mikroebene). Gibt es keine „Verknüpfung zwischen Pflegeprozess und Behandlungsplänen anderer Professionen“ (Mesoebene) ist dies ebenfalls ein Hemmnis für die Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit. Häufig existieren außerdem unzureichende Kenntnisse über Ziele, Methoden, Kompetenzen und Aufgabengebiete anderer

Professionen (Mikroebene), die ebenfalls eine gelungene Zusammenarbeit erschweren (Schroeder, 2010).

3. Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung-online

3.1. Entwicklung des Studienganges

Die Entwicklung des Studiengangs „Health Care Professionals“ (später umbenannt in „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung-online“ (IGo)) ist eine Maßnahme, um die zeitgemäße Veränderung im Gesundheitswesen durch Weiterqualifizierung der Gesundheitsberufe vor allem im interprofessionellen Bereich voranzutreiben. Beck et al. (2017) betonen in diesem Zusammenhang die Herausforderung und Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen. Sie beleuchten interprofessionelle Potenziale anderer gesundheitlicher Versorgungsformen, z.B. Gesundheitszentren, und heben hervor, dass eine gelungene Interprofessionalität nur mit struktureller Planung und mit dem Erwerb interprofessioneller Kompetenzen gelingen kann. Der Studiengang IGo ist ein dreijähriges onlinebasiertes, additives Teilzeitbachelorstudium für berufserfahrene Therapeut*innen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) sowie berufserfahrende Pflegenden (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Gesundheits- und Kinderpflege). Er hat sich u.a. eine interprofessionelle, zeitgemäße Zusammenarbeit der Gesundheitsakteur*innen, Vermittlung von digitalen und interprofessionellen Kompetenzen und Wissen über neue technische und digitale Entwicklungen und Innovationen zum Ziel gesetzt (ASH Berlin, 2018; Mentrup & Galli, 2020). IGo ist forschungsbasiert aus einer dreijährigen Bedarfsanalyse mit Literaturrecherche und Befragungen von Stakeholdern entstanden (ASH Berlin, 2018). Er wurde vom Forschungsprojekt „Health Care Professionals“ entwickelt, erprobt und evaluiert (ASH Berlin, o.J. d). Der Pilotstudiengang startete im Wintersemester 2018/19 und wird seit dem Wintersemester 20/21 als regulärer Studiengang angeboten.

Das Forschungsprojekt „Health Care Professionals“ wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und von einem Praxisbeirat unterstützt. Es lief vom 1.8.2014 bis 31.07.2020 unter der Projektleitung von Professorin Dr. Borde und Professorin Dr. Kraus (Hollweg, o. J.). Das interprofessionelle Projektteam bestand aus Expert*innen aus der Pflege, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Mediendidaktik. Neben der Bedarfsanalyse wurden weltweite Erfahrungen aus der Onlinelehre miteinbezogen (ASH Berlin, o. J. d) mit dem Ziel, einen „berufsbegleitenden onlinebasierten Bachelorstudiengang mit innovativen wissenschaftsbasierten Lehrmodulen zu entwickeln und zu implementieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf interprofessioneller Zusammenarbeit und Praxisentwicklung“ (ASH Berlin, 2020, S. 3).

Während in der ersten Projektphase der Studiengang entwickelt wurde, wurde in der zweiten Phase seine Funktionalität evaluiert, hinsichtlich „Studierbarkeit, interprofessionelle[m] Kompetenzzugewinn, Angemessenheit der digitalen Instrumente und ihr[em] didaktische[n] Einsatz, technische[r] Ausstattung, Struktur- und Organisationsangemessenheit, Lehrbarkeit,

angemessene[r] Anleitung in den Online-Lehr- und Lernprozessen, Identifikation im interprofessionellen Studierendenverbund, Einbettung in den Hochschulbetrieb, Aktualität von Modulinhalten, Theorie-Praxis-Austausch, Nachhaltigkeit von Modulen“ (ASH Berlin, 2020, S. 4f.).

Die Evaluation ergab, dass der formale Aufbau des Studiums von den Studierenden gut angenommen wurde, beispielsweise in Bezug auf das flexible Lernen während der Online-Lehre, den sozialen Austausch in Präsenzphasen, der Modullaufzeit von 10 Wochen etc. Es waren nur wenige Anpassungen notwendig, z.B. bezüglich der Präsenztageaufteilung im ersten Semester. Die Studienlaufbahnberatung wurde von den Studierenden geschätzt (ASH Berlin, 2020, S. 34) und die modular aufeinander aufbauenden Studienbereiche wurden als kompetenzfördernd bewertet. Nach der Evaluation erfolgte eine indirekte inhaltliche Anpassung durch Reduzierung des Arbeitsumfangs, sowie Maßnahmen zur Weiterentwicklung digitaler Werkzeuge und Kompetenzen (ASH Berlin, 2020). Insgesamt wird die Integration von Studium und Praxis, die Umsetzung des wissenschaftlichen Ansatzes und das Onlineformat positiv bewertet. Für eine gute Vereinbarkeit von Studium, Familie und Beruf wird eine Teilzeittätigkeit empfohlen. Zur Unterstützung der Vereinbarkeit haben sich folgende Aspekte des Studiums als hilfreich erwiesen: „Wochenzusammenfassungen, flexible Abgabezeiten für Aufgaben, Teilnahmebestätigung bei 60 % aktiver Mitarbeit im Modul“ (ASH Berlin, 2020, S. 41). Die Entwicklung von IPK war laut Evaluation von Anfang an sichtbar, z.B. in Forenbeiträgen und Präsenzevaluationen. Das Qualitätsmanagement (z.B. „automatisierte Modulevaluation von Studierenden und Lehrenden am Ende der Modullaufzeit, Kooperation mit dem Praxisbeirat“ (ASH Berlin, 2020, S. 42 f.)) der Eingangsphase des Pilotstudienganges hat sich bewährt und wird weitergeführt.

3.2. Verortung des Studienganges IGo in der derzeitigen Ausbildungslandschaft für Gesundheitsfachberufe

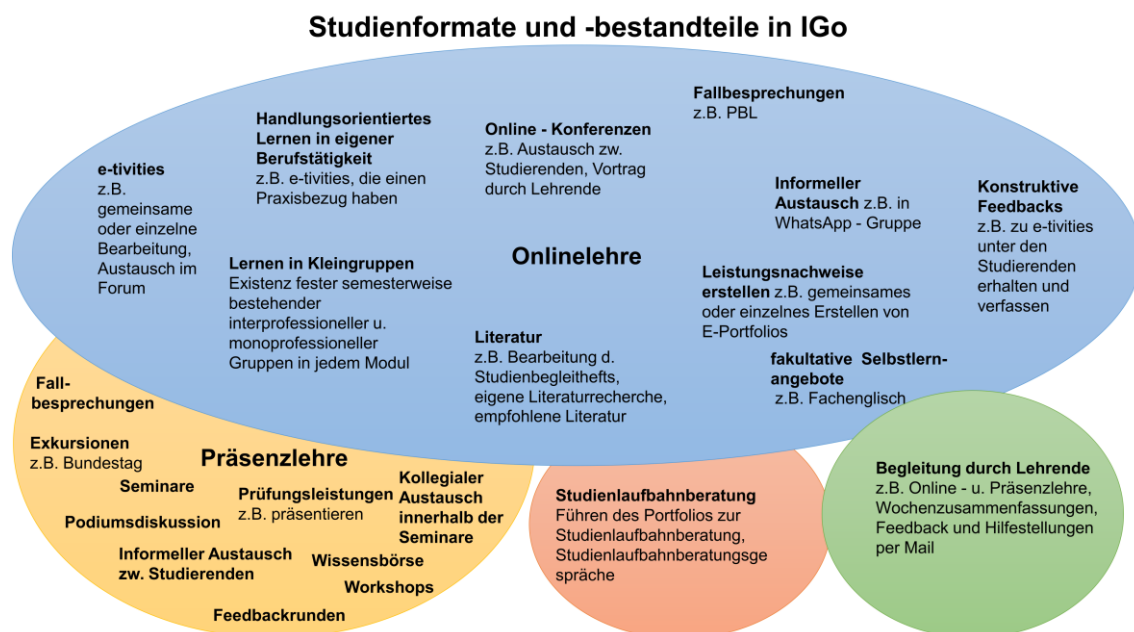
Während in einigen Ländern interprofessionelle Lehre bereits länger existiert und konsequent implementiert ist (Kanada, Australien Norwegen, Schweden; Nock, 2020), finden Ausbildung und Studium von Gesundheitsfachberufen in Deutschland zurzeit vor allem monoprofessionell statt. Mittlerweile gibt es zwar zahlreiche Bildungsinitiativen (z.B. das Projekt „Projekt Team“ (Robert Bosch Stiftung), s. Nock, 2020), die interprofessionelles Lernen unterstützen, aber nur wenige interprofessionell ausgelegte Studiengänge in Deutschland, wie z.B. „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ (Universität Heidelberg, o. J.), „Ergo- und Physiotherapie“ (ASH Berlin, o.J. c) und IGo (ASH Berlin, o. J. b).

3.3. Beschreibung der Studienformate und -bestandteile

Eine Übersicht der kategorisierten Studienformate und -bestandteile des Studienganges sind in Abbildung 3 grafisch dargestellt. Der Studiengang findet im Blended Learning-Format vor allem online mit zwei Präsenzphasen pro Semester an Wochenenden statt. Das onlinebasierte Format ermöglicht ein von Ort und Zeit unabhängiges flexibles Lernen. Um eine konkrete Verzahnung von Theorie und Praxis zu ermöglichen, ist gleichzeitige Berufstätigkeit

erwünscht. Der Studiengang nutzt für die Informationsverbreitung und sogenannte „e-tivities“ – in Modulen online zu bearbeitende Aufgaben – eine elektronische Lernplattform („oncampus“), zusätzlich die E-Portfolio-Plattform „mahara“ und Webkonferenzsoftware. Es finden jeweils zwei Module, zu denen Studienbegleithefte und multimediales Studienmaterial auf der Lernplattform vorliegen, mit meist wöchentlichen Webinaren parallel statt. In den Modulen werden e-tivities in meist festgelegten inter- oder monoprofessionellen Studiengruppen, oder allein bearbeitet. Die Bearbeitung findet sowohl synchron als auch asynchron statt. Modulphasen enden jeweils mit einem Leistungsnachweis, einem Präsenzwochenende an der ASH (teilweise mit Exkursionen) und einer Studienlaufbahnbegleitung. In der Studienlaufbahnberatung formulieren und reflektieren die Studierenden z.B. ihre persönlichen Entwicklungsziele und halten diese in einem digitalen Studienlaufbahnportfolio fest. Des Weiteren gibt es fakultative Selbstlernangebote (z.B. Fachenglisch). Der Studiengang ist geprägt von einem regen Austausch unter den Studierenden (in inter- oder monoprofessionellen Gruppen bei der Bearbeitung von Aufgaben, in Foren, per gegenseitigem Feedback, in Webinaren, etc.). Die Lehrenden begleiten die Studierenden eng (z.B. mit Feedback zu e-tivities) und fungieren im Lernprozess v.a. als Lernbegleiter*innen.

Abbildung 3: Übersicht der Studienformate und -bestandteile in IGo.



Ein Kernziel des Studienganges ist der Erwerb von IPK und die direkte Verbesserung der IPZ durch Implementierung der erworbenen IPK in der Berufspraxis der Studierenden. Im Studiengang liegen vier Modulstränge vor: Interprofessionelle Kommunikation, Interprofessionelle Versorgung, System Gesundheit und Akteur*innen, Wissenschaftliche Kompetenz (ASH Berlin, o. J. b).

Der Modulstrang „Interprofessionelle Versorgung“ nutzt das Lern-/Lehrformat Problembasiertes Lernen (PBL). In PBL werden die Lehrinhalte anhand gemeinsamer Fallbearbeitungen in interprofessionellen Gruppen gemeinsam erarbeitet. Dabei folgt der

Lernprozess einem definiertem Ablauf, dem Prinzip des Siebensprungs: 1. Informationsaufnahme und Begriffsklärung, 2. Definition der zentralen Problemstellung, 3. Brainstorming, 4. Ordnen, 5. Lernziele formulieren, 6. Selbststudium, 7. Zusammentragen der Informationen. Die Schritte 1.-5. finden während einer Vorbesprechung statt, auf die eine Phase des Selbststudiums (6.) folgt. Die PBL-Einheit endet in einer gemeinsamen Nachbesprechung und Reflexion (7.). Studierende haben während einer PBL-Lerneinheit definierte Rollen: Gesprächsleiter*in, Protokollant*in, Beobachter*in, aktiv teilnehmende interprofessionelle Gruppe. Im Selbststudium erfolgen Lernen und Recherchieren eigenverantwortlich mit einer Lehrperson als Lernbegleiter*in (Hollweg, 2021).

Das Format wurde Ende der 60er für das Medizinstudium in Kanada und den USA entwickelt, um Lerninhalte nachhaltig zu vermitteln. Mittlerweile wird es in einigen Ländern (Niederlande, Skandinavien, Großbritannien, USA, Kanada, Australien, etc.) stark genutzt, einige Studiencurricula bauen komplett darauf auf (z.B. Careum Schweiz, Reformstudiengang Medizin an der Charité Berlin). Es wird dabei davon ausgegangen, dass selbstständig im Sinnzusammenhang erarbeitetes Wissen besser und länger abgespeichert wird als Auswendiggelerntes (Hollweg, 2021). In IGo wurde PBL im zweiten Semester für das Onlineformat mediendidaktisch angepasst und abgewandelt unter Auslassung einzelner Schritte im dritten Semester angewendet.

4. Methodik

4.1. Fragestellungen der Arbeit

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit ist, inwieweit ein interprofessionelles Studium zur Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit führt. Diese Arbeit untersucht dies über einen Vergleich des Umsetzungsstandes von IPZ im beruflichen Kontext der Absolvent*innen zwischen dem Zeitpunkt vor Beginn des IGo-Studiums und dem sechsten Abschlusssemester. Angenommen eine mögliche Verbesserung der IPZ vor allem auf Grundlage erworbener IPK, leiten sich aus der grundsätzlichen Fragestellung weitere Teilfragen ab: Verbessert der Studiengang IGo die interprofessionellen Kompetenzen der Absolvent*innen? Welche Studienformate, -bestandteile und Lernformen des Studiums haben welchen Einfluss auf die Entwicklung von interprofessionellen Kompetenzen? Zusätzlich wird untersucht, ob und gegebenenfalls welche Erschwernisse für die Implementierung von IPZ vorliegen.

4.2. Hypothesen

Hypothese 1: Die Absolvent*innen des Bachelorstudienganges IGo haben zum Zeitpunkt des sechsten Abschlusssemesters die interprofessionelle Zusammenarbeit im beruflichen Kontext auf Grundlage der Zielsetzung des Studienganges (ASH Berlin, 2018) im Vergleich zum Zeitpunkt vor Studienbeginn umgesetzt oder verbessert, da IGo interprofessionelle Kompetenzen vermittelt hat, die die Grundlage interprofessioneller Zusammenarbeit sind.

Hypothese 2: Die Umsetzung bzw. Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit im beruflichen Kontext der IGo-Absolvent*innen hat sich bei stationär tätigen Studierenden stärker verbessert als bei ambulant tätigen, da Multiprofessionalität in stationären Betrieben häufiger vorliegt als in ambulanten, was interprofessionelle Zusammenarbeit im stationären Bereich grundsätzlich eher ermöglicht.

Hypothese 3: Die Absolvent*innen des Bachelorstudienganges IGo haben zum Zeitpunkt des sechsten Abschlussessemesters ihre interprofessionellen Kompetenzen im Vergleich zum Zeitpunkt vor Studienbeginn verbessert, da IGo die entsprechenden interprofessionellen Kompetenzen vermittelt hat.

Hypothese 4: Interaktive interprofessionelle Lernformate verbessern interprofessionelle Kompetenzen von Absolvent*innen des Bachelorstudienganges IGo in größerem Maße als nicht-interaktive Lernformate, da interaktives Lernen (z.B. gemeinsames Lernen an realen Situation und gemeinsames Lösen realer Probleme) besser interprofessionelle Kompetenzen vermittelt als theoretisches Lernen ohne interprofessionellen Praxisbezug (Sottas et al., 2016).

4.3. Entwicklung des Fragebogens

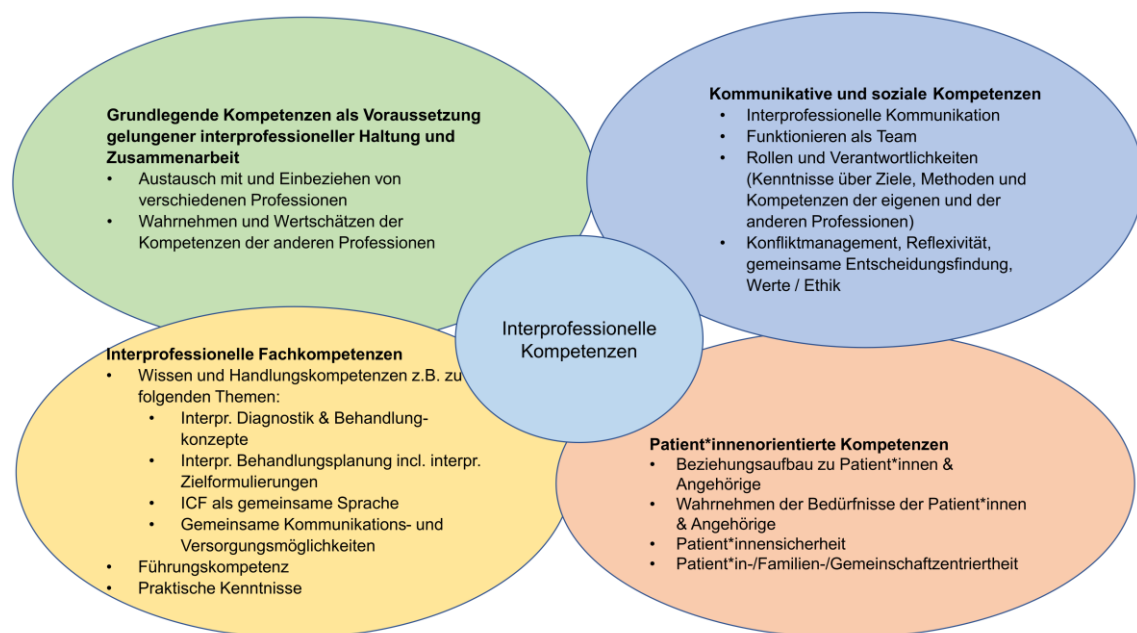
Für die Untersuchung wurde ein Fragebogen im Mixed Methods-Design entwickelt und implementiert, da eine Integration quantitativer und qualitativer Methoden den größten Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Forschungsfragen versprach (s. Anhang 1). Für quantitativ zu bearbeitende Fragen wurden Antwortkategorien auf einer Likert-Skala (z.B. „stimme voll zu“, „stimme eher zu“, „stimme halb zu“, „stimme weniger zu“, „stimme gar nicht zu“, „kann ich nicht beurteilen“), oder mit kategorischer Mehr- oder Einfachauswahl erstellt, z.B. in Fragen nach effektiven Lernformaten. Zusätzlich wurde für quantitative Fragen die Antwortkategorie „kann ich nicht beurteilen“ zur Verfügung gestellt, um Proband*innen in jedem Fall eine Antwort zu ermöglichen und Ergebnisse nicht zu verfälschen. Durch eine quantitative Herangehensweise können potenziell valide Verallgemeinerungen abgeleitet werden. Um auch erweiternde und unbekannte Aspekte und tiefere Nuancen zu erfassen, erfolgte ein Teil der Untersuchung qualitativ mit offenen Fragen und Freitextantwortoptionen. Quantitative Fragestellungen wurden als Pflichtfragen angelegt um eine möglichst optimale Analysierbarkeit der Forschungsfragen zu gewährleisten, die Beantwortung offener Fragen mit Freitextantwort blieb optional. Eine Beantwortung letzterer wurde Proband*innen allerdings nahegelegt und betont, dass deren Beantwortung für die Untersuchung von großem Wert sei. Verpflichtende und optionale Fragen wurden kombiniert, um Teilnehmende, die offene Fragen nicht beantworten können oder wollen, oder nicht ausreichend Zeit zur schriftlichen Beantwortung haben, trotzdem zur Datenbasis beitragen zu lassen. Zusätzlich wurde so der minimale Aufwand zur Beantwortung des kompletten Fragebogens reduziert um den Rücklauf zu optimieren. Der Fragebogen gliederte sich in vier Teile.

Erster Teil: IPZ vor und nach dem Studium. Der Fragebogen begann mit drei Auswahlfragen zur IPZ, die auf Likert-Skalen zu beantworten waren. Proband*innen bewerteten ihre IPZ vor dem Studium und im sechsten Semester hinsichtlich ihrer Häufigkeit und ihrer

Zufriedenheit mit dieser. Außerdem wurde der Theorie-Praxis-Transfer von Studium in berufliche Praxis auf Likert-Skalen eingeschätzt.

Zweiter Teil: Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen über die Studienzeit und Einfluss von Studienformaten und -bestandteilen. Im zweiten Teil wurde die Entwicklung der IPK der Studierenden eruiert. Um die IPK-Kategorien zu entwickeln, aus denen die Proband*innen auswählen sollten, wurden zunächst Kategorien aus bekannten Frameworks (s. Abschnitt 2.3) und die grundlegenden Kompetenzen aus Sottas et al. (2016) geclustert, dedupliziert und vervollständigt (Abbildung 4).

Abbildung 4: Übersicht der interprofessionellen Kompetenzen. In Anlehnung an Frameworks (s. Abbildung 1; Sottas et al., 2016). Eigene Darstellung.



Anschließend wurden die drei konsequent in allen Frameworks genannten Kompetenzen „interprofessionelle Kommunikation“, „Funktionieren als Team“, „Rollen und Verantwortlichkeiten“ extrahiert und um die Kompetenz „Konfliktmanagement“ (genannt in Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010 und Curtin University, 2011) erweitert, um den Erwerb dieser Kompetenzen im Fragebogen abzufragen. „Konfliktmanagement“ stellt aus Sicht der Autorin eine wichtige, schon im Studium notwendige Kompetenz dar. Diese Arbeit konzentriert sich auf die Abfrage dieser vier Kompetenzen, da nur diese in allen Frameworks genannt sind oder von der Autorin entsprechend gewichtet wurden. Gleichzeitig wurden diese Kompetenzen in IGo vermittelt. Die Studierenden bewerteten diese kommunikativen und sozialen Kompetenzen für den Zeitpunkt vor Beginn des Studiums und kurz vor Abschluss im sechsten Fachsemester. Anschließend wurde erfragt durch welche Studienformate die jeweilige Kompetenz besonders erworben wurde. Hier wurden den Proband*innen die Studienformate und -bestandteile (gegliedert und ausklappbar dargestellt in: Formate-> Formatunterkategorien-> Subkategorien der Unterkategorien; s. Anhang 1.3) zur

Auswahl dargeboten, wobei Mehrfachauswahl sowie Ergänzung um weitere Studienformate in einem Freitextfeld möglich waren. Zusätzlich konnte die jeweilige Wahl in einem Freitextfeld begründet werden. Die Studienformate und -bestandteile wurden exemplarisch in einem Schaubild (reproduziert in Abbildung 3) dargestellt, um als Reflexionsoption bei der Beantwortung der Fragen zu unterstützen.

Dritter Teil: Erschwernisse in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Im dritten Teil des Fragebogens wurden mögliche Erschwernisse bei Implementierung oder Ausbau der IPZ im beruflichen Kontext per Auswahlfrage mit optionaler Mehrfachnennung und der Möglichkeit weitere nicht aufgeführte Erschwernisse zu benennen, erfragt. Die aufgeführten Antwortoptionen wurden von Schroeder (2010) übernommen und um die Punkte „keine Vergütung des Mehraufwands der interprofessionellen Zusammenarbeit“ - im ambulanten Sektor entscheidender Faktor für die Implementierung von IPZ (s. Amelung et al., 2020, S. 194) - und „strukturelle Begebenheiten“ als Erschwernis mit Option zur Freitextantwort ergänzt.

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

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

4.4. Ethik und Datenschutz

Die Proband*innen wurden darüber informiert, dass die Daten anonym und vertraulich sowie gemäß den einschlägigen Datenschutzrichtlinien und -gesetzen erhoben und verarbeitet werden. Im Vorfeld wurde die „Forschungsethik-Checkliste für Erstgutachter_innen“ (s. Anhang 1) für die Studie ausgefüllt, anhand derer die forschungsethischen Kriterien für diese Studie basierend auf dem entsprechende Richtlinienpapier der ASH Ethikkommission vom Oktober 2018 als zufriedenstellend eingestuft werden konnten.

4.5. Durchführungsmethodik

4.5.1. Methodisches Vorgehen

Im ersten Teil dieser Arbeit wurden die Grundlagen zur IPZ analysiert und aufbereitet dargestellt (Abschnitt 2). Die Recherche erfolgte über verschiedene Wege: Es fand eine gezielte Onlinerecherche mittels Suchbegriffen (in Wortlisten erstellt mit Kernbegriffen, Synonymen, Unterbegriffen, ähnlichen Begriffen und den jeweiligen Begriffen auf Englisch) auf ausgewählten medizinischen und allgemeinen Datenbanken (z.B. PubMed) und Suchdiensten (z.B. Google, Google Scholar) statt. Durch geschaltete Suchaufträge bei Google Scholar konnte

auf weitere aktuelle wissenschaftliche Literatur zugegriffen werden. Des Weiteren wurde auf fachspezifischen Webseiten (z.B. der des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie, dbl-ev.de), in themenbezogenen, logopädischen und interdisziplinären Zeitschriften, im eigenen Bücherbestand und in Bibliotheken (ASH, KOBV) recherchiert. Zusätzlich wurde mittels Schneeballsystem passende Literatur gefunden. Daraufhin wurden die interprofessionellen Kompetenzframeworks tabellarisch vergleichend erfasst und die IPK dieser kategorisiert und erweitert, s. Abbildung 1 und Abbildung 4. Die Formate und -bestandteile des Studiums wurden ebenfalls kategorisiert, s. Abbildung 3. Auf dieser Grundlage wurde ein Fragebogen entwickelt und auf der Onlineplattform SoSciSurvey als Online-Fragebogen umgesetzt.

4.5.2. Ablauf der Befragung

4.5.2.1. Pretest: Ablauf und Auswertung. Vor der Hauptbefragung fand ein Pretest (Befragungszeitraum 12.4.–19.4.2021) statt. Der für diese Studie entwickelte Fragebogen wurde über die Plattform SoSciSurvey als Pretestfragebogen erstellt und als solcher versandt. Die Proband*innen wurden über den Hintergrund der Studie und den Ablauf des Pretest im Vorfeld informiert. Im Pretest selbst prüften die Proband*innen den Fragebogen und dokumentierten unverständliche und missverständliche Passagen sowie Fehler und leiteten diese Informationen an die Autorin zurück. Außerdem wurde ein zusätzlicher Feedbackfragebogen mit zwölf Fragen (s. Anhang 1) zum Pretest entwickelt und verschickt, der u.a. die Verständlichkeit der Fragen und die Funktionalität des Fragebogens bewertete. Außerdem hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit Anregungen und Kritik zu äußern. Für den Pretest wurden fünf Personen gewonnen, die den Feedbackfragebogen beantworteten. Es wurden zwei ehemalige Studierende des Studiengangs IGo, die diesen abgebrochen hatten, sowie drei im Gesundheitswesen Tätige rekrutiert. Bei der Rekrutierung wurde darauf geachtet, dass ambulant und stationär Tätige, sowie Vertreter*innen möglichst vieler Professionen gewonnen werden konnten, sowie ehemalige IGo-Studierende, um dem Teilnehmer*innenprofil der Hauptbefragung möglichst nah zu kommen. Folgende Berufe waren vertreten: Physiotherapie, Psychotherapie, Logopädie und Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Teilnehmenden bewerteten den Fragebogen mit seinen Fragen, Antwortmöglichkeiten und Anweisungen als insgesamt verständlich und erkannten einen roten Faden im Aufbau. Die Freitextfelder gaben nach ihrer Ansicht genügend Platz für Antwortmöglichkeiten, die Skalierungen wurden als angemessen bewertet. Es zeigte sich aber, dass die mobile Darstellung des Fragebogens (auf z.B. Smartphones) weniger übersichtlich erschien als auf größeren Bildschirmen. Zwei Teilnehmende hatten von der implizierten Bedeutung des Begriffs „Funktionieren im Team“ keine klare Vorstellung (in Frage 8). Der Begriff wurde für die Hauptbefragung daher umgewandelt in „Funktionieren als Team“. Zwei Teilnehmenden fehlte für die Frage nach dem zeitlichen Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit eine Relativierung von Angaben in Bezug auf Wochenarbeitsstunden (Frage 27, Zeitlicher Rahmen der Zusammenarbeit). Außerdem wurde angemerkt, dass in diesem Zusammenhang Tätigkeitsbeschreibungen für interprofessionelle Zusammenarbeit definiert werden müssten, um Kategorisierung tatsächlicher Tätigkeiten – beispielsweise das Verfassen eines Berichts –

möglich zu machen. Die Teilnehmenden bewerteten das Thema des Fragebogens als wichtig. Die benötigte Zeit für das Ausfüllen des Bogens wurde mit zwischen 10 und 45 Minuten angegeben, wobei lange Bearbeitungszeiten nach Aussage der Teilnehmenden mit gleichzeitiger Fehlersuche begründet wurden. Basierend auf den Erkenntnissen aus dem Pretest wurde der Fragebogen angepasst.

4.5.2.2. Hauptbefragung. Der Link zum Fragebogen auf der Plattform SoSciSurvey und die „Hintergrundinformationen zwecks Einverständniserklärung“ (s. Anhang 1) wurden an IGo-Studierende über das Forum der Lernplattform on campus per automatischer Weiterleitung als E-Mail verschickt. Es wurde das Format des Onlinefragebogens gewählt, da die Studierenden des Online-Studiengangs bereits viele Online-Evaluationsbögen auszufüllen hatten und somit bereits mit dem Format vertraut waren. Einziges Kriterium für die Teilnahme an der Untersuchung war, dass die Proband*innen Pilotstudierende in IGo im sechsten Semester waren ($n = 33$). Weitere Einschluss- oder Ausschlusskriterien lagen nicht vor. Der Erhebungszeitraum war von 27.04.2021 bis 12.05.2021 und ergab 26 komplett ausgefüllte, auswertbare Fragebögen (response: 78,8 %). Es wurden keine Fragebögen nur teilweise ausgefüllt. Damit bestanden keine weiteren Einschluss- oder Ausschlusskriterien für die Auswertung der Fragebögen.

4.6. Auswertungsmethodik

Die Auswertung fand gemischt quantitativ und qualitativ statt, in der Überzahl quantitativ. Hierfür wurde der Datensatz aus der Umfrageplattform SoSciSurvey (s.o.) exportiert. Anschließend wurden in Microsoft Excel 365 MSO 16.0.13127.20402 (Microsoft, Redmond, VA, USA) die für die Analyse benötigten Mittelwerte, prozentualen Anteile und Differenzen zwischen diesen berechnet, sowie Visualisierungen der Ergebnisse erstellt. Der gesamte Datensatz ist offen und frei verfügbar als Druskat (2021).

Die Freitextantworten wurden qualitativ in Anlehnung an Mayring (Mayring, 2019) in einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse (qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung) ausgewertet. Für eine vergleichende Analyse mit den Hypothesen von Sottas et al. (2016) wurden Studienformate und -bestandteile nach den dort genannten Lernformen kategorisiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Umfrage dargestellt (Abschnitt 5) und im Anschluss diskutiert (Abschnitt 6).

5. Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zur Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit über den Studienzeitraum vom Zeitpunkt vor Beginn des Studiums (Zeitpunkt T_0) bis zur Absolvenzzeit vor Ende des sechsten Semesters (Zeitpunkt T_1) dargestellt, anschließend die Ergebnisse zur Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen. Die demografischen Detailergebnisse sind dem Anhang (Anhang 2.1) zu entnehmen, da die schriftliche Ausführung dieser Ergebnisse den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde.

5.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit

5.1.1. Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit im beruflichen Kontext der Studierenden

Häufigkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit mit zugrundeliegenden Variablen auf einem Spektrum von 1 („ständig“) bis 5 („nie“) änderte sich von $\bar{x}_{T_0} = 2,38$ ($\min_{T_0} = 1$, $\max_{T_0} = 4$) auf $\bar{x}_{T_1} = 2,31$ ($\min_{T_1} = 1$, $\max_{T_1} = 4$; Differenz $0,07 = 3,2\%$). Die IPZ wird damit sowohl zu T_0 als auch zu T_1 als „häufig“ beschrieben. Zufriedenheit mit IPZ blieb unverändert bei „teils/teils“ ($\bar{x}_{T_0} = \bar{x}_{T_1} = 3,0$ ($\min_{T_0} = \min_{T_1} = 1$, $\max_{T_0} = 4$, $\max_{T_1} = 5$)) auf einer Skala von 1 („sehr unzufrieden“) bis 5 („sehr zufrieden“). Der Theorie-Praxis-Transfer liegt bei $\bar{x}_{T_1} = 2,5$ (Skala von 1 („trifft voll und ganz zu“) bis 5 („trifft gar nicht zu“)) und steht somit zwischen Variablen „trifft ziemlich zu“ und „trifft teilweise zu“ ($\min_{T_1} = 1$, $\max_{T_1} = 4$).

Zwischenfazit: Die IPZ ist nur im geringen Maße (3,2 %) häufiger geworden, die Zufriedenheit gleichbleibend. Der Theorie-Praxis-Transfer wird im eher positiven Mittelfeld (zwischen „trifft ziemlich zu“ und „trifft teilweise zu“) verortet.

5.1.2. Erschwernisse bei der Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis

Fast allen Studierenden (92,3 %) begegnen auf verschiedenen Ebenen Erschwernisse bei Implementierung oder Ausbau von IPZ im beruflichen Alltag (s. Anhang 2, Tabelle A12). Am häufigsten werden „unzureichende Kenntnisse über das Fachwissen der Kooperationspartner“ als Erschwernis angegeben (57,7 %). Darauf folgen „mangelnde Motivation der Beteiligten zur Kooperation“ und „unterschiedlicher Professionalisierungsgrad“ (je 46,2 %). Dann folgen „Institution trägt den Gedanken nicht mit“ (42,3 %), „keine Verknüpfung zwischen Pflegeprozess und Behandlungsplänen anderer Professionen“ (38,5 %), „Kompetenzschwankungen innerhalb der beteiligten Professionen“ (38,5 %), „keine Vergütung des Mehraufwands der IPZ“ (34,6 %), „Prestige- und Statusunterschiede oder andere positionale Ungleichheiten“ (34,6 %), „unterschiedliche berufliche Sozialisation“ (30,8 %), „strukturelle Begebenheiten“ (26,9 %), „keine Erschwernisse“ (7,7 %), „andere Erschwernisse“ (3,8 %). Sowohl „andere Erschwernisse“ als auch „strukturelle Begebenheiten“ erlaubten Freitextantworten. Als „andere Erschwernisse“ wurden von jeweils einer Person genannt: „kein Wissen über IPZ bei anderen Professionen“, „keine gemeinsame Ausbildung“, „Unverständnis über Unterschiede von IPZ und Interdisziplinarität“.

Als strukturelle Begebenheiten, die die IPZ erschweren, wurden folgende in der Freitextantwort jeweils einmal (3,8 %) genannt: „keine deutliche Implementierung der IPZ durch Politik“, „keine gemeinsamen Besprechungen“, „fehlende Räumlichkeiten“, „starre Hierarchien“, „Heilmittelverordnung“, „keine gemeinsame Dokumentationsplattform und fehlende Plattform für den Austausch“, „hohe Eigeninteressen (z.B. Patientengewinnung)“, „fehlende Kenntnisse bei Behörden“.

Zwischenfazit: Fast allen Studierenden begegnen vielfältige Erschwernisse bei Implementierung oder Ausbau von IPZ in der Praxis.

5.1.3. Weitere Einflussfaktoren auf interprofessionelle Zusammenarbeit

15,4 % absolvierten während des Studium eine interprofessionelle Fortbildung (s. Anhang:2, Abbildung A1). 38,5 % der Studierenden gaben an, dass weitere Einflussfaktoren auf die IPZ im Berufsleben existieren und gaben diese im Freifeld an. Die kategorisierten Antworten sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Weitere Einflussfaktoren auf IPZ, Nennung durch Proband*innen gesamt (in Prozent).

berufspolitische Veränderungen	Fortbildungen vor dem Studium	Änderungen am Arbeitsplatz (persönlich)	strukturelle Änderungen am Arbeitsplatz	Patienten	Corona	Selbststudium
3,8	7,7	11,5	11,5	3,8	3,8	3,8

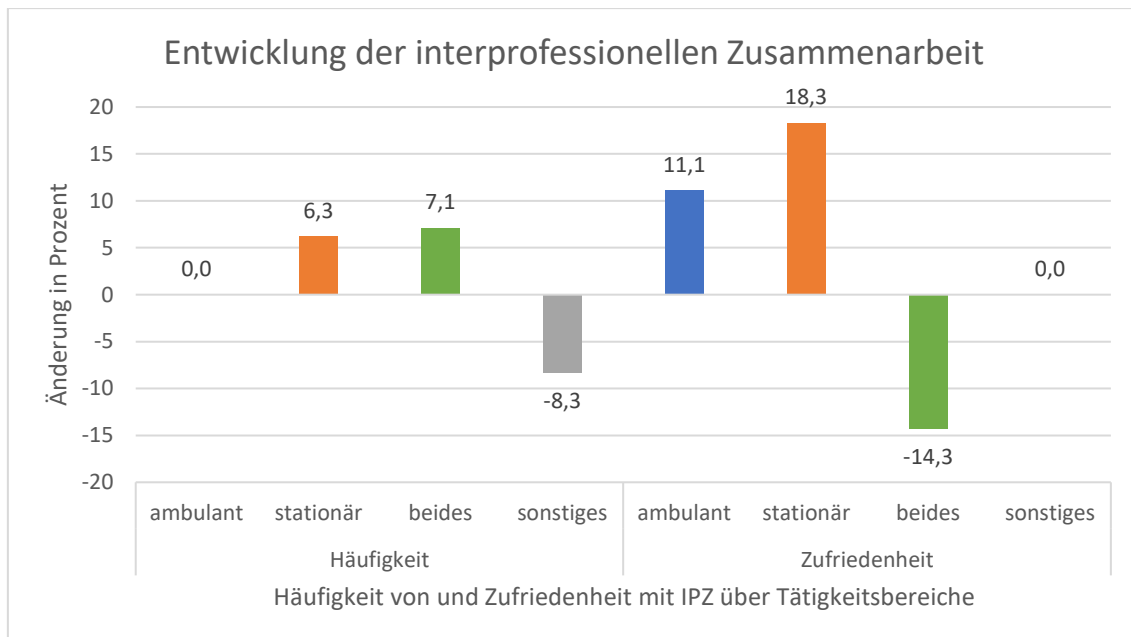
5.1.4. Einfluss des Tätigkeitsbereichs auf Entwicklung von interprofessioneller Zusammenarbeit und Theorie-Praxis-Transfer

50 % der Proband*innen arbeiten im stationären, 11,5 % im ambulanten Bereich. Jeweils 19,2 % sind ambulant und stationär tätig („beides“) oder ordnen sich bei „sonstiges“ zu (s. Anhang 2, Tabellen A1- A3) mit folgenden Angaben: „aufsuchend“, „Projektkoordinator*in im Sozial- und Gesundheitswesen“, „Verwaltung“, „Institution“, „Lehre“.

Die *Häufigkeit der Zusammenarbeit* (1 = „ständig“ bis 5 = „nie“) wird in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen wie folgt bewertet: „ambulant“ $\bar{x} T_0 = 2,3$, $\bar{x} T_1 = 2,3$; „stationär“ $\bar{x} T_0 = 2,6$, $\bar{x} T_1 = 2,5$; „beides“ $\bar{x} T_0 = 2,8$, $\bar{x} T_1 = 2,6$; „sonstiges“ $\bar{x} T_0 = 2,4$, $\bar{x} T_1 = 2,6$. Zwischen den einzelnen Tätigkeitsbereichen sind demnach Unterschiede zu verzeichnen (Abbildung 5): Im ambulanten Bereich stagniert die Entwicklung, im stationären und kombinierten Bereich („beides“) gibt es leichte Zuwächse in der Häufigkeit der IPZ. Im Bereich „sonstiges“ hat die Häufigkeit abgenommen.

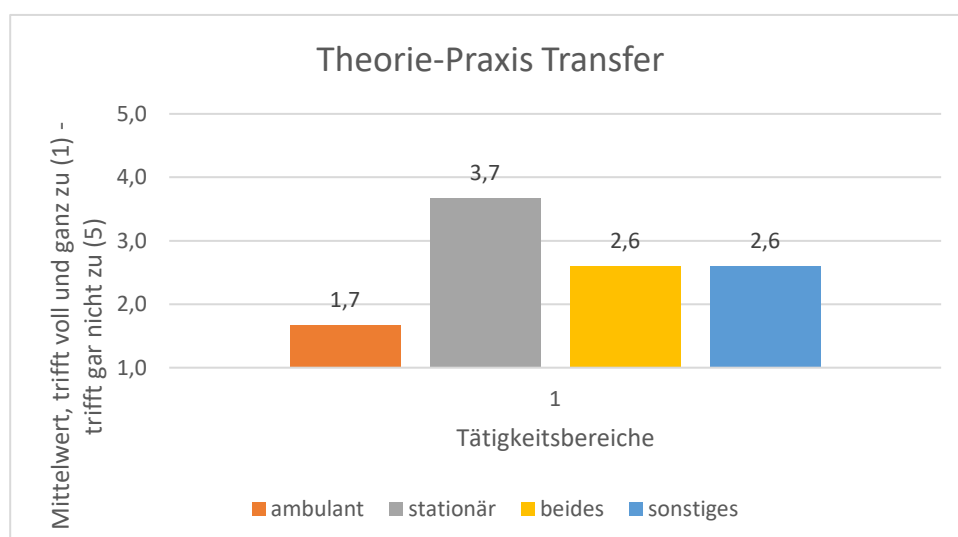
Die Entwicklung der *Zufriedenheit mit IPZ* wird in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen folgendermaßen angegeben: „ambulant“ $\bar{x} T_0 = 3,0$, $\bar{x} T_1 = 3,3$; „stationär“ $\bar{x} T_0 = 3,9$, $\bar{x} T_1 = 3,2$; „beides“ $\bar{x} T_0 = 2,8$, $\bar{x} T_1 = 2,4$; „sonstiges“ $\bar{x} T_0 = 3,2$, $\bar{x} T_1 = 3,2$. Während es bei den stationär und ambulant Tätigen einen Zuwachs der Zufriedenheit gab, nahm sie im Bereich „beides“ ab. Im Bereich „sonstiges“ sind keine Entwicklungen zu verzeichnen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Bewertung der Änderung von Häufigkeit von und Zufriedenheit mit interprofessioneller Zusammenarbeit im Vergleich der Zeitpunkte vor und nach Studium durch Proband*innen in Prozent.



Der Theorie-Praxis-Transfer (Bewertung der Aussage „Ich konnte das Gelernte aus dem Studium in meiner beruflichen Praxis anwenden“) ist im ambulanten Sektor am besten gelungen, gefolgt von den Bereichen „beides“ und „sonstiges“. Im stationären Bereich hat der geringste Transfer stattgefunden (Abbildung 6).

Abbildung 6: Theorie-Praxis-Transfer.



Zwischenfazit: Verschiedene Einflussfaktoren (s.o.) und der Tätigkeitsbereich des HCP haben Einfluss auf die Entwicklung der IPZ im beruflichen Kontext. Der Tätigkeitsbereich scheint weiterhin den Theorie-Praxis-Transfer und die Bewertung der Zufriedenheit mit der IPZ zu beeinflussen.

5.2. Interprofessionelle Kompetenzen

Ein Überblick über die detaillierten Ergebnisse zur Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen findet sich im Anhang 2. in den Tabellen A13 und A14.

5.2.1. Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen der Studierenden

Interprofessionelle Kommunikation. Die interprofessionelle Kompetenz „interprofessionelle Kommunikation“ mit zugrundeliegenden Variablen auf einem Spektrum von 1 („sehr ausgeprägt“) bis 5 („nicht vorhanden“) änderte sich von $\bar{x}_{T0} = 2,9$ („teils/teils“, $\min_{T0} = 1$, $\max_{T0} = 4$) zu $\bar{x}_{T1} = 2,0$ („ausgeprägt“, $\min_{T1} = 1$, $\max_{T1} = 3$; Differenz 0,9; Steigerung von 30,3 %; s. Abbildung 7).

Funktionieren als Team. Die Kompetenz „Funktionieren als Team“ verbesserte sich um 0,5 Punkte (13,6 %) von $\bar{x}_{T0} = 3,8$ ($\min_{T0} = 2$, $\max_{T0} = 5$) auf $\bar{x}_{T1} = 4,3$ ($\min_{T1} = 3$, $\max_{T1} = 5$), auf einer Skala von 1 („nicht vorhanden“) bis 5 („sehr ausgeprägt“). Sie wird in entsprechender Annäherung zu beiden Zeitpunkten als „ausgeprägt“ gewertet, wobei jedoch die genannte Steigerung zu verzeichnen ist (Abbildung 8).

Rollen und Verantwortlichkeiten. Die Kompetenz „Rollen und Verantwortlichkeiten“ verbesserte sich um 0,7 Punkte (27,9 %) von $\bar{x}_{T0} = 2,7$ ($\min_{T0} = 1$, $\max_{T0} = 5$) auf $\bar{x}_{T1} = 2$ ($\min_{T1} = 1$, $\max_{T1} = 3$) auf einer Skala von 1 („sehr ausgeprägt“) bis 5 („nicht vorhanden“). Gerundet ergeben diese Werte eine Bewertung der Kompetenzentwicklung von „teils/teils“ zu „ausgeprägt“ (Abbildung 7).

Konfliktmanagement. Bei der Kompetenz „Konfliktmanagement“ liegt eine Steigerung um 21,5 % vor (0,7 Punkte) von $\bar{x}_{T0} = 3,3$ ($\min_{T0} = 2$, $\max_{T0} = 5$) zu $\bar{x}_{T1} = 4,0$ ($\min_{T1} = 2$, $\max_{T1} = 5$) auf einer Skala von 1 („nicht vorhanden“) bis 5 („sehr ausgeprägt“). Die Studierenden bewerten vor dem Studium diese Kompetenz mit „teils/teils“ und im sechsten Semester als „ausgeprägt“ vorhanden (Abbildung 8).

In allen Kategorien konnte außerdem angegeben werden, wenn die Entwicklung einer Kompetenz aus Sicht der Studierenden nicht beurteilbar ist. Als nicht beurteilbar wurden die Kompetenzen „Funktionieren als Team“ von 7,7 % vor dem Studium und 11,5 % im sechsten Semester bewertet. Die Kompetenz „Konfliktmanagement“ wurde zu beiden Zeitpunkten von 7,7 % der Studierenden als nicht beurteilbar bewertet. Die anderen Kompetenzen wurden zu beiden Zeitpunkten als beurteilbar eingeschätzt.

Abbildung 7: Entwicklung der IPK
 „interprofessionelle. Kommunikation“ und
 „Rollen und Verantwortlichkeiten“

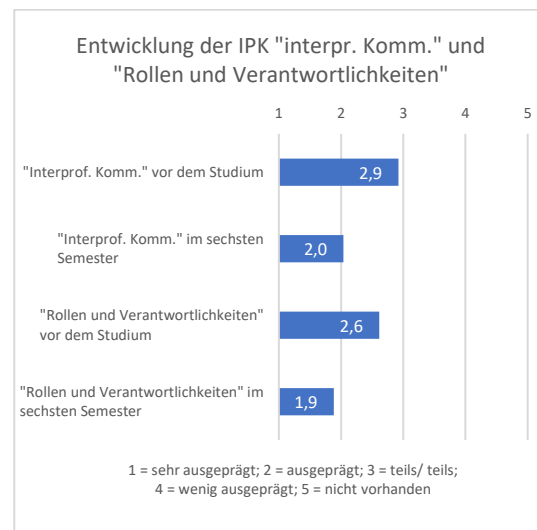
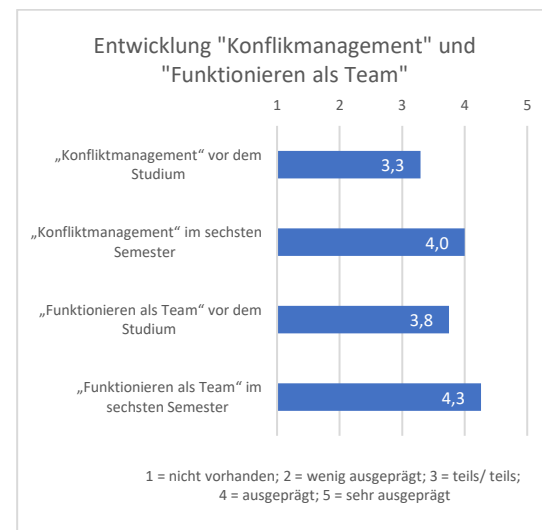


Abbildung 8: Entwicklung der IPK
 „Konfliktmanagement“ und „Funktionieren als Team“

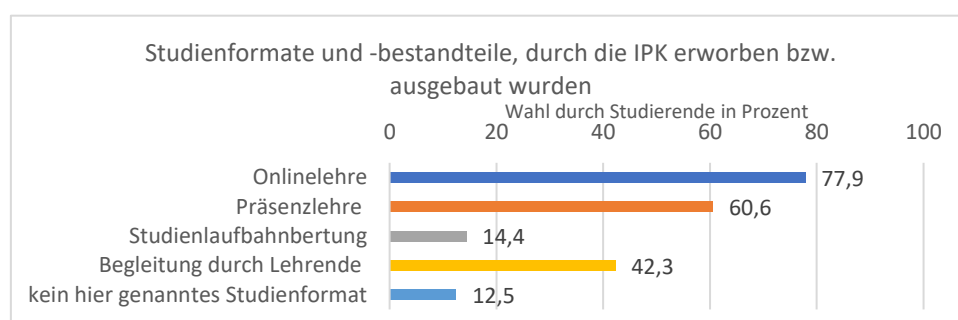


Zwischenfazit: Alle IPZ konnten im Laufe des Studium gesteigert werden (\bar{x} 23,3 %). Am stärksten konnte die IPZ „interprofessionelle Kommunikation“ (30,3 %) ausgebaut werden, gefolgt von „Rollen und Verantwortlichkeiten“ (27,9 %) und „Konfliktmanagement“ (21,4 %). Am wenigsten Kompetenzzuwachs wurde in der Kategorie „Funktionieren als Team“ festgestellt (13,6 %).

5.2.2. Einfluss der Studienformate und -bestandteile auf interprofessionelle Kompetenzentwicklung der jeweiligen interprofessionellen Kompetenz

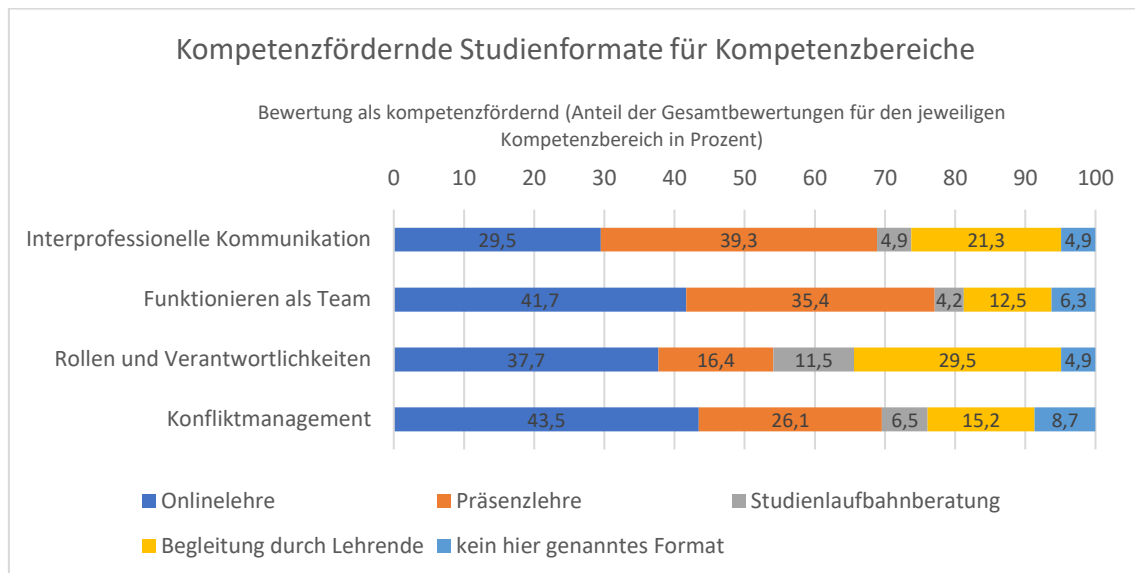
In diesem Abschnitt wird die durch die Befragten angegebene Wirkung einzelner Studienformate und -bestandteile auf die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen insgesamt dargestellt. Im Anschluss wird die entsprechende Wirkung auf die einzelnen definierten Kompetenzen aufgeschlüsselt. Die Befragten gaben an, dass Onlinelehre insgesamt am wirkungsvollsten IPK fördert (77,9 %), gefolgt von Präsenzlehre (60,6 %), Begleitung durch Lehrende (42,3 %) und Studienaufbahnberatung (14,4 %). 12,5 % sahen die Kompetenzentwicklung durch kein in der Umfrage angebotenes Format unterstützt (Abbildung 9)

Abbildung 9: Studienformate und -bestandteile, durch die IPK erworben bzw. ausgebaut wurden.



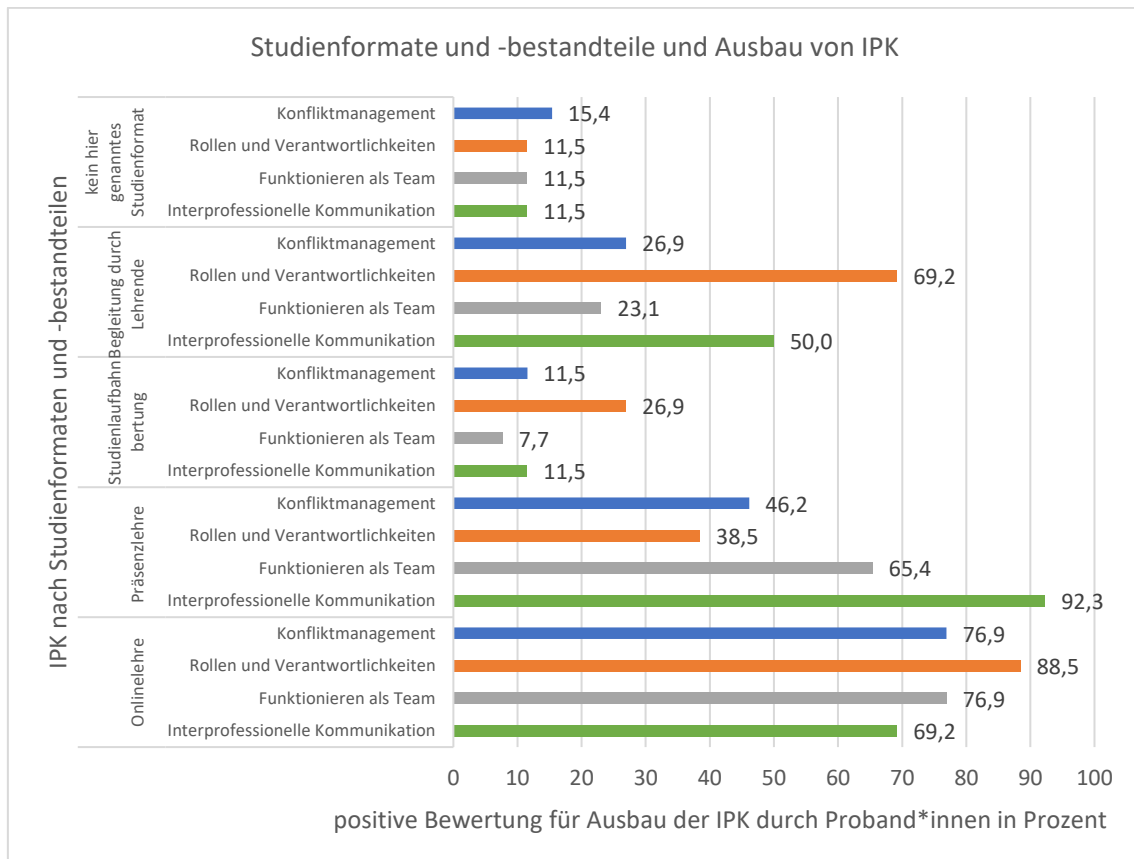
Bei der Erhebung, welche Studienformate und -bestandteile die jeweilige interprofessionelle Kompetenz besonders fördern, war eine Mehrfachnennung möglich. Einen Überblick über die detaillierten Daten bietet Tabelle A15 im Anhang 2. Abbildung 10 zeigt die normalisierten Anteile der jeweils von den Befragten als kompetenzfördernd bewerteten Formate und -bestandteile für die vier interprofessionellen Kompetenzbereiche.

Abbildung 10: Kompetenzfördernde Studienformate für Kompetenzbereiche anteilig für die Gesamtbewertungen im jeweiligen Kompetenzbereich in Prozent.



Interprofessionelle Kommunikation. Die Präsenzlehre wurde für diesen Kompetenzbereich am häufigsten als besonders kompetenzförderndes Format von 92,3 % der Studierenden gewählt (Abbildung 11). Nur für diesen Kompetenzbereich wurde der Präsenzlehre eine größere Wichtigkeit als der Onlinelehre zugesprochen. Die Onlinelehre wurde im Vergleich zu den anderen Kompetenzbereichen am seltensten, und zwar von 69,2 % der Studierenden gewählt (Abbildung 11). Die Begleitung durch Lehrende wurde von 50 % der Teilnehmenden als besonders kompetenzfördernd genannt, das ist der zweithöchste Wert im Vergleich zu den anderen Kompetenzbereichen. Die Studienlaufbahnberatung wurde von 11,5 % der Studierenden als besonders wichtig erachtet. 11,5 % der Studierenden gaben an, kein hier genanntes Studienformat förderte ihren Kompetenzzuwachs (s. Anhang 2, Tabelle A16).

Abbildung 11: Studienformate und -bestandteile, positiv bewertet für Ausbau von IPK



Funktionieren als Team. 76,9 % der Studierenden wählten das Onlineformat als wichtigstes Format beim Erwerb der Kompetenz „Funktionieren als Team“, dicht gefolgt von der Präsenzlehre (Nennung durch 65,4 % der Studierenden, Abbildung 11). Auffällig ist eine größere Annäherung der Werte für Onlinelehre und Präsenzlehre in diesem Kompetenzbereich gegenüber den anderen (s. Anhang 2, Tabelle A24). Begleitung durch Lehrende wurde von 23,1 % der Studierenden gewählt. Auch Studienlaufbahnberatung hat einen eher geringen Anteil, gewählt von 7,7 % der Studierenden. 11,5 % gaben an, dass keine der genannten Formate sie im Kompetenzerwerb unterstützt hat (s. Anhang 2, Tabelle A24).

Rollen und Verantwortlichkeiten. Beim Kompetenzerwerb in diesem Bereich kommt der Onlinelehre eine besondere Bedeutung zu. Der Wert ist mit Nennung von 88,5 % der Studierenden der höchste Wert für dieses Studienformat im Vergleich zu den anderen Kompetenzen. Die „Begleitung durch Lehrende“ ist die zweithäufigste genannte Rubrik, von 69,2 % der Studierenden gewählt innerhalb der Kompetenz „Rollen und Verantwortlichkeiten“ (Abbildung 11). Im Vergleich mit den anderen Kompetenzen wurde der Aspekt des Studiums „Begleitung durch Lehrende“ mit Abstand am häufigsten genannt (s. Anhang 2, Tabelle A32). 38,5 % benannten die Präsenzlehre als besonders förderlich. Die Studienlaufbahnberatung wurde von 26,9 % genannt (s. Anhang 2, Tabelle A32). Das ist für die Rubrik „Studienlaufbahnberatung“ der höchste genannte Wert. 11,5 % gaben an, dass kein hier genanntes Studienformat ihre Kompetenzentwicklung gefördert hat.

Konfliktmanagement. Die Onlinelehre wurde von 76,9 % genannt, gefolgt von der Präsenzlehre (gewählt von 46,2 %, Abbildung 11). 26,9 % wählten „Begleitung durch Lehrende“ und 11,5 % die Studienlaufbahnberatung. 15,4 % sahen sich durch kein hier genanntes Studienformat unterstützt (s. Anhang 2, Tabelle A40).

Weitere Ergebnisse zum Einfluss der Unterkategorien der oben beschriebenen Studienformate auf den jeweiligen Kompetenzbereich sind dem Anhang 2 zu entnehmen. Die Ergebnisse der Freitextantworten („weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, durch die die IPK ‚[...]‘ erworben bzw. ausgebaut wurde“ und „Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK ‚[...]‘ erworben bzw. ausgebaut wurde“) werden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung erfasst und dargestellt. Diese Ergebnisse können im Umfang dieser Arbeit nicht schriftlich dargestellt werden, werden aber in die Diskussion miteinbezogen. Die folgende Tabelle 3 gibt eine Übersicht der dem jeweiligen Kompetenzbereich zugeordneten Tabellen im Anhang 2.

Tabelle 3: *Übersicht Tabellenverweise im Anhang zu Unterkategorien und qualitativer Inhaltsanalyse.*

	Interprofessionelle Kommunikation	Funktionieren als Team	Rollen und Verantwortlichkeiten	Konfliktmanagement
Ranking	Tabellen	Tabellen	Tabellen	Tabellen
Unterkategorien der einzelnen Studienformaten	A17-A21	A25-A29	A33-A37	A41-45
qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung	Tabellen A22-A23	Tabellen A30-A31	Tabellen A38-A39	Tabellen A46-A47

Zwischenfazit: Es gibt Unterschiede in der prozentualen Verteilung der als kompetenzförderlich bewerteten Studienformate und -bestandteile der einzelnen IPK. Außer bei der IPK „interprofessionelle Kommunikation“ wurde Onlinelehre am häufigsten als am hilfreichsten gewählt, gefolgt von Präsenzlehre. Die Studienlaufbahnberatung wurde für alle IPK selten gewählt. Die Begleitung durch Lehrende wurde je nach IPK verschieden häufig als kompetenzfördernd gewertet.

5.2.3. Einfluss der Studienformate und -bestandteile (Unterkategorien) auf generelle Kompetenzentwicklung im Studium

Nach der Darstellung der Ergebnisse bezüglich der Studienformate und -bestandteile in Bezug zu den einzelnen interprofessionellen Kompetenzen werden im Folgenden Ergebnisse

einzelner Unterkategorien der Studienformate und -bestandteile präsentiert, die für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind. Abbildung 12 zeigt ein vergleichendes Ranking der Unterkategorien innerhalb ihrer Kategorien.

Abbildung 12: Ranking der Unterkategorien der Studienformate und -bestandteile über die vier Hauptkategorien.

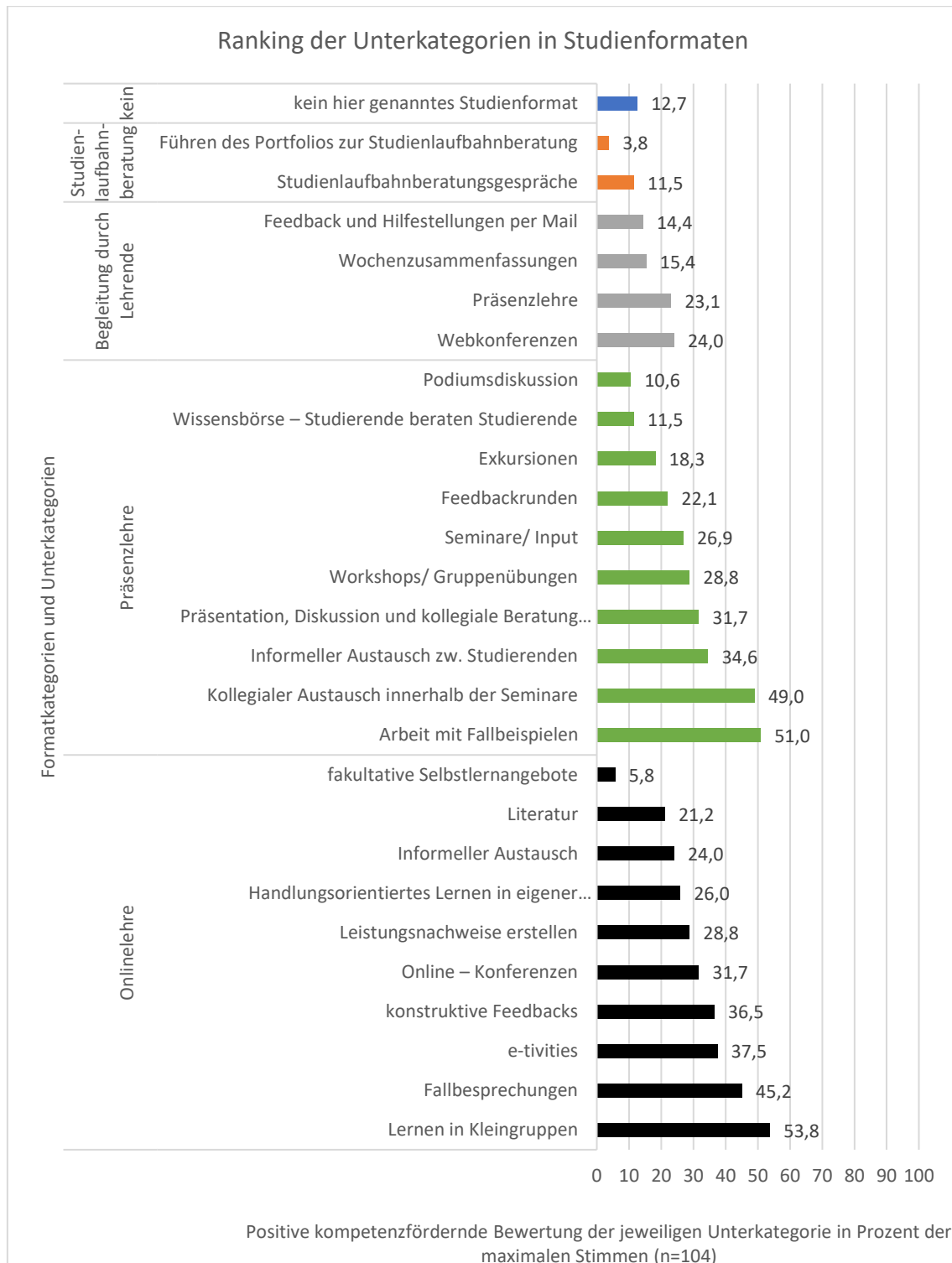
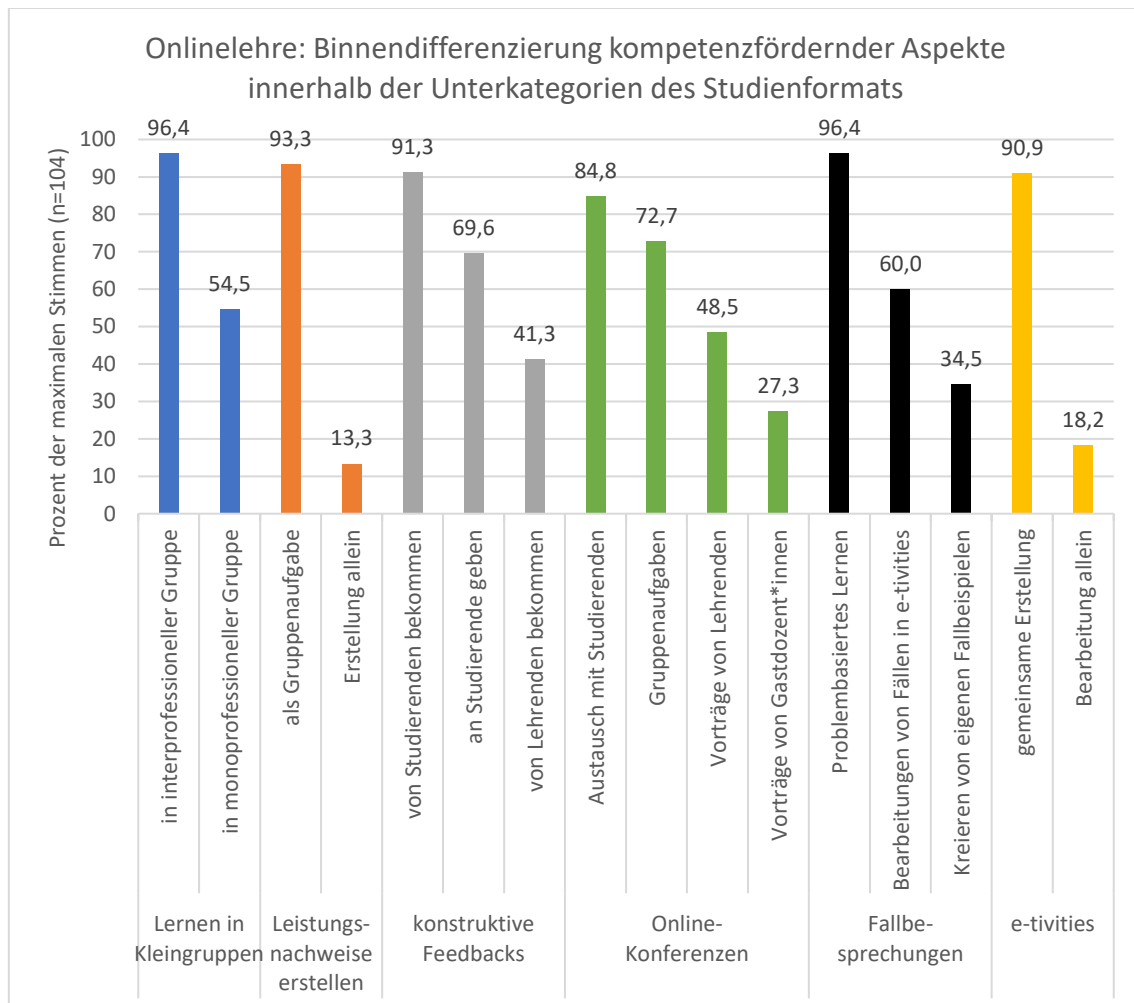


Abbildung 13 zeigt darüber hinaus die binnendifferenzierte Bewertung der Kompetenzförderung für einzelne Unterkategorien im Format Onlinelehre. Die jeweils maximale Anzahl von positiven Bewertungspunkten beträgt für beide auf Grund der

wiederholten Abfrage jeder Unterkategorie für jede Kompetenz n=104 (26 Proband*innen multipliziert mit vier abgefragten Kompetenzbereichen).

Abbildung 13: Ergebnisse der Wahl kompetenzfördernder Aspekte der Formatunterkategorien für Onlinelehre.



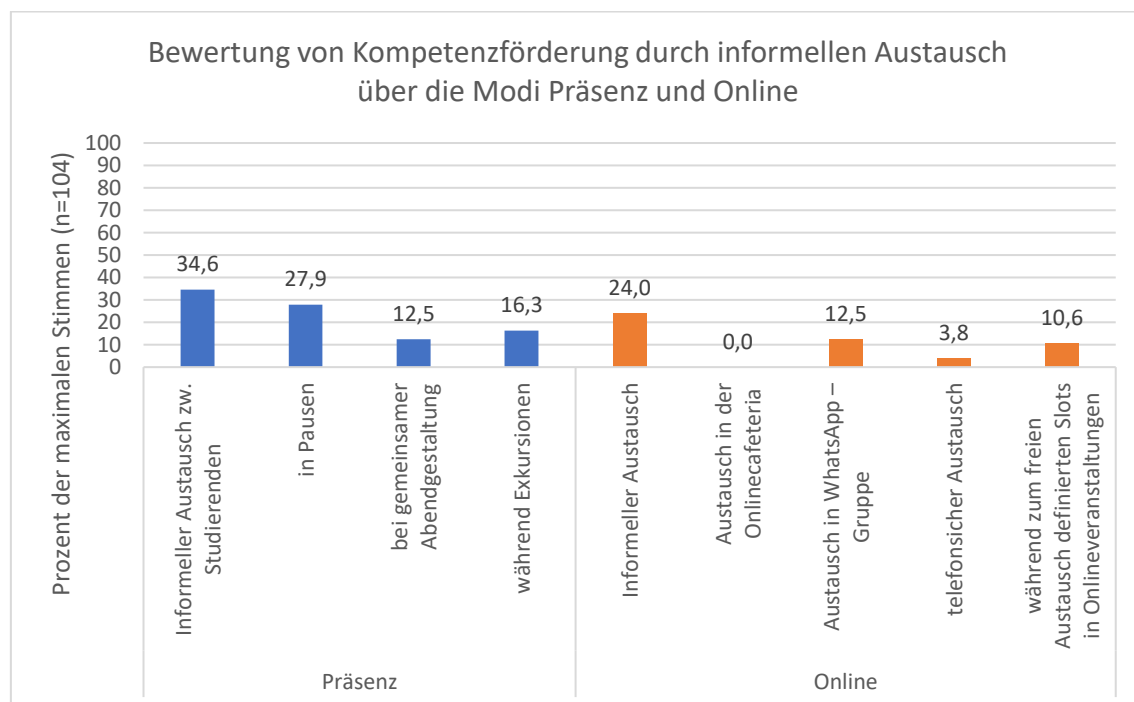
Diese folgenden Ergebnisse werden hinsichtlich ihres Einflusses auf die Gesamtentwicklung interprofessioneller Kompetenzen dargestellt, also nicht wie oben auf die einzelnen Kompetenzen bezogen. Eine komplette Übersicht der Ergebnisse der Unterkategorien findet sich im Anhang 2.

Lernen in Kleingruppen ist das über alle Formatkategorien hinweg am häufigsten als kompetenzfördernd bewertete Studienformat (53,8 % des Maximalwerts, s. Abbildung 12). Auch in den Freitextantworten spiegelt sich dies wider, beispielsweise: „Das Lernen in Kleingruppen ist gelebter interprofessioneller Austausch“ (s. Anhang 2, Tabelle A23). Ebenfalls als vergleichsweise hoch kompetenzfördernd bewertet wurden Unterkategorien, die die Arbeit mit konkreten Fallbeispielen betreffen: Fallbesprechungen online erhalten 45,2 % und Arbeit mit Fallbeispielen in Präsenz sogar 51 % des Maximalwertes (über alle Formatkategorien hinweg). Im Onlinebereich ist PBL, zusammen mit dem Lernen in interprofessionellen Kleingruppen, das als am höchsten kompetenzfördernd bewertete Format in dieser Unterkategorie (96,4 % positive Bewertungen, s. Abbildung 13). Die Proband*innen

verwendeten in den Freitextantworten den Begriff PBL und POL (Problemorientiertes Lernen). Diese Begriffe werden in der deutschen Literatur und im Sprachgebrauch häufig synonym gebraucht. In den Freitextantworten wurde PBL häufig als kompetenzfördernd genannt, beispielsweise mit folgenden Begründungen: „Mir hat POL gezeigt, wie mächtig Kollaboration sein kann und wie lebendig ein Online-Austausch“ (s. Anhang 2, Tabelle A39) und „Pol war mein highlight, sowohl fachlich als auch sozial“ (s. Anhang 2, Tabelle A39).

Austauschformate, innerhalb von Seminaren oder informell, spielen in der Präsenzlehre den Ergebnissen nach zu urteilen eine wichtige Rolle für die Kompetenzförderung (kumulativ 83,6 %), in der Onlinelehre jedoch deutlich weniger (24,0 %). Informeller Austausch im Onlineformat wurde über alle Formatkategorien hinweg zu 24 % positiv des Maximalwerte und im Präsenzformat 34 %. In den Freitextantworten gab es beispielsweise folgende Begründung dafür: „Der lockere Austausch hat mir sehr geholfen, da hier der Alltag mehr im Fokus war“ (s. Anhang 2, Tabelle A23). Die Bewertungen der Proband*innen für die Formate der Kategorie „Informelles Lernen“ sind Abbildung 14 zu entnehmen.

Abbildung 14: Kompetenzförderung durch informellen Austausch.



Die Studienlaufbahnberatungsgespräche mit dem Führen des Portfolios werden als weniger wichtig für die Entwicklung von IPZ gesehen (s. Abbildung 9). Die Studienlaufbahnberatungsgespräche erlangten nur 11,5 % des Maximalwertes. Das Führen des Portfolios ist das am schlechtesten (3,8 % des Maximalwertes) bewertete Format. Im Onlinebereich werden fakultative Selbstlernangebote nur sehr selten (5,8 %) als kompetenzfördernd gewertet.

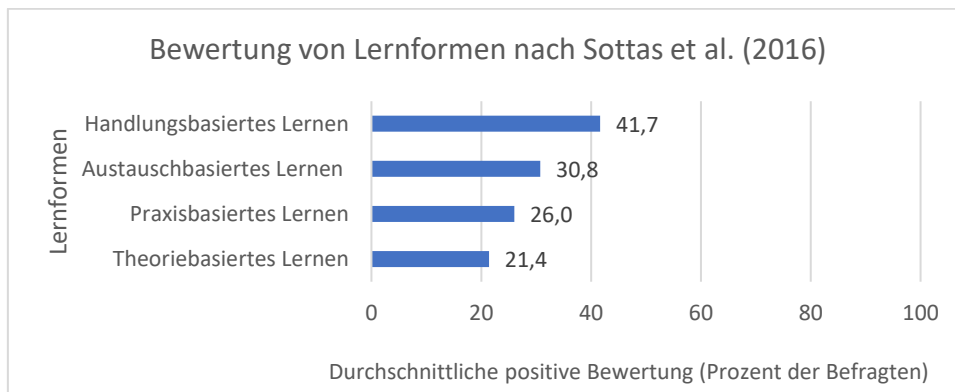
5.2.4. Einfluss typologisierter Lernformen auf Kompetenzentwicklung

IGo beinhaltet theoriebasierte, austauschbasierte, handlungsbasierte und praxisbasierte Lernelemente (s. Anhang 2, Tabelle A48), jedoch kein beobachtungsbasiertes oder

simulationsbasiertes Lernen. Die meisten in Studienformate in IGo lassen sich dem austauschbasierten Lernen zuordnen. Die Kategorien „Studienlaufbahnberatung“ sowie „Begleitung durch Lehrende“ sind der Typologie nicht zuordenbar. Die Studierenden wählten häufig austausch- oder handlungsbasierte Studienformate als kompetenzfördernd (exklusiv solche machen die ersten elf am höchsten als kompetenzfördernd bewerteten Formate von 26 aus (vgl. Abbildung 12 und Anhang Abschnitt 2, Tabelle A48).

In der Kategorie der austauschbasierten Lernformen wurden folgende Formate am häufigsten gewählt: „Lernen in Kleingruppen“ (53,8 %), „Arbeit mit Fallbeispielen“ (51 %) in der Präsenzlehre und der kollegiale Austausch (49 %) innerhalb von Präsenzseminaren. Abbildung 15 zeigt die Verteilung positiver Bewertung für Kompetenzförderung über Lernformen.

Abbildung 15: Bewertung von Lernformen in IGo nach Sottas et al. (2016).



Zwischenfazit: Interaktive Formate in heterogenen Kleingruppen werden als besonders kompetenzfördernd bewertet. PBL wird als gutes Format zur Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen gesehen. Studienlaufbahnberatungsgesprächen wird ein geringer Einfluss auf den Erwerb von IPK zugemessen.

Auf Grundlage der in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse unter Bezugnahme der im Abschnitt 2 dargelegten Grundlagen werden im nächsten Abschnitt die Teilfragen und Hypothesen (s. Abschnitt 4.2) diskutiert und auf ihre Verifizierbarkeit geprüft. Weiterhin werden zentrale Tendenzen zur Beantwortung der Fragestellung, inwieweit sich die IPZ im beruflichen Kontext der Absolvent*innen des Studiengangs IGo verbessert hat, erarbeitet. Außerdem werden mögliche Erschwernisse bei der Implementierung der IPZ in der beruflichen Praxis und der mögliche Einfluss des Tätigkeitsbereichs auf die Entwicklung der IPZ diskutiert. Schließlich werden möglich Gründe diskutiert, warum welche Studienformate und -bestandteile Einfluss auf die Entwicklung von IPK haben, um abschließend mögliche Weiterentwicklungspotentiale für den Studiengang zu entwickeln.

6. Diskussion

6.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit

6.1.1. Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Hypothese 1, dass die Absolvent*innen des Bachelorstudiengangs IGo ihre IPZ im beruflichen Kontext implementieren bzw. optimieren konnten, da sie im Studium IPK erworben haben, kann auf Grundlage der Ergebnisse nicht verifiziert werden, da sich die Zusammenarbeit nicht nachweislich signifikant verbessert hat. Dieses Ergebnis ist überraschend, zumal der Theorie-Praxis-Transfer mit eher positiven Ergebnissen als zwischen „trifft ziemlich zu“ und „trifft teilweise zu“ bewertet wurde. Außerdem wurden alle IPK signifikant ausgebaut (Mittelwert des Kompetenzzuwachses: 23,3 %, s. Abschnitt 5.2). Auch widerspricht dies der zugrundeliegenden Annahme, die besagt, dass ein Kompetenzzuwachs eine Verbesserung der IPZ nach sich zieht.

6.1.2. Erschwernisse bei der Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis

Ein für den einzelnen gelungenes kompetenzvermittelndes Studium ist den Ergebnissen dieser exemplarischen Umfrage folgend kein Garant für eine gelungene IPZ in der Praxis. Der interprofessionell kompetente HCP braucht die Möglichkeit, Wissen und Fähigkeiten in den Strukturen der beruflichen Praxis anwenden zu können. Fast allen der Studierenden (92,3 %) begegnen allerdings auf verschiedenen Ebenen Erschwernisse bei der Implementierung der IPZ im beruflichen Alltag. Die vielfältigen Erschwernisse bei der Implementierung der IPZ könnten ein Erklärungsansatz für die Diskrepanz zwischen positivem Kompetenzzuwachs und der nur geringen Verbesserung der IPZ im beruflichen Kontext sein. Im Folgenden wird die Teilfrage beantwortet, welche Erschwernisse für die Implementierung von IPZ vorliegen. Weiterhin wird bewertet, auf welchen Ebenen die Erschwernisse ihren Ursprung haben und im Ansatz diskutiert, mit welchen Strategien ihnen begegnet werden könnte. Hierfür werden die Erschwernisse zwei Kategorien zugeordnet und in deren Rahmen diskutiert.

Erschwernisse auf der bildungspolitischen Ebene. Viele angegebene Erschwernisse lassen den Rückschluss zu, dass, wenn interprofessionelles Fachwissen und interprofessionelle Haltung unter den im Gesundheitswesen Tätigen weiter verbreitet wären, die Zusammenarbeit besser gelingen könnte. Am häufigsten werden „unzureichende Kenntnisse über das Fachwissen der Kooperationspartner“ als Erschwernis angegeben (57,7 %), gefolgt von „mangelnder Motivation der Beteiligten zur Kooperation“ und „unterschiedlicher Professionalisierungsgrad“ (je 46,2 %). Auch gewählt wurden „Kompetenzschwankungen innerhalb der beteiligten Professionen“ (38,5 %), „unterschiedliche berufliche Sozialisation“ (30,8 %), „Institution trägt den Gedanken nicht mit“ (42,3 %) und „andere Erschwernisse“ (jeweils 3,8 %). Hier wurde beispielsweise „kein Wissen über IPZ bei anderen Professionen, keine gemeinsame Ausbildung“ genannt. Allen oben beschriebenen Erschwernissen kann entgegengewirkt und somit potenziell die IPZ verbessert werden, wenn ein möglichst flächendeckendes interprofessionelles Wissen und eine interprofessionelle Haltung existieren bzw. entwickelt

werden. Dabei könnte eine Strategie sein, den im Gesundheitswesen Tätigen in ihrer grundständigen Ausbildung oder in ihrem grundständigem Studium IPK und interprofessionelles Fachwissen zu vermitteln, damit sie auf die Veränderungen im Gesundheitswesen vorbereitet sind und diese positiv in der Patient*innenversorgung nutzen können. Ebenso könnten entsprechende weiterführende Studiengänge oder Weiterbildungsmöglichkeiten für HCP geschaffen werden. Dafür wäre allerdings eine Umstrukturierung bestehender Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Studiencurricula und eine flexible Anpassung dieser an neue Entwicklungen ebenso notwendig wie die Einbeziehung neuer, insbesondere digitaler und interprofessioneller, Lernmöglichkeiten.

Erschwernisse auf der gesundheitspolitischen Ebene. Es wurden Erschwernisse angegeben, die organisatorischer, struktureller, gesundheitspolitischer Natur sind, wie „keine Verknüpfung zwischen Pflegeprozess und Behandlungsplänen anderer Professionen“ (38,5 %), „keine Vergütung des Mehraufwands der interprofessionellen Zusammenarbeit“ (34,6 %), „Prestige- und Statusunterschiede oder andere positionale Ungleichheiten“ (34,6 %), „strukturelle Begebenheiten“ (26,9 %). Hier wurde z.B. genannt: „[...] keine gemeinsamen Besprechungen, fehlende Räumlichkeiten starre Hierarchien, keine gemeinsame Dokumentationsplattform“ (s. Abschnitt 5.1.2). Hier könnten gesundheitspolitische und betriebsorganisatorische Maßnahmen, wie beispielsweise die Ermöglichung und Vergütung interprofessioneller Maßnahmen im ambulanten Bereich, die Einführung von interprofessionellen Dokumentationsplattformen oder der digitalen Gesundheitsakte, sowie Förderung und Entwicklung neuer Versorgungsformen, greifen.

Aus den Ergebnissen der Umfrage lässt sich grundsätzlich ableiten, dass Bemühungen zur Verbesserung der IPZ auch bei gleichzeitiger Verbesserung persönlicher interprofessioneller Kompetenzen nur wenig Einfluss auf die berufliche Praxis haben, da die Umgebung (auf der Mikro-, Meso-, und Makroebene) nicht auf diese „vorbereitet“ ist und verschiedene Faktoren, wie beispielsweise verhärtete Strukturen, die Implementierung erschweren und teilweise sogar verhindern.

Dies bedeutet einerseits, dass die Studierenden nicht allein die für eine Verbesserung der IPZ in der Praxis verantwortlich sein können, sowie, dass die Umgebungsfaktoren auf allen Ebenen, besonders aber der Makroebene, durch gesundheitspolitische Anpassungen verbessert werden müssen, wenn die Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit gelingen soll. Veränderungen auf dieser Ebene geschehen langfristig und befinden sich derzeit noch im Anfangsstadium. Gleichzeitig ist zur Implementierung der IPZ eine gute Aus- und Weiterbildung der HCP nötig: Wie in der Einleitung beschrieben, bereitet die Ausbildung der Gesundheitsberufe zurzeit „nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor“ (Deutscher Bundestag, 2007, S. 17). Aufgrund dessen wäre eine Deutung der Ergebnisse der hier vorliegenden Studie – das Nichterreichen des Ziels, die IPZ konkret zu verbessern wurde nicht im gewünschten Maße erreicht – dahingehend, dass der Pilotstudiengang IGo an der ASH Berlin „nicht funktioniert“ fehlgeleitet. Vielmehr nimmt der

Studiengang in Deutschland (zusammen mit einigen wenigen anderen (s. Einleitung)) eine Vorreiterrolle ein. Um eine IPE und IPZ wie in anderen Ländern zu erreichen (s. Einleitung) ist dies ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, muss aber zwangsläufig von Anpassungen und Verbesserungen im bildungs- und gesundheitspolitischen Bereich flankiert werden. Absolvent*innen des Studienganges können, befähigt durch diesen, im Berufsalltag vor allem auf der Meso- und Mikroebene Entwicklungen zu mehr und besserer Zusammenarbeit anstoßen, oder sich auf der Makroebene für verbesserte Zusammenarbeit einsetzen, auch wenn dies vielerorts auf Grund der allgemeinen Bedingungen durchaus Pionierarbeit bedeutet. Der Ausbau weiterer interprofessioneller Studiengänge, auch primär ausbildender Grundstudiengänge, erscheint unbedingt sinnvoll. Der Konsens über und die Aufmerksamkeit für die Notwendigkeit der IPZ kann somit auch für eine bessere Patient*innenversorgung genutzt werden.

6.1.3. Weitere Einflussfaktoren auf interprofessionelle Zusammenarbeit

Es existieren neben den genannten Erschwernissen weitere Einflussfaktoren auf interprofessionelle Zusammenarbeit (s. Abschnitt 5.1.3). Da eine sinnvolle Zuordnung, sowie ein quantifizierbarer Einfluss dieser, auf die IPZ nicht eindeutig abgeleitet werden konnte, fließen diese Einflussfaktoren nicht in die Diskussion ein. Eine weiterführende Untersuchung genannter Einflussfaktoren sollte Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

6.1.4. Einfluss des Tätigkeitsbereiches auf Entwicklung interprofessioneller Zusammenarbeit und Theorie-Praxis-Transfer

Hypothese 2, dass sich die IPZ der stationär tätigen Studierenden stärker verbessert hat als die der im ambulanten Bereich tätigen, da die komplexeren personellen und organisatorischen Strukturen im stationären Bereich eine IPZ eher ermöglichen, scheint sich zunächst zu bestätigen. Die Häufigkeit der IPZ im ambulanten Sektor wurde als gleichbleibend bewertet, im stationären Bereich sind leichte Zuwächse (+6,3 % für rein stationären, +7,1 % für gemischt stationär-ambulanten Bereich) zu verzeichnen. Außerdem ist der Zufriedenheitszuwachs mit IPZ im stationären Bereich (+18,3 %) größer als im ambulanten (+11,11 %). Der Theorie-Praxis-Transfer findet im ambulanten Bereich jedoch am stärksten statt. Dies ist ein irritierendes Ergebnis, da die Strukturen zur Verbesserung der IPZ im ambulanten Bereich durch wenig vorhandene Schnittstellen einen Theorie-Praxis-Transfer weniger erwartbar machen. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass der Wissenszuwachs durch weniger Vorerfahrungen in der interprofessionellen Praxis bei ambulant Tätigen höher ist als bei stationär Tätigen und somit mehr neue interprofessionelle Ansätze in der Praxis erprobt und eingesetzt werden konnten. Dadurch könnte der Theorie-Praxis-Transfer stärker sein, auch wenn sich durch weniger positiv bedingende Strukturen die Häufigkeit der IPZ nicht verbessert hat.

6.2. Interprofessionelle Kompetenzen

In diesem Abschnitt wird die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen über den Studienverlauf in IGo hinweg anhand der Ergebnisse der Umfrage diskutiert. Zunächst wird die generelle Entwicklung der Kompetenzen selbst betrachtet (Abschnitt 6.2.1). Im Anschluss wird unter drei Gesichtspunkten der Einfluss der verschiedenen im Studiengang angewandten

Studienformate und -bestandteile auf die Kompetenzentwicklung diskutiert (Abschnitt 6.2.2): erstens als direkte Wirkungsbeziehung zwischen Format und Kompetenz (s. Abschnitt 6.2.2), zweitens als Einfluss der Formate oder -bestandteile des Studiums auf die generelle Kompetenzentwicklung (übergreifend für alle Kompetenzbereiche, s. Abschnitt 6.2.3.); drittens unter Berücksichtigung der Lerntypologie nach Sottas et al. (2016) (s. Abschnitt 6.2.4).

6.2.1. Entwicklung der interprofessionellen Kompetenzen der Studierenden

Die Studierenden bewerteten ihre IPK in allen Kompetenzbereichen im sechsten Semester deutlich höher als vor dem Studium, so dass deutliche Hinweise für eine Kompetenzförderung durch den Studiengang vorliegen. Dies bestätigt die Ergebnisse des Forschungsprojektes HCP (zweite Phase), das die Funktionalität des Studienganges evaluiert (s. Abschnitt 3.1), in dem die modular aufeinander aufbauenden Studienbereiche als kompetenzfördernd bewertet wurden (ASH Berlin, 2020). Somit verifizieren die Ergebnisse der hier beschriebenen Umfrage Hypothese 3 (Verbesserung der interprofessionellen Kompetenzen).

6.2.2. Einfluss von Studienformaten und -bestandteilen auf Kompetenzentwicklung der jeweiligen interprofessionellen Kompetenz

Interprofessionelle Kommunikation. Die Ergebnisse zeigen, dass bis auf den Bereich „interprofessionelle Kommunikation“ Onlinelehre als besonders kompetenzfördernd bewertet wird, hier jedoch Präsenzlehre. Zum einen ist dies sicherlich zurückzuführen auf die Tatsache, dass es sich bei IGo um einen vor allem online durchgeführten Studiengang handelt, Wissens- und Kompetenzvermittlung also per se vor allem online stattfand. Des Weiteren fanden durch die Coronapandemie ab März 2020 (3. Fachsemester) in dieser Studiengruppe zusätzlich alle geplanten Präsenzwochenende im Onlineformat statt. Interessanterweise berichten DelNero & Vyas (2021) gegenteilig davon, dass insbesondere Kommunikation betreffende Kompetenzeinschätzungen in einem Modalitätsvergleich eines pharmazeutischen interprofessionellen Kurses für die Onlineversion des Kurses statistisch besser abgeschnitten haben als für die Präsenzversion. Es ist möglich, dass die Präferenz für Präsenzlehre für den Bereich interprofessionelle Kommunikation für IGo in dieser Untersuchung ihren Grund darin hat, dass die Studierenden konkret interprofessionelle Kommunikation betreffende Lehreinheiten, auch interaktiv, in eben diesem Modus absolviert haben, beispielsweise zur Gesprächsführung mit Sterbenden, zur interprofessionellen Fallvorstellung, etc. Andere Effekte könnten hier die Ergebnisse ebenso beeinflusst haben, beispielsweise die kleine Kohortengröße.

Teilweise deckt sich die Präferenz für Präsenzlehre mit einer durch die qualitative Inhaltsanalyse (mit induktiver Kategorienbildung) der Begründungen zur Wahl der Formate mit einer ebenfalls festzustellenden Präferenz für interaktive Formate dahingehend, dass eine Vielzahl interaktiver Formate auch in Präsenz angewendet wurde. Dabei zeigte sich, dass dem informellen, aber auch fachlichen und interprofessionellen Austausch zwischen Studierenden große Bedeutung beigemessen wird (s. Anhang 2, Tabelle A23), beispielsweise in Aussagen wie

„der Austausch mit den Professionen, mit denen ich im beruflichen Alltag kaum Kontakt habe, hat mich in meinem Denken und Handeln schon während des Studiums positiv beeinflusst“.

Insgesamt wurden modusunabhängig vor allem solche Bestandteile und Formate des Studiums als kompetenzfördernd genannt, die Interaktion benötigten: gemeinsame Bearbeitung der E-tivities, gemeinsame Erstellung von Prüfungsleistung, Lernen in Kleingruppen, Bearbeitung von Fallbeispielen, gemeinsame Sprache. Besonders häufig wurde PBL als kompetenzfördernd genannt, z.B., „PBL hat mich total überrascht, da die Diskussionen so inspirierend waren und die Themen dadurch sehr "breit" wurden“(s. Anhang 2, Tabelle A23).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Präferenz für Präsenzlehre im Bereich „interprofessionelle Kommunikation“ weniger aussagekräftig ist als zunächst vermutet werden könnte, da sie von einer Präferenz für interaktive Formate zumindest teilweise überlagert wird (s. Abschnitt 6.2.3).

Funktionieren als Team: In den Umfrageergebnissen für den Kompetenzbereich „Funktionieren als Team“ nähern sich die Präferenzen für Online- bzw. Präsenzlehre im Vergleich am stärksten an, auch wenn Onlinelehre in der Präferenz noch um 6,3 Prozentpunkte stärker präferiert wird. Dies weist darauf hin, dass der Modus der Lehrveranstaltungen geschätzt am wenigsten Einfluss auf den Kompetenzerwerb hat. Gleichzeitig liefert dies Ergebnis Hinweise auf potenziell hilfreiche Formatansätze, die beide Modi gleichermaßen umsetzen, beispielsweise den Blended-Learning-Ansatz. Dies unterstützt auch die Ergebnisse von Kuhn et al. (2019), die diesen Ansatz als hilfreiches Format zur Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen sehen.

Das gemeinsame Erstellen von Prüfungsleistungen, besonders im Modul C3 (Planen eines Gesundheitszentrums), wurde als kompetenzfördernd bewertet (s. Anhang 2, Tabelle A31). Auch wurden in diesem Bereich interaktive Formate beschrieben in denen gemeinsame Aufgaben bearbeitet wurden: „Besonders die Studienformate, die im Team und als Teamlösung erfolgten waren sehr hilfreich“. Des Weiteren wurde beschrieben, dass die Notwendigkeit von Absprachen und Abstimmungen kompetenzfördernd sei: „Gemeinsame Leistungsnachweise erstellen ermöglicht das Erlernen der Kompetenz ‚Funktionieren im Team‘, da es nur mit Abstimmung funktioniert.“; „Da ich es gewöhnt bin alleine zu arbeiten, waren die Gruppenarbeiten (in welcher Form auch immer) hier sehr hilfreich, um u.a. das Rücksicht nehmen aufeinander, in der Terminabsprache und in dem Anspruch der Erfüllung der Aufgaben sehr lehrreich und hilfreich.“ Weiterhin als hilfreich wurde die Notwendigkeit bei einigen Formaten angesehen, klare Strukturen und Aufgabenteilungen zu schaffen. Dies trifft auch auf das Format PBL zu. „PBL in interprofessioneller Gruppe schafft neue Sichtweisen und bietet Möglichkeiten zur Reflexion der eigenen Ansichten.“; „Die klare Rollenzuteilung half, mich im Kontext meiner Rolle/ Funktion zu halten, und gab mir Struktur.“

Rollen und Verantwortlichkeiten. Kompetenzen im Bereich „Rollen und Verantwortlichkeiten“ werden laut Umfrageergebnissen vor allem in der Onlinelehre erworben. Die Präsenzlehre nimmt in diesem Kompetenzbereich eine eher untergeordnete Rolle ein. Das Studium IGo mit einem sehr hohen Onlinelehranteil ist für die Entwicklung von IPK in diesem Bereich demnach besonders geeignet. Die Begleitung durch Lehrende wird dabei als

zweithäufigst gewählte Kategorie als besonders wichtig bewertet. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Begleitung des Gruppenprozess durch die Lehrenden in diesem Bereich eine große Wichtigkeit hat. Nach Schunk (2020) und Weiss et al. (2019) ist die didaktisch geleitete Auseinandersetzung mit sozialpsychologischen Phänomenen wichtig, um eine wertschätzende Fremdgruppensicht entwickeln und einen Perspektivwechsel einnehmen zu können. Ein „gemeinsame[s Verständnis] gelungener interdisziplinärer Zusammenarbeit“ der Lehrenden und der Studierenden soll durch die Lehrenden gefördert werden (Bender et al., 2016).

In der qualitativen Inhaltsanalyse wurde das Format PBL als besonders kompetenzfördernd beschrieben, unter anderem mit der Begründung, dass dabei ein Perspektivwechsel stattfindet: „POL und PBL waren sehr gut geeignet, andere Sichtweisen kennen zu lernen und nachvollziehen zu können.“ (s. Anhang 2, Tabelle 39). Verschiedene Formen von Austausch und Feedback, sowie Diskussionen und die Bearbeitung von Fallbeispielen werden ebenfalls als kompetenzfördernd beschrieben. Auffällig ist hier abermals eine Präferenz für interaktive Formate, was der Einschätzung von Sottas et al. (2016) entspricht, dass diese IPK besonders fördern.

Konfliktmanagement. Wie bei anderen Kompetenzbereichen wird auch für den Erwerb der Kompetenz „Konfliktmanagement“ Onlinelehre stark präferiert. Auffällig ist in diesem Bereich jedoch der im normalisierten Vergleich (s. Abbildung 10) höchste Wert (8,7 %) für die Einschätzung, dass „kein hier genanntes Format“ diese Kompetenz besonders fördere. Immerhin 15,4 % (n = 4) der befragten Studierenden wählten diese Option in einer möglichen Mehrfachauswahl (s. Abbildung 11), wobei in allen Fällen auch keine anderen Option gewählt wurden, was das Gewicht dieser Wahl erhöht. Der Grund für die hohe Anzahl dieser Auswahl könnte einerseits teilweise darin liegen, dass die entsprechende Frage im letzten Abschnitt des Fragebogens geführt wurde und entsprechend Umfragemüdigkeit eingetreten sein könnte. Andererseits könnten tatsächliche ungelöste Konflikte insbesondere in der Arbeit in Kleingruppen dazu geführt haben, dass fehlgeschlagene Umsetzung der Kompetenz zu einer Nichterkennung fördernder Formate geführt hat.

Abgesehen davon wurden auch in diesem Bereich interaktive Formate, hier auch spezifisch solche in denen konkrete Konflikte entstehen können, als kompetenzfördernd bewertet, wie das Lernen in Kleingruppen, z.B. mit der Begründung „Mir hat die Zusammenarbeit in Kleingruppen geholfen mein Konfliktmanagement zu reflektieren und zu verbessern“ (s. Anhang 2, Tabelle A47). Weiterhin wurden Formate der Wissensaneignung zu diesem Thema (z.B. „Literatur“) von 23,1 % als förderlich bewertet und in der qualitativen Inhaltsanalyse benannt. Entgegen den Hypothesen von Sottas et al. (2016) wird, zumindest für diesen Bereich, das theoriebasierte Lernen als kompetenzförderlich bewertet.

6.2.3. Einfluss der Studienformate und -bestandteile auf generelle interprofessionelle Kompetenzentwicklung im Studium

Es wird diskutiert welche Formate oder -bestandteile des Studiums für den Ausbau von interprofessionellen Kompetenzen (übergreifend für alle Kompetenzbereiche) besonders

hilfreich sind. Diese wurden in Abschnitt 2.4 bereits eingeführt und werden hier inhaltlich mit den Ergebnissen dieser Studie verglichen und diskutiert.

Die klaren Kompetenzzuwächse durch das im Studium angewandte Blended-Learning Format, sowie die Wahl der Online- als auch der Präsenzlehre durch die Studierenden als kompetenzfördernd (Abbildung 9), untermauern Kuhn et al. (2019) und die WHO (Guidelines 2013 (World Health Organization, 2013) darin, dass Blended Learning ein gutes Format zur Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen darstellt.

Die Ergebnisse zeigen klare Tendenzen, dass Hypothese 4 (interaktive interprofessionelle Studienformate fördern in besonderem Maße IPK) bestätigt werden kann: Das Erstellen von Leistungsnachweisen als Gruppenaufgabe und das gemeinsame Bearbeiten von e-tivities als Gruppenaufgabe wird als wesentlich kompetenzfördernder eingestuft als die Bearbeitung allein (s. Abschnitt 5.2.2). Dies wird auch gestützt durch entsprechende Freitextantworten der Proband*innen: „Beim gemeinsamen Erarbeiten von E-tivities mussten man zu gemeinsamen Ergebnissen kommen und hat somit seine Kompetenzen erweitert und angewendet“; „Bei interprofessionellen Aufgaben/e-tivities konnte man gelerntes anwenden, wie z.B. eine gemeinsame Sprache finden und gleichzeitig die verschiedenen Blickwinkel und Ansätze aufnehmen und annehmen.“; „wenn es um die Prüfungsleistung ging, mussten alle zielführend zum Ergebnis beitragen und mit den Inhalten einverstanden sein.“ (s. Anhang 2, Tabelle A23).

Hypothese 4 wird auch dadurch gestützt, dass Austausch zwischen Studierenden generell eine kompetenzfördernde Eigenschaft zugewiesen wird. Dies zeigt sich in der Auswertung in verschiedenen Bereichen, die im Folgenden beschrieben werden.

In der Unterkategorie „konstruktive Feedbacks“ wird deutlich, dass Austausch zwischen Studierenden als besonders kompetenzfördernd gesehen wird. Das Erhalten von konstruktiven Feedbacks durch andere Studierende wird innerhalb der Unterkategorie von fast allen Proband*innen (s. Abschnitt 5.2.2) als kompetenzfördernd erachtet, ebenso wie eine Mehrheit „Feedback an Studierende geben“ entsprechend bewertet. Feedback von Lehrenden wird hingegen nur von weniger als der Hälfte als kompetenzfördernd eingestuft.

In der Unterkategorie „Online-Konferenzen“ werden diejenigen Formate und -bestandteile die einen Austausch von Studierenden beinhalten (direkter Austausch oder Gruppenaufgaben), von einem Großteil innerhalb der Unterkategorie als kompetenzfördernd bewertet. Die anderen Unterkategorien, die keinen Austausch inkludieren („Vorträge von Lehrenden“, „Vorträge von Gastdozent*innen“) werden von vergleichsweise wenigen als besonders wichtig erachtet (s. Abschnitt 5.2.2).

Folgende Ergebnisse untermauern die Aussagen von Walkenhorst et al. (2015) und Kuhn et al. (2019, s. Abschnitt 2.4), dass Lernen in heterogenen Kleingruppen besonders kompetenzfördernd ist. „Lernen in heterogenen Kleingruppen“ wurde am häufigsten als besonders kompetenzfördernd gewählt. Außerdem sehen ein Großteil der Studierenden (s.

Abbildung 12) das Lernen in interprofessionellen Kleingruppen als kompetenzfördernder an, als das Lernen in monoprotationellen, also weniger heterogenen, Kleingruppen.

Die Aussage von Hammick et al. (2007), dass informelles Lernen eine nicht zu unterschätzende Rolle beim interprofessionellen Lernen und somit beim Erwerb von IPK spielt (s. Abschnitt 2.4), wird durch die Ergebnisse dieser Umfrage ebenfalls bestätigt. Dem informellen Kompetenzgewinn wird von Studierenden eine relativ hohe Bedeutung beigemessen: Dem informellen Austausch wird für die Zeiten der Präsenzveranstaltungen ein größerer Einfluss auf den Kompetenzerwerb zugeschrieben als im Onlineformat, vermutlich dadurch bedingt, dass es mehr Möglichkeiten zum informellen Austausch während Präsenzphasen gibt. Während dieser wird v.a. informellem Austausch in Pausen eine Bedeutung zugewiesen (s. Abschnitt 5.2.2). Auch informeller Austausch während Exkursionen und bei gemeinsamer Abendgestaltung wird von einigen Studierenden als kompetenzfördernd eingestuft. Für das Onlineformat wird die studiengruppenintern gebildete WhatsApp-Gruppe als besonders kompetenzförderlich gesehen, während die im Studiengang von Institutionsseite formell zur Verfügung gestellte Onlinecafeteria nicht genannt wurde. Die Studierenden suchen sich selbst Wege der informellen Kommunikation, die vor allem digital stattfinden. Die zum freien Austausch definierten Slots in Onlineveranstaltungen werden von immerhin 10,6 % als kompetenzfördernd angesehen. Daraus lässt sich einerseits ableiten, dass Zeiten für den informellen Austausch im Studium keine „verschenkte Zeit“ sind, sondern besonders in Blended Learning Format, in dem der tägliche direkte informelle Austausch zwischen den Studierenden nicht nebenher stattfindet, von besonderer Bedeutung sind. Der relativ niedrige Wert weist wiederum darauf hin, dass Kompetenzförderung in informellem Austausch vor allem asynchron, also nicht zu festgelegten Zeiten, stattfindet.

Dem Studienformat PBL kann für einen spezifischen Bereich eine hohe kompetenzfördernde Wirksamkeit nachgewiesen werden: fast alle Studierenden (s. Abschnitt 5.2.2) geben für online stattfindende Fallbesprechungen an, dass PBL ein geeignetes Mittel zum Erwerb interprofessioneller Kompetenzen ist. Auch bei Freitextfragen wurde dieses Format häufig hervorgehoben. Im Hinblick auf spezifische IPK wurde das Format besonders für den Bereich „Funktionieren als Team“ als kompetenzfördernd eingestuft. Dies könnte auf die Teilschritte Siebensprungs (s. Abschnitt 3.3) zurückzuführen sein, die größtenteils eine Abstimmung im Team erfordern. PBL beinhaltet austauschbasiertes Lernen und ist sehr interaktiv gestaltet, womit erneut Hypothese 4 gestärkt wird, dass diese Aspekte einen Kompetenzzuwachs erleichtern.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Begleitung durch Lehrende, sowohl im Online- als auch im Präsenzformat, eine wichtige Rolle für die Kompetenzförderung zugewiesen wird. Diese wird in der Umfrage für alle Kompetenzbereiche positiv bewertet, was damit Hollwegs (2020) Aussage unterstreicht, dass Lehrende eine besondere Rolle in der IPE einnehmen.

Im Gegensatz zu den theoretischen Ausführungen von Bender et al. (2016) und Hartinger und Schubert (2019) (s. Abschnitt 2.4) wird die Reflexion im Rahmen der

Studienlaufbahnberatungsgespräche (11,5 %) mit dem Führen eines Portfolios nur von wenigen Studierenden als kompetenzbildend eingestuft. Das Führen des Portfolios ist sogar das am seltensten gewählte Format. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes „HCP (zweite Phase)“ besagen, dass die Studienlaufbahnberatung von den Studierenden zu „schätzen gelernt“ (ASH Berlin, 2020, S. 34) wurde. Dies kann durch die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Zur Evaluierung der Gründe hierfür sollten weitere Erhebungen erfolgen.

Fakultative Selbstlernangebote werden weitestgehend als wenig kompetenzfördernd bewertet. Dies könnte dadurch begründet sein, dass die Studierenden - durch Studium, Beruf und weitere Verpflichtungen beansprucht - diese Angebote nur selten wahrgenommen haben.

Durchschnittlich 12,5 % der Befragten (3,25 von 26) gaben über alle Kompetenzbereiche an, dass ihre Kompetenzentwicklung durch kein genanntes Studienformat unterstützt wurde. Das ist ein überraschendes Ergebnis, da nach Ansicht der Autorin alle im Studium integrierten Formate zur Auswahl standen. Es lässt sich daraus aber nicht ableiten, dass 12,5 % das Studium selbst nicht kompetenzförderlich fanden. Genauer betrachtet bewerteten drei Befragte für zwei Kompetenzbereiche keins der abgefragten Formate als förderlich, eine Person für drei von vier Kompetenzbereichen, womit das Studium insgesamt für alle Befragten laut Studie mindestens einen Kompetenzbereich gefördert hat. Darüber hinaus können diese Ergebnisse erklärbar sein durch das Fehlen weiterer Kompetenzbereiche in der Studie oder ein abweichendes Verständnis der Kompetenzbereiche.

6.2.4. Einfluss typologischer Lernformen auf Kompetenzentwicklung

Abschließend wird der Erwerb der IPK hinsichtlich der Lerntypologie von Sottas et al. (2016) diskutiert. In der Literatur (s. Abschnitt 2.4) wird beschrieben, dass theorie- und austauschbasiertes Lernen nur wenig Effekt auf die Entwicklung der IPK habe (Sottas et al., 2016, S. 3). In IGo hat vor allem austauschbasiertes, vereinzelt auch handlungsbasiertes, Lernen stattgefunden. Trotzdem ist ein signifikanter Kompetenzgewinn zu verzeichnen. Insgesamt bietet sich in Bezug auf Sottas' et al. (2016) Bewertung daher ein differenzierteres Bild (vgl. Abbildung 15). Zu erwarten wäre nach Sottas et al. gewesen, dass im Ranking der Lernformen nach Wirksamkeit in Bezug auf die Erlangung interprofessioneller Kompetenzen sich folgende Reihenfolge abzeichnet, absteigend nach Wirksamkeit: 1. handlungsbasiertes Lernen; 2. praxisbasiertes Lernen; 3. austauschbasiertes Lernen; 4. theoriebasiertes Lernen (vgl. Abschnitt 2.4). Stattdessen ist austauschbasiertes Lernen laut den Ergebnissen der vorliegenden Studie als zweitwirksamste Lernform deutlich wirksamer als nach Sottas et al. anzunehmen gewesen wäre. Es ist anzunehmen, dass die abweichenden Ergebnisse dieser Studie mit der Bandbreite der angebotenen Studienformate zusammenhängen, nach der austauschbasierte Formate den weitaus größten Anteil haben, handlungs- und praxisbasierte Formate einen nur geringen. Dies ist sicherlich bedingt durch den überwiegend verteilten Onlinemodus des Studiengangs, in dem sich handlungs- und praxisbasierte Formate nicht anbieten. Interessant wäre hier für zukünftige Forschung ein Vergleich mit einem Präsenzstudiengang gleicher Ausrichtung. Insgesamt

stützen diese Ergebnisse Hypothese 4, nach der interaktive Formate interprofessionelle Kompetenzen besser fördern als theoriebasierte.

6.2.5. Weiterentwicklungspotenziale des Studiengangs

Die Auswertung dieser Studie hat deutliche Tendenzen aufgezeigt, dass die Konzeption des Studiengangs mit einem hohen Anteil an Kollaboration und Interaktion für den Ausbau von IPK „funktioniert“. Es wurde herausgearbeitet, welche Studienformate und -aspekte besonders kompetenzfördernd sind. Im Folgenden werden u.a. aus diesen Erkenntnissen mögliche Vorschläge für den Studiengang erarbeitet, um den Erwerb und den Ausbau der IPK durch das Studium noch stärker voranzutreiben und um die Verbesserung der IPZ auf Grundlage des Studiums in der praktischen Tätigkeit noch stärker zu unterstützen.

Der Einbezug aller an der Versorgung Beteiligten, somit auch der Patient*innen und Angehörigen, in die IPE wird vielfach gefordert (s. Abschnitt 2.4, z.B. Sottas et al., 2016, S. 14) und wird auch als Kompetenzbereich (z.B. „Patient*innen-zentriertheit“ in Rogers et al., 2017) in den meisten Kompetenzkatalogen beschrieben (s. Abschnitt 2.3). Der Patient*innenkontext (der/die Patient*in, als Person im Fokus, mit Angehörigen und Umwelt) könnte noch stärker im Studium berücksichtigt werden. Daneben wäre in der IPE, also auch in IGo, besserer Praxisbezug zu ermöglichen (Sottas et al., 2016, S. 36). Das Studium hat, auch durch die meist begleitende Berufstätigkeit, Praxisbezug, der jedoch noch ausbaufähig ist. Ein Viertel der Studierenden bewertete die begleitende Berufstätigkeit und die Theorie-Praxis-Verzahnung (z.B. e-tivities, die einen Praxisbezug haben) als besonders kompetenzfördernd. Zur Stärkung des Patient*innen- und Praxiskontextes wäre des Weiteren beispielsweise die noch häufigere Bearbeitung konkreter Fälle aus der beruflichen Praxis der Studierenden oder Rollenspiele mit Patient*innen oder Simulationspatient*innen (Peters & Thrien, 2018) eine Möglichkeit diesen Kontext stärker zu integrieren.

Auch die Integration aller an der Versorgung Beteiligten („Versorgerkontext“) ließe sich im Studium noch optimieren. Das Studium ist derzeit auf die Pflege- und Therapieberufe (s. Abschnitt 3.2) beschränkt. Denkbar wäre hier eine Öffnung des Studiums für andere Professionen und Disziplinen, beispielsweise ärztliche Professionen. Die demografischen Daten zeigen, dass die Studierenden neben den Pflege- und Therapieberufen mit vielfältigen weiteren Professionen (s. Anhang 2, Tabellen A5- A11) zusammenarbeiten.

Um Einfluss auf die IPZ im beruflichen Kontext zu nehmen sind Veränderungen auf allen Ebenen notwendig. Um auch auf der wichtigen Makroebene Veränderungen voranzutreiben, wäre es sinnvoll die Absolvent*innen im Bereich „Management“ noch gezielter auszubilden. So wären diese noch befähigter, Posten einzunehmen, die Einfluss auf höherer, gesundheitspolitischer oder betriebspolitischer Ebene haben, um so die IPZ zu verbessern.

Die oben beschriebenen Vorschläge könnten des Weiteren auch bei der möglichen Entwicklung eines konsekutiven Masterstudienganges „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ an der ASH integriert werden. Auch der Ausbau von bislang wenig repräsentierten Studienformaten, die das handlungsbasierte und praxisbasierte Lernen fördern,

wäre ein Weiterentwicklungspotential für diesen Studiengang, um die Kompetenzentwicklung der Studierenden noch stärker zu fördern.

Beobachtungsbasiertes oder simulationsbasiertes Lernen beispielsweise findet derzeit im Studium nicht statt. Die Einführung weiterer Studienformate, die dieses Lernen beinhalten, ist ein weitere Möglichkeit den Kompetenzzuwachs noch stärker zu fördern. Beispielsweise könnten zu beobachtungsbasiertem Lernen Hospitationen oder studieninterne Praktika in interprofessionellen Institutionen, auch möglich an den Arbeitsstätten der Studierenden, ein mögliches Lernsetting sein. Das simulationsbasierte Lernen könnte in Form von längeren Rollenspielen inkludiert werden, vielleicht sogar mit Externen. Die „Fälle“ aus dem Studienformat PBL könnten beispielsweise zusätzlich im Rollenspiel bearbeitet werden. So könnten Ausgangslage, Lösungsansätze und erarbeitete Lösungen im interprofessionellen Team als Rollenspiel erprobt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass es sinnvoll ist Möglichkeiten für den informellen Austausch zu schaffen. So erweist es sich als grundsätzlich günstig, Slots für diesen zu schaffen, auch in digitalen Formaten, wobei ein relevanter Anteil informellen Austauschs ohnehin asynchron stattfindet. Als nicht relevant für den informellen Kompetenzerwerb wird die „Onlinecafeteria“ eingestuft, die ggf. modifiziert oder abgeschafft werden könnte. Die Studierenden suchen sich andere Wege des digitalen Austauschs (z.B. WhatsApp-Gruppe). Nicht digitale Wege werden außerhalb der Präsenzphasen nur wenig genutzt.

Die Studienlaufbahnberatungsgespräche mit dem Führen des Portfolios bieten großes Potential, beispielweise zur Reflexion des Studiums, der IPZ in der Studiengruppe und im beruflichen Alltag und somit auch zur Verbesserung von IPK. Hier könnte evaluiert werden, warum die Studienlaufbahnberatungsgespräche nicht als besonders kompetenzförderlich gesehen und ggf. das Format angepasst werden.

Insgesamt ist zu beachten, dass die Studierenden durch die Gleichzeitigkeit von Studium und Berufstätigkeit zeitlich stark belastet waren. Für das Forschungsergebnis bedeutet das, dass die Möglichkeit besteht, dass sich eventuelle Veränderungen der IPZ auch nach dem Studium ergeben, da ehemalige Studierenden mehr Zeit und Energie haben die Studieninhalte umzusetzen und sich für eine stärkere IPZ zu engagieren.

6.3. Methodendiskussion

Eine Einschränkung der Arbeit besteht darin, dass die Gruppe der Teilnehmenden zwar als repräsentativ für diese Kohorte (response = 78,8 % der Pilotstudierenden) gewertet werden kann, die Gesamtpopulation aber insgesamt zu klein ist, um für über den konkret befragten Studienjahrgang hinaus repräsentative Ergebnisse zu erreichen. Dies hat zur Folge, dass die Meinungen einzelner Studierenden durch die kleine Stichprobe großen Einfluss auf die jeweiligen Ergebnisse der Gesamtgruppe haben.

Die Umfrage könnte mit den folgenden Studierendenkohorten ebenfalls am Ende des Studiums durchgeführt werden, so dass die Stichprobe größer würde. Eine weitere Möglichkeit

wären auch Prä- und Postmessungen, so dass die Einschätzungen zur IPZ vor und nach dem Studium noch klarer verglichen werden könnten.

Möglich wäre auch, die Pilotstudierenden erneut, z.B. ein Jahr nach Studienende zu befragen. Die Langzeitstudie könnte somit besser Auskunft über weitere Entwicklungen der IPZ der Studierenden geben, insbesondere unter Beachtung der zeitlichen Belastung der Studierenden während des Studiums und der Auswirkung von IGo über das Ende des Studiengangs hinaus (vgl. den vorigen Abschnitt).

Außerdem ist zu beachten, dass die Ergebnisse dieser Umfrage auf den subjektiven Einschätzungen der Studierenden beruhen. Des Weiteren haben seit März 2020 durch die globale SARS-CoV-19-Pandemie keine der geplante Präsenzwochenenden stattgefunden. Diese wurden stattdessen im Onlineformat durchgeführt, was die Umfrageergebnisse beeinflusst haben könnte, insbesondere, was die Repräsentativität von Ergebnissen zu Präsenzformaten angeht.

7. Fazit und Folgerungen für den Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung-online

Alle interprofessionellen Kompetenzen wurden im Laufe des Studiums ausgebaut (\bar{x} 23,3 %). Am stärksten konnte die interprofessionelle Kompetenz „interprofessionelle Kommunikation“ (Steigerung um 30,3 %) ausgebaut werden, gefolgt von „Rollen und Verantwortlichkeiten“ (Steigerung um 27,9 %) und „Konfliktmanagement“ (Steigerung um 21,4 %). Am wenigsten Kompetenzzuwachs gibt es in der Kategorie „Funktionieren als Team“ (Steigerung um 13,6 %). Der Theorie-Praxis-Transfer wird im eher positiven Mittelfeld (zwischen „trifft ziemlich zu“ und „trifft teilweise zu“) verortet. Hypothese 3 kann damit angenommen werden. Trotz des deutlich zu verzeichnenden Kompetenzzuwachs und dem eher positiv bewerteten Theorie-Praxis Transfer ist die berufliche IPZ der Studierenden im sechsten Semester im Vergleich zu vor dem Studium nur im geringen Maße (3,2 %) häufiger geworden und die Zufriedenheit im Mittelfeld („teils/teils“) gleichbleibend. Hypothese 1 muss somit verworfen werden.

Deutlich wird, dass interaktive interprofessionelle Studienformate in besonderem Maße den Zuwachs interprofessioneller Kompetenzen fördern. Als interaktive Formate beinhaltet das Studium vor allem solche, die das austauschbasierte Lernen und im geringeren Maße das handlungsbasierte und praxisbasierte Lernen inkludieren. Hypothese 4 kann damit als angenommen gelten.

Die Ergebnisse zum Einfluss des Tätigkeitsfeldes auf die Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit erlauben keine eindeutige Annahme von Hypothese 2. Hier sollten weitere Studien erfolgen.

Für die weitere Entwicklung des Studiengangs IGo ergeben sich aus der Studie einige Ansatzpunkte (s. Abschnitt 6.2.5). Weitere Forschung hierzu sollte über zukünftige Kohorten von Absolvent*innen durchgeführt werden. Dabei könnte auch erforscht werden, inwieweit sich

die Ergebnisse der Kohorten unterscheiden und inwieweit Veränderungen im Studium die Ergebnisse der Umfrage beeinflussen, beziehungsweise sich veränderte Erschwernisse in der Implementierung der IPZ sich an neuen Umfrageergebnissen ablesen lassen. Ein weiterer möglicher Forschungsbedarf wäre, nicht nur die Erschwernisse der Implementierung der IPZ zu beleuchten, sondern auch die förderlichen Faktoren zu erforschen.

Abschließend ist für das Forschungsergebnis festzustellen, dass fast allen Studierenden (92,3 %) Erschwernisse bei der Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit im beruflichen Alltag begegnen. Dies ist ein möglicher Erklärungsansatz für die Diskrepanz zwischen positivem Kompetenzzuwachs und der nur geringen Verbesserung der IPZ im beruflichen Kontext. Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich daher die übergeordnete Frage – führt ein interprofessionelles Studium zur Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit? – nicht abschließend beantworten. Die vorliegende Pilotstudie liefert jedoch nützliche erste Einblicke und einen Leitfaden für weiterführende Forschung zur Beantwortung der Forschungsfrage.

Literaturverzeichnis

- Alscher, D., Bals, T., Büscher, A., Dielmann, G., Görres, S., Höppner, H., Hopfeld, M., Igl, G., Kuhlmeiy, A., Matzke, U., & Satrapa-Schill, A. (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven—Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung* (Robert Bosch Stiftung, Hrsg.). <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitsberufe-neu-denken-gesundheitsberufe-neu-regeln>
- Amelung, V. E., Eble, S., Sjuts, R., Ballast, T., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R., & Ex, P. (2020). *Die Zukunft der Arbeit: Im Gesundheitswesen* (1. Edition). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität Im Gesundheitswesen*, 104(1), 18–24.
- ASH Berlin. (2018). *Health Care Professionals – Bachelor Interprofessionelle Versorgung und Management (HCP) Abschlussbericht 1. Förderphase*.
- ASH Berlin. (2020). *Projektbericht Projekt Health Care Professionals Abschlussbericht 2. Förderphase*.
- ASH Berlin. (o. J. a). *ASH Berlin erweitert Studienangebot um Bachelorstudiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung*. <https://idw-online.de/de/news696241>
- ASH Berlin. (o. J. b). *Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung—Online: Profil | ASH Berlin*. <https://www.ash-berlin.eu/studium/studiengaenge/bachelor-interprofessionelle-gesundheitsversorgung-online/profil/>
- ASH Berlin. (o. J. c). *Bachelor Physiotherapie/Ergotherapie: Profil | ASH Berlin*. <https://www.ash-berlin.eu/studium/studiengaenge/bachelor-physiotherapieergotherapie/profil/>
- ASH Berlin. (o.J. d). *HCP | ASH Berlin*. <https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-az/hcp/>
- Barr, H. (2002). *CAIPE (2002) Interprofessional Education- Today, Yesterday and Tomorrow*. <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>
- Barr, H., Ford, J., Gray, R., Helme, M., Hutchings, M., Low, H., Machin, A., & Reeves, S. (2017). *CAIPE (2017) Interprofessional Education Guidelines*.

<https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>

- Bas, H. (2018). Multimorbidität ist grösster Kostentreiber. *Ars Medici*, 2018(09), 356–357.
- Beck, E.-M., Hollweg, W., Schulenburg, K., & Borde, T. (2017). *Interprofessionelles Arbeiten in den Gesundheitsberufen – Eine zukünftige Herausforderung*.
https://www.berufsbildung.nrw.de/cms/upload/hochschultage-bk/2017beitraege/FT_10_Interprofessionelles_Arbeiten_Beck_et_al.pdf
- Bender, W., Breitschwerdt, L., Scheffel, M., Loeffl, J., & Krahl, J. (2016). *Walter Bender, Lisa Breitschwerdt, Markus Scheffel, Grenzgänge. Interdisziplinäre Kompetenzen fördern und evaluieren. Wissenschaftliche Begleitstudie zum Projekt „Der Coburger Weg“ (2011-2016) der Hochschule Coburg (= Zwischen den Welten, Bd. 10, hrsg. V. Jürgen Krahl u. Josef Löffl), Göttingen 2016*.
- Blümke, C., Hollweg, W., Beck, D. E.-M., Kraus, E., & Borde, T. (2018). *Interprofessionelle Zusammenarbeit – was die Praxis dafür braucht*. 70(8), 97–100.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Canadian Interprofessional Health Collaborative.
http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* (1999), 49(5), 651–661. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00145-8)
- College of Health Disciplines, & Interprofessional Network of BC (Hrsg.). (2008). *The British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration*.
- Curtin University. (2011). *Interprofessional Capability Framework*.
- DelNero, T., & Vyas, D. (2021). Comparison of an In-Person versus a Virtual Interprofessional Education Activity Focused on Professional Communication. *Pharmacy*, 9(2), 111.
<https://doi.org/10.3390/pharmacy9020111>
- Deutscher Bundestag. (2007). Kooperation und Verantwortung—Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. *psychoneuro*, 34(3), 157–159.
<https://doi.org/10.1055/s-2008-1076625>

- Druskat, J. (2021). *Survey results—Implementation of interprofessional collaboration* [Data set]. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5651815>
- Dunston, R., Forman, D., Rogers, G., Thistlethwaite, J., Yassine, T., Hager, J., Manidis, M., & Rossiter, C. (2014). *Curriculum renewal for interprofessional education in health*. Office for Learning and Teaching Australia. <https://derby.openrepository.com/handle/10545/611258>
- Ewers, M. (2012). Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. *Public Health Forum*, 3–7.
- Ewers, M., Paradis, E., & Herinek, D. (2019). *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten*. Beltz Juventa.
- Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I., & Barr, H. (2005). *Effective Interprofessional Education – Development, Delivery and Evaluation*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470776438.fmatter>
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735–751. <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>
- Hartinger, M., & Schubert, A. (2019). *Reflexion interprofessioneller Kompetenzen*. 1/2019(33), 10–15.
- Hollweg, W. (2020). *Besonderheiten bei der Schulung interprofessioneller Gruppen*. Präsenzwochenende des Studiengangs IGo (WS2020/21), Berlin.
- Hollweg, W. (2021). *Einführung in die Methode des Problembasierten Lernens; Modul B2 Interprofessionelle Gesundheitsversorgung*.
- Hollweg, W. (o. J.). *Projekt Health Care Professionals (HCP) Interprofessionelle Versorgung und Management Bachelor Interprofessionelle Gesundheitsversorgung- online (IGO)*. https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Gemeinschaftsordner/IGO/HCP-Infos_Studienganger!%C3%A4uterung.mp4
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 Update*. 22.
- Kuhn, S., Ammann, D., Cichon, I., Ehlers, J., Guttormsen, S., Hülsken-Giesler, M., Kaap-Fröhlich, S., Kickbusch, I., Pelikan, J., Reiber, K., Ritschl, H., & Wilbacher, I. (2019). *Careum working*

paper 8 – long version: «Wie revolutioniert die digitale Transformation die Bildung der Berufe im Gesundheitswesen?». Careum.

- Lapkin, S., Levett-Jones, T., & Gilligan, C. (2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today*, 33(2), 90–102. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.006>
- Lutfiyya, M. N., Brandt, B. F., & Cerra, F. (2016). Reflections From the Intersection of Health Professions Education and Clinical Practice: The State of the Science of Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(6), 766–771. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001139>
- Mackay, S. J. (2002). *Interprofessional education: An action learning approach to the development and evaluation of a pilot project at undergraduate level*.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., & Joos, S. (2014). Terminology for interprofessional collaboration: Definition and current practice. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 31, Doc40. <https://doi.org/10.3205/zma000932>
- Mayring, P. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 20(3), Article 3. <https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3343>
- Mentrup, C. & Galli, C. (2020). *Gutachten: Studiengang interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online (IGo) an der Alice-Salomon-Hochschule (ASH) in Berlin*.
- Nisbet, G., Lee, A., Kumar, K., Thistlethwaite, J., & Dunston, R. (2011). *Interprofessional Health Education May 2011 Overview of international and Australian developments in interprofessional health education (IPE) A Literature Review*. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2010.483366>
- Nock, L. (2020). *Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland – Entwicklung und Perspektiven* (Robert Bosch Stiftung, Hrsg.). <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/interprofessionelles-lehren-und-lernen-deutschland-entwicklung-und-perspektiven>
- Panitz, T. (1999). *Collaborative versus Cooperative Learning*. 15.

Peters, T., & Thrien, C. (Hrsg.). (2018). *Simulationspatienten*. Hogrefe.

<https://doi.org/10.1024/85756-000>

Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., & Kitto, S.

(2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide

No. 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656–668. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2018 a). Interprofessional

education: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Database of*

Systematic Reviews, 2018(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>

Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018 b). Teamwork, collaboration, coordination, and

networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice.

Journal of Interprofessional Care, 32(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>

Rogers, G. D., Thistlethwaite, J. E., Anderson, E. S., Abrandt Dahlgren, M., Grymonpre, R. E.,

Moran, M., & Samarasekera, D. D. (2017). International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. *Medical Teacher*, 39(4), 347–359.

<https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1270441>

Sachverständigenrat. (2018). *Kurzfassung des Gutachtens 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*.

Schroeder, G. (2010). *Professionalisierung durch interprofessionelle Bildung ?! Careum*. Referat am SBK Kongress, Luzern.

Schunk, Y. (2020). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Hochschulstudium: Eine Studie zum studentischen Kontaktverhalten in interdisziplinären Lehrveranstaltungen* (1. Aufl. 2021 Edition). Springer VS.

Schweizerische Akademie Der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2020). *Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen*.

<https://doi.org/10.5281/ZENODO.3865147>

Sottas, B. (2016). “ Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ – Zur

Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In S. Müller-Mielitz, B. Sottas, & A.

Schachtrupp, *Innovationen in der Gesundheitswirtschaft* (S. 10). Bibliomed Verlag.

- Sottas, B., & Kissmann, S. (2015). *Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP)*. 26.
- Sottas, B., Kissmann, S., & Brügger, S. (2016). *Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele*.
- Sukhdeep, A., Ewers, M., Fischer, M., Hahn, P., Harendza, S., & Janhsen, K. (2017). *Handreichung Interprofessionelles Lehren und Lernen in hochschulisch qualifizierten Gesundheitsfachberufen und der Medizin Impulspapier des Runden Tisches Medizin und Gesundheitswissenschaften des Projekt nexus der HRK* (Hochschulrektorenkonferenz, Hrsg.).
- Ulrich, G., Amstad, H., Glardon, O., & Kaap-Fröhlich, S. (2020). *Careum Working Paper 9: «Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse, Perspektiven und Roadmap»*. Careum.
- Universität Heidelberg. (o.J.). *Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – Universität Heidelberg*.
<https://www.uni-heidelberg.de/de/studium/alle-studienfaecher/interprofessionelle-gesundheitsversorgung>
- Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Entscheidung der Schiedsstelle vom 15.03.2021)*, (2021).
- Walkenhorst, U., Mahler, C., Hahn, E. G., Kaap-Fröhlich, S., Karstens, S., Reiber, K., Stock-Schröer, B., & Sottas, B. (2015). Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 32(2), 1–19.
- Walsh, C. L., Gordon, M. F., Marshall, M., Wilson, F., & Hunt, T. (2004). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*, 5(4), 230–237. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2004.12.004>
- Weiss, D., Tilin, F., & Morgan, M. (2019). *Interprofessionelle Gesundheitsversorgung: Management und Leadership* (2019. Edition). Hogrefe AG.
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* (S. 64).
- World Health Organization. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*. World Health Organization.

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1978). *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund* (S. tur published by: Ankara : Centre for Medical Education Technology).

World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>

Anhang

Inhaltsverzeichnis des Anhangs

Tabellenverzeichnis.....	A3
Abbildungsverzeichnis	A5
Anhang 1. Fragebögen	A6
Anhang 1.1. Feedbackfragebogen zum Pretest	A6
Anhang 1.2. Fragebogen der Hauptbefragung (seitengetrennte Druckansicht)	A7
Anhang 1.3. Hintergrundinformationen zwecks Einverständniserklärung der Hauptbefragung.....	A31
Anhang 1.4. Forschungsethik-Checkliste	A33
Anhang 2. Darstellung der Studienergebnisse.....	A35
Anhang 2.1. Demografische Daten der Proband*innen	A35
Anhang 2.2. Überblick interprofessionelle Kompetenzen	A40
Anhang 2.3. IPK Interprofessionelle Kommunikation.....	A41
Anhang 2.3.1. Onlinelehre	A41
Anhang 2.3.2. Präsenzlehre.....	A43
Anhang 2.3.3. „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“	A44
Anhang 2.3.4. Auswertung der Freitextantworten	A45
Anhang 2.4. IPK Funktionieren als Team.....	A48
Anhang 2.4.1. Ranking der Hauptkategorien	A48
Anhang 2.4.2. Onlinelehre	A48
Anhang 2.4.3. Präsenzlehre.....	A50
Anhang 2.4.4. „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“	A51
Anhang 2.4.5. Auswertungen der Freitextantworten	A51
Anhang 2.5. IPK Rollen und Verantwortlichkeiten	A54
Anhang 2.5.1. Ranking der Hauptkategorien	A54
Anhang 2.5.2. Onlinelehre	A54
Anhang 2.5.3. Präsenzlehre.....	A56

Anhang 2.5.4. „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“	A57
Anhang 2.5.5. Auswertung der Freitextantworten	A58
Anhang 2.6. IPK Konfliktmanagement.....	A60
Anhang 2.6.1. Ranking der Hauptkategorien der Studienformate	A60
Anhang 2.6.2. Onlinelehre	A60
Anhang 2.6.3. Präsenzlehre.....	A62
Anhang 2.6.4. „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“	A63
Anhang 2.6.5. Auswertung der Freitextantworten	A63
Anhang 2.7. Kategorisierung der Studienformate und -bestandteile nach Lernformen	A65

Tabellenverzeichnis

Tabelle A1: Demografische Daten	A35
Tabelle A2: Tätigkeitsbereich sonstiges.....	A35
Tabelle A3: Art der Berufstätigkeit	A35
Tabelle A4: Personenanzahl im Team.....	A35
Tabelle A5: Berufsgruppen im Team	A36
Tabelle A6: Sonstige weitere Berufsgruppen im Team.....	A36
Tabelle A7: Sonstige weitere Berufsgruppen im Team, offene Eingabe.	A37
Tabelle A8: Zeitlicher Rahmen der regelmäßigen Zusammenarbeit.....	A38
Tabelle A9: Zeitl. Rahmen der Zusammenarbeit/sonstige weitere Professionen innerhalb des Teams.....	A38
Tabelle A10: Zeitl. Rahmen der Zusammenarbeit/sonstige weitere Professionen, die nicht zum Team gehören.	A38
Tabelle A11: Art der Zusammenarbeit.....	A39
Tabelle A12: Erschwernisse bei der Implementierung oder dem Ausbau interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis.	A39
Tabelle A13: Entwicklung der IPK interprofessionelle Kommunikation und Rollen und Verantwortlichkeiten (vor dem Studium und im sechsten Semester). Variablen: 1=sehr ausgeprägt, 2=ausgeprägt, 3=teils/ teils, 4=wenig ausgeprägt, 5=nicht vorhanden, -1=kann ich nicht beurteilen.	A40
Tabelle A14: Entwicklung der IPK Funktionieren als Team und Konfliktmanagement (vor dem Studium und im sechsten Semester). Variablen: 1=nicht vorhanden, 2=wenig ausgeprägt, 3=teils/teils, 4=ausgeprägt, 5=sehr ausgeprägt, -1=kann ich nicht beurteilen.	A40
Tabelle A15: Studienformate, durch die die IPK erworben bzw. ausgebaut wurden.....	A41
Tabelle A16: Ranking der Hauptkategorien der Studienformate und -bestandteile, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde.....	A41
Tabelle A17: Ranking der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde.....	A41
Tabelle A18: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A42
Tabelle A19: Ranking der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.....	A43
Tabelle A20: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A44
Tabelle A21: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.....	A44

Tabelle A22: weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, durch die die IPK "interprofessionelle Kommunikation" erworben bzw. ausgebaut wurde.	A45
Tabelle A23: Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde.	A46
Tabelle A24: Ranking der Hauptkategorien der Studienformate und -bestandteile, durch die die IPK „Funktionieren als Team" erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A48
Tabelle A25: Ranking der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A48
Tabelle A26: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A49
Tabelle A27: Ranking der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A50
Tabelle A28: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A51
Tabelle A29: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A51
Tabelle A30: weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, durch die die IPK "Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde.	A51
Tabelle A31: Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde.	A52
Tabelle A32: Ranking der Hauptkategorien der Studienformate, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten" erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A54
Tabelle A33: Ranking der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A54
Tabelle A34: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A55
Tabelle A35: Ranking der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A56
Tabelle A36: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A57

Tabelle A37: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.....	A57
Tabelle A38: weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, durch die die IPK "Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde.	A58
Tabelle A39: Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde.	A59
Tabelle A40: Ranking der Hauptkategorien der Studienformate, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A60
Tabelle A41: Ranking der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A60
Tabelle A42: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A61
Tabelle A43: Ranking der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A62
Tabelle A44: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A63
Tabelle A45: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.	A63
Tabelle A46: weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, durch die die IPK "Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde.	A63
Tabelle A47: Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde.	A64
Tabelle A48: Kategorisierung der Studienformate und -bestandteile nach Lernformen nach Sottas et al (2016).....	A65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung A1: Anzahl der interprofessionellen Fortbildungen während des Studiums. .	A40
--	-----

Anhang 1. Fragebögen

Anhang 1.1. Feedbackfragebogen zum Pretest

Jana Druskat

Selchower Str.4

12049 Berlin

Jana.druskat@ash-berlin.eu

Tel.: 017630188275

Erstgutachterin Frau Prof. Dr. E. Kraus

kraus@ash-berlin.eu

Zweitgutachter Herr Prof. Dr. A. Heinz

andre.heinz@ash-berlin.eu

Feedbackfragebogen zum Pretest

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit wird mittels eines Fragebogens an die Studierenden des Pilotstudiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - online“ im sechsten Semester an der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin, evaluiert, inwieweit die IPZ im beruflichen Kontext basierend auf dem Studium verbessert werden konnte.

Du hast Dich, nachdem ich Dich über den Hintergrund der Befragung informiert habe, bereit erklärt, diesen im Pretest durchzuführen und mir ein Feedback zu geben. Herzlichen Dank dafür!

Bitte beantworte folgende Fragen. Im Pretest gibt es, wie besprochen, die Möglichkeit direkt unter der jeweiligen Frage einen Kommentar zu schreiben. Diese Kommentare sind für mich abrufbar und müssen nicht separat gespeichert oder mir zugeschickt werden.

1. Gibt es schwer verständliche Fragen? Wenn ja, welche und warum sind sie schwer verständlich?
2. Sind die Anweisungen verständlich? Wenn nicht, an welcher Stelle?
3. Gibt es sprachliche Überforderungen? Wenn ja, an welcher Stelle
4. Sind Fragen redundant? Wenn ja, welche?
5. Ist im Aufbau ein roter Faden erkennbar?
6. Hattest Du genug Raum, um Deine Sichtweise auszudrücken? Wenn nicht, welche Fragen fehlen Dir?
7. Bieten die Freitextfelder genügend Platz für die Antworten? Wenn nicht, bei welchen fehlt der Platz?
8. Bieten die Skalierungen genügend Differenzierung, und sind sie auch nicht zu weit aufgefächert? Falls Verbesserungsvorschläge, an welcher Stelle?
9. Gab es sonstige Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten beim Ausfüllen? Wenn ja, welche?
10. Wie bewertest Du die Wichtigkeit des Themas?
11. Wie lange hast Du zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?
12. Hast Du weitere Anmerkungen oder Kritik?

Anhang 1.2. Fragebogen der Hauptbefragung (seitengetrennte Druckansicht)

Befragung der Studierende des Studiengangs IGO im sechsten Semester an der ASH Berlin zur Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit nach interprofessionellem Studium

Vielen Dank für die Teilnahme an dieser Umfrage!

Weiter

0% ausgefüllt

Jana Druskat, Alice Salomon Hochschule Berlin – 2021

Einverständniserklärung

1. Ich erkläre, dass ich die „Hintergrundinformationen zwecks Einverständniserklärung“ zur Studie „Interprofessionelles Studium gleich interprofessionelle Zusammenarbeit? Eine exemplarische Untersuchung.“ per E-Mail, sowie die hier vorliegende Einverständniserklärung zur Studienteilnahme erhalten habe.

Ich erkläre weiterhin:

- Ich wurde für mich ausreichend mündlich und/oder schriftlich über die wissenschaftliche Untersuchung informiert.

- Ich erkläre mich bereit, dass im Rahmen der Studie Daten über mich gesammelt und anonymisiert aufgezeichnet werden. In den Umfrageantworten werden keine persönlichen Informationen über mich gespeichert, es sei denn, ich beantworte eine Frage unter eigener Einbeziehung meiner personenbezogenen Daten. Für diesen Fall wird gewährleistet, dass meine personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Bei der Veröffentlichung der Studienergebnisse wird aus den Daten nicht hervorgehen, welche Einzelpersonen an dieser Untersuchung teilgenommen haben. Meine persönlichen Daten unterliegen dem Bundesdatenschutzgesetz und der Datenschutz-Grundverordnung.

- Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einverständniserklärung, ohne Angabe von Gründen, widerrufen kann, ohne dass dies für mich nachteilige Folgen hat.

- Mit der vorstehend geschilderten Vorgehensweise bin ich einverstanden und bestätige dies im Folgenden.

Ich bin einverstanden und möchte an der Studie teilnehmen.

Weiter

9% ausgefüllt

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beachten Sie, dass die Auswahlfragen Pflichtfragen sind. Die Freitextfragen sind optional, aber für diese Erhebung ist die Beantwortung dieser sehr wertvoll. Bitte nehmen Sie sich die Zeit auch diese zu beantworten.

Weiter

18% ausgefüllt

Jana Druskat, Alice Salomon Hochschule Berlin – 2021

1. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Bitte kreuzen Sie für jede Antwortmöglichkeit die jeweils für Sie passende Antwortkategorie an.

1. Wie häufig arbeiten Sie im beruflichen Kontext interprofessionell zusammen?

Interprofessionelle Zusammenarbeit vor dem Studium

ständig	häufig	manchmal	selten	nie	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
---------	--------	----------	--------	-----	--

Interprofessionelle Zusammenarbeit jetzt

ständig	häufig	manchmal	selten	nie	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
---------	--------	----------	--------	-----	--

2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer interprofessionellen Zusammenarbeit im beruflichen Kontext?

Interprofessionelle Zusammenarbeit vor dem Studium

sehr unzufrieden	unzufrieden	teils/ teils	zufrieden	sehr zufrieden	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
------------------	-------------	--------------	-----------	----------------	--

Interprofessionelle Zusammenarbeit jetzt

sehr unzufrieden	unzufrieden	teils/ teils	zufrieden	sehr zufrieden	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
------------------	-------------	--------------	-----------	----------------	--

3. Transfer von Studieninhalten in die Praxis

Ich konnte das Gelernte aus dem Studium in meiner beruflichen Praxis anwenden.

trifft voll und ganz zu	trifft ziemlich zu	trifft teilweise zu	zu trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
-------------------------	--------------------	---------------------	--------------------	---------------------------	----------------------------------

Weiter

27% ausgefüllt

Jana Druskat, Alice Salomon Hochschule Berlin – 2021

2. Interprofessionelle Kompetenzen

Die Abbildung stellt exemplarisch Aspekte und Lehr- und Lernmethoden des Studiengangs Interprofessionelle Gesundheitsversorgung online dar. Die Visualisierung kann Sie als Reflexionsoption in der Beantwortung der folgenden Fragen unterstützen.



Interprofessionelle Kommunikation

1. Bitte bewerten Sie Ihre Kompetenz „interprofessionelle Kommunikation“.

Bitte kreuzen Sie für jede Antwortmöglichkeit die jeweils für Sie passende Antwortkategorie an.

Interprofessionelle Kommunikation vor dem Studium

sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/ teils	wenig ausgeprägt	nicht vorhanden	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
-----------------	------------	--------------	------------------	-----------------	----------------------------------

Interprofessionelle Kommunikation jetzt

sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/ teils	wenig ausgeprägt	nicht vorhanden	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
-----------------	------------	--------------	------------------	-----------------	----------------------------------

2. Durch welche Studienformate konnten Sie besonders die Kompetenz „interprofessionelle Kommunikation“ erwerben bzw. ausbauen?

Bitte kreuzen Sie die jeweils für Sie passende Antwortkategorie an.

Einige Kategorien haben Unterkategorien, die Ihnen bei Auswahl angezeigt werden. Bitte kreuzen Sie auch hier die jeweils für Sie passenden Unterkategorien an.

Mehrfachauswahl ist möglich.

Onlinelehre

Online – Konferenzen

- Austausch mit Studierenden
- Vorträge von Lehrenden
- Vorträge von Gastdozent*innen
- Gruppenaufgaben

e-tivities

- gemeinsame Erstellung
 - Austausch im Forum
 - Austausch im Diskussionsraum
 - Austausch im Chat
 - Austausch über WhatsApp
 - Telefonischer Austausch

Bearbeitung allein

Lernen in Kleingruppen

- in monoprofessioneller Gruppe
- in interprofessioneller Gruppe

Literatur

- Lesen des Studienbegleithefts
- eigene Literaturrecherche
- weiterführende empfohlene Literatur
- im Studienbegleitheft verlinkte Videos und Audios

Leistungsnachweise erstellen

- als Gruppenaufgabe
 - Erstellen von E-Portfolios
 - Gemeinsames Referate
 - Gemeinsame Hausarbeiten

Erstellung allein

Fallbesprechungen

- Problembasiertes Lernen
- Bearbeitungen von Fällen in e-tivities
- Kreieren von eigenen Fallbeispielen

konstruktive Feedbacks

- an Studierende geben
- von Studierenden bekommen
- von Lehrenden bekommen

fakultative Selbstlernangebote

- Englisch für Gesundheitsberufe
- Journal Club
- Schreibenfit

Informeller Austausch

- Austausch in der Onlinecafeteria
- Austausch in WhatsApp – Gruppe
- telefonsicherer Austausch

während zum freien Austausch definierten Slots in Onlineveranstaltungen
 Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit
 Begleitende eigene Berufstätigkeit
 Theorie-Praxis-Verzahnung (z.B. e-tivities, die einen Praxisbezug haben)

Präsenzlehre

Kollegialer Austausch innerhalb der Seminare
 Seminare/ Input
 Informeller Austausch zw. Studierenden
 in Pausen
 bei gemeinsamer Abendgestaltung
 während Exkursionen
 Exkursionen
 Workshops/ Gruppenübungen
 Workshops Medienkompetenz
 Workshops Kommunikation
 Workshops wissenschaftliches Arbeiten
 Wissensbörse – Studierende beraten Studierende
 Podiumsdiskussion
 Arbeit mit Fallbeispielen
 Präsentation, Diskussion und kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen
 Feedbackrunden

Studienlaufbahnberatung

Studienlaufbahnberatungsgespräche
 Führen des Portfolios zur Studienlaufbahnberatung

Begleitung durch Lehrende

Webkonferenzen
 Präsenzlehre
 Wochenzusammenfassungen
 Feedback und Hilfestellungen per Mail
 kein hier genanntes Studienformat

3. Durch welche weiteren Studienformate konnten Sie die Kompetenz „interprofessionelle Kommunikation“ erwerben bzw. ausbauen?

Nennen Sie hier Formate, die in der Auswahl in Frage 2 nicht genannt sind.

4. Bitte begründen Sie kurz Ihre Auswahl der Studienformate.

Zum Beispiel: „Die gemeinsame Bearbeitung der e-tivities hat mir besonders geholfen, da hier ein reger interprofessioneller Austausch stattfand.“

Funktionieren als Team

5. Bitte bewerten Sie Ihre Kompetenz „Funktionieren als Team“.

Bitte kreuzen Sie für jede Antwortmöglichkeit die jeweils für Sie passende Antwortkategorie an.

Kompetenz: „Funktionieren im Team“ vor dem Studium

nicht vorhanden	wenig ausgeprägt	teils/ teils	ausgeprägt	sehr ausgeprägt	kann ich nicht beurteilen
-----------------	------------------	--------------	------------	-----------------	---------------------------

Kompetenz: „Funktionieren im Team“ jetzt

nicht vorhanden	wenig ausgeprägt	teils/ teils	ausgeprägt	sehr ausgeprägt	kann ich nicht beurteilen
-----------------	------------------	--------------	------------	-----------------	---------------------------

6. Durch welche Studienformate konnten Sie besonders die Kompetenz „Funktionieren als Team“ erwerben bzw. ausbauen?

Bitte kreuzen Sie die jeweils für Sie passende Antwortkategorie an.

Einige Kategorien haben Unterkategorien, die Ihnen bei Auswahl angezeigt werden. Bitte kreuzen Sie auch hier die jeweils für Sie passenden Unterkategorien an.

Mehrfachauswahl ist möglich.

Onlinelehre

Online – Konferenzen

Austausch mit Studierenden

Vorträge von Lehrenden

Vorträge von Gastdozent*innen

Gruppenaufgaben

e-tivities

gemeinsame Erstellung

Austausch im Forum

Austausch im Diskussionsraum

Austausch im Chat

Austausch über WhatsApp

Telefonischer Austausch

Bearbeitung allein

Lernen in Kleingruppen

in monoprofessioneller Gruppe

in interprofessioneller Gruppe

Literatur

Lesen des Studienbegleithefts

eigene Literaturrecherche

weiterführende empfohlene Literatur

im Studienbegleitheft verlinkte Videos und Audios

Leistungsnachweise erstellen

als Gruppenaufgabe

Erstellen von E-Portfolios

Gemeinsames Referate

Gemeinsame Hausarbeiten

Erstellung allein

Fallbesprechungen

Problembasiertes Lernen

Bearbeitungen von Fällen in e-tivities

Kreieren von eigenen Fallbeispielen

konstruktive Feedbacks

an Studierende geben

von Studierenden bekommen

von Lehrenden bekommen

fakultative Selbstlernangebote

Englisch für Gesundheitsberufe

Journal Club

Schreibenfit

Informeller Austausch

Austausch in der Onlinecafeteria

Austausch in WhatsApp – Gruppe

telefonsicher Austausch

während zum freien Austausch definierten Slots in Onlineveranstaltungen

Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit

Begleitende eigene Berufstätigkeit

Theorie-Praxis-Verzahnung (z.B. e-tivities, die einen Praxisbezug haben)

Präsenzlehre

Kollegialer Austausch innerhalb der Seminare

Seminare/ Input

Informeller Austausch zw. Studierenden

in Pausen

bei gemeinsamer Abendgestaltung

während Exkursionen

Exkursionen

Workshops/ Gruppenübungen

Workshops Medienkompetenz

Workshops Kommunikation

Workshops wissenschaftliches Arbeiten

Wissensbörse – Studierende beraten Studierende

Podiumsdiskussion

Arbeit mit Fallbeispielen

Präsentation, Diskussion und kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen

Feedbackrunden

Studienlaufbahnberatung

Studienlaufbahnberatungsgespräche

Führen des Portfolios zur Studienlaufbahnberatung

Begleitung durch Lehrende

Webkonferenzen

Präsenzlehre

Wochenzusammenfassungen

Feedback und Hilfestellungen per Mail

kein hier genanntes Studienformat

7. Durch welche weiteren Studienformate konnten Sie die Kompetenz „Funktionieren als Team“ erwerben bzw. ausbauen?
Nennen Sie hier Formate, die in der Auswahl in Frage 6 nicht genannt sind.

8. Bitte begründen Sie kurz Ihre Auswahl der Studienformate.

Zum Beispiel: „Das gemeinsame Erstellen eines Portfolios hat mir geholfen, da wir hier tatsächlich im Team unter Berücksichtigung der Faktoren Zeit, Wissen etc. gearbeitet haben.“

Rollen und Verantwortlichkeiten

9. Bitte bewerten Sie Ihre Entwicklung der Kompetenz „Rollen und Verantwortlichkeiten“ (Kenntnisse über Ziele, Methoden und Kompetenzen der eigenen und anderer Professionen).

Bitte kreuzen Sie für jede Antwortmöglichkeit die jeweils für Sie passende Antwortkategorie an.

Kompetenz „Rollen und Verantwortlichkeiten“ vor dem Studium

sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/ teils	wenig ausgeprägt	nicht vorhanden	kann ich nicht beurteilen
-----------------	------------	--------------	------------------	-----------------	---------------------------------

Kompetenz „Rollen und Verantwortlichkeiten“ jetzt

sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/ teils	wenig ausgeprägt	nicht vorhanden	kann ich nicht beurteilen
-----------------	------------	--------------	------------------	-----------------	---------------------------------

10. Durch welche Studienformate konnten Sie besonders die Kompetenz „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erwerben bzw. ausbauen?

Bitte kreuzen Sie die jeweils für Sie passende Antwortkategorie an.

Einige Kategorien haben Unterkategorien, die Ihnen bei Auswahl angezeigt werden. Bitte kreuzen Sie auch hier die jeweils für Sie passenden Unterkategorien an.

Mehrfachauswahl ist möglich.

Onlinelehre

Online – Konferenzen

Austausch mit Studierenden

Vorträge von Lehrenden

Vorträge von Gastdozent*innen

Gruppenaufgaben

e-tivities

- gemeinsame Erstellung
- Austausch im Forum
- Austausch im Diskussionsraum
- Austausch im Chat
- Austausch über WhatsApp
- Telefonischer Austausch

Bearbeitung allein

Lernen in Kleingruppen

- in monoprofessioneller Gruppe
- in interprofessioneller Gruppe

Literatur

- Lesen des Studienbegleithefts
- eigene Literaturrecherche
- weiterführende empfohlene Literatur
- im Studienbegleitheft verlinkte Videos und Audios

Leistungsnachweise erstellen

- als Gruppenaufgabe
- Erstellen von E-Portfolios
- Gemeinsames Referate
- Gemeinsame Hausarbeiten

Erstellung allein

Fallbesprechungen

- Problembasiertes Lernen
- Bearbeitungen von Fällen in e-tivities
- Kreieren von eigenen Fallbeispielen

konstruktive Feedbacks

- an Studierende geben
- von Studierenden bekommen
- von Lehrenden bekommen

fakultative Selbstlernangebote

- Englisch für Gesundheitsberufe
- Journal Club
- Schreibenfit

Informeller Austausch

- Austausch in der Onlinecafeteria
- Austausch in WhatsApp – Gruppe
- telefonsicherer Austausch
- während zum freien Austausch definierten Slots in Onlineveranstaltungen

Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit

- Begleitende eigene Berufstätigkeit
- Theorie-Praxis-Verzahnung (z.B. e-tivities, die einen Praxisbezug haben)

Präsenzlehre

- Kollegialer Austausch innerhalb der Seminare
- Seminare/ Input
- Informeller Austausch zw. Studierenden
- in Pausen

bei gemeinsamer Abendgestaltung
während Exkursionen
Exkursionen
Workshops/ Gruppenübungen
Workshops Medienkompetenz
Workshops Kommunikation
Workshops wissenschaftliches Arbeiten
Wissensbörse – Studierende beraten Studierende
Podiumsdiskussion
Arbeit mit Fallbeispielen
Präsentation, Diskussion und kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen
Feedbackrunden

Studienlaufbahnberatung

Studienlaufbahnberatungsgespräche
Führen des Portfolios zur Studienlaufbahnberatung

Begleitung durch Lehrende

Webkonferenzen
Präsenzlehre
Wochenzusammenfassungen
Feedback und Hilfestellungen per Mail

kein hier genanntes Studienformat

11. Durch welche weiteren Studienformate konnten Sie die Kompetenz „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erwerben bzw. ausbauen?

Nennen Sie hier Formate, die in der Auswahl in Frage 10 nicht genannt sind.

12. Bitte begründen Sie kurz Ihre Auswahl der Studienformate.

Zum Beispiel: „Mir hat das Lernformat POL besonders geholfen die Methoden und Kompetenzen der anderer Professionen zu verstehen“

Konfliktmanagement

13. Bitte bewerten Sie Ihre Ihre Kompetenz „Konfliktmanagement“.

Bitte kreuzen Sie für jede Antwortmöglichkeit die jeweils für Sie passende Antwortkategorie an.

Kompetenz „Konfliktmanagement“ vor dem Studium

nicht vorhanden	wenig ausgeprägt	teils/ teils	ausgeprägt	sehr ausgeprägt	kann ich nicht beurteilen
-----------------	------------------	--------------	------------	-----------------	---------------------------

Kompetenz „Konfliktmanagement“ jetzt

nicht vorhanden	wenig ausgeprägt	teils/ teils	ausgeprägt	sehr ausgeprägt	<i>kann ich nicht beurteilen</i>
-----------------	------------------	--------------	------------	-----------------	--

14. Durch welche Studienformate konnten Sie besonders die Kompetenz „Konfliktmanagement“ erwerben bzw. ausbauen?

Bitte kreuzen Sie die jeweils für Sie passende Antwortkategorie an.

Einige Kategorien haben Unterkategorien, die Ihnen bei Auswahl angezeigt werden. Bitte kreuzen Sie auch hier die jeweils für Sie passenden Unterkategorien an.

Mehrfachauswahl ist möglich.

Onlinelehre

Online – Konferenzen

Austausch mit Studierenden

Vorträge von Lehrenden

Vorträge von Gastdozent*innen

Gruppenaufgaben

e-tivities

gemeinsame Erstellung

Austausch im Forum

Austausch im Diskussionsraum

Austausch im Chat

Austausch über WhatsApp

Telefonischer Austausch

Bearbeitung allein

Lernen in Kleingruppen

in monoprofessioneller Gruppe

in interprofessioneller Gruppe

Literatur

Lesen des Studienbegleithefts

eigene Literaturrecherche

weiterführende empfohlene Literatur

im Studienbegleitheft verlinkte Videos und Audios

Leistungsnachweise erstellen

als Gruppenaufgabe

Erstellen von E-Portfolios

Gemeinsames Referate

Gemeinsame Hausarbeiten

Erstellung allein

Fallbesprechungen

Problembasiertes Lernen

Bearbeitungen von Fällen in e-tivities

Kreieren von eigenen Fallbeispielen

konstruktive Feedbacks

an Studierende geben

von Studierenden bekommen

von Lehrenden bekommen
fakultative Selbstlernangebote
Englisch für Gesundheitsberufe
Journal Club
Schreibenfit
Informeller Austausch
Austausch in der Onlinecafeteria
Austausch in WhatsApp – Gruppe
telefonsicher Austausch
während zum freien Austausch definierten Slots in Onlineveranstaltungen
Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit
Begleitende eigene Berufstätigkeit
Theorie-Praxis-Verzahnung (z.B. e-tivities, die einen Praxisbezug haben)

Präsenzlehre

Kollegialer Austausch innerhalb der Seminare
Seminare/ Input
Informeller Austausch zw. Studierenden
in Pausen
bei gemeinsamer Abendgestaltung
während Exkursionen
Exkursionen
Workshops/ Gruppenübungen
Workshops Medienkompetenz
Workshops Kommunikation
Workshops wissenschaftliches Arbeiten
Wissensbörse – Studierende beraten Studierende
Podiumsdiskussion
Arbeit mit Fallbeispielen
Präsentation, Diskussion und kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen
Feedbackrunden

Studienlaufbahnberatung

Studienlaufbahnberatungsgespräche
Führen des Portfolios zur Studienlaufbahnberatung

Begleitung durch Lehrende

Webkonferenzen
Präsenzlehre
Wochenzusammenfassungen
Feedback und Hilfestellungen per Mail
kein hier genanntes Studienformat

15. Durch welche weiteren Studienformate konnten Sie die Kompetenz „Konfliktmanagement“ erwerben bzw. ausbauen?

Nennen Sie hier Formate, die in der Auswahl in Frage 14 nicht genannt sind.

16. Bitte begründen Sie kurz Ihre Auswahl der Studienformate.

Zum Beispiel: „Mir hat die Studienlaufbahnberatung geholfen mein Konfliktmanagement zu reflektieren und im Anschluss zu verbessern.“

Weiter

36% ausgefüllt

Jana Druskat, Alice Salomon Hochschule Berlin – 2021

3. Erschwernisse in der interprofessionellen Zusammenarbeit

1. Welche der folgenden Erschwernisse haben die Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis erschwert oder unmöglich gemacht?

Bitte kreuzen Sie die für Sie passenden Antworten an.

Sie können mehrere Optionen wählen.

Institution trägt den Gedanken nicht mit

Prestige- und Statusunterschiede oder andere positionale Ungleichheiten (z.B. bezüglich Macht, Status, Weisungsbefugnis) beeinträchtigen Interaktionen unter den Professionellen (z.B.: eine Ärztin ist gegenüber einem Physiotherapeuten weisungsbefugt, umgekehrt aber nicht. Dies kann eine partnerschaftlich geprägte Zusammenarbeit negativ beeinflussen.)

Unterschiedlicher Professionalisierungsgrad

Unterschiedliche berufliche Sozialisation

Mangelnde Motivation der Beteiligten zur Kooperation

Keine Verknüpfung zwischen Pflegeprozess und Behandlungsplänen anderer Professionen

Kompetenzschwankungen innerhalb der beteiligten Professionen

unzureichende Kenntnisse über das Fachwissen der Kooperationspartner

keine Vergütung des Mehraufwands der interprofessionellen Zusammenarbeit

strukturelle Begebenheiten: wenn ja, welche?

Keine Erschwernisse

Andere Erschwernisse:

Weiter

45% ausgefüllt

4. Demographische Daten

Bitte beantworten Sie folgende Fragen.

1. In welchem Gesundheitsfachberuf haben Sie einen Abschluss erworben?

- Altenpfleger*in
- Ergotherapeut*in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in
- Gesundheits- und Krankenpfleger*in
- Logopäde/in
- Physiotherapeut*in

2. Über wieviel Berufserfahrung verfügen Sie in Ihrem Gesundheitsfachberuf im interprofessionellen Kontext?

- 0 Jahre
- 1-5 Jahre
- 5-15 Jahre
- 15-30 Jahre
- Mehr als 30 Jahre

3. In welchem Bereich sind Sie tätig?

- Ambulant
- Stationär
- Beides

Sonstiges:

4. Wie sind Sie berufstätig?

- angestellter Mitarbeiter
- Mitarbeiter auf Honorarbasis
- Leitungsfunktion (angestellt)

Leitungsfunktion (selbstständig)

Sonstiges:

5. Aus wie vielen Personen besteht ihr Team?

Ich arbeite allein

1-5

5-10

Mehr als 10

Weiter

55% ausgefüllt

Jana Druskat, Alice Salomon Hochschule Berlin – 2021

4. Demographische Daten

Bitte beantworten Sie folgende Fragen.

Berufsgruppen im Team

1. Welche Berufsgruppen gehören zu Ihrem Team?

Keine weiteren Berufsgruppen

Altenpfleger*innen

Ärzt*innen

Ergotherapeut*innen

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen

Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

Logopäd*innen

Physiotherapeut*innen

Psychotherapeut*innen

Sonstige:

Zeitlicher Rahmen der Zusammenarbeit

2. Mit welchen Berufsgruppen arbeiten Sie regelmäßig zusammen?

Zusammenarbeit meint hier sowohl die direkte, als auch indirekte (z.B. Berichte, Telefonate) Zusammenarbeit.

Bei regelmäßiger Zusammenarbeit geben Sie bitte die durchschnittlich geschätzte Stundenzahl pro Woche an.

Keine regelmäßige Zusammenarbeit

Altenpfleger*innen – Stunden/Woche ca.:

Ärzt*innen – Stunden/Woche ca.:

Ergotherapeut*innen – Stunden/Woche ca.:

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen – Stunden/Woche ca.:

Gesundheits- und Krankenpfleger*innen – Stunden/Woche ca.:

Logopäd*innen – Stunden/Woche ca.:

Physiotherapeut*innen – Stunden/Woche ca.:

Psychotherapeut*innen – Stunden/Woche ca.:

Sonstige weitere Professionen innerhalb des Teams und Angabe der wöchentliche Zusammenarbeit in Stunden:

Sonstige weitere Professionen, die nicht zum Team gehören und Angabe der wöchentliche Zusammenarbeit in Stunden:

3. Wie viele Stunden pro Woche beträgt Ihre Arbeitszeit durchschnittlich?

durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

Art der Zusammenarbeit

4. Bei regelmäßiger Zusammenarbeit geben Sie bitte an, ob diese direkt (im persönlichen Kontakt) oder nicht-persönlich (z.B. durch Therapieberichte, Anrufe) erfolgt.

	nicht-		keine
	persönlich	beides	Angabe
	direkt		

Altenpfleger*innen

Ärzt*innen

Ergotherapeut*innen

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen

Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

Logopäd*innen

Physiotherapeut*innen

Psychotherapeut*innen

Sonstige weitere Professionen innerhalb des Teams

Sonstige weitere Professionen, die nicht zum Team gehören

Weitere Einflussfaktoren auf interprofessionelle Zusammenarbeit

5. Haben Sie innerhalb des Studiums interprofessionelle Fortbildungen oder Fortbildungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit absolviert?

Ja, Anzahl

Nein

6. Gibt es außerhalb des Studiums Einflussfaktoren, die Ihre interprofessionelle Zusammenarbeit im Berufskontext beeinflussen haben könnten?

Dies könnten zum Beispiel sein: neuer Arbeitsplatz mit interprofessioneller Ausrichtung, Umstrukturierung innerhalb der eigenen Einrichtung, etc.

Ja, und zwar:

Nein

Weiter

64% ausgefüllt

Jana Druskat, Alice Salomon Hochschule Berlin – 2021

5. Anregungen/Kritik/Anmerkungen

1. Haben Sie weitere Anmerkungen/Kritik/Anregungen?

Weiter

73% ausgefüllt

Jana Druskat, Alice Salomon Hochschule Berlin – 2021

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Möchten Sie in Zukunft an interessanten und spannenden Online-Befragungen teilnehmen?

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse für das SoSci Panel anmelden und damit wissenschaftliche Forschungsprojekte unterstützen.

E-Mail:

[Am Panel teilnehmen](#)

Die Teilnahme am SoSci Panel ist freiwillig, unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden. Das SoSci Panel speichert Ihre E-Mail-Adresse nicht ohne Ihr Einverständnis, sendet Ihnen keine Werbung und gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Anhang 1.3. Hintergrundinformationen zwecks Einverständniserklärung der Hauptbefragung

Jana Druskat
 Selchower Str.4
 12049 Berlin
 jana.druskat@ash-berlin.eu
 Tel.: 017630188275

Erstgutachterin Frau Prof. Dr. E. Kraus
 kraus@ash-berlin.eu
 Zweitgutachter Herr Prof. Dr. A. Heinz
 andre.heinz@ash-berlin.eu

Hintergrundinformationen zwecks Einverständniserklärung

Liebe Studierende des Bachelors IGO,
 im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich Euch bitten diesen Fragebogen auszufüllen.

Vielen Dank für die Teilnahme an dieser Umfrage!

Zur Teilnahme folgt bitte diesem Link:

<https://www.soscisurvey.de/test251025/>

Was ist der Hintergrund der Befragung?

Das Gesundheitswesen befindet sich durch die demografische Entwicklung (und die damit einhergehende vermehrte Multimorbidität und Fachkräftemangel), sowie durch die fortschreitende Digitalisierung, in einer Transformation. Um die Gesundheitsversorgung patient*innengerecht und kompetent zu gestalten und der Komplexität Rechnung zu tragen, ist der Ausbau der interprofessionellen Zusammenarbeit aller Gesundheitsakteur*innen – und die generelle Stärkung interprofessioneller Sichtweisen – fundamental wichtig.

Um das interprofessionelle Handeln voranzutreiben, ist es notwendig Fähigkeiten und Wissen in diesem Bereich durch interprofessionelle Aus- und Weiterbildung und durch entsprechende Inhalte in der Lehre zu vermitteln.

Eine Vorreiterrolle nimmt hier „unser“ Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - online“ (IGO) ein, indem er auf die Veränderungen im Gesundheitswesen reagiert und der Studiengang entsprechend ausgerichtet wurde. Er hat sich die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen als Ziel gesetzt.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird mittels eines Fragebogens an Euch, die Studierenden des Pilotstudiengangs „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - online“ im sechsten Semester an der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin, evaluiert, inwieweit Eure IPZ im beruflichen Kontext basierend auf dem Studium verbessert werden konnte.

Was ist die Hauptforschungsfrage?

Hat sich durch das Studium Eure IPZ im beruflichen Kontext verbessert?

Wer führt diese Umfrage durch?

Jana Druskat (Logopädin, Studentin des Bachelors IGO), im Rahmen der Bachelorarbeit

Was ist das Ziel der Studie?

Deine Mitarbeit an dieser Erhebung trägt dazu bei den Effekt des Studiums auf Eure IPZ im professionellen Handeln zu analysieren. Es wird außerdem erhoben welche Studienformate den Erwerb der interprofessionellen Kompetenzen in welchem Maße fördern.

Erkenntnisse zu den verschiedenen Formaten könnten in der weiteren Konzeption des Studiengangs berücksichtigt werden.

Welchen Aufwand benötigt die Teilnahme an der Umfrage?

Bitte nimm Dir 20 Minuten Zeit, um an der Erhebung teilzunehmen. Fülle den Fragebogen bitte aufrichtig und vollständig aus.

Die Befragung dürft Ihr jederzeit und ohne Begründungsverpflichtung abbrechen.

An dieser Umfrage kann vom 27.04.2021 bis zum 12.05.2021 teilgenommen werden.

Die Teilnahme ist über den Computer oder das Handy möglich, wobei die Darstellung des Fragebogens auf dem Computer besser als auf dem Handy ist.

Wer darf an der Umfrage teilnehmen?

Berechtigt zur Teilnahme an der Befragung seid Ihr, die sich im 6.Semester des Studiengangs IGO befinden.

Wie wird die Privatsphäre geschützt?

Die Daten werden anonym und vertraulich sowie gemäß den einschlägigen Datenschutzrichtlinien und -gesetzen erhoben und verarbeitet.

Der Fragebogen siezt Euch, bitte lasst Euch davon nicht irritieren. Ich habe den Fragebogen für die Bachelorarbeit formal halten wollen, auch für eventuelle Weiterverwendung beim nächsten IGO- Kurs.

Solltet Ihr Fragen haben, könnt Ihr mich gerne kontaktieren.

Auf Wunsch könnt Ihr die Ergebnisse per E-Mail erhalten.

Vielen Dank!

Viele Grüße,

Jana

Anhang 1.4. Forschungsethik-Checkliste


Forschungsethik-Checkliste für Erstgutacher_innen
 Nach dem Richtlinienpapier der ASH Ethikkommission Oktober 2018

1

 Name der/des Studierenden: Jana Drushak Datum: 13.4.21

 Studiengang: Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - online Bachelorarbeit Masterarbeit

 Titel der Arbeit: Interprofessionelles Studium gleich interprofessionelle Zusammenarbeit? Eine exemplarische Untersuchung.

 Erstgutachter_in: Frau Prof. Dr. E. Kraus Zweitgutachter_in: Herr Prof. Dr. A. Heitz

 LEGENDE: 2 = ist erfolgt, ist in Ordnung 1 = ist teilweise erfolgt, braucht Nachbesserung 0 = ist nicht erfolgt NZ = nicht zutreffend
 Begründungen können zusätzlich zu den Fragen formuliert und beigelegt werden. Exposé der Arbeit wird mit eingereicht.
 Die ausgefüllte und unterschriebene Checkliste wird im Anhang der Arbeit präsentiert.

	<input checked="" type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	2	1	0	NZ
1. Ist die Empirie wirklich erforderlich, um die Forschungsfrage zu beantworten?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN				
Prinzip 1: Informierte Einwilligung und Freiwilligkeit der Teilnahme						
2. Die teilnehmenden Personen wurden auf der Basis von für sie verständlichen Informationen über die Studie und die bevorstehenden Erhebungen informiert, bevor sie ihre Einwilligung in die Teilnahme geben. Eine informierte Einwilligung umfasst Transparenz über das Thema des Vorhabens, die Ziele des Projekts und die weitere Nutzung der Daten.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jede Weitergabe der Daten an Dritte wurde gesondert erläutert und genehmigt. Diese Einwilligung wurde dokumentiert.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input checked="" type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eltern bzw. bestellte Betreuende einwilligungsunfähiger Personen werden auf der Basis von für sie verständlichen Informationen über die Studie und die bevorstehenden Erhebungen informiert, bevor sie ihre Einwilligung in die Teilnahme geben. Eine informierte Einwilligung umfasst Transparenz über das Thema des Vorhabens, die Ziele des Projekts und die weitere Nutzung der Daten ebenso wie die festgelegten Abbruchkriterien.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input checked="" type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nehmen als nicht einwilligungsfähig geltende Personen (z.B. Kinder, Menschen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen) an einer Studie teil, wurde ein Verfahren entwickelt, das die Freiwilligkeit der Teilnahme absichert (z.B. Formulierung von Kriterien, die eine Erhebung verbieten bzw. zwingend zu einem Abbruch führen).	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input checked="" type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Teilnehmenden wurden darüber informiert, dass sie die Erhebung jederzeit und ohne Begründungsverpflichtung abbrechen dürfen.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Teilnehmenden werden in keiner Weise durch Gratifikationen oder moralischen Druck zu einer Teilnahme motiviert. Dies gilt nicht für das Bereitstellen von Kleinigkeiten zum Essen und Trinken und für die Erhebung und die Übernahme von Unkosten.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prinzip 2: Schutz vor direkter und indirekter Schädigung						
8. Die Teilnehmenden werden weder durch die Teilnahme noch die Nicht-Teilnahme geschädigt; falls besondere Belastungen durch die Erhebungen verursacht werden könnten, muss vorab eine Strategie des Umgangs damit entwickelt worden sein. Diese Überlegungen sind in eine Risiko-Nutzen-Abwägung einzuordnen.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Werden Klient_innen der Sozialen Arbeit, Patient_innen aus der Praxis der Gesundheitsberufe oder Kinder, Jugendliche und Familien aus pädagogischen Feldern in die Forschung einbezogen, dann wurde deren besondere Vulnerabilität zu reflektieren und das eigene Forschungskonzept daran auszurichten.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input checked="" type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prinzip 3: Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen						
10. Die Daten (Personen, Orte, Institutionen) wurden vollständig anonymisiert, und Rückschlüsse auf reale Personen wurden ausgeschlossen.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es wurde ein informiertes Einverständnis vergeben in die punktuelle Aufhebung der vollständigen Anonymisierung (z. B. mit dem Ergebnis, dass Gesichter auf Fotos nicht gepixelt werden müssen). Maßnahmen wurden getroffen um die Urdaten besonders zu schützen.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input checked="" type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Teilnehmenden wurden über ihr Recht aufgeklärt, ihre Einwilligung in die Nutzung der Daten zurückzuziehen. Die <i>Einwilligung muss stets widerruflich sein</i> – dies gilt bis die Daten so vollständig anonymisiert sind, dass auch von Forscher_innenseite eine Verbindung zwischen Person und Daten nicht mehr hergestellt werden kann	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Daten/Transkripte/Videodateien werden an einem sicheren Ort und strikt getrennt von den unterschriebenen Einwilligungserklärungen aufbewahrt. Dies wurde organisiert. ORT: _____ VON: _____ BIS: _____	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prinzip 4: Teilnehmende als Forschungssubjekte anerkennen						
14. Die Teilnehmenden an der Forschung haben ein Exemplar der von ihnen unterzeichneten Einverständniserklärung erhalten.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Teilnehmenden haben für Nachfragen oder andere Anliegen eine Kontaktadresse erhalten, an die sie sich wenden können.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. (Kritische) Hinweise der Teilnehmenden in Bezug auf die Forschung wurden ermöglicht, werden dokumentiert und an geeignetem Ort (z. B. im Forschungskolloquium) diskutiert.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MUSS NOCH ERFOLGEN <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCHLUSSFOLGERUNG						
Die aufgeführten forschungsethischen Kriterien wurden für die betreffende Studie zufriedenstellend eingehalten.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NUR TEILWEISE					
Die empirische Studie kann unter diesen Voraussetzungen durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NUR UNTER FOLGENDEN BEDINGUNGEN:					
Hochschullehrer_in:						
Unterschrift und Stempel	Datum				<input type="checkbox"/> Muss bis zum _____ erfolgen.	

Anhang 2. Darstellung der Studienergebnisse

Anhang 2.1. Demografische Daten der Proband*innen

Tabelle A1: *Demografische Daten*

Gesundheitsfachberuf der Studierenden	Anz.	interprofessionelle Berufserfahrung	Anz.	Tätigkeitsbereich	Anz.
Altenpfleger*in	2	0 Jahre	0	ambulant	3
Ergotherapeut*in	1	1-5 Jahre	2	stationär	13
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in	2	5-15 Jahre	6	beides	5
Gesundheits- und Krankenpfleger*in	12	15-30 Jahre	11	sonstiges (s. Tabelle A2)	5
Logopäde/in	5	mehr als 30 Jahre	7		
Physiotherapeut*in	4				

Tabelle A2: *Tätigkeitsbereich sonstiges.*

Tätigkeitsbereich sonstiges (offene Eingabe), je 1x gewählt
aufsuchend
Projektkoordinator*in im Sozial- und Gesundheitswesen
Verwaltung
Institution
Lehre

Tabelle A3: *Art der Berufstätigkeit.*

Art der Berufstätigkeit	Anzahl
Mitarbeiter*in, angestellt	15
Mitarbeiter*in, Honorarbasis	2
Leitungsfunktion, angestellt	9
Leitungsfunktion, selbstständig	1
Sonstiges: Angestellte*r als Projektleitung und Beamt*in	2

Tabelle A4: *Personenanzahl im Team.*

Personenanzahl im Team	Anzahl der Nennung
mehr als 10	16
5 bis 10	7
1 bis 5	2
arbeitet allein	1

Tabelle A5: *Berufsgruppen im Team.*

Berufsgruppen im Team	Anzahl der Nennung
keine weiteren Berufsgruppen	4
Altenpfleger*innen	5
Ärzt*innen	8
Ergotherapeut*innen	8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen	4
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	14
Logopäde/in	9
Physiotherapeut*innen	8
Psychotherapeut*innen	5
sonstige weitere Berufsgruppen (s. Tabelle A6)	13

Tabelle A6: *Sonstige weitere Berufsgruppen im Team.*

sonstige weitere Berufsgruppen im Team	Anzahl der Nennung
keine weiteren Berufsgruppen	4
Altenpfleger*innen	5
Ärzt*innen	8
Ergotherapeut*innen	8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen	4
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	14
Logopäde/in	9
Physiotherapeut*innen	8
Psychotherapeut*innen	5
sonstige weitere Berufsgruppen (s. Tabelle A7)	13

Tabelle A7: *Sonstige weitere Berufsgruppen im Team, offene Eingabe.*

sonstige weitere Berufsgruppen im Team (offene Eingabe, Mehrfachnennung möglich)	Anzahl der Nennung
Neuropsycholog*innen	1
Dipl. Psychologe*innen	1
Seelsorger*innen	1
Erziehungswissenschaftler*innen	1
Heilerziehungspfleger*innen	2
Erzieher*innen	2
Sozialpädagoge*innen	1
Sozialarbeiter*innen	1
Verwaltung	1
EDV-Administration	1
Geschäftsführung	1
Praxisverwaltungsangestellte	1
Chefarztsekretär*innen	1
Kardiotechniker*innen	1
Medizintechniker*innen	1
Auszubildende	1
Studierende der Medizin und Gesundheitsberufe	1
Study Nurse	1
Sozialdienst	1
Hebammen	1
Atemtherapeut*innen	2
Rehatherapeut*innen	1
Musiktherapeut*innen	1
Diätassistent*innen	1
Pflegehilfskräfte	1
Betreuungsassistent*innen	1
Servicepersonal	1
Reinigungsfachkräfte	1
Onkologische Fachkrankenpfleger*innen	1

Tabelle A8: Zeitlicher Rahmen der regelmäßigen Zusammenarbeit.

Professionen mit denen regelmäßige Zusammenarbeit stattfindet	Anzahl der Nennung	Prozentualer Anteil der IPZ von wöchentlicher Arbeitszeit der Proband*innen (\bar{x}= 34,9h)
keine regelmäßige Zusammenarbeit	4	/
Altenpfleger*innen	6	2,5
Ärzt*innen	15	4,7
Ergotherapeut*innen	9	2,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen	0	0
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	2	7,3
Logopäd*innen	11	2,1
Physiotherapeut*innen	13	3,6
Psychotherapeut*innen	9	0,9
sonstige weitere Professionen innerhalb des Teams (s. Tabelle A9)	8	3,8
sonstige weitere Professionen, die nicht zum Team gehören (s. Tabelle A10)	6	0,8

Tabelle A9: Zeitl. Rahmen der Zusammenarbeit/sonstige weitere Professionen innerhalb des Teams.

sonstige weitere Professionen innerhalb des Teams (offene Eingabe mit optionaler Mehrfachnennung) mit denen regelmäßige Zusammenarbeit stattfindet	Anzahl der Nennung	Prozentualer Anteil der IPZ von wöchentlicher Arbeitszeit der Proband*innen (\bar{x}= 34,9h)
Betreuungsassistent*innen	1	5,7
Sozialdienst	1	1,8
Sozialarbeiter*innen - Stunden	1	0,8
Study Nurse	1	0,4
Medizinische fachangestellte	1	15,2
Onkologische Fachkrankenpfleger*in	1	1,6
Chefarztsekretärin	1	0,8
verschieden	1	ohne Angabe

Tabelle A10: Zeitl. Rahmen der Zusammenarbeit/sonstige weitere Professionen, die nicht zum Team gehören.

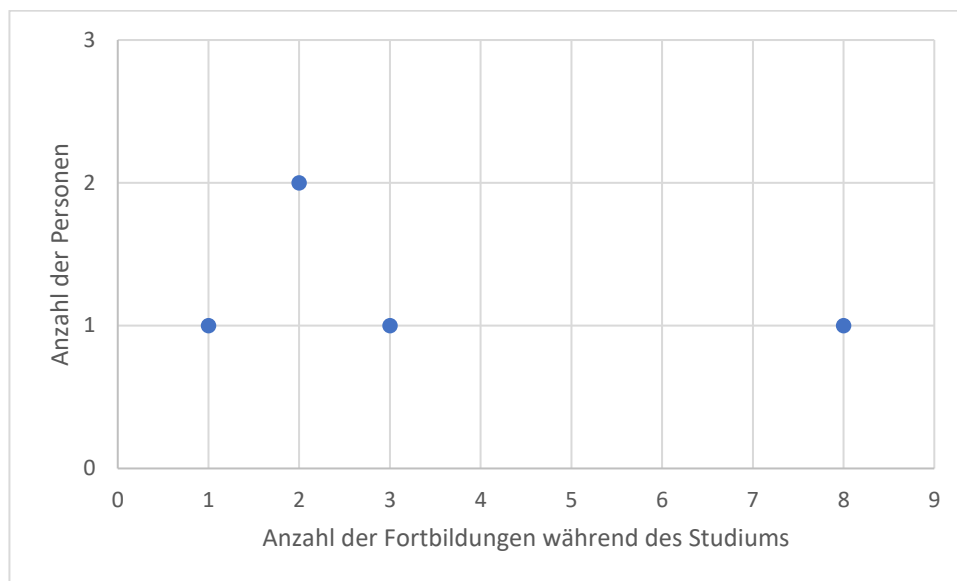
sonstige weitere Professionen, die nicht zum Team gehören (offene Eingabe mit optionaler Mehrfachnennung) mit denen regelmäßige Zusammenarbeit stattfindet	Anzahl der Nennung	Prozentualer Anteil der IPZ von wöchentlicher Arbeitszeit
Jugendamt	1	0,5
Hebammen	1	0,1
Kinderschutzteam Klinik	1	0,3
Sozialpädagoge*innen	1	ohne Angabe
Verwaltung/ Controlling	1	1,8
Sozialdienst	1	2,0
Röntgen/CT/MRT	1	0,8
Labor	1	0,4
verschieden	1	ohne Angabe

Tabelle A11: Art der Zusammenarbeit.

Professionen, mit denen Zusammenarbeit stattfindet	Art der Zusammenarbeit				
	direkt	nicht persön- lich	beides	keine Angabe	nicht beant- wortet
Altenpfleger*innen	6	2	2	4	12
Ärzt*innen	6	2	9	1	8
Ergotherapeut*innen	8	3	2	2	11
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen	4	2	2	6	12
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	9	0	7	2	8
Logopäd*innen	8	3	2	2	11
Physiotherapeut*innen	9	4	3	1	9
Psychotherapeut*innen	4	4	4	4	11
sonstige weitere Professionen innerhalb des Teams	7	1	6	3	9
sonstige weitere Professionen, die nicht zum Team gehören	4	4	6	4	8

Tabelle A12: Erschwernisse bei der Implementierung oder dem Ausbau interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis.

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

Abbildung A1: Anzahl der interprofessionellen Fortbildungen während des Studiums.

Anhang 2.2. Überblick interprofessionelle Kompetenzen

Tabelle A13: Entwicklung der IPK interprofessionelle Kommunikation und Rollen und Verantwortlichkeiten (vor dem Studium und im sechsten Semester). Variablen: 1=sehr ausgeprägt, 2=ausgeprägt, 3=teils/ teils, 4=wenig ausgeprägt, 5=nicht vorhanden, -1=kann ich nicht beurteilen.

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

Tabelle A14: Entwicklung der IPK Funktionieren als Team und Konfliktmanagement (vor dem Studium und im sechsten Semester). Variablen: 1=nicht vorhanden, 2=wenig ausgeprägt, 3=teils/teils, 4=ausgeprägt, 5=sehr ausgeprägt, -1=kann ich nicht beurteilen.

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

Tabelle A15: Studienformate, durch die die IPK erworben bzw. ausgebaut wurden.

Format	Anzahl der Nennung (n= 26)	Nennung durch Proband*innen in Prozent	Prozentualer Anteil an Gesamtsumme gewählter Studienformate und -bestandteile
Onlinelehre	81	77,9	37,5
Präsenzlehre	63	60,6	28,0
Studienlaufbahnberatung	15	14,4	6,9
Begleitung durch Lehrende	44	42,3	20,4
kein hier genanntes Studienformat	13	12,5	6,0

Anhang 2.3. IPK Interprofessionelle Kommunikation

Tabelle A16: Ranking der Hauptkategorien der Studienformate und -bestandteile, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde.

Hauptkategorien der Studienformate für IPK „Interprofessionelle Kommunikation“	Nennung durch Proband*innen in Prozent	Anzahl der Nennung	Prozentualer Anteil der Hauptkategorien an Gesamtsumme gewählter Studienformate
Präsenzlehre	92,3	24	39,3
Onlinelehre	69,2	18	29,5
Begleitung durch Lehrende	50,0	13	21,3
Studienlaufbahnberatung	11,5	3	4,9
kein hier genanntes Studienformat	11,5	3	4,9

Anhang 2.3.1. Onlinelehre

Tabelle A17: Ranking der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde.

Unterkategorien der Onlinelehre (zur IPK „interprofessionelle Komm.“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Fallbesprechungen	15	57,7
Lernen in Kleingruppen	13	50,0
konstruktive Feedbacks	12	46,2
Online – Konferenzen	10	38,5
e-tivities	10	38,5
Informeller Austausch	8	30,8
Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit	7	26,9
Literatur	6	23,1
Leistungsnachweise erstellen	5	19,2
fakultative Selbstlernangebote	1	3,8

Tabelle A18: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre (zur IPK „interprofessionelle Komm.“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Fallbesprechungen	15	57,7
<i>Problembasiertes Lernen</i>	14	53,8
<i>Bearbeitungen von Fällen in e-tivities</i>	10	38,5
<i>Kreieren von eigenen Fallbeispielen</i>	7	26,9
Lernen in Kleingruppen	13	50,0
<i>in interprofessioneller Gruppe</i>	12	46,2
<i>in monoprofessioneller Gruppe</i>	5	19,2
konstruktive Feedbacks	12	46,2
<i>von Studierenden bekommen</i>	10	38,5
<i>an Studierende geben</i>	7	26,9
<i>von Lehrenden bekommen</i>	4	15,4
Online – Konferenzen	10	38,5
<i>Austausch mit Studierenden</i>	10	38,5
<i>Gruppenaufgaben</i>	7	26,9
<i>Vorträge von Lehrenden</i>	5	19,2
<i>Vorträge von Gastdozent*innen</i>	3	11,5
e-tivities	10	38,5
<i>gemeinsame Erstellung generell</i>	9	34,6
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Diskussionsraum	8	30,8
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Forum	6	23,1
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Chat	3	11,5
gemeinsame Erstellung mit Austausch über WhatsApp	1	3,8
gemeinsame Erstellung mit telefonischer Austausch	1	3,8
<i>Bearbeitung allein</i>	3	11,5
Informeller Austausch	8	30,8
<i>während zum freien Austausch definierten Slots in Onlineveranstaltungen</i>	5	19,2
<i>Austausch in WhatsApp – Gruppe</i>	4	15,4
<i>telefonsicherer Austausch</i>	1	3,8
<i>Austausch in der Onlinecafeteria</i>	0	0,0
Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit	7	26,9
<i>Theorie-Praxis-Verzahnung (z.B. e-tivities, die einen Praxisbezug haben)</i>	6	23,1
<i>Begleitende eigene Berufstätigkeit</i>	4	15,4

Fortsetzung Tabelle A18		
Literatur	6	23,1
<i>eigene Literaturrecherche</i>	6	23,1
<i>Lesen des Studienbegleithefts</i>	5	19,2
<i>weiterführende empfohlene Literatur</i>	5	19,2
<i>im Studienbegleitheft verlinkte Videos und Audios</i>	3	11,5
Leistungsnachweise erstellen	5	19,2
<i>als Gruppenaufgabe generell</i>	4	15,4
Erstellen von E-Portfolios als Gruppenaufgabe	2	7,7
Gemeinsame Referate als Gruppenaufgabe	2	7,7
Gemeinsame Hausarbeiten als Gruppenaufgabe	0	0,0
<i>Erstellung allein</i>	2	7,7
fakultative Selbstlernangebote	1	3,8
<i>Englisch für Gesundheitsberufe</i>	0	0,0
<i>Journal Club</i>	0	0,0
<i>Schreibenfit</i>	0	0,0

Anhang 2.3.2. Präsenzlehre

Tabelle A19: Ranking der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Unterkategorien der Präsenzlehre (zur IPK „interprofessionelle Komm.“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
kollegialer Austausch innerhalb der Seminare	20	76,9
Arbeit mit Fallbeispielen	19	73,1
informeller Austausch zw. Studierenden	15	57,7
Präsentation, Diskussion und kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen	13	50,0
Feedbackrunden	9	34,6
Workshops/ Gruppenübungen	8	30,8
Exkursionen	8	30,8
Seminare/ Input	7	26,9
Wissensbörse – Studierende beraten Studierende	3	11,5
Podiumsdiskussion	3	11,5

Tabelle A20: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre (zur IPK „interprofessionelle Komm.“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
informeller Austausch zw. Studierenden	15	57,7
<i>in Pausen</i>	12	46,2
<i>bei gemeinsamer Abendgestaltung</i>	4	15,4
<i>während Exkursionen</i>	7	26,9
Workshops/ Gruppenübungen	8	30,8
<i>Workshops Kommunikation</i>	8	30,8
<i>Workshops Medienkompetenz</i>	4	15,4
<i>Workshops wissenschaftliches Arbeiten</i>	1	3,8

Anhang 2.3.3. „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“

Tabelle A21: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“, durch die die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“ (zur IPK „interprofessionelle Komm.“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Ranking Studienlaufbahnberatung	3	11,5
<i>Studienlaufbahnberatungsgespräche</i>	3	11,5
<i>Führen des Portfolios zur Studienlaufbahnberatung</i>	1	3,8
Begleitung durch Lehrende	13	50,0
<i>Webkonferenzen</i>	10	38,5
<i>Präsenzlehre</i>	8	30,8
<i>Wochenzusammenfassungen</i>	7	26,9
<i>Feedback und Hilfestellungen per Mail</i>	6	23,1
kein hier genanntes Studienformat	3	11,5

Anhang 2.3.4. Auswertung der Freitextantworten

Tabelle A22: weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, durch die die IPK "interprofessionelle Kommunikation" erworben bzw. ausgebaut wurde.

Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung		
Kategorie	Definition	Zitat
K1	Gemeinsame Sprache	Immer dann, wenn eigene Sprache benötigt und für andere sichtbar wurde (Feedbackrunden, Vorstellen von Ergebnissen), dadurch Fokussierung auf gemeinsames Sprachverständnis
K2	gemeinsames Erstellen von Prüfungsleistungen	gemeinsames Erstellen von Prüfungsleistungen gemeinsame Bearbeitung von Prüfungen
K3	Pädiatrie	Pädiatrie
K4	Literatur	Literatur
K5	Aufgaben mit Praxistransfer	grundsätzlich Aufgaben, die am Arbeitsplatz zu erproben oder zu reflektieren waren, welches Format kann ich mich bei der Fülle nicht erinnern
K6	Videos der Studierenden	Videos der Studierenden z.B. Vorstellung des Arbeitsplatzes oder Berufsverbands
K7	Abschlussveranstaltung	Abschlussveranstaltung
K8	gemeinsame Erstellung von e-tivities	gemeinsame e-tivities Bearbeitung von E-tivities in interprofessionellen Gruppen, interprof. Gruppenzusammenstellungen
K9	Gruppenarbeit	Gruppenarbeit (zum Kennenlernen und Verstehen der jeweils anderen Fachsprachen und Spezifika)
K10	gemeinsames Glossar	gemeinsames Glossar
K11	PBL	PBL

Tabelle A23: Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK „interprofessionelle Kommunikation“ erworben bzw. ausgebaut wurde.

Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung		
Kategorie	Definition	Zitat
K1	Austausch	Austausch konstruktiver Austausch Austausch, Möglichkeit des Nachfragens, direkte Klärung bei Verständnisfragen Lernen von und miteinander
K1 (UK1)	informeller Austausch	Der lockere Austausch hat mir sehr geholfen, da hier der Alltag mehr im Fokus war. Der informelle und kollegiale Austausch hat mir besonders geholfen, da ich ein besseres Verständnis für die Arbeitsbereiche und Arbeitsweisen der anderen entwickeln konnte.
K1 (UK2)	interprofessioneller Austausch	es fand reger interprofessioneller Austausch statt der Austausch mit den Professionen, mit denen ich im beruflichen Alltag kaum Kontakt habe, hat mich in meinem Denken und Handeln schon während des Studiums positiv beeinflusst interprof. Austausch in kleiner Gruppe zu konkreten Fallbeispielen von aktuellen Patienten reger interprofessioneller Austausch über bearbeiteten Aufgaben PBL hat mich total überrascht, da die Diskussionen so inspirierend waren und die Themen dadurch sehr "breit" wurden
K2	e-tivities	Bei interprofessionellen Aufgaben/e-tivities konnt man gelerntes anwenden, wie z.B. eine gemeinsame Sprache finden und gleichzeitig die verschiedenen Blickwinkel und Ansätze aufnehmen und annehmen. Bei e-tivities, die ein oder mehrere Feedbacks forderten, las ich meistens alle eingestellten Ergebnisse. Die gemeinsame Bearbeitung der Etivities hat mir geholfen eine andere Perspektive einzunehmen, Ein reger Austausch über bearbeiteten Aufgaben führt immer zu interprof.r Komm. Es trägt zum besseren Verständnis bei.
K3	Lernen in Kleingruppen	Das Lernen in Kleingruppen ist gelebter interprofessioneller Austausch.
K4	PBL	im Webinar POI auch fachlich von den anderen zu lernen. POL hat mir sehr geholfen, da es eine herausragende Methode ist Online-Prozesse zu rahmen

Fortsetzung Tabelle A23

Fortsetzung K4

PBL hat für persönlichen Perspektivwechsel gesorgt. Weiter ist die Gabe von Feedbacks und Führen von Diskussionen sehr hilfreich für die Weiterentwicklung der eigenen Komm..

Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde

PBL gemeinsam war sehr hilfreich

K5

Bearbeitung von Fallbeispielen

Die Bearbeitung von Fallbeispielen hat die vielen verschiedenen Perspektiven der unterschiedlichen Professionen aufgezeigt und den Austausch ermöglicht.

Weiterer Input über die Arbeitsweise und Denkansätze der anderen Berufsgruppen bei einem gleichen Fall / Thema

K6

gemeinsame Erstellung der Prüfungsleistung

wenn es um die Prüfungsleistung ging, mussten alle zielführend zum Ergebnis beitragen und mit den Inhalten einverstanden sein.

E-Portfolio gemeinsam war sehr hilfreich

K7

gemeinsame Sprache

Das Herausarbeiten von Unterschieden und die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache führte zu einem Bewusstsein über mgl. Wissensdefizite, zu einer Vorstellung von unterschiedlichen beruflichen Hintergründe und Handlungsmöglichkeiten, was die Komm. gezielter werden lies.

eine gemeinsame Sprache finden und gleichzeitig die verschiedenen Blickwinkel und Ansätze aufnehmen und annehmen.

K8

Formate, die neue Sichtweisen ermöglichen

Sinnvoll fand ich alle Formate, die es mir ermöglicht haben, eine andere Sicht auf ein Problem zu erhalten und gemeinsam aus den verschiedenen Ansätzen eine Lösung mit größtmöglichem Benefit zu erarbeiten.

Anhang 2.4. IPK Funktionieren als Team

Anhang 2.4.1. Ranking der Hauptkategorien

Tabelle A24: Ranking der Hauptkategorien der Studienformate und -bestandteile, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Hauptkategorien der Studienformate für IPK „Funktionieren als Team“	Nennung durch Proband*innen in Prozent	Anzahl der Nennung	Prozentualer Anteil der Hauptkategorien an Gesamtsumme gewählter Studienformate und -bestandteile
Onlinelehre	76,9	20	41,7
Präsenzlehre	65,4	17	35,4
Studienlaufbahnberatung	7,7	2	4,2
Begleitung durch Lehrende	23,1	6	12,5
kein hier genanntes Studienformat	11,5	3	6,3

Anhang 2.4.2. Onlinelehre

Tabelle A25: Ranking der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Unterkategorien der Onlinelehre (zur IPK „Funktionieren als Team“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Fallbesprechungen	17	65,4
konstruktive Feedbacks	13	50,0
Lernen in Kleingruppen	12	46,2
Leistungsnachweise erstellen	9	34,6
Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflicher Tätigkeit	8	30,8
e-tivities	7	26,9
Informeller Austausch	6	23,1
Online – Konferenzen	5	19,2
Literatur	5	19,2
fakultative Selbstlernangebote	1	3,8

Tabelle A26: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre (zur IPK „Funktionieren als Team“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Fallbesprechungen	17	65,4
<i>Problembasiertes Lernen</i>	16	61,5
<i>Bearbeitungen von Fällen in e-tivities</i>	8	30,8
<i>Kreieren von eigenen Fallbeispielen</i>	4	15,4
konstruktive Feedbacks	13	50,0
<i>von Studierenden bekommen</i>	13	50,0
<i>an Studierende geben</i>	8	30,8
<i>von Lehrenden bekommen</i>	6	23,1
		0,0
Lernen in Kleingruppen	12	46,2
<i>in interprofessioneller Gruppe</i>	12	46,2
<i>in monoprofessioneller Gruppe</i>	7	26,9
Leistungsnachweise erstellen	9	34,6
<i>als Gruppenaufgabe generell</i>	9	34,6
Erstellen von E-Portfolios als Gruppenaufgabe	7	26,9
Gemeinsames Referate als Gruppenaufgabe	7	26,9
Gemeinsame Hausarbeiten als Gruppenaufgabe	4	15,4
<i>Erstellung allein</i>	0	0,0
Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit	8	30,8
<i>Theorie-Praxis-Verzahnung (z.B. e-tivities, die einen Praxisbezug haben)</i>	7	26,9
<i>Begleitende eigene Berufstätigkeit</i>	6	23,1
e-tivities	7	26,9
<i>gemeinsame Erstellung generell</i>	7	26,9
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Forum	2	7,7
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Diskussionsraum	6	23,1
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Chat	2	7,7
gemeinsame Erstellung mit Austausch über WhatsApp	0	0,0
gemeinsame Erstellung mit Telefonischer Austausch	0	0,0
<i>Bearbeitung allein</i>	0	0,0
Informeller Austausch	6	23,1
<i>Austausch in WhatsApp – Gruppe</i>	3	11,5
<i>während zum freien Austausch definierten Slots in Onlineveranstaltungen</i>	2	7,7
<i>telefonischer Austausch</i>	1	3,8
<i>Austausch in der Onlinecafeteria</i>	0	0,0

Fortsetzung Tabelle A26		
Online – Konferenzen	5	19,2
<i>Gruppenaufgaben</i>	5	19,2
<i>Austausch mit Studierenden</i>	3	11,5
<i>Vorträge von Gastdozent*innen</i>	0	0,0
<i>Vorträge von Lehrenden</i>	0	0,0
Literatur	5	19,2
<i>eigene Literaturrecherche</i>	5	19,2
<i>weiterführende empfohlene Literatur</i>	3	11,5
<i>Lesen des Studienbegleithefts</i>	2	7,7
<i>im Studienbegleitheft verlinkte Videos und Audios</i>	1	3,8
		0,0
fakultative Selbstlernangebote	1	3,8
<i>Englisch für Gesundheitsberufe</i>	0	0,0
<i>Journal Club</i>	0	0,0
<i>Schreibenfit</i>	0	0,0

Anhang 2.4.3. Präsenzlehre

Tabelle A27: Ranking der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Unterkategorien der Präsenzlehre (zur IPK „Funktionieren als Team“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Präsenzlehre gesamt	17	65,4
Arbeit mit Fallbeispielen	14	53,8
kollegialer Austausch innerhalb der Seminare	12	46,2
Informeller Austausch zw. Studierenden	9	34,6
Präsentation, Diskussion und kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen	9	34,6
Workshops/ Gruppenübungen	8	30,8
Seminare/ Input	7	26,9
Feedbackrunden	5	19,2
Exkursionen	4	15,4
Podiumsdiskussion	2	7,7
Wissensbörse – Studierende beraten Studierende	2	7,7

Tabelle A28: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre (zur IPK „Funktionieren als Team“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Informeller Austausch zw. Studierenden	9	34,6
<i>in Pausen</i>	8	30,8
<i>während Exkursionen</i>	5	19,2
<i>bei gemeinsamer Abendgestaltung</i>	3	11,5
Workshops/ Gruppenübungen	8	30,8
<i>Workshops wissenschaftliches Arbeiten</i>	4	15,4
<i>Workshops Kommunikation</i>	4	15,4
<i>Workshops Medienkompetenz</i>	3	11,5

Anhang 2.4.4. „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“

Tabelle A29: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“ (zur IPK „Funktionieren als Team“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Studienlaufbahnberatung	2	7,7
<i>Studienlaufbahnberatungsgespräche</i>	1	3,8
<i>Führen des Portfolios zur Studienlaufbahnberatung</i>	1	3,8
Begleitung durch Lehrende	6	23,1
<i>Präsenzlehre</i>	4	15,4
<i>Webkonferenzen</i>	3	11,5
<i>Feedback und Hilfestellungen per Mail</i>	3	11,5
<i>Wochenzusammenfassungen</i>	2	7,7
kein hier genanntes Studienformat	3	11,5

Anhang 2.4.5. Auswertungen der Freitextantworten

Tabelle A30: weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, durch die die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde.

Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung		
Kategorie	Definition	Zitat
K1	Präsentationen	Präsentationen kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen
K2	Diskussion	Diskussion interprofessionelle Erörterung von Themen
K3	Multiperspektivität auf das Tun	Multiperspektivität auf das Tun

Tabelle A31: Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK „Funktionieren als Team“ erworben bzw. ausgebaut wurde.

Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung		
	Definition	Begründung/Zitat
K1	gemeinsame Erstellung von Prüfungsleistungen	<p>Gemeinsames Erarbeiten von Prüfungsleistungen mussten man zu gemeinsamen Ergebnissen kommen und hat somit seine Kompetenzen erweitert und angewendet.</p> <p>Gemeinsame Leistungsnachweise erstellen ermöglicht das Erlernen der Kompetenz "Funktionieren im Team", da es nur mit Abstimmung funktioniert.</p> <p>gemeinsames Erstellen des Portfolios</p> <p>Das gemeinsame Erstellen von Hausarbeiten [...] führte zu einem regelmäßigen und zeitlich begrenzten Austausch. Da ein klar definiertes Ziel bzw. Aufgabe bearbeitet wurde, konnte/musste die Aufgaben schnell und klar aufgeteilt werden.</p>
K1 (UK1)	Prüfungsleistung in C3	<p>insbesondere durch die Prüfungsleistung zum visionären "Gesundheitszentrum" konnte Teamarbeit sichtbar gemacht werden, da jeder sich mit seiner Profession einbringen wollte in das Projekt und dieses auch ausgehandelt werden musste</p> <p>Auch C3 (Planen eines Gesundheitszentrum) war eine gute Erfahrung im Sinne von "Denken Sie groß" und bedenken sie dabei aber umfassend die notwendigen einzelnen Bausteine.</p>
K2	Gruppenarbeiten	<p>Insbesondere Gruppenarbeiten und die Herausforderungen in der Kommunikation haben diese Kompetenz gefördert.</p> <p>Da ich es gewöhnt bin alleine zu arbeiten, waren die Gruppenarbeiten (in welcher Form auch immer) hier sehr hilfreich, um u. a. das Rücksicht nehmen aufeinander, in der Terminabsprache und in dem Anspruch der Erfüllung der Aufgaben sehr lehrreich und hilfreich.</p> <p>Absprachen im Team erforderlich, Anpassung an andere Personen und Professionen war hierfür erforderlich</p> <p>Besonders die Studienformate, die im Team und als Teamlösung erfolgten waren sehr hilfreich.</p>
K2 (UK 1)	Gruppenarbeiten in Präsenz	<p>gemeinsame Aufgaben während der Präsenz führte zu einem regelmäßigen und zeitlich begrenzten Austausch. Da ein klar definiertes Ziel bzw. Aufgabe bearbeitet wurde, konnte/musste die Aufgaben schnell und klar aufgeteilt werden.</p>
K2 (UK2)	gemeinsame Erstellung von e-tivities	<p>Beim gemeinsamen Erarbeiten von e-tivities mussten man zu gemeinsamen Ergebnissen kommen und hat somit seine Kompetenzen erweitert und angewendet</p> <p>gemeinsame E-tivities waren schon von wegen der Organisation im Ansatz eine gute Übung</p>

Fortsetzung Tabelle A31		
Fortsetzung K2(UK2)		Das gemeinsame Erstellen von [...] etivities führte zu einem regelmäßigen und zeitlich begrenzten Austausch. Da ein klar definiertes Ziel bzw. Aufgabe bearbeitet wurde, konnte/musste die Aufgaben schnell und klar aufgeteilt werden.
K3	PBL	Die klare Rollenzuteilung half, mich im Kontext meiner Rolle/ Funktion zu halten, und gab mir Struktur. Sehr lernwirksam waren die Module B2 und B3, die von vorherein auf interprofessionellen Austausch, gemeinsame Problemlösung und gemeinsames Anfertigen von Prüfungsleistungen gesetzt haben
K4	Diskussionen	Die Diskussionen waren immer sehr wertschätzend und haben mir wertvolle Anregungen gegeben Interprofessionelle Diskussionen
K5	Fragen der anderen in Webinaren	aber auch Fragen der anderen in den Webinaren
K6	Wechselnde Kleingruppen	Ich musste mich in jedem Semester auf andere Mitstudierende einlassen, was mal besser und auch manchmal nicht geklappt hat
K7	klare Strukturen während Gruppenaufgaben schaffen	Eine gemeinsame Aufgabenteilung und klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten, deren Ziel aber immer ein ganzheitliches Outcome war, hat sich als gute Basis für zufriedenstellende Lösung dargestellt. Das gemeinsame Erstellen von Hausarbeiten [...] führte zu einem regelmäßigen und zeitlich begrenzten Austausch. Da ein klar definiertes Ziel bzw. Aufgabe bearbeitet wurde, konnte/musste die Aufgaben schnell und klar aufgeteilt werden.
K8	keine Angabe von Studienformat	Ich finde das sehr schwierig, weil ich rückblickend nicht mehr genau sagen kann, welches Format zu Veränderungen geführt hat. Viele Aufgaben griffen auch Modulübergreifend ineinander, das war gut.

Anhang 2.5. IPK Rollen und Verantwortlichkeiten

Anhang 2.5.1. Ranking der Hauptkategorien

Tabelle A32: *Ranking der Hauptkategorien der Studienformate, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.*

Hauptkategorien der Studienformate für IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“	Nennung durch Proband*innen in Prozent	Anzahl der Nennung
Onlinelehre	23	88,5
Begleitung durch Lehrende	18	69,2
Präsenzlehre	10	38,5
Studienlaufbahnberatung	7	26,9
kein hier genanntes Studienformat	3	11,5

Anhang 2.5.2. Onlinelehre

Tabelle A33: *Ranking der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.*

Unterkategorien der Onlinelehre (zur IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Lernen in Kleingruppen	16	61,5
Fallbesprechungen	14	53,8
Online – Konferenzen	12	46,2
e-tivities	12	46,2
konstruktive Feedbacks	9	34,6
Leistungsnachweise erstellen	8	30,8
Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit	7	26,9
Informeller Austausch	6	23,1
Literatur	5	19,2
fakultative Selbstlernangebote	2	7,7

Tabelle A34: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre (zur IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Lernen in Kleingruppen	16	61,5
<i>in interprofessioneller Gruppe</i>	15	57,7
<i>in monoproduktioneller Gruppe</i>	8	30,8
Fallbesprechungen	14	53,8
<i>Problembasiertes Lernen</i>	14	53,8
<i>Bearbeitungen von Fällen in e-tivities</i>	9	34,6
<i>Kreieren von eigenen Fallbeispielen</i>	2	7,7
Online – Konferenzen	12	46,2
<i>Austausch mit Studierenden</i>	11	42,3
<i>Vorträge von Lehrenden</i>	8	30,8
<i>Gruppenaufgaben</i>	8	30,8
<i>Vorträge von Gastdozent*innen</i>	3	11,5
e-tivities	12	46,2
<i>gemeinsame Erstellung generell</i>	11	42,3
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Forum	7	26,9
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Diskussionsraum	7	26,9
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Chat	2	7,7
gemeinsame Erstellung mit Austausch über WhatsApp	1	3,8
gemeinsame Erstellung mit telefonischem Austausch	0	0,0
<i>Bearbeitung allein</i>	1	3,8
konstruktive Feedbacks	9	34,6
<i>von Studierenden bekommen</i>	9	34,6
<i>an Studierende geben</i>	7	26,9
<i>von Lehrenden bekommen</i>	5	19,2
Leistungsnachweise erstellen	8	30,8
<i>als Gruppenaufgabe generell</i>	8	30,8
Gemeinsames Referate als Gruppenaufgabe	6	23,1
Erstellen von E-Portfolios als Gruppenaufgabe	5	19,2
Gemeinsame Hausarbeiten als Gruppenaufgabe	5	19,2
<i>Erstellung allein</i>	0	0,0
Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit	7	26,9
<i>Theorie-Praxis-Verzahnung (z.B. e-tivities, die einen Praxisbezug haben)</i>	6	23,1
<i>Begleitende eigene Berufstätigkeit</i>	4	15,4

Fortsetzung Tabelle A34		
Informeller Austausch	6	23,1
<i>Austausch in WhatsApp – Gruppe</i>	4	15,4
<i>während zum freien Austausch definierten Slots in Onlineveranstaltungen</i>	3	11,5
<i>telefonsicher Austausch</i>	1	3,8
<i>Austausch in der Onlinecafeteria</i>	0	0,0
Literatur	5	19,2
<i>eigene Literaturrecherche</i>	5	19,2
<i>weiterführende empfohlene Literatur</i>	4	15,4
<i>im Studienbegleitheft verlinkte Videos und Audios</i>	4	15,4
<i>Lesen des Studienbegleithefts</i>	3	11,5
fakultative Selbstlernangebote	2	7,7
<i>Englisch für Gesundheitsberufe</i>	0	0,0
<i>Journal Club</i>	0	0,0
<i>Schreibenfit</i>	0	0,0

Anhang 2.5.3. Präsenzlehre

Tabelle A35: Ranking der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Unterkategorien der Präsenzlehre (zur IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Kollegialer Austausch innerhalb der Seminare	12	46,2
Arbeit mit Fallbeispielen	11	42,3
Informeller Austausch zw. Studierenden	8	30,8
Präsentation, Diskussion und kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen	6	23,1
Exkursionen	5	19,2
Workshops/ Gruppenübungen	7	26,9
Feedbackrunden	5	19,2
Seminare/ Input	8	30,8
Wissensbörse – Studierende beraten Studierende	6	23,1
Podiumsdiskussion	3	11,5

Tabelle A36: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre (zur IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Informeller Austausch zw. Studierenden	8	30,8
<i>in Pausen</i>	6	23,1
<i>während Exkursionen</i>	5	19,2
<i>bei gemeinsamer Abendgestaltung</i>	3	11,5
Workshops/ Gruppenübungen	7	26,9
<i>Workshops Medienkompetenz</i>	2	7,7
<i>Workshops Komm.</i>	5	19,2
<i>Workshops wissenschaftliches Arbeiten</i>	4	15,4

Anhang 2.5.4. „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“

Tabelle A37: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“, durch die die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“ (zur IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Ranking Studienlaufbahnberatung	7	26,9
<i>Studienlaufbahnberatungsgespräche</i>	5	19,2
<i>Führen des Portfolios zur Studienlaufbahnberatung</i>	1	3,8
Begleitung durch Lehrende	10	38,5
<i>Webkonferenzen</i>	6	23,1
<i>Präsenzlehre</i>	6	23,1
<i>Wochenzusammenfassungen</i>	5	19,2
<i>Feedback und Hilfestellungen per Mail</i>	4	15,4

Anhang 2.5.5. Auswertung der Freitextantworten

Tabelle A38: weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, durch die die IPK "Rollen und Verantwortlichkeiten" erworben bzw. ausgebaut wurde.

Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung	
Kategorie	Zitat
K1	Vorstellung der Studienergebnisse in der online Präsenz; Vorstellung der Forschungsskizze; Vorstellung von technischen Innovationen und dem Vorstellen von Fallbeispielen
K2	Online-Konferenzen
K3	Fortlaufende Neuaushandlung der Rollen in der Gruppenbildung, Notwendig von Strukturierung
K4	keine zusätzlichen

Tabelle A39: Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK „Rollen und Verantwortlichkeiten“ erworben bzw. ausgebaut wurde.

Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung		
Kategorie	Definition	Zitat
K1	Vorträge von Studierenden	weil die Praxis der Kommilitoninnen durch eine Form des Vortrages mit Beispielen erlebbar wurde
K2	Gruppenarbeit	Durch Gruppenarbeiten sind die Verantwortlichkeiten bewusster geworden.
K3	PBL	POL und PBL waren sehr gut geeignet, andere Sichtweisen kennen zu lernen und nachvollziehen zu können.. Ich profitierte besonders vom engen Austausch im PBL Mir hat POL gezeigt wie mächtig Kollaboration sein kann und wie lebendig ein Online-Austausch Pol war mein highlight, sowohl fachlich als auch sozial
K4	Fallbeispiele	Durch Fallbeispiele wurden die Rollen und Verantwortungen besonders deutlich.
K5	Austausch	Durch den generellen Austausch sind die Verantwortlichkeiten bewusster geworden
K5 (UK 1)	Austausch in Online-Konferenzen	In dem interprofessionelle Austausch und den Diskussionen bei den Online Konferenzen sind die Rollen und Funktionen der einzelnen Professionen sichtbar geworden
K5 (UK 2)	interprofessioneller Austausch (persönlicher Austausch, im Forum, in Gruppe)	Der Austausch, in der interprofessionellen Zusammensetzung, in der Gruppe, im Forum und im persönlichem Treffen hat mir am ehesten geholfen, die Arbeits- und Denkweise der anderen Professionen zu verstehen.
K5 (UK 3)	kollegialer Austausch	Mir hat der kollegiale Austausch sehr geholfen, Handlungsrahmen (Rahmenbedingungen) der jeweiligen Berufsgruppen in der Praxis
K6	Feedback	
K6 (UK1)	Feedbacks in Kommunikationsmodulen	Ich kann jetzt meine verschiedenen Rollen besser definieren, durch gemeinsame Gruppenarbeiten in allen Modulen und durch Feedbacks in den Kommunikationsmodulen (durch Studierende und Lehrende).
K6 (UK2)	Feedbackrunden	Durch Feedbackrunden sind die Verantwortlichkeiten bewusster geworden
K7	Kompetenz bereits vorhanden	Ich habe durch meine Position in der Arbeit schon immer ein ausgeprägtes Verständnis für Verantwortlichkeit und Rollen in der Praxis.

Anhang 2.6. IPK Konfliktmanagement

Anhang 2.6.1. Ranking der Hauptkategorien der Studienformate

Tabelle A40: Ranking der Hauptkategorien der Studienformate, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Hauptkategorien der Studienformate für IPK „Konfliktmanagement“	Nennung durch Proband*innen in Prozent	Anzahl der Nennung
Onlinelehre	20	76,9
Präsenzlehre	12	46,2
Begleitung durch Lehrende	7	26,9
kein hier genanntes Studienformat	4	15,4
Studienaufbahnberatung	3	11,5

Anhang 2.6.2. Onlinelehre

Tabelle A41: Ranking der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Unterkategorien der Onlinelehre (zur IPK „Konfliktmanagement“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Lernen in Kleingruppen	14	53,8
konstruktive Feedbacks	12	46,2
e-tivities	10	38,5
Online – Konferenzen	6	23,1
Fallbesprechungen	6	23,1
Literatur	6	23,1
Leistungsnachweise erstellen	8	30,8
Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflichen Tätigkeit	5	19,2
Informeller Austausch	5	19,2
fakultative Selbstlernangebote	2	7,7

Tabelle A42: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre, durch die die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der Onlinelehre (zur IPK „Konfliktmanagement“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Lernen in Kleingruppen	14	53,8
<i>in interprofessioneller Gruppe</i>	14	53,8
<i>in monoprofessioneller Gruppe</i>	10	38,5
konstruktive Feedbacks	12	46,2
<i>an Studierende geben</i>	10	38,5
<i>von Studierenden bekommen</i>	10	38,5
<i>von Lehrenden bekommen</i>	4	15,4
e-tivities	10	38,5
<i>gemeinsame Erstellung generell</i>	9	34,6
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Diskussionsraum	9	34,6
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Forum	7	26,9
gemeinsame Erstellung mit Austausch im Chat	1	3,8
gemeinsame Erstellung mit Austausch über WhatsApp	3	11,5
gemeinsame Erstellung mit telefonischem Austausch	0	0,0
<i>Bearbeitung allein</i>	3	11,5
Online – Konferenzen	6	23,1
<i>Austausch mit Studierenden</i>	4	15,4
<i>Gruppenaufgaben</i>	4	15,4
<i>Vorträge von Gastdozent*innen</i>	3	11,5
<i>Vorträge von Lehrenden</i>	3	11,5
Fallbesprechungen	9	34,6
<i>Problembasiertes Lernen</i>	9	34,6
<i>Bearbeitungen von Fällen in e-tivities</i>	6	23,1
<i>Kreieren von eigenen Fallbeispielen</i>	6	23,1
		0,0
Literatur	6	23,1
<i>Lesen des Studienbegleithefts</i>	5	19,2
<i>weiterführende empfohlene Literatur</i>	5	19,2
<i>eigene Literaturrecherche</i>	4	15,4
<i>im Studienbegleitheft verlinkte Videos und Audios</i>	3	11,5
Leistungsnachweise erstellen	8	30,8
<i>als Gruppenaufgabe</i>	7	26,9
Erstellen von E-Portfolios als Gruppenaufgabe	4	15,4
Gemeinsames Referate als Gruppenaufgabe	4	15,4
Gemeinsame Hausarbeiten als Gruppenaufgabe	3	11,5
<i>Erstellung allein</i>	2	7,7

Fortsetzung Tabelle A42		
Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflicher Tätigkeit	5	19,2
<i>Begleitende eigene Berufstätigkeit</i>	3	11,5
<i>Theorie-Praxis-Verzahnung (z.B. e-tivities, die einen Praxisbezug haben)</i>	3	11,5
Informeller Austausch	5	19,2
<i>Austausch in WhatsApp – Gruppe</i>	2	7,7
<i>telefonsicher Austausch</i>	1	3,8
<i>während zum freien Austausch definierten Slots in Onlineveranstaltungen</i>	1	3,8
<i>Austausch in der Onlinecafeteria</i>	0	0,0
fakultative Selbstlernangebote	2	7,7
<i>Englisch für Gesundheitsberufe</i>	0	0,0
<i>Journal Club</i>	0	0,0
<i>Schreibenfit</i>	0	0,0

Anhang 2.6.3. Präsenzlehre

Tabelle A43: Ranking der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Unterkategorien der Präsenzlehre (zur IPK „Konfliktmanagement“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Arbeit mit Fallbeispielen	9	34,6
Kollegialer Austausch innerhalb der Seminare	7	26,9
Workshops/ Gruppenübungen	7	26,9
Seminare/ Input	6	23,1
Präsentation, Diskussion und kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen	5	19,2
Informeller Austausch zw. Studierenden	4	15,4
Feedbackrunden	4	15,4
Podiumsdiskussion	3	11,5
Exkursionen	2	7,7
Wissensbörse – Studierende beraten Studierende	1	3,8

Tabelle A44: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien der Präsenzlehre (zur IPK „Konfliktmanagement“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Informeller Austausch zw. Studierenden	4	15,4
<i>in Pausen</i>	3	11,5
<i>bei gemeinsamer Abendgestaltung</i>	1	3,8
<i>während Exkursionen</i>	2	7,7
Workshops/ Gruppenübungen	7	26,9
<i>Workshops Medienkompetenz</i>	1	3,8
<i>Workshops Komm.</i>	7	26,9
<i>Workshops wissenschaftliches Arbeiten</i>	1	3,8

Anhang 2.6.4. „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“

Tabelle A45: Ranking der Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde. Mehrfachauswahl war möglich.

Subkategorien der Unterkategorien „Studienlaufbahnberatung“ und „Begleitung durch Lehrende“ (zur IPK „Konfliktmanagement“)	Anzahl der Nennung	Nennung durch Proband*innen in Prozent
Ranking Studienlaufbahnberatung	3	11,5
<i>Studienlaufbahnberatungsgespräche</i>	3	11,5
<i>Führen des Portfolios zur Studienlaufbahnberatung</i>	1	3,8
Begleitung durch Lehrende	7	26,9
<i>Webkonferenzen</i>	6	23,1
<i>Präsenzlehre</i>	6	23,1
<i>Wochenzusammenfassungen</i>	2	7,7
<i>Feedback und Hilfestellungen per Mail</i>	2	7,7

Anhang 2.6.5. Auswertung der Freitextantworten

Tabelle A46: weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, durch die die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde.

Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung		
Kategorie	Definition	Zitat
K1	Kleingruppen	Lernen in Kleingruppen
K2	Erstellen von Videos	Erstellen von Videos zum Thema
K3	Kennenlernen von neuer Arbeitskonzeption	Das Kennenlernen einer Konzeption von Arbeit, die keine Entsprechung in unserer Arbeitskultur hat.

Tabelle A47: Nennung und Begründung der Auswahl durch welche weitere Studienformate oder Aspekte des Studiums, die IPK „Konfliktmanagement“ erworben bzw. ausgebaut wurde.

Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung		
Kategorie	Definition	Zitat
K1	Kleingruppen	<p>Mir hat die Zusammenarbeit in Kleingruppen geholfen mein Konfliktmanagement zu reflektieren und zu verbessern.</p> <p>Intensiver Austausch, Raum zum Kennenlernen durch kleine und vertraute Gruppenstruktur, dadurch auch Umgang mit potenziellen Konflikten leichter.</p> <p>In Gruppenaufgaben mussten teilweise Konflikte gelöst werden</p> <p>Gruppenarbeiten haben zur Verbesserung beigetragen.</p> <p>Arbeitstempo machten mir zu schaffen und lehrten mich in Geduld und im Durchsetzungsvermögen.</p>
K2	gemeinsame Erstellung von Leistungsnachweisen	<p>Durch das gemeinsame Erarbeiten von Leistungsnachweisen war viel Kompromissbereitschaft und Abstimmung notwendig.</p> <p>Besonders das gemeinsame Erarbeiten von Gruppenprüfungsleistungen hat mir geholfen, Konflikte darzustellen und durch Feedback einordnen und lösen zu können.</p> <p>Ich musste lernen, damit umzugehen, dass in manchen Fällen die Gesamtleistung zählt. Unterschiedlicher Ehrgeiz und unterschiedliches</p> <p>Das Erstellen von Prüfungsleistungen in der Gruppe haben sehr dazu beigetragen mein Konfliktmanagement zu überdenken und zu verbessern</p>
K3	kollegiale Beratung	<p>Mir hat die kollegiale Beratung geholfen mein Konfliktmanagement zu reflektieren und zu verbessern.</p>
K4	Erprobung in Praxis	<p>In der Erprobung in der Praxis habe ich Strategien erlernt, die ich ohne die Auseinandersetzung nicht gehabt hätte.</p>
K5	Wissensaneignung	<p>Wissensaneignung zu Konfliktmanagement half eine Distanz zu Konflikten zu entwickeln</p> <p>Durch weiterführende Literatur konnte ich mich in diesem Thema weiter belesen.</p> <p>Mir hat z.B. sehr die Literatur und die Seminare geholfen, die sich mit Komm. beschäftigt haben. Als Literatur hat mich dabei S. Molcho weitergebracht.</p>
K6	Feedbackmethoden	<p>Feedbackmethoden haben zur Verbesserung beigetragen.</p>

Fortsetzung Tabelle A47

K7	Kommunikation	kommunikative Umgang haben zur Verbesserung beigetragen.
K8	nicht auswertbar	Sicher bin ich für andere sehr anstrengend, wenn ich auf sehr gute bis perfekte Ergebnisse hinarbeite...

Anhang 2.7. Kategorisierung der Studienformate und -bestandteile nach Lernformen
Tabelle A48: Kategorisierung der Studienformate und -bestandteile nach Lernformen nach Sottas et al (2016).

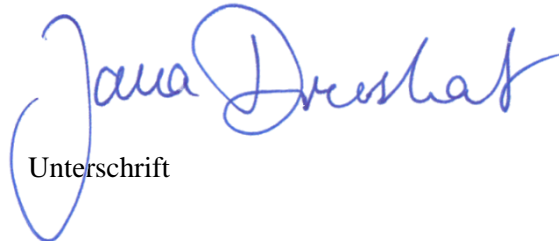
Lernformen nach Sottas et al. (2016)	Studienformate und -bestandteile des IGo	Nennung durch Proband*innen in Prozent	Anzahl der Nennungen
Theoriebasiertes Lernen	Online – Konferenzen	31,7	33
	Seminare/ Input	26,9	28
	Literatur	21,2	22
	fakultative Selbstlernangebote	5,8	6
Austauschbasiertes Lernen	Arbeit mit Fallbeispielen	51	53
	Kollegialer Austausch innerhalb der Seminare	49	51
	Fallbesprechungen	45,2	47
	e-tivities	37,5	39
	konstruktive Feedbacks	36,5	38
	Informeller Austausch zw. Studierenden	34,6	36
	Online – Konferenzen	31,7	33
	Präsentation, Diskussion und kollegiale Beratung zu Prüfungsleistungen	31,7	33
	Leistungsnachweise erstellen	28,8	30
	Workshops/ Gruppenübungen	28,8	30
	Informeller Austausch	24	25
	Feedbackrunden	22,1	23
	Exkursionen	18,3	19
Wissensbörse – Studierende beraten Studierende	11,5	12	
Podiumsdiskussion	10,6	11	
Handlungsbasiertes Lernen	Arbeit mit Fallbeispielen	51	53
	Fallbesprechungen	45,2	47
	Leistungsnachweise erstellen	28,8	30
Praxisbasiertes Lernen	Handlungsorientiertes Lernen in eigener beruflicher Tätigkeit	26	27
Präsenzlehre			
Onlinelehre			

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel, einschließlich eigener Quellen benutzt habe. Ferner, dass die elektronische Form der Bachelorarbeit mit der schriftlichen Form vollständig übereinstimmt. Ich bin einverstanden, dass meine Bachelorarbeit in der Bibliothek bereitgestellt wird.

22.11.2021

Datum

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jana Droschke', written in a cursive style.

Unterschrift