



## Abschlussbericht

### 1. Allgemeine Angaben

Bezeichnung des Vorhabens: „Qualifizierung zur interprofessionellen Kompetenz im ambulanten Bereich (QuiKaB)“

Bewilligungsnummer: 32.5.A381.0010.0

Tatsächliche Dauer: 1.12.2015 – 30.11.2016

Projektleiterin:

Prof. Dr. phil. Roswitha Ertl-Schmuck (Technische Universität Dresden, Professur für Gesundheit und Pflege/Berufliche Didaktik)

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: Indra Kraft, M.A. (Klinische Linguistik)

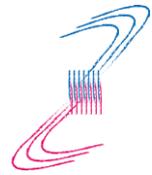
Studentische Hilfskraft: Franziska Gädtke (Studentin Technische Universität Dresden, Master „Höheres Lehramt für berufsbildende Schulen“)

Teilnehmerrekrutierung:

E-Mail-Verteiler, Flyerverteilung auf dem Interprofessionellen Gesundheitskongress 2016 in Dresden, Flyerverteilung in ambulanten Praxen in Dresden, Anschreiben/ Fax an Fachärzte f. Allgemeinmedizin/Innere Medizin/Neurologie, Anzeige auf der Homepage der Landesärztekammer Sachsen, Anzeige im Fortbildungskatalog (gedruckt und online) des Sozialwissenschaftlichen Fortbildungsinstituts sofi (Evangelische Hochschule Dresden), Organisation eines Workshops mit Projektvorstellung

Teilnehmeranzahl: 16

Zusammensetzung: Case Management (2), Ergotherapie (2), Akademische Sprachtherapie (3), Gesundheits- und Krankenpflege (1), Altenpflege (1), Logopädie (5), Physiotherapie (1), Praxisanleiterin Medizinische Fakultät (1)



## **2. Ziele und Erwartungen**

Mit dem Projekt soll langfristig eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit im ambulanten Sektor erreicht werden, mit dem Ziel, eine an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen von Schlaganfallpatienten ausgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Eine zielgerichtete, systematische interprofessionelle Versorgung, in der die betroffenen Patient/innen mit ihren Angehörigen im Betreuungsprozess mitwirken, ist darauf ausgerichtet, Versorgungslücken und Schnittstellenprobleme frühzeitig aufzudecken, zu begründen und gemeinsam Therapieziele zu entwickeln. Damit dies gelingen kann sind Fremdbilder der anderen Berufsgruppen offen zu legen. Darüber hinaus geht es um die Reflexion und die Verständigung des eigenen beruflichen Wissens und das im Kontext der Kooperation notwendige Wissen, der im Therapieprozess beteiligten Berufsgruppen, welches die Grundlage in der Versorgung der betroffenen Patient/innen bietet.

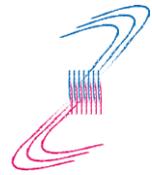
Die Zielsetzung der interdisziplinär ausgerichteten Fortbildung bestand darin

- die Teilnehmer/innen für interprofessionelle Problemfelder und Schnittstellen im ambulanten Sektor zu sensibilisieren;
- die Denk- und Handlungsstrategien anderer Berufsgruppen zu verstehen und diese im Therapieprozess zu berücksichtigen;
- die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen auf der Grundlage einer „gemeinsamen Sprache“ und der Erprobung neuer Verantwortungsteilung im Kontext interprofessionellen Fallbesprechungen zu verbessern.

### **Operationalisierung der interprofessionellen Kompetenz und konkrete Ziele**

Die interprofessionelle Zusammenarbeit sollte mittels Steigerung der interprofessionellen Kompetenz erreicht werden. Für die Operationalisierung der interprofessionellen Kompetenz wurde das Modell „Dimensionen der interprofessionellen Kompetenz“ von Unger (2010) verwendet. Das Modell definiert vier Dimensionen der interprofessionellen Kompetenz: Kooperationswissen, Nutzererwartung/Motivation, Selbstbilder/Fremdbilder und Kooperationsverständnis. Um die interprofessionelle Kompetenz zu verbessern, wurden konkrete Ziele für jede der vier Dimensionen aufgestellt:

- (1) **Aufdeckung der Selbst- und Fremdbilder:** Sensibilisierung für eigenes Berufsbild; Vorurteile und Stereotype über andere Gesundheitsberufe abbauen,



- (2) **Aufbau des Kooperationswissens:** Kenntnisse des Aufgaben- und Kompetenzprofils der eigenen Berufsgruppe und anderer Gesundheitsberufe; Denk- und Handlungsstrategien wahrnehmen; Verantwortungsbereiche reflektieren; Probleme der anderen Gesundheitsberufe in der ambulanten Schlaganfallversorgung aufdecken; Instrumente der Fallbesprechung und Kooperation kennen lernen,
- (3) **Offenlegung des Kooperationsverständnisses:** Reflektieren der Kooperationsformen, Kooperationsstrategien, Kooperationsformen und Kooperationsprobleme,
- (4) **Erfassung der Nutzererwartung und Motivation:** Anspruch und Wirklichkeit der neuen Aufgaben berücksichtigen; Multiplikatorentätigkeit annehmen und wahrnehmen; Konzept für den Aufbau der interprofessionellen Kooperation im eigenen Setting erarbeiten und umsetzen.

### **3. Vorbereitung**

Beteiligte:

Projektleiterin: Prof'in Dr. phil. Roswitha Ertl-Schmuck

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: Indra Kraft

Studentische Hilfskraft: Franziska Gädtke

#### **3.1 Identifikation der Modulinhalte**

In der Vorbereitungsphase des Projektes wurde ein Workshop organisiert. Die Fachkräfte aus sieben verschiedenen Professionen (Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Ärzte, Pflegefachkräfte im Bereich der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege, medizinische Fachangestellte, Case Management) sowie Schlaganfallpatienten und deren Angehörige haben über die erlebte interprofessionelle Zusammenarbeit und die bestehende Versorgungssituation in einer Gruppendiskussion berichtet. Zusätzlich wurden Bedarfe und Ressourcen über einen Fragebogen erfasst. Die Auswertung der Fragebögen und Diskussionsprotokolle ergab, dass die bestehende interprofessionelle Zusammenarbeit unzureichend ist. Die Probleme konnten auf verschiedenen Ebenen identifiziert werden: Systemebene, Setting, Kommunikations- und Motivationsebene sowie Ebene der persönlichen Einstellung. Die Ergebnisse aus dem Workshop wurden für den nächsten Schritt der Vorbereitungsphase, die Konkretisierung der Modulinhalte der interprofessionellen Fortbildung verwendet.

#### **3.2 Konkretisierung der Modulinhalte und Entwicklung der Lehrmaterialien**

Zunächst wurde das zentrale Element der Fortbildung, eine Fallvignette entwickelt. Von der geplanten Entwicklung von mehreren Fallvignetten musste abgewichen werden, weil die Bearbeitung



mehrerer komplexer Fälle den zeitlichen Rahmen einer zweitägigen Fortbildung überschritten hätte. Stattdessen wurde ein komplexer Fall konstruiert, der alle beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen ansprechen und detaillierte Informationen als Basis für die interprofessionelle Fallbesprechung bieten sollte.

(siehe Dokument „Fallsituation in der Cloud“

[https://drive.google.com/drive/folders/0Bw\\_j\\_TKlkr0QNUpjSnpvOU9YUTg?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/0Bw_j_TKlkr0QNUpjSnpvOU9YUTg?usp=sharing)).

Den theoretischen Rahmen der Fortbildung bildeten die vier Dimensionen der interprofessionellen Kompetenz von Unger, 2010 (siehe Kapitel 2. Ziele und Erwartungen) sowie das Konstrukt der „Doppelten Handlungslogik“ (u.a. Friesacher 2008; zit. in: Ertl-Schmuck 2010: 70). Dieses Konstrukt beschreibt die Handlungslogik, die dem Handeln der Gesundheitsberufe immanent ist und sich auch in Fallbesprechungen zeigt. Gesundheitsfachberufe erleben ihre ambulante Tätigkeit für den Schlaganfall-Patienten in einem Spannungsfeld von Doppelseitigkeit, wenn dieses Handeln

„zugleich die Anerkennung zweier gleichrangig nebeneinander bestehender normativer Ansprüche verlangt: auf der einen Seite *die Beherrschung eines wissenschaftlich fundierten Regelwissens mit der dazugehörigen Befähigung zum Umgang mit Theorien*, auf der anderen Seite eine *hermeneutische Kompetenz des Verstehens des Einzelfalles in der Sprache des Falles* (Dewe, Ferchhoff, Radke 1992).“ (Remmers 2000, S. 170, Hervorhebungen im Original; zit. in: Fichtmüller, Walter 2007: 165)

In diesem Prozess geht es zum einen um ein Einlassen auf die jeweilige Situation des Patienten, zum anderen aber auch um Wissen, um den Patienten in seiner momentanen Befindlichkeit und in seinen Einschränkungen besser verstehen zu können und mit ihm gemeinsam Versorgungsziele aushandeln zu können. Eine derartige Sichtweise professionellen Handelns, das für alle Gesundheitsberufe ein gemeinsames Handlungsverständnis sein kann, erfordert eine fachliche Expertise sowie kommunikative und emphatische Fähigkeiten. Denn es geht einerseits, eine Balance zwischen instrumentellen Handlungserfordernissen und der für den Behandlungserfolg notwendigen Einflussnahme auf die Situation und Befindlichkeit des Patienten zu finden und andererseits auch zwischen den strukturellen Anforderungen der Arbeitsorganisation und den Standards bzw. Leitideen der Organisation (Wahl 2010: 241).

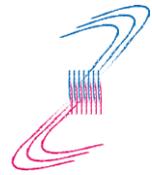


Zudem wurden in der Vorbereitungsphase Instrumente der interprofessionellen Zusammenarbeit zusammengestellt. Diese sollten in der interprofessionellen Fallbesprechung zur Anwendung kommen. Dazu gehörten:

- (1) ICF – International Classification of Functioning: Das ICF-Konzept (World Health Organization, 2001) systematisiert den Therapieplanungsprozess. Im Mittelpunkt des Planungsprozesses stehen nicht die Symptome, sondern die Teilhabe des Patienten am Leben. Teilhabebezogene Rehabilitation erfordert einen interprofessionellen Teameinsatz. ICF kann dabei von allen Berufsgruppen gleichermaßen genutzt werden („gemeinsame Sprache“). Der Patient und die Angehörigen müssen einbezogen werden, um die Teilhabe am Leben in der Familie, der sozialen Gemeinschaft und dem Beruf ermitteln und verbessern zu können. In der Behandlungsplanung werden Körperfunktionen, Aktivitäten, Teilhabe am Leben (Partizipation) und Kontextfaktoren berücksichtigt. Dieses Konzept berücksichtigt den Menschen in seiner Gesamtheit, eingebunden in ein soziales Umfeld, in dem die Teilhabe einen wichtigen Baustein darstellt.
- (2) ICF-Liste nach Canadian Occupational Performance Measure<sup>1</sup> (COPM): Die Liste dient als Leitfaden für ein teilstrukturiertes Interview. Der Patient und die Angehörigen werden befragt, wie sie momentan mit ihrem Alltag zurechtkommen. Es geht um Tätigkeiten, die sie (evtl. zusammen) wieder können möchten, müssen, oder die von ihnen erwartet werden. Interne/externe Kontextfaktoren wie Ressourcen und Hinderungsgründe können einfließen.
- (3) ABEDL – Aktivitäten, Beziehungen, Existentielle Erfahrungen des Lebens: In Pflegeeinrichtungen wird weitgehend das Modell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel (1993/2008) als Orientierungsrahmen genutzt. Einen wesentlichen Teil des Modells stellen die ABEDL Kategorien dar, die für den Pflegeprozess herangezogen werden. Mit Hilfe dieser Kategorien kann überprüft werden, in welchen Bereichen der Patient Pflegebedürfnisse und Pflegebedarfe aufweist. Darauf aufbauend wird die Pflegeplanung in Zusammenarbeit mit Patient/innen und Angehörigen erstellt. Die Pflegemaßnahmen zielen auf das Erreichen weitest gehender Unabhängigkeit und Wohlbefinden. Die Ressourcen, Bedürfnisse und Probleme werden stets für den Patienten und Bezugspersonen transparent gemacht.

---

<sup>1</sup> Law S et al. (1998) Canadian Occupational Performance Measure, 2. Ausgabe. Lizenzierte deutsche Ausgabe 1999, 2. Auflage, Übersetzung: Dehnhard B, Harth A, Meyer A., sowie COPM – Version der Projektgruppe des Neurologisches Krankenhaus München 2002, adaptiert durch das Team der Praxis Prof. Fries, München.



- (4) GAS – Goal Attainment Scaling: GAS ist ein Instrument zur prozessbegleitenden Überprüfung selbstgesteckter Ziele. Zunächst werden konkrete, messbare Ziele schriftlich festgelegt. Anschließend werden Indikatoren benannt, mit deren Hilfe die Zielerreichung überprüft werden kann. GAS fördert Klarheit, Verbindlichkeit und Transparenz bezüglich der gemeinsamen Zielsetzung und der gemeinsamen Intervention. Zudem werden die Zusammenarbeit und das Vertrauen gestärkt. GAS kann die Motivation der Teilnehmer/innen stärken, weil realistische Ziele gemeinsam definiert werden (Schaefer, 2015).

Für die Strukturierung der interprofessionellen Fallbesprechung wurde der Strukturrahmen von Packard et al. (2012) gewählt. (siehe **Cloud-Mappe** [https://drive.google.com/drive/folders/0Bw\\_j\\_TKlkr0QNUpjSnvOU9YUTg?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/0Bw_j_TKlkr0QNUpjSnvOU9YUTg?usp=sharing)).

### **3.3 Entwicklung der Evaluationsinstrumente**

Es wurde ein Prä- und Posttest für die Messung der interprofessionellen Kompetenz in den vier Dimensionen: Selbst- und Fremdbilder, Kooperationswissen, Kooperationsverständnis, Nutzererwartung und Motivation (Unger, 2010) entwickelt. Pro Dimension wurden 15 Statement-Fragen erstellt (für die Dimension Kooperationsverständnis 10 Statement-Fragen). In einer sechsstufigen Likert-Skala („stimme voll und ganz zu“, „stimme überwiegend zu“, „stimme teilweise zu“, „stimme teilweise nicht zu“, „stimme überwiegend nicht zu“, „stimme überhaupt nicht zu“) sollten die Teilnehmer/innen ankreuzen, in wie weit sie dem Statement zustimmen. Für die Messung der Dimension Selbst- und Fremdbilder wurde die Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS<sup>2</sup>) und der Fragebogen des Projektes Ausbildungsqualität in Gesundheitsberufen (AQiG<sup>3</sup>) verwendet. Für die Beurteilung der Dimension Kooperationsverständnis wurde der AQiG-Fragebogen und Attitudes Toward Health Care Teams Scale (ATHCT<sup>4</sup>) verwendet. Für die Messung der Dimension Kooperationswissen wurde der AQiG-Fragebogen sowie zusätzliche Statement-Fragen für die Wissensabfrage der in der Fortbildung vorgestellten Instrumente der interprofessionellen

---

<sup>2</sup> Basierend auf Luecht RM, Madsen MK, Taugher MP, Petterson BJ. Assessing professional perceptions: design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. L Allied Health 1990; 19: 181-91 und McFadyen AK, Maclaren WM, Webster VS. The Interdisciplinary Education Scale (IEPS): an alternative remodelled sub-scale structure and its reliability. J Interprof Care 2007; 21: 433-43. Übersetzung ins Deutsche durch cdn. Med. Lena Weltsch und Dr. med. Ulrich Woermann, Institut für Medizinische Lehre, Universität Bern im Sommer 2014. Übersetzung validiert durch eine siebenköpfige IPE-Expertengruppe.

<sup>3</sup> Vgl. dazu Bals T, Unger A, Technische Universität Dresden.

<sup>4</sup> Vgl. dazu Curran VR, Health O, Kearney A, Button P. Evaluation of an interprofessional collaboration workshop for post-graduate residents, nursing and allied health professionals. Journal of Interprofessional Care 2010; 24(3): 315-318, modifiziert für den ambulanten Bereich.



Zusammenarbeit eingesetzt. Für die Beurteilung der Dimension Nutzererwartung und Motivation wurde der ATHCT verwendet.

Zusätzlich wurde ein Online-Fragebogen zur Erfassung der langfristigen Effekte der Fortbildung entwickelt (Multiplikatorenfragebogen). Dieser bestand aus fünf offenen Fragen zur Erfassung der Kooperationsformen, die nach der Fortbildung in dem individuellen beruflichen Kontext mit anderen Berufen aufgebaut werden konnten.

#### **4. Durchführung**

##### **4.1 Projektverlauf und Änderungen gegenüber der Planung**

Die zweitägige Fortbildung wurde an zwei Terminen angeboten. Der ursprünglich geplante dritte Termin musste aufgrund der geringen Anmeldungszahl der Teilnehmer/innen abgesagt werden. An der ersten Veranstaltung haben sich zehn Teilnehmer/innen und an der zweiten Veranstaltung 15 Teilnehmer/innen angemeldet. Da die interprofessionelle Fortbildung als kostenlose Fortbildung angeboten wurde, erschienen nicht alle Teilnehmer zur Fortbildung. Insgesamt besuchten sechs Teilnehmer/innen die erste Fortbildung und 10 Teilnehmer/innen die zweite Fortbildung.

Die zweitägige Veranstaltung wurde am 26./27. Mai und am 16./17. Juni 2016 als ganztägige Fortbildung durchgeführt. Am ersten Tag wurden theoretische Hintergrundinformationen zum Thema *Interprofessionelle Kompetenz* vorgestellt (Was ist interprofessionelle Kompetenz? Aus welchen Subkompetenzen besteht sie?). Es folgte ein „Vier-Ecken-Gespräch“ zum Rollenverständnis der verschiedenen Professionen in der ambulanten Versorgung von Schlaganfallpatient/innen. Das Ziel dieser Übung war, die Teilnehmer/innen für die Sicht auf das eigene und auf andere Berufsbilder zu sensibilisieren. Ein Perspektivenwechsel sollte die Aufdeckung von Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen den Gesundheitsberufen ermöglichen. Im Verlauf der Übung sollten die Teilnehmer die notwendigen Bestandteile der interprofessionellen Zusammenarbeit erkennen.

Anschließend folgte die Vorstellung der interprofessionellen Instrumente, die die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen erleichtern können (siehe Kapitel 3. Vorbereitung). Die Anwendung der interprofessionellen Instrumente wurde in Übungen erprobt. Am zweiten Fortbildungstag erfolgte die Arbeit an einem konkreten Fall. Die eingeführte Struktur und Instrumente der



interprofessionellen Fallbesprechungen wurden mit Hilfe einer Fallsituation erprobt. Die erfolgten Fallbesprechungen wurden dokumentiert sowie per Video aufgezeichnet<sup>5</sup> und anschließend reflektiert. Die Teilnehmer/innen haben engagiert an den Gruppenübungen und Fallbesprechungen mitgearbeitet.

#### **4.2 Kooperationspartner**

Als Kooperationspartner konnten wir das Zentrum für Forschung, Weiterbildung und Beratung an der Evangelischen Hochschule Dresden (ZFWB) gewinnen, dieses hat das Projekt während der Planung (Teilnehmerakquise) und Durchführung (Bereitstellung der Fortbildungsräume und der benötigten Technik, Versorgung der Teilnehmer/innen mit Getränken) unterstützt.

Prof. Dr. med Jürgen Gräßler (Medizinische Fakultät Dresden) hat das Projekt hinsichtlich der Beantragung der Fortbildungspunkte bei der Sächsischen Landesärztekammer unterstützt.

#### **5. Bewertung der Nachbereitung**

Die durchgeführte Evaluation der Fortbildung ergab, dass verschiedene Aspekte der Fortbildung als positiv bewertet wurden. Zum einen wurde die Möglichkeit zum Austausch mit den verschiedenen Berufsgruppen im ambulanten Bereich als positiv empfunden, weil im ambulanten Sektor nur wenig solcher Austauschmöglichkeiten zustande kommen. Die meisten Fortbildungen sind fachspezifisch. Räume für den interprofessionellen Austausch im ambulanten Bereich sind nicht gegeben und entstehen bisher nur in Eigeninitiative. Die verschiedenen Berufsgruppen benötigten während der Fallbesprechungen viel Zeit, um die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe zu klären (z.B. Was macht ihr in der Ergotherapie konkret?). Es zeigte sich, dass großer Bedarf im Aufbau des Wissens zu Arbeitsweisen und Zuständigkeiten der verschiedenen, in der ambulanten Versorgung von Schlaganfallpatienten eingebundenen Berufe besteht. Weiterhin zeigte sich, dass die eingeführten Instrumente der interprofessionellen Zusammenarbeit als sehr praktikabel für die interprofessionelle Arbeit bewertet wurden. Die meisten Teilnehmer/innen gaben an, dass sie die Instrumente während der Ausbildung nur oberflächlich oder gar nicht kennen gelernt haben und bisher in der praktischen Arbeit nicht einsetzen würden. Die Erarbeitung von Methoden, die alle Berufsgruppen gleichermaßen in Ihrer Arbeit einsetzen können (z.B. ICF-Liste oder GAS) eröffnen neue Möglichkeiten für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Zum Teil wurde deutlich, dass noch mehr Übungsbedarf zur konkreten Anwendung der einzelnen Instrumente besteht. Diese sollten vor der

---

<sup>5</sup> Die interprofessionellen Fallbesprechungen vom 27. Mai 2016 konnten nicht per Video aufgezeichnet werden, weil keine Einverständniserklärung von allen Teilnehmern vorlag.



Durchführung einer interprofessionellen Fallbesprechung in kleinen Übungen erprobt und gesichert werden.

In den durchgeführten interprofessionellen Fallbesprechungen zeigte sich, dass hierzu noch große Unsicherheiten bestehen und dass ausführlichere Übungen zur Anwendung der Instrumente der interprofessionellen Zusammenarbeit durchgeführt werden sollten. Des Weiteren zeigten sich Schwierigkeiten in der Einhaltung der vorgegebenen Struktur einer interprofessionellen Fallbesprechung (Packard et al., 2012), die den Patienten und seine persönlichen Ziele und Ressourcen in den Vordergrund stellt. In folgenden Fortbildungen sollte ein Video eingesetzt werden, in dem eine gelungene und eine misslungene Fallbesprechung gezeigt wird. Mit Hilfe der Kontrastierung der beiden Fallbesprechungen sollten Vorteile und somit die Bedeutung einer patientenzentrierten Fallbesprechung erarbeitet werden. Jeder einzelne Teilnehmer sollte noch vor der Fallbesprechung verstehen, warum eine bestimmte Struktur in der patientenzentrierten Fallbesprechung sinnvoll ist und warum ein willkürliches Vorgehen nicht zu dem gewünschten Ergebnis führt.

Des Weiteren haben die Teilnehmer berichtet, dass der erste Teil der Fortbildung als zu theoretisch empfunden wurde. Dies zeigt, dass die Verknüpfung zwischen dem ersten Teil der Fortbildung und der Fallbesprechung nicht optimal gelungen ist. Nicht allen Teilnehmer/innen ist klargeworden, wie die vorgestellten Instrumente in der praktischen Arbeit angewendet werden können und weshalb sie für die Erleichterung der interprofessionellen Arbeit bedeutsam sind. In den folgenden Fortbildungen könnte die Arbeit an einem konkreten Fallbeispiel schon am Anfang der Fortbildung eingesetzt werden. Die Einführung und Erprobung der Instrumente der interprofessionellen Zusammenarbeit sollte von Anfang an am Fall erfolgen, um die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Inhalten noch klarer zu verdeutlichen. Die für die Teilnehmer/innen erstellte Fortbildungsmappe wurde positiv bewertet. Sie diene der individuellen Nachbereitung und Dokumentation der gewonnenen Erkenntnisse aus der interprofessionellen Fortbildung. Zahlreiche Teilnehmer/innen betonten, dass sie an einer Vernetzung zwischen den verschiedenen Professionen im ambulanten Sektor interessiert seien. Allerdings fehlt es bisher an praktikablen Lösungen, wo und wie die verschiedenen Berufe zusammenarbeiten könnten. Zukünftige Fortbildungen sollten diese Probleme noch stärker aufgreifen und nach Lösungen suchen.



## 6. Zielerreichung

### 6.1 Ergebnisse

Die **quantitative Auswertung** der Prä-Post-Messung ergab eine statistisch signifikante Verbesserung der interprofessionellen Kompetenz nach der Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung in allen vier Dimensionen. In der Dimension Kooperationswissen war die Verbesserung hoch signifikant mit einem p-Wert von .001. In der Dimension Selbst- und Fremdbilder, Kooperationsverständnis und Nutzererwartung und Motivation war die Verbesserung signifikant mit einem p-Wert  $\leq .05$ . Diese Ergebnisse zeigen, dass bereits mit einer Fortbildung von nur zwei Tagen eine signifikante Verbesserung der interprofessionellen Kompetenz der verschiedenen Professionen, die in der ambulanten Versorgung von Schlaganfallpatienten eingebunden sind, erreicht werden kann. Diese dient als Basis für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis.

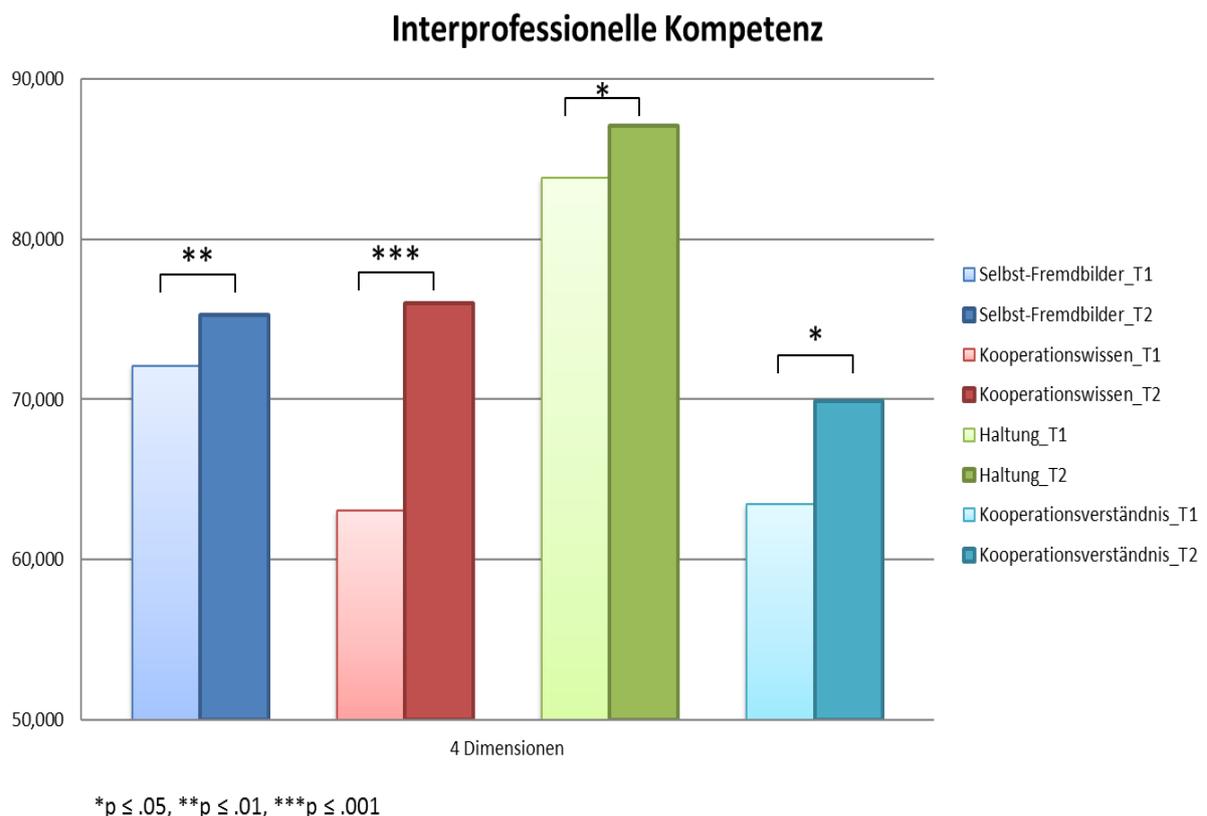
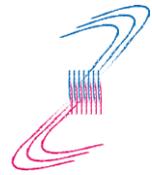


Abb. 1: Ergebnisse zur Erweiterung der Interprofessionellen Kompetenz

Die **qualitative Auswertung** der Fragebögen zur Erfassung der langfristigen Effekte zeigte, dass in etwa die Hälfte der Teilnehmer/innen die erarbeiteten Methoden der interprofessionellen



Zusammenarbeit auch nach der Fortbildung im beruflichen Alltag integriert haben. Sie haben dabei unterschiedliche, jeweils für die konkrete Situation angepasste Kooperationsformen angewendet: Durchführung von interprofessionellen Fallbesprechungen, Aufstellung von Therapiezielplänen unter Berücksichtigung der ICF, Telefonate und Treffen. Die Teilnehmer zeigten, dass sie zahlreiche Ideen und eine hohe Motivation für interprofessionelle Zusammenarbeit aufweisen. Des Weiteren zeigten sie, dass sie nun strukturierter interprofessionelle Zusammenarbeit initiieren können, sobald sie den Bedarf in ihrem beruflichen Alltag entdecken. Gleichzeitig wurde berichtet, dass die Kooperationsbestrebungen nicht immer gelingen, da die Kooperationspartner an einer Zusammenarbeit nur teilweise interessiert sind bzw. keine Vorteile für sich und den Patienten erkennen.

Die qualitative Auswertung des Videomaterials (Fallbesprechungen) ergab, dass die Fortbildungsteilnehmer/innen große Unsicherheiten im Wissen über Zuständigkeitsbereiche und Methoden der unterschiedlichen Berufsgruppen, die in der ambulanten Versorgung von Schlaganfallpatienten eingebunden sind, aufweisen. Während der Fallbesprechungen konnten bestehende Unsicherheiten hierzu abgebaut werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen aus der Veranstaltungsevaluation. Auch hier wurde angegeben, dass die Verantwortungsbereiche und Arbeitsweisen der unterschiedlichen Berufsgruppen im Verlauf der Fortbildung geklärt werden konnten und hierzu nach der Fortbildung größere Sicherheit besteht. Des Weiteren zeigte sich, dass Fachwörter von den Berufsgruppen unterschiedlich gebraucht werden und schnell zu Missverständnissen und Konflikten führen können. In folgenden Fortbildungen sollte dies stärker thematisiert und den Teilnehmer/innen bewusst gemacht werden, damit sie für Missverständnisse dieser Art sensibilisiert sind und sie diese in der Zukunft selbst leichter erkennen.

Große Unsicherheiten zeigten sich in der Anwendung der vorgestellten Instrumente der interprofessionellen Zusammenarbeit. Hierzu sind weitere Übungen mit intensiver Reflexion notwendig (Bewusstmachung der Fehler über Videoauswertung). Des Weiteren fiel es den Teilnehmern schwer, die vorgestellte Struktur der Fallbesprechung umzusetzen. Zu Beginn der Fallbesprechung wurden sofort die Funktionsstörungen des Patienten in den Mittelpunkt gestellt. Dabei sieht die patientenzentrierte Fallbesprechung vor, dass zunächst ermittelt werden soll, inwieweit der Patient am familiären, gesellschaftlichen und beruflichen Leben teilnehmen kann. Erst im zweiten Schritt wird thematisiert, welche Funktionsstörungen ihn am stärksten an der Teilhabe am Leben hindern. Dieser Perspektivwechsel vom funktionszentrierten zur patientenzentrierten



Vorgehen in der interprofessionellen Fallbesprechung fiel den Teilnehmer/innen noch sehr schwer. Auch hier wären mehr Übungen mit einer intensiven Auswertung (Videoreflexion) sinnvoll.

## **6.2 Langfristige Auswirkungen**

Im Rahmen des QuiKaB-Forschungsprojektes wurde eine Cloud-Mappe erstellt. Diese ist unter dem Link [https://drive.google.com/drive/folders/0Bw\\_j\\_TKlkr0QNUpjSnpvOU9YUTg?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/0Bw_j_TKlkr0QNUpjSnpvOU9YUTg?usp=sharing) frei zugänglich. Das aufgeführte Material kann als Grundlage für zukünftige Weiterbildungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit genutzt werden bzw. von Lehrenden im Ausbildungsbereich im Unterricht zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit eingesetzt werden.

Weiterhin ist geplant die im Rahmen des QuiKaB-Forschungsprojektes durchgeführte Fortbildung fest im Fortbildungskatalog des Zentrums für Forschung, Weiterbildung und Beratung an der Evangelischen Hochschule Dresden zu verankern. Die Fortbildung wird in der Zukunft als kostenpflichtige Weiterbildung angeboten.

## **7. Erfüllung der Erfolgskriterien**

In erster Linie konnten die Teilnehmer/innen, die die beiden Fortbildungsmodule absolvierten, das Kooperationswissen und eine gemeinsame Fachsprache entwickeln. Dabei ist die Fallbesprechung ein zentrales curriculares Element, das unabdingbar ist. Darüber hinaus erhielten die Teilnehmer/innen auch Anregungen, wie sie, trotz der fehlenden Strukturen im ambulanten Bereich in Bezug auf institutionalisierte Fallbesprechungen, in ihrem Arbeitsbereich Fallbesprechungen und einen Austausch mit anderen Berufsgruppen initiieren können. Die entwickelten Fortbildungsmodule werden neben der Etablierung der Fortbildung im Fortbildungsprogramm des Kooperationspartners ZFWB gGmbH in die curriculare Gestaltung von Seminaren in der Lehrer/innenbildung für Gesundheitsberufe am Lernort Universität einfließen und Studierende für die interprofessionelle Kooperation sensibilisieren. Lehrer/innen für Gesundheitsberufe haben eine Multiplikatorenfunktion und können die erarbeiteten Inhalte der Fortbildungsmodule in die Bildungsgänge der Gesundheitsberufe curricular verorten. Denn in der Fortbildung zeigte sich, dass der Aufbau eines gemeinsamen Kooperationswissens in den therapeutischen und pflegeberuflichen Ausbildungsgängen nur teilweise curricular verankert ist.



## **8. Öffentlichkeitsarbeit**

### **Aktivitäten und Resonanz**

Im Rahmen des Interprofessionellen Gesundheitskongresses 2016 in Dresden wurde das geplante Projekt und die Zwischenergebnisse in einer Poster Session vorgestellt. Des Weiteren wurden Flyer verteilt, um die Teilnehmer des Kongresses mit dem Projekt und der geplanten Fortbildung bekannt zu machen. Weitere Projekt-Flyer und Einladungen wurden an die verschiedenen Berufsgruppen, die in der ambulanten Versorgung von Schlaganfallpatienten eingebunden sind, per E-Mail-Verteiler verschickt. Darüber hinaus werden zentrale Ergebnisse in einem Artikel, der in der Zeitschrift „Pädagogik der Gesundheitsberufe. Zeitschrift für den interprofessionellen Dialog“ erscheinen wird, veröffentlicht.

## **9. Perspektiven: Langfristige Finanzierungs- und Umsetzungsperspektive**

Der Kooperationspartner *Zentrum für Forschung, Weiterbildung und Beratung an der Evangelischen Hochschule Dresden* wird die im Rahmen des QuiKaB-Forschungsprojektes durchgeführte Fortbildung auch zukünftig am Fortbildungsinstitut anbieten. Die Finanzierung erfolgt dann über Teilnehmer/innenbeiträge. Des Weiteren werden die Evaluationsergebnisse der durchgeführten Fortbildung zur curricularen Weiterarbeit mit diesem Thema aufgenommen und am Lehrstuhl der Antragstellerin wird über interne Forschungs- als auch studentische Qualifizierungsarbeiten die Entwicklung einer theoretischen Grundlage zur Interprofessionellen Kooperation, in der auch Ehrenamtliche und Alltagsbegleiter nach § 87b SGB XI integriert, erarbeitet. Darüber hinaus bestehen bereits Kontakte zur Medizinischen Fakultät Dresden, um die Module auch dort in die Mediziner Ausbildung curricular einfließen zu lassen. Über diese genannten zusätzlichen Bildungsrahmen hinaus (Lehrer/innenausbildung, Mediziner Ausbildung) stehen die Projektunterlagen zur Weiternutzung für andere Bildungsträger per i-cloud-Schulungsmappe zur Verfügung.

Die i-cloud Schulungsmappe ist unter folgendem Link einzusehen:

[https://drive.google.com/drive/folders/0Bwj\\_TKlkr0QNUpjSnpvOU9YUTg?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/0Bwj_TKlkr0QNUpjSnpvOU9YUTg?usp=sharing)