

# Properties, promotive and obstructive conditions of multi-professional teaching and learning of health professions and non-health professions: an explorative survey from the perspective of teachers

## Abstract

**Objective:** Care for people with dementia is considered a multi-professional challenge that requires a collaborative approach between health professionals and non-health professionals. Didactic strategies to ensure the same qualifications across these occupational groups are lacking. This article presents the joint learning of selected properties and promotive and obstructive conditions, using the example of a multi-professional Master's programme. It subsequently draws conclusions for didactic concepts.

**Methodology:** The perceptions of 12 teachers on this Master's programme, all representing different professions, were determined by using a qualitative exploratory survey on the three stated dimensions. With the aid of a summarising content analysis, their statements were condensed and abstracted so as to deduce appropriate requirements for methodical and didactic learning scenarios.

**Results:** In view of the fact that the students have very varied previous knowledge, the main challenge is finding a balance between expertise and tediousness. Establishing essential and common expertise, as well as sensitivity for different perspectives, is made particularly difficult by the fact that health and non-health professions differ greatly in terms of methods and approaches. For a successful outcome, the content focal points and didactic and methodical concepts for a learning group need to take into account the composition of that specific group. Recourse to didactic standard concepts is only possible to a limited extent.

**Conclusions:** The aim of joint teaching and learning of health and non-health professionals is to enhance the understanding of a profession: This is done by making individuals aware of their role in the chain of care, so they can recognise and organise the mutual conditionality of their own and external professional contributions.

**Keywords:** didactic concept, multi-professional learning, didactic methods, dementia, Master's programme

Daniela Schmitz<sup>1</sup>

Ulrike Höhmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Witten/Herdecke University,  
Department of Nursing  
Science, Witten, Germany

## 1. Challenge: Care for people with dementia and didactic issues

Care for people with dementia (PWD) is an organisational task that can only succeed when various occupational groups work together. In doing so, individuals in health professions (HP) must coordinate their action plans, both strategically and in terms of content. They must also always integrate their contributions into the requirements, parameters and consequences of the actions of framework-setting non-health professions (NHP). This is because the direct care provided is always subject to conditions that are established by others, and these actions in turn have consequences for others. For this to be car-

ried out systematically, both the HP and the NHP need to broaden their professional perspectives. At the same time, it should be noted that across different professions' bodies of knowledge and job requirements, the topic of "dementia" is placed on different hierarchical levels. For caregivers, for example, precise and appropriate care in their daily interactions with PWD is of utmost relevance. An architect's work is "only" part of a broader context. For an architect, this takes the form of specific interior design requirements and parameters of a building project. For one's concrete everyday working life, interaction with PWD is only of marginal importance. In order to strengthen collaboration, HP and NHP need to learn to recognise interrelations when dealing with patients and their relatives,

as well as with organisations and societal parameters of care.

### The concept of the Master's programme

The multi-professional in-service Master's programme "Caring for People with Dementia" at the Witten/Herdecke University prepares students for these demands. The course's aim is to train "change agents", who develop a broader understanding of their professional practice and can then purposefully coordinate their work with other professions. In German, change agents are referred to as "Veränderungsagenten" in the Sociology of Professions [1].

Students represent both HP and NHP. They exercise professional activities that are flexible in terms of organisational possibilities. Students are primarily: Nursing scientists, therapists, educators, social workers, as well as medical professionals, economists, technicians, psychologists, historians, journalists, theologians, architects and building designers.

The skills acquired during the programme enable graduates to deal with frequent and unpredictable changes in fields that organise and provide care. The students acquire professional expertise that help them identify the key care-related issues in their fields, and help them coordinate their efforts with other actors and their interests. On this basis they work on multi-professional problem-solving, while taking into account the interrelations when dealing with patients and their relatives, as well as with organisations and societal parameters of care. They are able to implement their solution approaches and evaluate them. All occupational groups learn how to make their professional contributions compatible with other professions [2]. The curriculum describes a bottom-up learning pathway from the micro to the macro level. First a common basic understanding of the phenomenon of dementia as well as nursing and therapeutic basic concepts are developed. Next institutional aspects and communal concepts of care are looked at, which finally lead into the demands that are linked to politics and society as whole. Professionals choose this programme for its flexible self-study phases [3] and the multi-professional learning aspect. They associate individualised skills development with the course. The following example illustrates how joint solutions can be found: An architect, an occupational therapist and a business economist must develop a concept for the lay-out of a common activities room in a new in-patient care facility. The first discussions are about issues related to the colours of the walls and ceiling, the floor covering, the lighting and windows, the furniture and whether the carers need a direct view into the room. Should there be a built-in kitchen or not? Are there any hygiene concerns? After a short space of time the group realises that each member has a different type of resident in mind. Everyone has a different view on how the people can best spend their day there. The following becomes clear: To decide on the design of the room, not only must the overall concept of the care facility be looked into, but

the differentiated parameters of the work procedures and specific requirements must also be taken into consideration.

The joint learning offered to HP and NHP is what makes this programme unique in Germany. This is because care for PWD requires an understanding of the organisational and societal parameters for HP, as well as of how these come about and are configured. Moreover, framework-setting NHP must know what it is like to live with dementia and what care concepts look like in order to understand the consequences of one's own decisions and to create precise and appropriate structures.

### 1.1. Definition of the subject matter: Didactics for multi-professional teaching and learning contexts

Multi-professional course units are becoming increasingly compulsory for medical, therapeutic and care-related study programmes. Didactic concepts have so far only focused on joint learning of health professions and the integration of their respective contributions in professional interactions [4], [5], [6], [7], [8], [9], [10], [11], [12]. This is not sufficient for caring for PWD. Contributions from NHP, whose requirements have consequences for the work of HP, need to be interconnected with the latter. This particularity also means that special didactic concepts are necessary to ensure that all students are equally supported and included. As yet there has been a lack of didactic concepts [13], as well as a lack of a clear understanding of the term "multi-professionalism" [14]. Constructivist didactics are used as a framework model in the programme. Teaching and learning should be understood as individual social constructions. Social constructions from various perspectives are therefore possible. Within these a shared reality which serves as a joint understanding of the subject matter needs to be agreed upon [15]. The challenges of didactic design lie in the bridging between HP and NHP perspectives [16] and in the inevitable encounters between these relatively highly specialised occupational groups. Both have different approaches, coordination requirements and specialised replacement needs with regard to the care for PWD [17]. The complexity results from the interdisciplinary aspect of the learning content and the heterogeneous professions of the teachers and students. The teachers need highly specialised and reflexive skills. They must possess a transdisciplinary approach so as to be able to think beyond their own subjects and the limits of their own professions [18]. They need to reflect on methods and modes of thought from other subject areas, integrate different perspectives, assay syntheses with teachers of other professions, and process these in order to impart learning content. The subjects should be imparted after they are transformed beyond the traditional limits of their discipline [19], [20].

If students can be didactically engaged using their current situation as a starting point, the benefit of joint learning lies in the fact that both groups can mutually integrate

their professional contributions on various levels. Medical professionals do not generally acquire basic knowledge of architecture or urban planning during their studies, and conversely an architect does not receive training in therapeutic fundamentals. Joint knowledge makes it easier for those concerned to decide on appropriate care and parameters.

The aim of this article is to highlight the properties, as well as the promotive and obstructive conditions of joint learning of health professions and non-health professions, and to subsequently deduce design factors for joint learning arrangements.

## 1.2. Literature survey

By means of a systematic literature search, promotive and obstructive parameters of multi-professional learning could be determined. Since multi-professionalism goes beyond health professions in existing literature, research was undertaken using specialist databanks like FIS Bildung, Wiso Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, PSYINDEX, EBSCO, google scholar and PubMed. Finally, other relevant articles were identified using a snowball system. Experience reports, written statements and practice-based project descriptions were excluded. Out of over 500 articles, 96 points of reference for didactically relevant advantageous and obstructive factors were found. Content reviews revealed that 30 of these included concrete analyses. In general, multi-professionalism in medical or nursing contexts takes two or three professions into account. In social work, sometimes healthcare professionals, therapists and caregivers also belong to the multiprofessional team with social workers and administrative workers. The framework that is the most comprehensive in our understanding of the concept is that of school development and child day care. Here framework-setting occupational groups in the fields of housekeeping, building services, politics, public services and administration, as well as parents and others concerned are considered part of a multi-professional team [21], [22].

Obstructive factors originate in professional practices, and are normally the result of poor knowledge, and of presuppositions about other professions that are culturally predetermined or reproduced on a daily basis [23], [24]. In teaching and learning contexts these can have an effect on personal, interpersonal or organisational levels. A failure to appreciate one's own professional role in practice, as well as a lack of occupational safety, can have a negative impact on a personal level [25]. A lack of team spirit, different bodies of knowledge, language (in engineering, for example, the phrase "state of technology" is used instead of "state of research") and modes of thought have an obstructive effect on an interpersonal level [26], [27]. Varying working styles and attitudes to work, unrealistic expectations of groupwork, and a lack of agreement in relation to teamwork can all be obstacles to joint learning [23]. Sometimes power and interpretative hierarchies arise between individual professions and their respective focal points [8], [10]. On an organisational

level other tasks, understandings of situations and targeted activities [28], [29] complicate collaboration.

Promotive factors for multi-professional teaching and learning can have an impact on personal and organisational levels, and can also affect joint learning processes. On a personal level, the heterogeneity of individuals' practical knowledge, training and professional socialisation must be made known and also compatible. To this end, there needs to be a common language and open interaction. For the latter, time and space need to be made available. As for joint learning processes, the important issue is the imparting of knowledge regarding tasks, authority and responsibilities of the professions involved. Upon becoming better acquainted with one another, those involved are able to correct erroneous presuppositions. Promotive factors in inter-professional training lie in the joint and positive learning experiences. They also enable participants to share experiences, they eliminate differences in status, offer opportunities for reflexion, prepare participants for collaborative teamwork, and help cultivate all of the above [23], [16], [4], [6].

Once the factors are established, the question arises of which promotive and obstructive factors also apply to teaching and learning contexts of HP and NHP, and which are the additional specific factors. This is where the exploratory investigation begins. The results of the research are used for comparison and to classify the statements of respondents. The leading research hypothesis for the survey was that, on the one hand, a large number of the promotive and obstructive factors are also relevant to this context and that, on the other hand, due to the broader group of actors, some factors need to be qualified and new ones also apply.

## 2. Method – qualitative exploratory survey

### Research gap and procedure

The qualitative exploratory survey should contribute to reducing the research gap regarding joint learning of HP and NHP, which are expected to have an effect on the chain of care. Previous research approaches have only looked at the joint learning of two or three HP. For that reason, an exploratory, qualitative and written survey for teachers was developed for the joint learning of these occupational groups. It was carried out from 05.02-22.02.2015. The explorative approach takes the lacking, specific didactical concepts for this particular educational setting into account.

### Sample

Survey recipients were teachers who had been working for the programme on a long-term basis (n=23), and who had taught for the programme for at least three semesters since it began in 2012. The teachers were contacted by e-mail.

## Material

Using the existing literature as a base, the teachers were presented with 6 written questions that related to key didactic issues of multi-professional teaching and practice. The questions were each subdivided into 3 questions to allow for descriptions of the phenomenon of multi-professionalism, as well as assessments of promotive and obstructive factors in teaching and learning. For example: "In your interactions with students, in which contexts do you notice their different multi-professional backgrounds? Please give examples." and "In your experience while teaching, in which situations did multi-professionalism promote joint learning processes?"; factors that obstructed processes were also asked about. Asking about concrete situations makes it easier for respondents to recall concrete experiences. The teachers formulated their answers giving examples in sentence form using the Word template, and then sent them back via e-mail.

## Analysis

The survey data was assessed by means of a Mayring content analysis using a deductive summarising technique [30], in which statements were paraphrased and condensed into categories. To synthesise the processed data, dimensionally summarised requirements for a didactic concept were then deduced. These requirements are considered significant for supporting all professions in the same way, integrating them into the learning process and maintaining everybody's interests in the overall process. The presentation of the results is based on indicators of properties, and of promotive and obstructive conditions.

## 3. Selected results

After a participation reminder, the response rate of the survey was 52%, which meant 12 teachers.

The teachers asked in advance to provide information about their professions. Some assigned themselves more than one profession because they had additional qualifications. The number of profession assignments in Table 1 is therefore higher than the number of respondents. 5 of the 12 teachers assigned a total of 13 different professions to themselves, and thus possess an "inherent" multi-professionalism.

Next, specific factors of multi-professionalism from the perspectives of the teachers are presented. These go beyond the general influencing variables stated in the literature.

### 3.1. "Differentiated previous knowledge and professional tasks: the tediousness of highly specific specialist knowledge" – Properties of multi-professional teaching and learning (11 mentions from 7 teachers)

The perception and description of the phenomenon of multi-professionalism for most of the teachers is characterised by the essential need that all teachers feel to find a balance between tediousness and individually specific expertise. Content also needs to be relevant for all occupational fields. The teachers emphasise that different levels of knowledge lead to different expert roles, which the teachers then need to incorporate into their teaching. These varying *levels of knowledge and heterogeneous fields of relevance* become apparent, for example, in different content-relevant categories of dealings with the phenomenon of dementia. The results show that students use profession-specific categories when they discuss and present course content, and also use profession-specific assessment criteria: "if a student has a background in nursing science, she will initially use technical terms when describing an example, and reasons using concepts from her specialised background" (Teacher 6).

Therefore the students, depending on the learning content, are *sometimes experts and sometimes novices* in individual fields of knowledge. Each profession plays both roles in the programme. It depends on which field of knowledge is being focused on, and on how deep and broad the professional previous knowledge is. This is described by Teacher 3 using the following example: "there are big differences in knowledge about and openness towards economic thinking and technical solutions to support care work." A positive attitude on the part of the students towards individual course units is necessary here. This can be seen in their openness towards knowledge and notions that are foreign to their fields. They also must accept content that may only be marginally directly relevant to their occupational groups. At the same time, students have to accept that when it comes to content that is specific to their fields, they will "only" update their levels of knowledge.

The multi-professionalism of students is seen in the results, and especially in the differences: They have *different conceptions and skills with regard to scientific work and the understanding of their professions*. Their working styles vary in terms of autonomy, research skills, processing of content as well as presentation techniques. For all profession-related differences, the reference value of the number of students in each cohort (around 15) is not sufficient to be able to indisputably attribute these differences to the disciplines that the students were initially trained in.

The survey showed that from a didactic perspective and from the teachers' point of view, individual professions can be capitalised by establishing specific profession-related anchors that serve as connecting factors. For example, the PICOS schema was mentioned by teachers

**Table 1: Professions of the 12 teachers (N=20, multiple assignments)**

Multiple assignments of professions	Frequency
Nursing science/Therapy	5
Sociology	5
Education	3
Economics	3
Psychology	2
Architecture and Building Design	1
Theology	1
Social Work	1
Engineering	1
Medicine	0 von 3 (no response)
Law	0 von 1 (no response)
Politics/Administration	0 von 1 (no response)
N teachers	12 (7 mentioning one profession), 5 with multiple assignments)
N mentions	22

as being a profession-related anchor for medicine and nursing, and sometimes for therapists, in research-related topics. Outside of medicine and nursing, that is, in non-health professions there is no need for this. This is due to profession-specific research logic and the complexity of research questions. Another example from the results is the subject of relationship structures. In this regard relationship dynamics and early childhood relationship experiences serve as an anchor for psychologists, educators and social workers. An anchor for architects and engineers is social design. Depending on the learning content, teachers and students can address profession-specific aspects as novices or experts, discuss them together in a problem-solving way with the occupational groups, and externalise profession-specific matters of fact.

### 3.2. "Develop common understanding" - promotive conditions of multi-professional teaching and learning (9 mentions from 8 teachers)

According to the teachers, for the fostering of multi-professional learning processes it is important to create opportunities for the different students to make specific contributions based on their *profession-related individual experiences, actions and expertise*. For example, "in discussions during the seminar, nursing concepts that are very familiar to most students are mentioned. Students from other disciplines ask about the concepts and wish to have them explained. In this context, the explanation helps everyone develop a common understanding of the concept. Often it becomes obvious that seemingly shared fundamental knowledge was not as clear as it was thought to be." (T6) *Further developing one's own professional expertise and aligning this at the same time with other perspectives is a main priority here*. Dealing with complex problems and joint project work were also rated as particularly suitable in the results. Joint learning is further promoted through a targeted and animated changing of roles, which involves students with expert knowledge also becoming teachers for certain content. Here the issue is about knowing concepts from other professions and making one's own view of problems

compatible. It is also important to define requirements, consequences and action parameters. Another example from the results is that teachers seek all perspectives in regard to the learning content, and should encourage students to compare and expand their perspectives. The aim here should be to develop a *common understanding of the learning content*.

### 3.3. "How much do I need to know about it, although I'm not an architect?" - Barriers to multi-professional teaching and learning (12 mentions from 11 teachers)

Teachers also state factors that can make multi-professional learning processes difficult. These concern the well-known problems that arise when individuals do not manage to establish mutual respect for and trust in others' abilities, and differences in the power of interpretation, trust, hierarchies and specialist fields of the respective professions cannot be bridged. At the same time, three teachers indicated that this turned out to be less difficult in classroom interactions than in everyday working situations. In everyday working situations, it is more common for people to step back than to look for compatibility. From this we can deduce that things often depend on the *everyday working lives of the students*. Study exercises that are didactically laid out in the curriculum *can only have a limited influence* on whether the economic relevance of the acquirement of knowledge becomes an interest benchmark, instead of the description of concrete care tasks.

The composition of learning groups is particularly seen as a determining factor among the teachers in the survey: Four teachers point to the significance of approximate *quantitative equilibria of the professions* in the learning groups. "When the majority of the students come from one discipline and only a few others belong to other disciplines, it often becomes tedious to repeatedly explain concepts to individual students that the majority are already familiar with. When many disciplines are represented, there is a much greater willingness to become involved in new and different concepts, and to explain these. Then there is usually a consensus that people can learn from each other. In the first case, there is a greater

impression that individuals have to 'go along with it.'" (Example from Teacher 6). It can be different when it comes to non-fundamental knowledge. Profession-specific content can be delegated to the respective profession-experts, in the sense that everyone holds some responsibility, but this is where one's own responsibility stops. In discussions or groupwork phases, reservations or know-all attitudes can block learning processes or even lead to a situation in which there is no agreement and no jointly coordinated result. Finally, learning processes can be slowed down if demarcations are constantly redefined and if roles need to be discussed frequently.

The survey shows that teachers in situations that cannot be structurally modified have to look for acceptable rules and compensation mechanisms for the group. Dynamic teaching and learning methods can be helpful, that is, methods that strengthen the roles of individuals in the groupwork phases. In addition to the consideration of individuality, what also plays a role is how well teachers manage to take the cultural characters of their students' professions into account. In order to mitigate distinct obstructive factors, teachers must be able to show a high degree of personal initiative, and the learning content must arouse curiosity among all professions. There are no didactic standard concepts for these particular learning situations.

## 4. Discussion

In this section we focus on the promotive factors of multi-professional learning of HP and NHP (a&b) and discuss the associated didactic implications for studies and methods for multi-professional learning sequences (c&d).

### a) Structure and adjustment of shared knowledge bases

The structure of a shared knowledge base is formed by *profession-specific linguistic categories*. Teachers need to work out that, for example, economists and architects call on other treatment relevant categories to the description of the phenomenon of dementia, such as caregivers and doctors. Implicit professional matters of fact, however, according to H. Garfinkel's ethnomethodology, only become known when others go against them when the point is being discussed. On that point, suitable controlled "contraventions" to profession-specific matters can be purposefully brought about and made productively useful for the group.

In addition these differences need to be mutually comprehensible and common understandings of purpose need to be established. Thus for an architect, for example, the subject of orientation in space is of key importance. For nursing staff, it is rather daily dealings with defiant behaviour. The composition of a learning group is a determining factor. Despite curriculum specifications, it is difficult to determine in advance which occupational fields, experiences, knowledge bases and orientations the students

will bring with them, and which of these merit particular attention as parameters.

A common reality construction [15] to serve as a "common boundary of understanding" [31] must be agreed upon. To this end, fundamental texts which help prepare students for classes are advisable for all participants, because a medical professional generally learns nothing about building design in his/her studies. Working with fundamental texts can happen because the lack of basic knowledge of many professions is made up for by their practical knowledge. It is fundamentally different to learning in undergraduate programmes, and here it can be productively used as a central method for shared learning. The breadth and depth of joint topic discussion can be different depending on the composition of the learning group. In the first step it is necessary to establish a common body of knowledge that includes the varying perspectives and actively makes participants aware of unchallenged guiding concepts. In the care for PWD, these requirements are associated with HP and NHP who are concerned with how PWD live in the community, and how shops and neighbourhoods can be incorporated, with the aim of, for example, avoiding self-endangerment.

### b) Reflective practical knowledge and changing roles

The survey of teachers made clear that with regard to the promotive factors, *role-changing* between students and teachers was significant. So was the *contribution of practical knowledge that came about from reflexion*. In terms of method, this can be initiated by questions that clear up confusions regarding the learning content and the understanding of terms. The professionals are constantly invited to describe their specialised expertise as if they were perceiving it from the outside, and to describe the effects that their own actions have on others. To make comparisons, the concerned professions are asked [21], [22] which concrete effects they experience and to what extent both perceptions coincide. Moreover, the individual social constructions [36] are identified through dialogue. They are identified as reciprocal requirements, parameters and consequences of respective actions.

### c) Special relevance of project-based learning

Within the framework of multi-professional project-based learning, profession-related categories and commonalities in research processes become evident [23], [32]. Project-based learning is structured using a research cycle [33]: First a question that makes sense to all participants must be developed. Next, a common understanding of the problem and subject matter using a shared analytical orientation framework is developed. After comparing the varying research understandings, a research design, to make sure there is a common approach, is determined. In project work, the students can discuss problem-solving from various angles, and develop and test compatible implementation strategies. They thus acquire skills to reflexively explain profession-related working styles and

procedural techniques (e.g. in project development), and to define goals within development projects. Continuous and guided reflection should therefore be a part of project-based learning in all its phases. The value of project-based learning lies in the mastering of reciprocal coordination processes and finding common solutions, which ideally represent the specialised expertise of the professions involved [34]. In addition, the relevance of requirements and consequences of actions of other professions in a practically real professional environment become clear. Real collaboration conditions are also taken into account - in contrast to other multi-professional learning that ignores everyday realities.

#### d) Methods for multi-professional learning sequences

If very common teaching and learning methods are analysed taking into account the demands for perspective adjustments, the following examples are suitable for multi-professional learning: collegial consulting, creativity techniques, simulation games, podium discussions or multi-perspective case studies. Project work, research-based learning, creativity techniques, podium discussions, simulation games and case studies should therefore be included in the toolboxes of teachers who work with multi-professional learning groups. An quintessential learning sequence is a multi-professional podium discussion. In the preparation for this, individual perspectives are enhanced, tasks and responsibilities are negotiated, and there is an exchange of expectations and objectives. In the discussion, conditions of one's own actions and consequences for the actions of others become apparent. Profession-specific viewpoints and matters of fact can be identified in the analysis and reflection phases of the discussion. The aim of multi-professional learning sequences must be to broaden students' perspectives and ultimately to promote communication between individual social constructions.

## 5. Conclusions

For needs-based care for PWD, the most important factor is ultimately the mastering of a systematic multi-professional interconnection of perspectives. This can be seen when looking at requirements and parameters that other occupational groups create for their own actions, as well as in the sensitivity and perception of consequences of one's own actions for others. The highest teaching objective of multi-professional learning is therefore the realisation that actions are always affected by others' conditions and also have an impact on others. This premise makes it possible to appreciate the advantages brought by heterogeneous occupational groups, and to impart complex knowledge regarding problem-oriented care. Only when the occupational groups integrate the understandings of their professions into societal realities and working conditions can they bring together relevant requirements into this understanding.

Due to the small sample size, there are limitations to the transferability of these didactic approaches to other teaching and learning contexts. Nevertheless, approaches of individual methods can still be employed in other teaching and learning contexts that involve two or three professions [23], [9], [11], [12], [35], [36], [37]. However, the concept components for multi-professional teaching and learning of HP and NHP that are presented here are still relevant. The aim is to come up with a comprehensive understanding of the care-related design requirements and problem-solving between the two groups [2].

Limitations arise due to the exploratory nature of the issue. Fundamentally, there are similar results in multi-professional contexts concerning occupational groups within one field. HOWEVER, here there are additional challenges, such as varying professional understandings of the phenomenon of care for PWD. In addition, all professionals need to learn that their everyday work can only function as part of an interdependent network of personal, organisational and greater societal requirements. They must constantly allow themselves to think beyond their own practical work and consider care contexts and chains of action, and thus develop a new, broader understanding of their profession.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

1. Beck U, Brater M, Daheim H. *Soziologie der Arbeit und Berufe*. Reinbek: Rowohlt; 1980.
2. Höhmann U, Schmitz D, Lautenschläger M, Inhester O. Neue Perspektiven: Interprofessionelle Zusammenarbeit für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz. *Mabuse*. 2015;216:50-51.
3. Buchegger B. E-Learning – Chance oder erhöhte Belastung? Wahrnehmung von berufsbegleitend Studierenden. *ZFHE*. 2009;4(2):23–34.
4. Quandt M, Schmidt A, Segarra L, Beetz-Leipold C, Degirmenci Ü, Kornhuber J, Weih M. Wahlfach Teamarbeit. Ergebnisse eines Pilotprojektes. *GMS Z Med Ausbild*. 2010;27(4):Doc60. DOI: 10.3205/zma000697
5. Stöbel U, Kälble K, Kaba-Schönstein L. Multiprofessionelle Ausbildung im Medizinstudium: Konzepte, Begründungen und Ergebnisse am Beispiel des Unterrichtsprojekts MESOP\*. *GMS Z Med Ausbild*. 2006;23(2):Doc34. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000253.shtml>
6. Barr H. The NHS. New collaborations and new agenda for education. *J Interprof Care*. 2000;14(1):81-86. DOI: 10.1080/jic.14.1.81.86
7. Brashers VL, Curry CE, Harper DC, Mc Daniel SH, Pawlson G, Ball JW. Interprofessional health care education: Recommendations of the National Academies of Practice Expert Panel on health care in the 21st century. *Issue Interdisciplin Care*. 2001;3(1):21-32.

8. Dombeck M. Professional personhood: Training territoriality and tolerance. *J Interprof Care*. 1997;11(1):9-21. DOI: 10.3109/13561829709040239
9. Freeman M, Miller C, Ross N. The impact of individual philosophies of teamwork on multiprofessional practice and the implications for education. *J Interprof Care*. 2000;14:237-247
10. Gilbert JH, Camp II RD, Cole CD, Bruce C, Fielding DW, Stanton SJ. Preparing students for interprofessional teamwork in health care. *J Interprof Care*. 2000;14(3):223-236. DOI: 10.1080/jic.14.3.223.235
11. Lützenkirchen A. Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Gruppendyn Organisationsberat*. 2005;36(3):311–324. DOI: 10.1007/s11612-005-0134-x
12. Barr H, Low H. Interprofessional Education in Pre-registration Courses. A CAIPE Guide for Commissioners and Regulators of Education. Fareham: CAIPE; 2012. Zugänglich unter/available from <http://caipe.org.uk/silo/files/caipe-guide-for-commissioners-nd-regulators-of-eduction-.pdf>
13. Dittmann C, Kreutz M, Meyer R. Gefilterte Fahrstuhleffekte?! Herausforderungen des berufsbegleitenden Studiums in der Perspektive berufserfahrener Lernender. *Bwpat*. 2014;26. Zugänglich unter/available from: [http://www.bwpat.de/ausgabe26/dittmann\\_etal\\_bwpat26.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe26/dittmann_etal_bwpat26.pdf)
14. Mahler C, Gutmann T, Karstens S, Joos S. Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice. *GMS Z Med Ausbild*. 2014;31(4):Doc40. DOI: 10.3205/zma000932
15. Jank W, Meyer H. Didaktische Modelle. Berlin: Cornelsen Scriptor; 2002.
16. Roodbol PF. Multiprofessional education to stimulate collaboration: a circular argument and its consequences. *GMS Z Med Ausbild*. 2010;27(2):Doc28. DOI: 10.3205/zma000665
17. Speck K, Olk T, Stimpel T. Auf dem Weg zu multiprofessionellen Organisationen. In: Helsper W, Tippelt R (Hrsg). *Pädagogische Professionalität*. Beiheft 57, Zeitschrift für Pädagogik. Weinheim u.a.: Beltz; 2011. S.184-201.
18. Chandratilake M. From the professionalism of a profession to the professionalism of a multiprofessional team. *Med Educ*. 2014;48(4):345-347. DOI: 10.1111/medu.12418
19. Jungert M, Romfeld E, Sukopp T, Voigt U. *Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme*. 2. Aufl. Darmstadt: WBG; 2013.
20. Maihofer A. Inter-, Trans- und Postdisziplinarität. Ein Plädoyer wider die Ernüchterung. In: Kahlert H (Hrsg). *Quer denken - Strukturen verändern. Gender studies zwischen Disziplinen*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS; 2005. S.185–202.
21. Wichmann M. Vom Einzelkämpfertum zur Kooperationskultur - multiprofessionelle Teamarbeit an Ganztagschulen. In Erdsiek-Rave U, John-Ohnesorg M (Hrsg). *Individuell Fördern mit multiprofessionellen Teams*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2014. S.60–64
22. Wulfekühler, H. Grundlagen interprofessioneller Zusammenarbeit in der Kindertagesbetreuung. In: Wulfekühler H, Maykus, S, Rietmann S, Renic M (Hrsg). *Interprofessionalität in der Tagesbetreuung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2013. S.51–85. DOI: 10.1007/978-3-531-19590-2\_3
23. Treuheit W. *Interdisziplinarität in der Lehre*. Schriftenreihe Wissenschaft und Technik, Band 72. Darmstadt: Technischen Hochschule Darmstadt; 1996.
24. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3): CD000072.
25. Bennett-Emslie G, McIntosh J. Promoting collaboration in the primary care team-the role of the practice meeting. *J Interprof Care*. 1995;9(3):251–256. DOI: 10.3109/13561829509072155
26. Atkins JM, Walsh RS. Developing shared learning in multiprofessional health care education: for whose benefit? *Nurse Educ Today*. 1997;17(4):319-324. DOI: 10.1016/S0260-6917(97)80063-9
27. Kaba-Schönstein L, Kälble K. *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP*. Frankfurt: Mabuse; 2004.
28. Garms-Homolová V, Schaeffer D. *Medizin und Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998.
29. Höhmann U, Schulz B, Müller-Mundt G. *Qualität durch Kooperation*. Frankfurt: Mabuse; 1997. Kap. 1.4; Kap. 2.2.3.
30. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz; 2003.
31. Star SL, Griesemer J. Institutional ecology, translations, and coherence: amateurs and professionals in Berkley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939. *Soc Stud Sci*. 1989;19:387-420. DOI: 10.1177/030631289019003001
32. Höhmann U. *Versorgungskontinuität durch Kooperative Qualitätsentwicklung und abgestimmtes Trajektmanagement*. Hallesche Schriften zur Pflegewissenschaft, Band 2. Halle: Universität Halle; 2002. Kap.6, Kap.7.2.
33. Huber L. *Forschungsbasiertes, Forschungsorientiertes, Forschendes Lernen: Alles dasselbe? Ein Plädoyer für eine Verständigung über Begriffe und Unterscheidungen im Feld forschungsnahen Lehrens und Lernens*. HSW. 2014;1+2:22-29.
34. Finch J. Interprofessional education and teamworking: a view from the education providers. *BMJ*. 2000;321(7269):1138-1140. DOI: 10.1136/bmj.321.7269.1138
35. Miller C, Ross N, Freeman M. *Shared learning and clinical teamwork. New directions in education for multiprofessional practice*. London: English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting; 1999.
36. Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S et al. Position statement GMA Committee-"Interprofessional Education for the Health Care Professions". *GMS Z Med Ausbild*. 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964
37. Celenza A, Lake F, Carr SE. Establishing an integrated multiprofessional skills training programme. *Med Teach*. 2010;32(1):41-45. DOI: 10.3109/01421590902810786
38. Headrick LA, Wilcock PM, Batalden PB. Interprofessional working and continuing medical education. *BMJ*. 1998;316(7133):771-774. DOI: 10.1136/bmj.316.7133.771
39. Thistlethwaite J, Moran M. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *J Interprof Care*. 2010;24(5):503–513. DOI: 10.3109/13561820.2010.483366

#### Corresponding author:

Dr. phil. Daniela Schmitz  
Witten/Herdecke University, Department of Nursing  
Science, Stockumer Str. 12, D-58453 Witten, Germany,  
Phone: +49 (0)2302/926-216  
[daniela.schmitz@uni-wh.de](mailto:daniela.schmitz@uni-wh.de)



**Please cite as**

Schmitz D, Höhmann U. Properties, promotive and obstructive conditions of multi-professional teaching and learning of health professions and non-health professions: an explorative survey from the perspective of teachers. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc26.

DOI: 10.3205/zma001025, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010258

**This article is freely available from**

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001025.shtml>

**Received:** 2015-08-13

**Revised:** 2016-02-27

**Accepted:** 2016-02-27

**Published:** 2016-04-29

**Copyright**

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

# Besonderheiten, Bedingungsfaktoren und Barrieren multiprofessionellen Lehrens und Lernens von Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufen: Eine explorative Befragung aus Sicht der Lehrenden

## Zusammenfassung

**Zielsetzung:** Die Versorgung von Menschen mit Demenz gilt als multiprofessionelle Herausforderung, die eine kollaborative Gestaltung der Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufe erfordert. Didaktische Konzepte zur gemeinsamen Qualifizierung dieser Berufsgruppen fehlen. Der Beitrag zeigt ausgewählte Besonderheiten, Barrieren und Bedingungsfaktoren deren gemeinsamen Lernens am Beispiel eines multiprofessionellen Masterstudiengangs auf und zieht Konsequenzen für didaktische Konzepte.

**Methodik:** Die Einschätzungen von 12 Lehrenden dieses Masterstudiengangs, die unterschiedliche Professionen repräsentieren, wurden mit einer qualitativ-explorativen Befragung zu den genannten drei Dimensionen ermittelt. Mit Hilfe einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurden deren Aussagen kondensiert und abstrahiert, um Anforderungen an geeignete methodisch-didaktische Lernszenarien abzuleiten.

**Ergebnisse:** Vor dem Hintergrund sehr divergierenden Vorwissens der Studierenden besteht die zentrale Herausforderung darin, eine Balance zwischen Expertise und Langeweile zu finden. Das Herstellen notwendiger gemeinsamer Gegenstandsverständnisse und Sensibilität für unterschiedliche Perspektiven ist besonders dadurch erschwert, dass Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufe sich in ihren Arbeits- und Herangehensweisen stark unterscheiden. Zur Zielerreichung sind je nach Zusammensetzung der Lerngruppe unterschiedlich konturierte inhaltliche Schwerpunkte und didaktisch-methodische Konzepte notwendig. Ein Rückgriff auf didaktische Regelkonzepte ist nur begrenzt möglich.

**Schlussfolgerungen:** Das gemeinsame Lehren und Lernen von Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufen zielt auf ein erweitertes Berufsverständnis ab: Durch die Wahrnehmung als Teil der Versorgungskette, die wechselseitige Bedingtheit der eigenen und fremden Professionsbeiträge zu erkennen und zu gestalten.

**Schlüsselwörter:** didaktisches Konzept, multiprofessionelles lernen, didaktische Methoden, Demenz, Masterstudiengang

## 1. Herausforderung: Versorgung von Menschen mit Demenz und didaktische Fragestellung

Die Versorgung von Menschen mit Demenz (MmD) ist eine Gestaltungsaufgabe, die nur durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen gelingen kann. Dabei müssen Gesundheitsberufe (GB) ihre Handlungskonzepte inhaltlich und strategisch abgleichen und ihre Beiträge immer in Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und

Folgen des Handelns von rahmensetzenden Nicht-Gesundheitsberufen (NGB) einordnen. Denn die direkte Versorgungspraxis ist immer in Bedingungen eingebunden, die andere herstellen, und das eigene Handeln erzeugt wiederum Folgen für andere. Um dies systematisch zu realisieren, müssen sowohl die GB als auch die NGB ihre Berufsperspektive erweitern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Thema „Demenz“ bei allen Professionen innerhalb deren Wissenskorpus und beruflichem Anforderungsprofil auf einer anderen Hierarchieebene angesiedelt ist. Für Pflegende beispielsweise hat die passgenaue Versorgung in der täglichen Interaktion mit MmD zentrale Handlungsrelevanz. Für einen Architekten ist das Thema

Daniela Schmitz<sup>1</sup>

Ulrike Höhmann<sup>1</sup>

1 Universität Witten/Herdecke,  
Department für  
Pflegerwissenschaften, Witten,  
Deutschland

„nur“ in einen erweiterten Kontext eingebettet, welches sich für ihn in spezifischen Anforderungen an die Raumgestaltung und in Rahmenbedingungen für ein Bauprojekt äußert. Die Interaktion mit MmD hat für den konkreten Berufsalltag nur untergeordnete Bedeutung. Zur Stärkung einer kollaborativen Praxis müssen GB und NGB, die Wechselwirkungen im Umgang mit Klienten und ihren Angehörigen, mit Organisationen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Versorgung erkennen lernen.

### Das Studiengangskonzept

Auf diese Anforderungen bereitet der multiprofessionelle, berufsbegleitende Masterstudiengang „Versorgung von Menschen mit Demenz“ an der Universität Witten/Herdecke vor. Ziel ist es, „change agents“ auszubilden, die ein erweitertes Verständnis ihrer Berufspraxis entwickeln und zielgerichtet mit dem Handeln anderer Berufe abstimmen. Change agents werden in der Professionssoziologie als Veränderungsagenten bezeichnet [1].

Studierende kommen sowohl aus GB als auch NGB. Sie arbeiten in Tätigkeitsfeldern mit organisationsbezogenen Gestaltungsmöglichkeiten. In erster Linie sind es: Pflegewissenschaftler, Therapeuten, Pädagogen, Sozialarbeiter, weiterhin Mediziner, Ökonomen, Techniker, Psychologen, Historiker, Journalisten, Theologen, Architekten und Bauplaner.

Die im Studiengang erworbenen Kompetenzen erlauben die Bewältigung häufiger und unvorhergesehener Veränderungen in Feldern der Versorgungsgestaltung. Die Studierenden erwerben Fachkompetenzen, mit denen sie in ihren Berufsfeldern die zentralen Fragen der Versorgung identifizieren und mit relevanten Akteuren und ihren Interessen abstimmen. Auf dieser Grundlage erarbeiten sie multiprofessionelle Problemlösungen unter Berücksichtigung von Wechselwirkungen im Umgang mit Klienten und Angehörigen, Organisationen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Sie können ihre Lösungsansätze implementieren und evaluieren. Alle Berufsgruppen lernen, ihre Praxisbeiträge an die anderer Professionen anschlussfähig zu machen [2]. Das Curriculum beschreibt einen aufbauenden Lernweg von der Mikro- zur Makroebene. Zunächst werden ein gemeinsames Grundverständnis zum Phänomen Demenz sowie pflegerische und therapeutische Grundkonzepte erarbeitet. Es schließen sich institutionelle Aspekte und kommunale Konzepte der Versorgung an, die letztendlich in politische und gesamtgesellschaftliche Anforderungen münden.

Die Professionen entscheiden sich für den Studiengang auf Grund der flexiblen Selbstlernphasen [3] und des multiprofessionellen Lernens. Sie verbinden damit eine individuelle Kompetenzentwicklung. Das folgende Beispiel veranschaulicht die Erarbeitung gemeinsamer Lösungen: Ein Architekt, eine Ergotherapeutin und ein Betriebswirt sollen ein Konzept zur Gestaltung eines Tages- und Beschäftigungsraum in einer neu zu errichtenden stationären Pflegeeinrichtung entwickeln. Die ersten Diskussionen behandeln Fragen der farbigen Gestaltung von Wänden und Decke, dem Fußbodenbelag, um Licht und

Fenster, um Möblierung und um die Frage, ob die Pflegenden einen direkten Einblick benötigen. Soll die Küche integriert werden oder besser nicht? Gibt es da hygienische Bedenken? Nach kurzer Zeit merkt die Gruppe, dass jeder offensichtlich andere Bewohner vor Augen hat. Jeder hat eine andere Vorstellung davon, wie die Menschen dort am besten den Tag verbringen sollen. Klar wird: Für die Gestaltung des Raumes muss sowohl das Gesamtkonzept der Einrichtung erfragt werden, die differenzierten Rahmenbedingungen der Arbeitsabläufe und die spezifischen Anforderungen an tägliche Interaktionen berücksichtigen.

Der Studiengang ist aufgrund des gemeinsamen Lernens von GB und NGB deutschlandweit einzigartig. Denn die Versorgung von MmD erfordert, die Rahmenbedingungen auf der Organisations- und gesellschaftlichen Ebene für GB verständlich zu machen, wie diese entstehen und gestaltet werden. Zudem müssen rahmensetzende NGB wissen, was es bedeutet, mit einer Demenz zu leben und wie Versorgungskonzepte aussehen, um die Konsequenzen der eigenen Entscheidungen zu verstehen und passgenaue Strukturen zu schaffen.

### 1.1. Gegenstandsbestimmung: Didaktik für multiprofessionelle Lehr-/Lernkontexte

Multiprofessionelle Lerneinheiten werden zunehmend obligatorisch für die Ausbildung in medizinischen, therapeutischen und pflegebezogenen Studiengängen. Didaktische Konzepte fokussieren bisher nur das gemeinsame Lernen von Gesundheitsberufen und die Einordnung ihrer jeweiligen Praxisbeiträge in beruflichen Interaktionen [4], [5], [6], [7], [8], [9], [10], [11], [12]. Für die Versorgung von MmD reicht dies nicht aus. Hier müssen die Beiträge von NGB, deren Voraussetzungen und Folgen für das Handeln der GB miteinander verzahnt werden. Diese Besonderheit macht auch besondere didaktische Konzepte erforderlich, um alle Lernenden gleichermaßen zu fördern und zu beteiligen. Bisher fehlen passende didaktische Konzepte [13], die zudem mit einem klaren Begriffsverständnis von Multiprofessionalität arbeiten [14].

Im Studiengang dient die konstruktivistische Didaktik als Rahmenmodell. Lehren und Lernen sind als individuell eigentätige soziale Konstruktionen zu begreifen. Demnach sind soziale Konstruktionen vielfältiger Perspektiven möglich, in denen eine gemeinsame Wirklichkeit, als gemeinsames Gegenstandsverständnis, auszuhandeln ist [15]. Die Herausforderungen der didaktischen Gestaltung liegen in der Brückung der Perspektiven von GB mit NGB [16] und im unausweichlichen Zusammentreffen dieser relativ hoch spezialisierten Berufsgruppen, mit jeweils unterschiedlichen Zugängen, Abstimmungserfordernissen und fachlichen Austauschbedarfen zur Versorgung von MmD [17]. Die Komplexität ergibt sich aus der Interdisziplinarität der Lerninhalte und den heterogenen Professionen der Lehrenden und Lernenden. Die Lehrenden benötigen hohe fachliche und reflexive Kompetenzen. Sie müssen eine transdisziplinäre Haltung besitzen, über das eigene Fach und die Grenzen der eigenen Profession

hinauszudenken [18]. Methoden und Denkweisen anderer Fächer müssen sie reflektieren, verschiedene Perspektiven integrieren, gemeinsame Synthesen mit Lehrenden anderer Professionen versuchen und diese für die Vermittlung von Lerninhalten aufbereiten. Die Fächer sollen jenseits disziplinärer Ordnungen transformiert vermittelt werden [19], [20].

Gelingt es, didaktisch alle Lernenden dort abzuholen, wo sie stehen, dann liegt der Benefit des gemeinsamen Lernens darin, dass beide Gruppen wechselseitig ihre Praxisbeiträge auf den verschiedenen Ebenen einordnen können. Ein Mediziner hat in der Regel kein Grundlagenwissen zur Architektur und Stadtplanung in seinem Studium erworben und ein Architekt hat umgekehrt kein therapeutisches Grundlagenwissen in seiner bisherigen Ausbildung erhalten. Gemeinsames Wissen hilft, für die Betroffenen eine passende Versorgung und Rahmenbedingungen abzustimmen.

Ziel des Beitrags ist es, die Besonderheiten, Bedingungsfaktoren und Barrieren des gemeinsamen Lernens von Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufen aufzuzeigen und daraus Gestaltungsfaktoren für gemeinsame Lernsituationen abzuleiten.

## 1.2. Literaturübersicht

Anhand einer systematischen Literaturrecherche wurden förderliche und hemmende Rahmenbedingungen des multiprofessionellen Lernens ermittelt. Da im vorliegenden Verständnis Multiprofessionalität über Gesundheitsberufe hinausgeht, wurde in fachspezifischen Datenbanken recherchiert wie FIS Bildung, Wiso Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, PSYINDEX, EBSCO, google scholar und auch PubMed sowie letztendlich über ein Schneeballsystem weitere relevante Artikel identifiziert. Ausschlussfaktoren waren Erlebnisberichte, Stellungnahmen und Praxisprojektbeschreibungen. Aus den über 500 Artikeln lieferten 96 Anhaltspunkte für die Didaktik relevanten förderlichen und hemmenden Faktoren, 30 davon gingen nach inhaltlicher Durchsicht in die konkrete Analyse ein. In der Regel wurde Multiprofessionalität in medizinischen und pflegerischen Kontexten bi- oder triprofessionell gedacht. In der Sozialen Arbeit zählen zum Teil auch Mediziner, Therapeuten, Pflegekräfte neben Sozialarbeitern und Verwaltungsangestellten dazu. Das umfassendste, unserem am nächsten kommende Verständnis ist das der Schulentwicklung und Kindertagespflege. Hier werden auch rahmensetzende Berufsgruppen aus der Hauswirtschaft, Haustechnik, Politik, Behörden, Verwaltung sowie Eltern und Betroffene zum multiprofessionellen Team gezählt [21], [22].

*Hemmende Faktoren* haben ihren Ursprung in der Praxis und entstehen meist aus mangelndem Wissen, kulturell vorgeformten und im Alltag reproduzierten Vorannahmen über andere Professionen [23], [24]. Sie können sich in Lehr-/Lernkontexten auf personaler, interpersonaler oder organisationaler Ebene auswirken. Auf personaler Ebene kann sich fehlende Anerkennung der eigenen professionellen Rolle in der Praxis und ein Mangel an berufsständ-

discher Sicherheit nachteilig auswirken [25]. Fehlender Teamgeist, unterschiedliche Wissenskörper, Sprachen (in den Ingenieurwissenschaften wird zum Beispiel statt vom Stand der Forschung vom Stand der Technik gesprochen) und Denkweisen wirken sich auf interpersonaler Ebene hemmend aus [26], [27]. Dem gemeinsamen Lernen können unterschiedliche Arbeitsstile und Arbeitshaltungen, ein fehlender Abgleich von Erwartungen an Gruppenarbeit und fehlende Vereinbarungen über die Zusammenarbeit entgegenstehen [23]. Zum Teil bestehen Macht- und Deutungshierarchien zwischen einzelnen Professionen und der jeweils im Mittelpunkt stehenden Themen [8], [10]. Auf organisatorischer Ebene erschweren jeweils andere Aufgaben, Situationsverständnisse und Zieltätigkeiten [28], [29] die Zusammenarbeit.

*Förderliche Faktoren* für das multiprofessionelle Lehren und Lernen können auf personaler, organisatorischer und auf der Ebene gemeinsamer Lernprozesse wirksam werden. Auf personaler Ebene müssen die Heterogenität des individuellen Erfahrungswissens, der Ausbildungen und Berufssozialisierungen bewusst und anschlussfähig gemacht werden. Dazu muss eine gemeinsame Sprache und ein offener Umgang miteinander gefunden werden, für den organisatorisch Zeit und Raum zur Verfügung stehen. Auf der Ebene gemeinsamer Lernprozesse geht es um die Vermittlung von Wissen über Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der beteiligten Professionen. Durch gegenseitiges Kennenlernen können falsche Vorannahmen korrigiert werden. Förderliche Faktoren der interprofessionellen Ausbildung liegen in den gemeinsamen positiven Lernerfahrungen, ermöglichen Erfahrungsaustausch, eliminieren Statusdifferenzen, bieten Reflexionsmöglichkeiten, bereiten auf kollaborative Zusammenarbeit vor und kultivieren diese [23], [16], [4], [6].

Aus den ermittelten Faktoren stellt sich die Frage, welche der förderlichen und hemmenden Faktoren auch für den Lehr-/Lernkontext von GB und NGB gelten und welche spezifischen hinzukommen können. Hier setzte die explorative Untersuchung an. Die Ergebnisse der Recherche dienen als Abgleich und zur Einordnung der Aussagen der Befragten. Die forschungsleitende Annahme für die Befragung war, dass zum einen ein Großteil der Förder- und Hemmfaktoren hier auch zutreffen und zum anderen einige Faktoren sich durch den erweiterten Beteiligtenkreis relativieren und neue hinzukommen.

## 2. Methode – qualitativ-explorative Befragung

### Forschungslücke und Prozedur

Die qualitativ-explorative Befragung soll einen Beitrag zur Verringerung der Forschungslücke zum gemeinsamen Lernen von GB und NGB leisten, die sich in Versorgungskontexten auswirken sollen. Bisherige Forschungsansätze beziehen sich auf das gemeinsame bi- oder triprofessionelle Lernen von GB. Daher wurde für das gemeinsame

Lernen dieser Berufsgruppen eine explorative, qualitative, schriftliche Befragung von Lehrenden entwickelt und vom 05.02.- 22.02.2015 durchgeführt. Der explorative Ansatz trägt den fehlenden spezifischen didaktischen Konzepten für dieses besondere Lernsetting Rechnung.

### Stichprobe

Adressaten der Befragung waren die länger beschäftigten, langfristig im Studiengang eingeplanten Lehrenden (n=23), mit mindestens dreisemestriger Lehrererfahrung in diesem seit 2012 bestehendem Studiengang. Die Lehrenden wurden per Email angeschrieben.

### Material

Ausgehend von der Literatur wurden den Lehrenden 6 offene Fragen schriftlich vorgelegt, die auf zentrale didaktische Fragen multiprofessioneller Lehre und Praxis Bezug nehmen. Sie unterteilen sich in je 3 Fragen zur Beschreibung des Phänomens Multiprofessionalität sowie zur Einschätzung der förderlichen und hemmenden Faktoren des Lehrens und Lernens. Zum Beispiel wurde gefragt: „In welchen Zusammenhängen erleben Sie in der Interaktion mit Studierenden deren unterschiedliche multiprofessionelle Hintergründe? Bitte nennen Sie Beispiele.“ und "Welche Situationen in der Lehre haben Sie erlebt, wo Multiprofessionalität gemeinsame Lernprozesse der Studierenden gefördert hat?"; analog wurde nach gehemmt gefragt. Die Frage nach konkreten Situationen erleichtert das Abrufen konkreter Erfahrungen. Die Lehrenden formulierten ihre Antworten auf die Fragen mit Beispielen in Satzform in der Wordvorlage aus und sendeten sie per Email zurück.

### Analyse

Die Befragungsdaten wurden inhaltsanalytisch nach Mayring mittels der Technik der deduktiv zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet [30], indem die Aussagen paraphrasiert und zu Kategorien kondensiert wurden. Als Synthese der aufbereiteten Daten werden im Folgenden dimensional zusammengefasste Anforderungen an ein didaktisches Konzept abgeleitet. Anforderungen, die als bedeutsam bewertet wurden, alle Professionen gleichermaßen zu fördern, ins Lerngeschehen zu integrieren und das Interesse Aller am gesamten Prozess zu erhalten. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt anhand der Indikatoren Besonderheiten, Bedingungsfaktoren und Barrieren.

## 3. Ausgewählte Ergebnisse

Nach einer Erinnerung zur Teilnahme an der Befragung betrug die Rücklaufquote 52%, das sind 12 Lehrende. Die Lehrenden wurden vorweg gebeten, Angaben zur ihrer Profession zu machen. Einige ordneten sich mehreren Professionen zu, da sie über Doppelqualifikationen verfügen, so dass die Anzahl der Professionszuordnungen in

Tabelle 1 größer ist als die der Befragten. Fünf der 12 Lehrenden ordneten sich insgesamt 13 unterschiedlichen Professionen zu und verfügen damit über eine „inhärente“ Multiprofessionalität.

Im Folgenden werden die besonderen Faktoren von Multiprofessionalität aus der Sicht der Lehrenden dargestellt, die didaktisch über die allgemeinen Einflussgrößen der Literatur hinausgehen.

### 3.1. „Differenziertes Vorwissen und berufliche Aufgaben: Langeweile bei hohem spezifischem Fachwissen“ - Besonderheiten multiprofessionellen Lehrens und Lernens (11 Nennungen von 7 Lehrenden)

Die Wahrnehmung und Beschreibung des Phänomens Multiprofessionalität zeichnet sich für einen Großteil der Lehrenden durch das zentrale Erfordernis aus, für alle Lernenden eine Balance zwischen Langeweile und der individuell spezifischen Fachexpertise zu finden und zwar mit Inhalten, die für alle Berufsfelder von Relevanz sind. Die Lehrenden betonen, dass unterschiedliche Wissenslevels zu unterschiedlichen Expertenrollen führen, die die Lehrenden didaktisch ins Lehrgeschehen einbinden müssen.

Diese unterschiedlichen *Wissenslevels und heterogenen Relevanzbereiche* werden zum Beispiel in unterschiedlichen inhaltlich relevanten Kategorien des Umgangs mit dem Phänomen Demenz sichtbar. Die Ergebnisse zeigen, dass Lernende professionseigene Kategorien zur sprachlichen Einordnung und Darstellung von Lerninhalten nutzen und formulieren je professionseigene Bewertungsmaßstäbe: „wenn eine Studierende aus der Pflegewissenschaft stammt, nutzt sie bei der Beschreibung des Beispiels zunächst Fachbegriffe und argumentiert mit den Konzepten aus ihrem fachlichen Hintergrund“ (Lehrender 6).

So sind die Studierenden je nach Lerninhalt *mal Experten oder mal Novizen* auf den einzelnen Wissensgebieten. Jede Profession hat im Studiengang systematisch beide Rollen, je nachdem welches Wissensgebiet im Fokus steht, wie tief und breit das berufliche Vorwissen ist. Dies beschreibt Lehrender 3 am folgenden Beispiel: „es gibt große Unterschiede im Wissen über und in der Offenheit gegenüber ökonomischen Denken und gegenüber technischen Lösungen zur Unterstützung der Versorgungsarbeit“. Dabei ist eine positive Haltung der Lernenden zu den einzelnen Lerninhalten erforderlich, die sich in einer Offenheit gegenüber fachfremdem Wissen und Begrifflichkeiten zeigt und auch Inhalte zulassen müssen, die für ihre Berufsgruppe nur am Rande unmittelbare Handlungsrelevanz hat. Zugleich müssen Lernende bei facheigenen Inhalten hinnehmen, ihre Wissenslevels „nur“ zu aktualisieren.

Die Multiprofessionalität von Lernenden zeigt sich in den Ergebnissen besonders in Unterschieden: Sie haben *unterschiedliche Vorstellungen und Kompetenzen zum wissenschaftlichen Arbeiten und Berufsverständnis*, ihre

**Tabelle 1: Professionen der 12 Lehrenden (N= 20, Mehrfachzuordnungen)**

Mehrfachzuordnungen zu Professionen	Häufigkeit
Pflegewissenschaft/Therapie	5
Soziologie	5
Pädagogik	3
Ökonomie	3
Psychologie	2
Architektur & Bauplaner	1
Theologie	1
Soziale Arbeit	1
Technik	1
Medizin	0 von 3 (kein Rücklauf)
Jura	0 von 1 (kein Rücklauf)
Politik/Verwaltung	0 von 1 (kein Rücklauf)
N Lehrende	12 (7 mit Einzelnennung, 5 mit Mehrfachzuordnung)
N Nennungen	22

Arbeitsstile variieren hinsichtlich Selbstständigkeit, Recherchekompetenz, Aufbereitung von Inhalten sowie Präsentationstechniken. Bei allen professionsbezogenen Unterschieden reicht die Bezugsgröße der Studierendenpopulation in der jeweiligen Kohorte von etwa 15 Studierenden nicht aus, um diese Differenzen eindeutig den Herkunftsdisziplinen zuzuordnen.

Als ein Ergebnis der Befragung zeigt sich, dass aus didaktischer Perspektive nach der Ansicht der Lehrenden einzelne Professionen im Lehr-/Lerngeschehen aktiviert werden können, indem spezifische professionsbezogene Anker als kognitive Anknüpfungspunkte gesetzt werden. Zum Beispiel wurde das PICOS Schema als professionsbezogener Anker für Medizin und Pflege und zum Teil Therapeuten bei forschungsbezogenen Themen von Lehrenden benannt. Außerhalb von Medizin und Pflege besteht in Nicht-Gesundheitsberufen aufgrund der professionsspezifischen Forschungslogik und der Komplexität von Forschungsfragen kein Anwendungsbedarf. Ein anderes Beispiel aus den Ergebnissen ist das Thema Beziehungsgestaltung, hier sind Beziehungsdynamik und frühkindliche Beziehungserfahrungen Anker für Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter. Anker für Architekten und Ingenieure ist das social design. Je nach Lerninhalt können Lehrende und Lernende professionsspezifische Aspekte als Novizen oder als Experten thematisieren, diese mit den Berufsgruppen gemeinsam problembezogen diskutieren und professionsspezifische Selbstverständlichkeiten externalisieren.

### 3.2. „Gemeinsames Verständnis entwickeln“ – förderliche Bedingungsfaktoren multiprofessionellen Lehrens und Lernens (9 Nennungen von 8 Lehrenden)

Nach Ansicht der Lehrenden ist es zur Förderung multiprofessioneller Lernprozesse wichtig, Möglichkeiten zu schaffen, dass die unterschiedlichen Studierenden ihr je berufsbezogenes individuelles Erfahrungs-, Handlungs- und Expertenwissen gezielt einbringen können, zum Beispiel „werden in Diskussionen während des Seminars für die meisten Studierenden gängige Konzepte aus der Pflege erwähnt. Studierende aus anderen Disziplinen fragen nach den Konzepten und möchten diese erklärt

bekommen. Das Erklären hilft in der Situation allen, ein gemeinsames Verständnis des Konzepts zu entwickeln. Oft wird dabei deutlich, dass das scheinbar geteilte Grundverständnis doch nicht so eindeutig war“ (L6). *Die eigene professionelle Expertise weiterzuentwickeln und dabei gleichzeitig mit anderen Perspektiven abzugleichen steht dabei im Vordergrund.* Die Bearbeitung komplexer Problemstellungen und gemeinsame Projektarbeiten werden in den Ergebnissen dazu als besonders geeignet bewertet. Das gemeinsame Lernen wird ferner durch gezielt angeregten Rollenwechsel befördert, in dem Lernende mit ihrem Expertenwissen zu bestimmten Lerninhalten auch zu Lehrenden werden. Dabei geht es darum, Konzepte anderer Professionen zu kennen und für die eigene Problemsicht anschlussfähig zu machen sowie die Voraussetzungen, Folgen und Rahmenbedingungen des Handelns abzustecken. Ein weiteres Beispiel aus den Ergebnissen ist, dass Lehrende bei den Lerninhalten alle Perspektiven einholen und zum Abgleich und Erweiterung der Perspektiven unter den Lernenden anregen sollen. Ziel soll dabei sein, ein *gemeinsames Verständnis des Lerninhaltes* zu entwickeln.

### 3.3. „wie viel muss ich davon wissen, obwohl ich kein Architekt bin?“ – Barrieren multiprofessionellen Lehrens und Lernens (12 Nennungen von 11 Lehrenden)

Lehrende benennen gleichfalls Faktoren, die multiprofessionelle Lernprozesse schwierig gestalten können. Diese beziehen sich auf die bekannten Probleme, wenn es nicht gelingt, wechselseitigen Respekt und Vertrauen in das Können der Anderen herzustellen und Unterschiede in der Deutungsmacht, im Vertrauen, den Hierarchien und den Fachgebieten der jeweiligen Berufe nicht zu überbrücken sind. Gleichzeitig weisen drei Lehrende darauf hin, dass sich dies im Interaktionsgeschehen der Lerngruppe als weniger schwierig herausstellt als im Arbeitsalltag. Im Arbeitsalltag kommt es häufig eher zum Rückzug statt zum Suchen nach Anschlussfähigkeit. Daraus lässt sich ableiten, dass es oft es vom *Berufsalltag der Studierenden* abhängt und didaktisch durch die im Curriculum vorgesehenen Studienübungen *nur schwer zu beeinflussen ist*, ob die ökonomische Relevanz des

Wissenserwerbs zum Interessenmaßstab wird anstatt der Beschreibung konkreter Aufgaben in der Versorgung. Besonders die Zusammensetzung der Lerngruppe wird von den befragten Lehrenden als entscheidend angesehen: Vier Lehrende weisen auf die Bedeutung ungefähre *quantitativer Gleichgewichte der Professionen* in Lerngruppen hin. „Wenn die Mehrzahl der Studierenden aus einer Disziplin kommt und nur wenige Andere anderen Disziplinen angehören, wird es oft mühsam, Konzepte, die die Mehrheit schon kennt, einzelnen Studierenden aus anderen Disziplinen immer wieder zu erklären. Wenn viele Disziplinen vertreten sind, dann gibt es eine viel größere Bereitschaft sich auf neue und andere Konzepte einzulassen bzw. diese zu erklären. Dann besteht auch eher Konsens darüber, dass man voneinander lernen kann. Im ersten Falle entsteht eher der Eindruck, dass Einzelne „mitgezogen“ werden müssen“ (Beispiel Lehrender 6). Anders kann es bei Nicht-Grundlagenwissen dazu kommen, dass professionsspezifische Inhalte an die jeweilige Experten-Profession delegiert werden, in dem Sinne, dass jene dafür zuständig sind und die eigene Verantwortung hier aufhört. In Diskussionen oder Gruppenarbeitsphasen können Vorbehalte oder Besserwisserei Lernprozesse blockieren oder gar dazu führen, dass keine Einigung und kein gemeinsam getragenes Ergebnis zu Stande kommen. Letztlich können Lernprozesse verlangsamt werden, wenn ständig und erneut Abgrenzungen geklärt und Rollen ausgehandelt werden müssen.

Als ein Ergebnis der Befragung zeigt sich, dass Lehrende in solchen strukturell nicht veränderbaren Situationen, für die Gruppe akzeptable Regelungen und Ausgleichsmechanismen finden müssen. Hilfreich können aktivierende Lehr-Lernmethoden sein, die die Rolle Einzelner in Gruppenarbeitsphasen stärken. Neben der Berücksichtigung der Individualität spielt dabei eine Rolle, inwieweit es Lehrenden gelingt, die berufskulturelle Prägung der Lernenden in Rechnung zu stellen. Um eigenständig hemmende Faktoren abzumildern, müssen die Lernenden ein hohes Maß an Eigeninitiative realisieren können und die Lerninhalte bei allen Professionen Neugier wecken. Für diese besonderen Lernsituationen gibt es keine didaktischen Standardkonzepte.

## 4. Diskussion

Im Folgenden konzentrieren wir uns auf die förderlichen Faktoren des multiprofessionellen Lernens der GB und NBG (a&b) und diskutieren die damit einhergehenden didaktischen Implikationen für Projektstudien und Methoden für multiprofessionelle Lernsequenzen (c&d).

### a) Aufbau und Abgleich gemeinsamer Wissensbestände

Der Aufbau eines gemeinsamen Wissensbestands ist durch *professionseigene sprachliche Kategorien* geprägt. Lehrende müssen herauszuarbeiten, dass z.B. Ökonomen und Architekten andere handlungsrelevante Kategorien zur Beschreibung des Phänomens Demenz heranziehen,

als Pflegende und Mediziner. Implizite berufliche Selbstverständlichkeiten werden nach H.Garfinkels Ethnomethodologie jedoch erst bewusst, wenn andere im Argument dagegen verstoßen. Dazu geeignete kontrollierte „Verstöße“ gegen professionsspezifische Selbstverständlichkeiten gilt es nun herbeizuführen und für die Gruppe produktiv nutzbar zu machen.

Außerdem müssen diese Unterschiede wechselseitig verstehbar sein und gemeinsame Sinnverständnisse hergestellt werden. So steht für einen Architekten z.B. das Thema Orientierung im Raum im Vordergrund, für eine Pflegekraft der tägliche Umgang mit herausforderndem Verhalten. Die Zusammensetzung der Lerngruppe ist entscheidend. Trotz curricularer Festlegungen ist es im Vorhinein schwierig zu bestimmen, welche jeweiligen Berufs- und Erfahrungsfelder, Wissensbestände und Orientierungen die Lernenden als besonders zu beachtende Rahmenbedingungen mitbringen.

Es muss eine gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion [15] als „gemeinsames Grenzobjekt des Verstehens“ [31] ausgehandelt werden. Dazu empfehlen sich Lehrveranstaltungsvorbereitende Grundlagentexte für alle, weil ein Mediziner in der Regel kein Wissen im Studium über Bauplanung erworben hat. Die Arbeit mit Grundlagentexten wird durch das fehlende Grundlagenwissen vieler Professionen mit ihrem Erfahrungswissen gebrochen und unterscheidet sich elementar von Lernenden im Erststudium, so dass es hier als zentrale Methode für das gemeinsame Lernen produktiv genutzt werden kann. Die Breite und Tiefe der gemeinsamen Themenbearbeitung kann je nach Zusammensetzung der Lerngruppe unterschiedlich aussehen. Notwendigerweise ist im ersten Schritt ein gemeinsamer Wissenskörper aufzubauen, der die verschiedenen Perspektiven enthält und als unhinterfragte Steuerungskonzepte aktiv ins Bewusstsein ruft. Bei der Versorgung von MmD bezieht sich diese Anforderung auf GB und NGB, die damit befasst sind, wie MmD im Stadtviertel leben, wie Läden und Nachbarschaften einbezogen werden können, um zum Beispiel eine Selbstgefährdung auszuschließen.

### b) Reflektiertes Erfahrungswissen und Rollenwechsel

Aus der Befragung der Lehrenden wurde hinsichtlich der fördernden Faktoren die Bedeutung des Rollenwechsel vom Lernenden zum Lehrenden und damit das *Einbringen von über Reflexion bewusst gemachten Erfahrungswissen* deutlich. Methodisch lässt sich dies über verunsichernde Fragen zum Lerninhalt und Begriffsverständnissen initiieren. Die Professionen werden permanent aufgefordert, ihre Fachexpertise als selbst wahrgenommenes Fremdbild zu beschreiben, welche Auswirkungen das eigene Handeln auf andere hat. Als Abgleich werden die betroffenen Professionen befragt [21], [22], welche konkreten Auswirkungen sie erleben und inwiefern beide Wahrnehmungen übereinstimmen. Außerdem lassen sich so dialogisch die individuellen sozialen Konstruktionen [15] als wechselseitige Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Folgen des jeweiligen Handelns herausarbeiten.

### c) Besondere Bedeutung des Projektstudiums

Im Rahmen eines multiprofessionellen Projektstudiums lassen sich professionsbezogene Kategorien und Gemeinsamkeiten im Forschungsprozess aufzeigen [23], [32]. Das Projektstudium wird anhand des Forschungszyklus [33] strukturiert: Zunächst muss eine für alle Beteiligten bedeutsame Fragestellung entwickelt werden. Danach werden gemeinsame Problem- und Gegenstandsverständnisse auf der Basis eines gemeinsamen analytischen Orientierungsrahmens erarbeitet. Nach dem Abgleich der divergierenden Forschungsverständnisse, wird ein Forschungsdesign zur gemeinsamen Herangehensweise festgelegt. In der Projektarbeit können die Studierenden Problemlösungen aus verschiedenen Blickwinkeln diskutieren, anschlussfähige Umsetzungsstrategien entwickeln und erproben. Sie erwerben so Kompetenzen zur reflexiven Begründung professionsbezogener Arbeitsstile, Verfahrenstechniken (z.B. bei der Projektentwicklung) und der Zielbestimmung von Entwicklungsprojekten. Eine kontinuierliche, angeleitete Reflexion sollte daher das Projektstudium in allen Projektphasen begleiten. Der Wert des Projektstudiums liegt im Erlernen von wechselseitigen Abstimmungsprozessen und in der gemeinsamen Lösung, die idealerweise die Fachexpertisen der beteiligten Professionen repräsentieren [34]. Zudem wird praxisnah in einem realen Berufsumfeld die Bedeutung der Voraussetzungen und Folgen des Handelns anderer Professionen deutlich sowie die realen Kollaborationsbedingungen in Rechnung gestellt - im Gegensatz zum sonst alltagsentlasteten, multiprofessionellen Lernen.

### d) Methoden für multiprofessionelle Lernsequenzen

Werden gängige Lehr-/Lernmethoden auf die Anforderungen zum Perspektivabgleich hin analysiert, eignen sich z.B. die multidisziplinäre kollegiale Beratung, Kreativitätstechniken, Planspiele, Podiumsdiskussionen oder multiperspektivische Fallstudien für multiprofessionelle Lernen. Projektarbeit, forschendes Lernen, Kreativitätstechniken, Podiumsdiskussionen, Planspiele, Fallstudien sollten daher im Methodenkoffer von Lehrenden in multiprofessionellen Lerngruppen vorhanden sein. Eine exemplarische Lernsequenz ist eine multiprofessionelle Podiumsdiskussion. In der Vorbereitung werden die einzelnen Perspektiven geschärft, Aufgaben und Verantwortlichkeiten ausgehandelt sowie Erwartungen und Zielvorstellungen ausgetauscht. In der Diskussion können Bedingungen des eigenen und Folgen für anderes Handeln bemerkbar werden. Professionsspezifische Sichtweisen und Selbstverständlichkeiten lassen sich in der Auswertung und Reflexion der Diskussion herausarbeiten. Ziel multiprofessioneller Lernsequenzen muss es sein, die Perspektiven der Lernenden zu erweitern und letztendlich die Kommunikation der individuellen sozialen Konstruktionen zu fördern.

## 5. Schlussfolgerungen

Für eine bedarfsgerechte Versorgung von MmD kommt es letztendlich auf das Erlernen einer systematischen multiprofessionellen Perspektivverschränkung an. Diese zeigt sich in der Berücksichtigung von Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die andere Berufsgruppen für das eigene Handeln erzeugen sowie in der Sensibilität und Wahrnehmung der Folgen des eigenen Handelns für andere. Für das multiprofessionelle Lernen steht somit als oberstes Lehrziel die Reflexion, dass Handeln immer in Bedingungen und Konsequenzen für andere eingebunden ist. Diese Prämisse ermöglicht, heterogene Berufsgruppen gemeinsam gewinnbringend zu qualifizieren und ein komplexes Verständnis problemorientierter Versorgung zu vermitteln. Nur wenn die Berufsgruppen ihr Berufsverständnis in gesellschaftlichen Tatsachen und Arbeitsbedingungen einbetten, können sie relevante Anforderungen in ihrem Berufsverständnis zusammenbringen. Aufgrund der kleinen Fallzahl liegen Limitationen der Übertragbarkeit der didaktischen Ansätze auf andere Lehr-/Lernkontexte und Lehrende vor. Gleichwohl lassen sich Ansätze einzelner Methoden auch für weitere bi- oder triprofessionelle Lehr-/Lernkontexte einsetzen [23], [9], [11], [12], [35], [36], [37]. Jedoch beziehen sich die hier vorgestellten Konzeptbestandteile für multiprofessionelles Lehren und Lernen von GB und NGB, um zwischen diesen Gruppen ein umfassendes Verständnis der versorgungsrelevanten Gestaltungsanforderungen und Problemlösungen zu vermitteln [2].

Limitationen ergeben sich zudem durch den explorativen Charakter. Grundsätzlich liegen ähnliche Ergebnisse wie in multiprofessionellen Kontexten der Berufsgruppen eines Feldes vor. ABER hier kommen zusätzliche Herausforderungen wie die divergierenden professionellen Zugriffe auf das Phänomen Versorgung von MmD hinzu. Zudem müssen alle Professionen lernen, dass ihr Handeln im Berufsalltag nur als Verschränkung von personalen, organisationalen und gesamtgesellschaftlichen Anforderungen funktioniert. Sie müssen sich stets darauf einlassen, über die eigene Praxis hinaus in Versorgungskontexten und Handlungsketten zu denken und damit eine neues, erweitertes Berufsverständnis entwickeln.

## Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Literatur

1. Beck U, Brater M, Daheim H. Soziologie der Arbeit und Berufe. Reinbek: Rowohlt; 1980.
2. Höhmann U, Schmitz D, Lautenschläger M, Inhester O. Neue Perspektiven: Interprofessionelle Zusammenarbeit für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz. *Mabuse*. 2015;216:50-51.



3. Buchegger B. E-Learning – Chance oder erhöhte Belastung? Wahrnehmung von berufsbegleitend Studierenden. ZFHE. 2009;4(2):23–34.
4. Quandt M, Schmidt A, Segarra L, Beetz-Leipold C, Degirmenci Ü, Kornhuber J, Weih M. Wahlfach Teamarbeit. Ergebnisse eines Pilotprojektes. GMS Z Med Ausbild. 2010;27(4):Doc60. DOI: 10.3205/zma000697
5. Stößel U, Kälble K, Kaba-Schönstein L. Multiprofessionelle Ausbildung im Medizinstudium: Konzepte, Begründungen und Ergebnisse am Beispiel des Unterrichtsprojekts MESOP\*. GMS Z Med Ausbild. 2006;23(2):Doc34. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000253.shtml>
6. Barr H. The NHS. New collaborations and new agenda for education. J Interprof Care. 2000;14(1):81-86. DOI: 10.1080/jic.14.1.81.86
7. Brashers VL, Curry CE, Harper DC, Mc Daniel SH, Pawlson G, Ball JW. Interprofessional health care education: Recommendations of the National Academies of Practice Expert Panel on health care in the 21st century. Issue Interdisciplin Care. 2001;3(1):21-32.
8. Dombeck M. Professional personhood: Training territoriality and tolerance. J Interprof Care. 1997;11(1):9-21. DOI: 10.3109/13561829709040239
9. Freeman M, Miller C, Ross N. The impact of individual philosophies of teamwork on multiprofessional practice and the implications for education. J Interprof Care. 2000;14:237-247
10. Gilbert JH, Camp II RD, Cole CD, Bruce C, Fielding DW, Stanton SJ. Preparing students for interprofessional teamwork in health care. J Interprof Care. 2000;14(3):223-236. DOI: 10.1080/jic.14.3.223.235
11. Lützenkirchen A. Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – eine aktuelle Bestandsaufnahme. Gruppendyn Organisationsberat. 2005;36(3):311–324. DOI: 10.1007/s11612-005-0134-x
12. Barr H, Low H. Interprofessional Education in Pre-registration Courses. A CAIPE Guide for Commissioners and Regulators of Education. Fareham: CAIPE; 2012. Zugänglich unter/available from <http://caipe.org.uk/silo/files/caipe-guide-for-commissioners-nd-regulators-of-education-.pdf>
13. Dittmann C, Kreutz M, Meyer R. Gefilterte Fahrstuhleffekte?! Herausforderungen des berufsbegleitenden Studiums in der Perspektive berufserfahrener Lernender. Bwpat. 2014;26. Zugänglich unter/available from: [http://www.bwpat.de/ausgabe26/dittmann\\_et\\_al\\_bwpat26.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe26/dittmann_et_al_bwpat26.pdf)
14. Mahler C, Gutmann T, Karstens S, Joos S. Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice. GMS Z Med Ausbild. 2014;31(4):Doc40. DOI: 10.3205/zma000932
15. Jank W, Meyer H. Didaktische Modelle. Berlin: Cornelsen Scriptor; 2002.
16. Roodbol PF. Multiprofessional education to stimulate collaboration: a circular argument and its consequences. GMS Z Med Ausbild. 2010;27(2):Doc28. DOI: 10.3205/zma000665
17. Speck K, Olk T, Stimpel T. Auf dem Weg zu multiprofessionellen Organisationen. In: Helsper W, Tippelt R (Hrsg). Pädagogische Professionalität. Beiheft 57, Zeitschrift für Pädagogik. Weinheim u.a.: Beltz; 2011. S.184-201.
18. Chandratilake M. From the professionalism of a profession to the professionalism of a multiprofessional team. Med Educ. 2014;48(4):345-347. DOI: 10.1111/medu.12418
19. Jungert M, Romfeld E, Sukopp T, Voigt U. Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. 2. Aufl. Darmstadt: WBG; 2013.
20. Maihofer A. Inter-, Trans- und Postdisziplinarität. Ein Plädoyer wider die Ernüchterung. In: Kahlert H (Hrsg). Quer denken - Strukturen verändern. Gender studies zwischen Disziplinen. 1. Aufl. Wiesbaden: VS; 2005. S.185–202.
21. Wichmann M. Vom Einzelkämpfertum zur Kooperationskultur - multiprofessionelle Teamarbeit an Ganztagschulen. In Erdsiek-Rave U, John-Ohnesorg M (Hrsg). Individuell Fördern mit multiprofessionellen Teams. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2014. S.60–64
22. Wulfekühler, H. Grundlagen interprofessioneller Zusammenarbeit in der Kindertagesbetreuung. In: Wulfekühler H, Maykus, S, Rietmann S, Renic M (Hrsg). Interprofessionalität in der Tagesbetreuung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2013. S.51–85. DOI: 10.1007/978-3-531-19590-2\_3
23. Treuheit W. Interdisziplinarität in der Lehre. Schriftenreihe Wissenschaft und Technik, Band 72. Darmstadt: Technischen Hochschule Darmstadt; 1996.
24. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3): CD000072.
25. Bennett-Emslie G, McIntosh J. Promoting collaboration in the primary care team-the role of the practice meeting. J Interprof Care. 1995;9(3):251–256. DOI: 10.3109/13561829509072155
26. Atkins JM, Walsh RS. Developing shared learning in multiprofessional health care education: for whose benefit? Nurse Educ Today. 1997;17(4):319-324. DOI: 10.1016/S0260-6917(97)80063-9
27. Kaba-Schönstein L, Kälble K. Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP. Frankfurt: Mabuse; 2004.
28. Garms-Homolová V, Schaeffer D. Medizin und Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998.
29. Höhmann U, Schulz B, Müller-Mundt G. Qualität durch Kooperation. Frankfurt: Mabuse; 1997. Kap. 1.4; Kap. 2.2.3.
30. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz; 2003.
31. Star SL, Griesemer J. Institutional ecology, translations", and coherence: amateurs and professionals in Berkley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939. Soc Stud Sci. 1989;19:387-420. DOI: 10.1177/030631289019003001
32. Höhmann U. Versorgungskontinuität durch Kooperative Qualitätsentwicklung und abgestimmtes Trajektmanagement. Hallesche Schriften zur Pflegewissenschaft, Band 2. Halle: Universität Halle; 2002. Kap.6, Kap.7.2.
33. Huber L. Forschungsbasiertes, Forschungsorientiertes, Forschendes Lernen: Alles dasselbe? Ein Plädoyer für eine Verständigung über Begriffe und Unterscheidungen im Feld forschungsnahen Lehrens und Lernens. HSW. 2014;1+2:22-29.
34. Finch J. Interprofessional education and teamworking: a view from the education providers. BMJ. 2000;321(7269):1138-1140. DOI: 10.1136/bmj.321.7269.1138
35. Miller C, Ross N, Freeman M. Shared learning and clinical teamwork. New directions in education for multiprofessional practice. London: English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting; 1999.
36. Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S et al. Position statement GMA Committee-"Interprofessional Education for the Health Care Professions". GMS Z Med Ausbild. 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964

37. Celenza A, Lake F, Carr SE. Establishing an integrated multiprofessional skills training programme. *Med Teach.* 2010;32(1):41-45. DOI: 10.3109/01421590902810786
38. Headrick LA, Wilcock PM, Batalden PB. Interprofessional working and continuing medical education. *BMJ.* 1998;316(7133):771-774. DOI: 10.1136/bmj.316.7133.771
39. Thistlethwaite J, Moran M. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *J Interprof Care.* 2010;24(5):503-513. DOI: 10.3109/13561820.2010.483366

**Korrespondenzadresse:**

Dr. phil. Daniela Schmitz  
Universität Witten/Herdecke, Department für  
Pflegewissenschaft, Stockumer Str. 12, 58453 Witten,  
Deutschland, Tel.: +49 (0)2302/926-216  
daniela.schmitz@uni-wh.de

**Bitte zitieren als**

Schmitz D, Höhmann U. Properties, promotive and obstructive conditions of multi-professional teaching and learning of health professions and non-health professions: an explorative survey from the perspective of teachers. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc26.  
DOI: 10.3205/zma001025, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010258

**Artikel online frei zugänglich unter**

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001025.shtml>

**Eingereicht:** 13.08.2015

**Überarbeitet:** 27.02.2016

**Angenommen:** 27.02.2016

**Veröffentlicht:** 29.04.2016

**Copyright**

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