

Framework for interprofessional case conferences – empirically sound and competence-oriented communication concept for interprofessional teaching

Abstract

Aims/objectives: Interprofessional case conferences support future team-based approaches to healthcare, and inevitably require targeted communication between the various participants. However, the success of communication during a case conference must be learnt explicitly. The subject of conversation is often the only outcome of the case conference that is discussed in plenary or small groups. Communication processes are hardly taken into account. However, integrating process orientation and making communication relevant to goal achievement is mandatory in order to teach in a competence-oriented fashion in this area. The aim of this article is to present an empirically sound framework for teaching case conferences, with the help of which conversation processes can be practiced, evaluated and analysed in interprofessional case conferences.

Methodology: With the aid of literature analysis, insights from empirical conversation research and the International Classification of Functioning and Health (ICF), we have developed an empirically and theoretically sound framework for interprofessional case conferences. This is intended to support the training of communication skills and to serve as a basis for assessing them.

Results: In practice, it has been shown that embedding case conferences in higher education curricula is feasible and effective for a group size of 200 students. The framework has proven itself in verbal training while aligning itself with concepts of sharing for the negotiation of leadership, goals and decisions. In addition, it could also be used as a theoretical construct for the “interprofessional objective structured clinical examination” (IOSCE) at graduation from the module “Interprofessional Case Conference” at the Hochschule für Gesundheit.

Conclusion: The topics of interprofessional practice (IPP) and communication are now the subject of curricula in the health professions, both nationally and internationally. In addition, various competence settings are available that can support didactic orientation. However, the authors believe that there are no concrete imperatives for competence-oriented implementation in teaching and examination. In the area of communication teaching, one can integrate empirically sound concepts instead of induction into degree course for the health professions, in order to provide a basis for the further development of communicative competence in this field.

Keywords: IPE, case conferences, communication, ICF, IPP

André Posenau¹

Marietta Handgraaf¹

1 Hsg Bochum – Hochschule für Gesundheit, Bochum, Germany

1. Introduction

The health professions face the challenge of having to integrate efficient structures for cooperation into everyday healthcare in order to address the increasing complexity of healthcare requirements [1]. The goals for chronic care management are changing; they are geared less towards healing, and more towards improving the patient's daily functioning and quality of life [2]. In order to achieve these

goals, effective cooperation between the various healthcare professions is particularly important in the care of chronic patients [3]. Interprofessional collaboration or teamwork is seen as a dynamic process that involves two or more healthcare professionals, sometimes with complementary backgrounds and skills. They pursue common health objectives in order to provide personalised care. Their cooperation is characterised by structured exchange, open communication and shared decision-making

[4]. The WHO has been promoting such healthcare structures since 2010, but many challenges still lie ahead in practice [1]. Various barriers have been identified in the relevant literature, such as working towards healthcare objectives, ambiguities in the allocation of responsibilities, and the lack of continuity in the healthcare teams [5], [6]. In particular, the exchange of information across occupational boundaries requires knowledge of the roles of the other professions. The better this exchange functions, the fewer the team structures that are characterised by hierarchical relationships [5], [7], [8]. Effective communication in interprofessional healthcare interactions, based on common or shared visions and mutual respect, helps to strengthen cooperation in teams and the coordination of treatment [5], [9], [10]; this will ultimately implement more efficient care for people who have to live with chronic complaints [3]. In addition to simulating handovers and ward rounds, an interprofessional case conference appears to be an appropriate educational measure to increase knowledge and awareness of the role of other healthcare professionals in patient care [11], to promote specific communication strategies for negotiating objectives and decisions, and to develop interprofessional care plans on this basis [12]. These topics are hardly the subject of scientific conversation in German-speaking countries from a didactic perspective in terms of communication teaching [13], although many projects in this area have been stimulated by funding opportunities [14]. Conceptual development, empirical foundation of the concept and their subsequent implementation are therefore the focus of this contribution.

2. Interprofessional case conferences in an educational context

Germany. Existing training structures therefore provide few structural opportunities for interprofessional communication. They hinder the sharing of expertise between professions and better understanding of the roles of various potential team members [6], [8]. Interprofessional case conferences are a potential means of training in collaborative healthcare approaches. The prerequisites for success are that the participants assess the expertise of the other professions, have a clear understanding of their roles, and can access a framework for the organisation of case conferences [15]. In order to carry out an efficient and effective case conference, it is therefore essential to create targeted communication with each other and an appreciative culture of cooperation. Communication should be initiated by planned conversation instead of chance meetings in the corridor or only when problems occur, as is often the case in routine healthcare [15]. Person-centred approaches to healthcare require that information regarding personal needs and current health needs are discussed in order to negotiate decisions

and common objectives [16], [17]. Only then will it be possible to develop a strategic plan that takes into account current health issues as well as future health needs [17]. The definition of Bell et al. [18] is used for the case conference: “A case conference is a multidisciplinary meeting of two or more health professionals to plan care for a specific person with chronic and complex care needs”.

The skills necessary for the conduct of interprofessional case conferences are shown in table 1. The promotion of this expertise should be reflected in the training concept; the supporting environment is discussed in the next section.

All these skills must be taken into account in teaching, and this should be realised according to the subject matter in practice, e.g. by conducting a case conference, which must be supplemented following its completion by the communication behaviour factor in the reflection phase (see table 2). This raises the following question: what have we learnt from this, and is it possible to describe it verbally? The following framework was developed for this purpose.

3. Structure of interprofessional case conferences

The implementation of interprofessional case conferences is a complex type of conversation based on a specific structure. This structure is oriented towards the tasks that need to be dealt with in the conversation. The processing of extra-linguistics tasks refers to concrete verbal actions that must be carried out if we are to classify the conversation as a case conference. We can describe a “prototype” of how an interprofessional case conference should be conducted. This ideal case was developed from several perspectives and serves as a framework for interprofessional case conferences (see figure 1).

In developing the framework’s structure, the basic assumption from the perspective of communication analysis is that conversations are actively constituted in the form of interrelated processes. We must also take into account methodicity, in other words the cultural dimension, as well as pragmaticity [19]. The latter characteristic is particularly relevant in this context, since problem-solving by the participants is a central feature of the conversation. Here we distinguish between verbal and extra-linguistics tasks. In other words, everything that must be continually realised by all participants in each conversation (purely verbal) and everything that needs to be processed as a concrete task so that one can speak of a specific type of conversation. In this case, it is about the specifics of the conversation type of the interprofessional case conference. This inductive understanding of conversations makes it possible to grasp the type of conversation empirically with the aid of conversation analysis, and apply it in an application-oriented manner.

At the communicative level, the conversation during a case conference concentrates particularly on the control

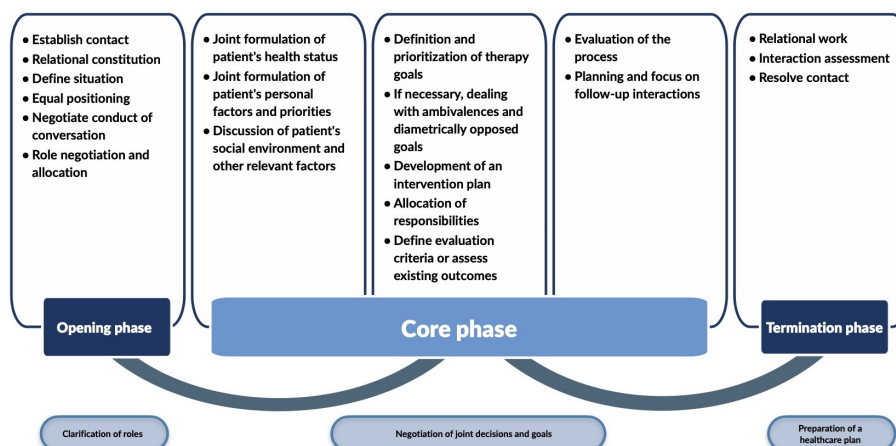
Table 1: Overview of expertise development in the interprofessional case conference

Components	Ability/behaviour
Person-centred healthcare	• you respect the individual needs of patients/clients; • know, understand and successfully implement the principles of cooperative goal definition and decision-making; • ensure that the patient/client is receiving the best treatment currently available; • take into account current scientific findings related to diagnostics and therapeutic approaches, and communicate the evidence in an understandable manner.
Roles and responsibilities	• you are aware of your professional roles and know your limits, deal with them critically and reflect on them; • represent your own professional roles in an appropriate and confident manner and are informed about the roles and responsibilities of other professionals; • exercise your own roles in a culturally, socially appropriate and reflective manner, with recognition and respect for other professions; • involve the expertise of other professions through consultation and coordinate these for decision-making and goal-setting.
Communication	• you use and understand relevant aspects or terminologies of the technical language of all the professions involved; • ensure that joint action in conversation and decision-making is based on a shared understanding of the situation; • deal efficiently and effectively with information and communication technologies in order to support comprehensive personalised care; • listen actively and adequately interpret and address the extra-linguistics aspects of communication in different settings with varying participants; • use cooperative communication procedures; • establish team-building communication structures and initiate trusting cooperation; • recognise conflict types and use goal-oriented resolution strategies to ensure constructive collaboration.

Table 2: Schedule for a teaching unit (Posenau/Handgraaf, own presentation).

Time	Content and aims:	Phase target	
0 – 30 min.	▪ Work organisation (groups and role clarification) ▪ Issue of cases and clarification of outstanding issues	Preparation and organisation of the working approach	Preparation
30 – 60 min.	▪ Clarification of the health situation and setting ▪ Identification of profession-specific potentials and discussion in relation to key questions	Identification of subject matter and competence level	
60 – 105 min.	▪ Interprofessional case management ▪ Coordination of the healthcare plan	Conduct of the case conference	
105 – 150 min.	▪ Development of the healthcare plan ▪ Plenary conversation of the results ▪ Presentation of healthcare plans	Presentation and evaluation of results and healthcare plans	Follow-up
150 – 180 min.	▪ Reflection on communication in the context of case conferences	Reflection on the procedure in the context of case management	

Framework for interprofessional case conversations

**Figure 1: Structure of an interprofessional case conference (Posenau/Handgraaf, own presentation).**

and active constitution of conversational phases, as well as coordination of the various conversational phases and internal language tasks described above [20]. Accordingly, conversations always consist of opening, core, and termination phases, which must be actively established by

the parties involved. The opening and closing phases are primarily reserved for structural and relational issues. The core phase is significantly more complex, and it is possible to distinguish various types of conversation. For example, the issues raised in case conferences must be

processed in a manner different from that for a medical history [20].

Deppermann [19] follows Kallmeyer in this sense in speaking of different levels of reality, which must be actively constituted by the participants at every moment of the conversation. There is therefore always a task for the participants at the micro-level:

- to organise the conversation,
- to formulate the issues,
- to coordinate action at the micro-level,
- to establish and maintain social relationships and identity,
- to constitute the modality of the interaction,
- and to generate reciprocity.

These verbal tasks are present in every conversation, and an inductive perspective helps when observing interactions and makes it empirically possible to analyse and describe them.

At this level, classical methods of communication become relevant, although they have so far been regarded as the sole domain of communication teaching. For example, some texts refer to techniques [21] such as questioning techniques or techniques for conducting conversations, or even more complex procedures such as active listening.

At the micro-level, conversation analysis can therefore be a basis for empirical foundation with its diverse options for analysis and description, without which the fluid object of investigation could not be grasped at all. At the macro-level, the model of Packard et al. [22] is used on the basis of the ICF [23] to identify the extra-linguistics tasks, as outlined below.

At the action-oriented level, the interprofessional structure of case conferences deals with extra-linguistics issues. This refers to aspects of conversation that are decisive and substantive in terms of the content of a case conference. If the appropriate tasks have not been processed, one cannot speak of a case conference. Three essential criteria were identified in the literature for this purpose [23], [22], [24]. Firstly, participants in a case conference should speak a language that is understandable to all and be person-centred from a biopsychosocial point of view. The International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF) [23] was used as a theoretical model for this purpose. Packard et al. [22] developed an interprofessional, team-based decision-making structure based on the ICF, which enables diverse tasks in the interaction context to be managed in case processing. The advantage of this model is the transfer and integration option across all professions.

This structure serves two central levels that are relevant when conducting a case conference:

1. a global perspective of the course of the conversation and the resulting tasks for the participants from a communicative viewpoint; and
2. an action-oriented perspective from which the best possible interprofessional care is explored in a person-centred manner.

The authors speak of competence in this context if the ability to develop case conferences is observable and tangible, i.e. the ability to process tasks and manage the process is empirically apparent. With particular reference to case conferences, this means that students learn to work communicatively on the following case-based tasks: On the basis of Packard et al. [22], further mandatory extra-linguistics tasks were subsequently identified. All processes related to cooperation now focus on these tasks [24]. The authors regard cooperation in teams as characterised by situational and cross-sectoral activity with regard to a specific healthcare situation. This necessarily leads to a cultural change in the health system [17]. Secondly, this is based on the concept of sharing [22], [25]: shared practice team leadership [26], shared goal-setting [17], [27], [28] and shared decision-making [17], [27], [28]. According to the literature, the leadership function in case conferences is assigned to the profession that has the greatest expertise in the health issues of the patients, and can therefore assume the leadership and responsibility for the sub-processes and the outcome. This leadership role must be renegotiated at each case conference. Targeting and joint decision-making accelerate coordinated negotiation in the case conference, while the needs of the patients guide the procedure. The various approaches of the diverse professions are made apparent by exchanging information. In the case conference, information exchange will help to decide which option(s), i.e. objectives and decisions, need to be prioritised. Thirdly, an inter-professional healthcare plan is drawn up on this basis. It is developed by all participants [12], [29] and should be aligned with current evidence [22], [29]. These communicative and action-related process levels were adapted and integrated into the framework of the interprofessional case conference (see figure 1). This framework should be regarded as the basis for training in the case conferences. Its implementation in teaching is exemplified by the module “Interprofessional Case Conferences” at the Hochschule für Gesundheit. The students thus learn to process the tasks represented in the example. The framework serves as an orientation to the concept of the teaching content and for reflection, in order to become more precise in the description and evaluation of communication processes.

4. Framework conditions at the Hochschule für Gesundheit Bochum

In practice, the case conference will be held with students in midwifery, nursing, physiotherapy, occupational therapy and speech therapy. A group of 20 interprofessional students will come together each week for ten weeks, making a total of about 200 students in the course of one semester. A “case conference” teaching session has a clear structure, as shown below (see table 2). The case conferences take place in the 7th semester and have a workload of three credit points. Due to their time slot in the 7th semester, students have usually passed (or are

about to pass) their final state examination. Students from two or three professions work together during a case conference.

Unlike traditional case conferences, the authors of this concept go beyond the development and analysis of the best possible healthcare outcome by integrating reflection regarding the communication processes into the teaching units. It involves not only “What do we do?”, but also “How do we do it?”.

5. Consequences for communication theory in practice

As a didactic starting point in the module, the framework and its theoretical foundation also have consequences for communication theory and examination methodology. First and foremost, communication based on these assumptions must be taught as a process-oriented procedure. The transfer of knowledge about phases, processes and tasks is essential; pure orientation to skills, e.g. communication techniques, is not enough. The processing of verbal and extra-linguistics tasks (oriented towards the ICF, cooperative decision-making and goal-setting as well as negotiation of leadership) is key; the processing of topics alone is inadequate. At the same time, the framework supports the conversation of professional boundaries. It is inevitable that insights into the working methods of other professions are gained, and that new strategies are identified and negotiated. However, teaching communication must bring diverse professions together, which is quite a challenge when finding the right place for it in the curriculum [30]. However, online formats can be used and spatial barriers can be overcome.

There is a further consequence of the test. Given the basic assumption that “assessment drives learning” [31], a competence-oriented examination is necessary at the end of the module. Until now, teaching has concentrated on cases at the expense of communication development. Linking these two aspects will make the contact time more efficient and effective. The framework makes it possible to observe the process more precisely and evaluate it at the same time, because each of the aspects discussed above can be captured empirically. This means that the evaluation process has an empirical basis, instead of being supported by introspection on the part of the evaluators. This is very relevant, since it is not satisfactory to base the evaluation exclusively on the outcome of the case conferences. If students need to deal with the complex requirements assigned to them in practice by interprofessional interactions, the most relevant criterion is performance. It is becoming apparent that case conferences can be a suitable method for achieving this aim.

Profiles

Name of the location: University of Applied Sciences for Health, Bochum

Subject/professional group: Bachelor's degree programs for the professional groups of nursing, physiotherapy, occupational therapy, speech therapy and midwifery.

Number of learners per year or semester: a total of approximately 250 students per year.

Has a longitudinal communication curriculum been implemented? Yes, since the winter semester 2016.

In which semesters are communication and social skills taught? For all majors in the interprofessional modules in 2nd, 3rd, 6th and 7th semesters, as well as in the subject-specific modules.

What teaching formats are used? Lectures, practical exercises in skills labs, project week, and case conferences.

In which semesters are communication and social skills tested? As module exams in the 3rd and 7th semester, which are graded.

Which examination formats are used? In the 3rd semester a written exam, in the 7th semester an interprofessional objective structured clinical examination (iOSCE).

Who is responsible for the development and implementation? The module leaders and two representatives from each of the five study areas of the School of Health develop and agree on the examination formats in the IPE committee.

Current professional roles of the authors

- Prof. Dr. phil. André Posenau: Professor for Interaction and Interprofessional Communication Nursing and Health Professions at the Department of Nursing Science at the Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum. Main research interests: interprofessional communication and interprofessional didactics, empirical communication and social research, eHealth
- Dipl. Med.-päd Marietta Handgraaf: research associate in the department of physiotherapy at the Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum. Main fields of work: Curricular developments and development of examination formats, interprofessional learning and action, professional policy issues.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

- WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010. Zugänglich unter/available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
- van Dijk-de Vries A, van Dongen JJ, van Bokhoven MA. Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme. *J Interprof Care*. 2017;31(2):167-169. DOI: 10.1080/13561820.2016.1237481
- Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *J Interprof Care*. 2016;30(1):15-28. DOI: 10.3109/13561820.2015.1051616
- Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;61(2):232-241. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x
- Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014;90(1061):149-154. DOI: 10.1136/postgradmedj-2012-131168
- Grando MA, Peleg M, Cuggia M, Glasspool D. Patterns for collaborative work in health care teams. *Artif Intell Med*. 2011;53(3):139-160. DOI: 10.1016/j.artmed.2011.08.005
- Rice K, Zwarenstein M, Conn LG, Kenaszchuk C, Russell A, Reeves S. An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. *J Interprof Care*. 2010;24(4):350-361. DOI: 10.3109/13561820903550713
- Sottas B, Brügger S. Ansprechstrukturen: Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. Zürich: Careum; 2012.
- Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care*. 2009;23(1):41-51. DOI: 10.1080/13561820802338579
- Salas E, Wilson KA, Murphy CE, King H, Salisbury M. Communicating, coordinating, and cooperating when lives depend on it: tips for teamwork. *J Comm J Qual Patient Saf*. 2008;34(6):333-341. DOI: 10.1016/S1553-7250(08)34042-2
- Sordahl J, King IC, Davis K, Tivis R, Smith SC, Fisher A, Willis J, Gordon T, Weppner WG. Interprofessional case conference: impact on learner outcomes. *Transl Behav Med*. 2018;8(6):927-931. DOI: 10.1093/tbm/ibx018
- van Dongen JJ, van Bokhoven MA, Daniels R, van der Weijden T, Emonts WW, Beurskens A. Developing interprofessional care plans in chronic care: a scoping review. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):137. DOI: 10.1186/s12875-016-0535-7
- Posenau A, Peters T. Communicative positioning of one's own profession in interprofessional settings. *GMS J Med Educ*. 2016;33(2):Doc27. DOI: 10.3205/zma001026
- Ewers M, Walkenhorst U. Interprofessionalität in den DACH-Ländern - eine Momentaufnahme. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D, editors. *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten*. Weinheim: Beltz-Juventa; 2019. p.20-37.
- Halcomb EJ, Shepherd BM, Griffiths R. Perceptions of multidisciplinary case conferencing in residential aged care facilities. *Aust Health Rev*. 2009;33(4):566-571. DOI: 10.1071/AH090566
- The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(1):15-18. DOI: 10.1111/jgs.13866
- Karol RL. Team models in neurorehabilitation: structure, function, and culture change. *NeuroRehabilitation*. 2014;34(4):655-669. DOI: 10.3233/NRE-141080
- Bell JS, Aslani P, McLachlan AJ, Whitehead P, Chen TF. Mental health case conferences in primary care: content and treatment decision making. *Res Social Adm Pharm*. 2007;3(1):86-103. DOI: 10.1016/j.sapharm.2006.05.005
- Deppermann A. Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4th ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft; 2002.
- Spiegel C, Spranz-Fogasy T. Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: Brinker K, Antos G, Heinemann W, Sager S, editors. *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Hb. Berlin: de Gruyter; 2001. p.1241-1251.
- Becker-Mrotzek M, Brünner G. Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung; 2009.
- Packard K, Chelal H, Maio A, Doll J, Furze J, Huggett K, Jensen G, Jorgensen D, Wilken M, Qi Y. Interprofessional team reasoning framework as a tool for case study analysis with health professions students: A randomized study. *J Res Interprof Pract Educ*. 2012;2(3):250-263. DOI: 10.22230/jripe.2012v2n3a96
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF. Köln: DIMDI; 2014. Zugänglich unter/available from: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>
- Garber JS, Madigan EA, Click ER, Fitzpatrick JJ. Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *J Interprof Care*. 2009;23(4):331-340. DOI: 10.1080/13561820902886253
- D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:116-131. DOI: 10.1080/13561820500082529
- Orchard CA, Sonibare O, Morse A, Collins J, Al-Hamad A. Collaborative Leadership, Part 1: The Nurse Leader's Role within Interprofessional Teams. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2017;30(2):14-25. DOI: 10.12927/cjnl.2017.25258
- Yu CH, Ivers NM, Stacey D, Rezmovitz J, Telner D, Thorpe K, Hall S, Settino M, Kaplan DM, Coons M, Sodhi S, Sale J, Straus SE. Impact of an interprofessional shared decision-making and goal-setting decision aid for patients with diabetes on decisional conflict—study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:286. DOI: 10.1186/s13063-015-0797-8
- DiazGranados D, Dow AW, Appelbaum N, Mazmanian PE, Retchin SM. Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration. *J Interprof Care*. 2018;32(2):151-159. DOI: 10.1080/13561820.2017.1383886
- van Dongen JJ, van Bokhoven MA, Goossens WN, Daniels R, van der Weijden T, Beurskens A. Development of a Customizable Programme for Improving Interprofessional Team Meetings: An Action Research Approach. *Int J Integr Care*. 2018;18(1):8. DOI: 10.5334/ijic.3076
- Handgraaf M, Dieterich S, Grüneberg C. Interprofessionelles Lehren, Lernen und Handeln - strukturelle und didaktische Herausforderungen. *Int J Health Prof*. 2016;3(1):47-56. DOI: 10.1515/ijhp-2016-0005
- Buss B, Krautter M, Möltner A, Weyrich P, Werner A, Jünger J, Nikendei C. Can the 'assessment drives learning' effect be detected in clinical skills training?—implications for curriculum design and resource planning. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29(5):Doc70. DOI: 10.3205/zma000840

Corresponding author:

Prof. Dr. phil. André Posenau
Hsg Bochum – Hochschule für Gesundheit,
Gesundheitscampus 6-8, D-44801 Bochum, Germany,
Phone: +49 (0)234/77727-650, Fax: +49
(0)234/77727-416
andre.posenau@hs-gesundheit.de

Please cite as

Posenau A, Handgraaf M. Framework for interprofessional case conferences – empirically sound and competence-oriented communication concept for interprofessional teaching. *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc65.
DOI: 10.3205/zma001461, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014610

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001461.shtml>

Received: 2020-03-25

Revised: 2020-11-24

Accepted: 2021-01-09

Published: 2021-02-15

Copyright

©2021 Posenau 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/>.

Framework für interprofessionelle Fallkonferenzen – Empirisch fundiertes und kompetenzorientiertes Kommunikationslehrkonzept für die interprofessionelle Lehre

Zusammenfassung

Zielsetzung: Interprofessionelle Fallkonferenzen stützen zukünftige teambasierte Versorgungsansätze und benötigen unweigerlich eine zielführende Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren. Das Gelingen der Kommunikation während einer Fallkonferenz muss allerdings explizit gelernt sein. Gegenstand der Bearbeitung ist häufig nur das Ergebnis der Fallkonferenz, welches im Plenum oder Kleingruppen diskutiert wird. Die kommunikativen Prozesse werden dabei kaum berücksichtigt. Jedoch ist die Integration der Prozessorientierung und der Relevanzmachung der Kommunikation zur Zielerreichung obligatorisch, um kompetenzorientiert in diesem Bereich zu lehren. Ziel dieses Beitrags ist die Darstellung eines empirisch fundierten Frameworks zum Lehren von Fallkonferenzen, mithilfe dessen Gesprächsprozesse in interprofessionellen Fallkonferenzen geübt, bewertet und analysiert werden können.

Methodik: Mithilfe einer Literaturanalyse, Erkenntnissen aus der empirischen Gesprächsforschung und dem International Classification of Functioning and Health (ICF) wurde das empirisch und theoretisch fundierte Framework für interprofessionelle Fallkonferenzen entwickelt, das bei der Schulung der kommunikativen Kompetenzen unterstützen soll und bei der Bewertung dessen als Grundlage dient.

Ergebnisse: In der Praxis hat sich gezeigt, dass die curriculare Einbettung von Fallkonferenzen im Hochschulkontext bei einer Gruppengröße von 200 Studierenden machbar und effektiv ist. Das Framework hat sich bewährt, innersprachliche Aufgaben zu schulen und sich gleichzeitig an Konzepten des Teilens (sharing) für das Aushandeln von Leadership, Zielen und Entscheidungen auszurichten. Darüber hinaus konnte es auch als theoretisches Konstrukt für die interprofessionelle objective structured clinical examination (iOSCE) zum Abschluss des Moduls „Interprofessionelle Fallkonferenz“ an der Hochschule für Gesundheit eingesetzt werden.

Schlussfolgerung: Die Themen interprofessionelle Praxis (IPP) und Kommunikation sind mittlerweile national wie international Gegenstand der Curricula von Gesundheitsberufen. Darüber hinaus stehen verschiedene Kompetenzrahmen zur Verfügung, die bei der didaktischen Ausrichtung unterstützen können. Konkrete Imperative für die kompetenzorientierte Umsetzung in Lehre und Prüfungen fehlen jedoch nach Ansicht der Autoren. Anstelle der Induktion ist es auch im Bereich der Kommunikationslehre möglich, empirisch fundierte Konzepte in das Studium der Gesundheitsberufe zu integrieren, um eine Weiterentwicklung der kommunikativen Kompetenzentwicklung in diesem Segment zu fundieren.

Schlüsselwörter: IPE, Fallkonferenzen, Kommunikation, ICF, IPP

André Posenau¹

Marietta Handgraaf¹

1 Hsg Bochum – Hochschule für Gesundheit, Bochum, Deutschland

1. Einleitung

Gesundheitsberufe stehen vor der Herausforderung effiziente Strukturen für die Zusammenarbeit im Versorgungsalltag integrieren zu müssen, um der Zunahme an Komplexität in den Versorgungsanforderungen zu begegnen [1]. Ziele für ein chronisches Versorgungsmanagement ändern sich und werden weniger auf die Heilung, sondern vielmehr auf die Verbesserung der täglichen Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Patienten ausgerichtet [2]. Zur Erreichung solcher Ziele ist besonders in der Versorgung chronischer Patienten ein effizientes Zusammenarbeiten zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen von Nöten [3]. Interprofessionelles Zusammenarbeiten oder Teamwork werden hierbei als ein dynamischer Prozess betrachtet, an dem zwei oder mehr Gesundheitsberufe mit zum Teil komplementären Hintergründen und Fähigkeiten beteiligt sind. Sie verfolgen dabei gemeinsame Gesundheitsziele, um eine personenzentrierte Versorgung vorzunehmen. Ihre Zusammenarbeit ist durch einen strukturierten Austausch, offene Kommunikation und geteilte Entscheidungsfindung geprägt [4]. Für solche kollaborativen Versorgungsstrukturen in der Praxis, wie die WHO sie schon seit 2010 fordert [1], existieren allerdings noch viele Herausforderungen. In der einschlägigen Literatur werden unterschiedliche Barrieren, wie z. B. das Hinarbeiten auf die Versorgungsziele, Unklarheiten in der Zuteilung der Verantwortlichkeiten oder der Mangel an Kontinuität in den Versorgungsteams identifiziert [5], [6]. Besonders der Informationsaustausch über Berufsgrenzen hinweg setzt Kenntnisse über die Rolle der anderen Professionen voraus. Desto besser dieser Austausch funktioniert, desto weniger werden Teamstrukturen identifiziert, die durch hierarchische Beziehungen geprägt sind [5], [7], [8]. Eine gut funktionierende Kommunikation in interprofessionellen Versorgungsmomenten, welche sich auf gemeinsame resp. geteilte Visionen sowie gegenseitigen Respekt stützt, hilft, die Zusammenarbeit in Teams und die Koordination der Therapie zu stärken [5], [9], [10], um letztendlich eine effizientere Versorgung für Menschen, die mit chronischen Beschwerden leben müssen, zu implementieren [3]. Die interprofessionelle Fallkonferenz erscheint, neben der Simulation von Übergabegesprächen und der Visite, eine geeignete Bildungsmaßnahme zu sein, um das Wissen und das Bewusstsein für die Rolle anderer Angehöriger der Gesundheitsberufe in der Patientenversorgung zu erhöhen [11], spezifische Kommunikationsstrategien zum Aushandeln von Zielen und Entscheidungen zu fördern und auf der Basis dessen interprofessionelle Versorgungspläne zu entwickeln [12]. All dies ist im deutschsprachigen Raum aus didaktischer Perspektive hinsichtlich der Kommunikationslehre kaum Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion [13], obwohl viele Projekte in diesem Bereich durch Förderlinien angeregt wurden [14]. Dementsprechend stehen die konzeptionelle Entwicklung, die empirische Fundierung des Konzepts und die anschließende Umsetzung im Fokus dieses Beitrags.

2. Interprofessionellen Fallkonferenzen im Bildungskontext

Die berufliche Bildung wird in Deutschland in der Regel monoprofessionell organisiert. Die bestehenden Ausbildungsstrukturen ermöglichen somit schon strukturell wenige Gelegenheiten zum interprofessionellen Austausch und unterstützen inhärent die mangelnden Kenntnisse über die Kompetenzen der anderen Professionen oder die fehlende Präzision im Rollenverständnis der verschiedenen potenziellen Teammitglieder [6], [8]. Interprofessionell angelegte Fallkonferenzen können ein Instrument zur Schulung von kollaborativen Versorgungsansätzen sein. Voraussetzungen für das Gelingen sind, dass die teilnehmenden Akteure die Kompetenzen der anderen Professionen einschätzen, über ein klares Rollenverständnis verfügen und ein Rahmen für die Durchführung von Fallkonferenzen existiert [15]. Um eine effiziente und effektive Fallkonferenz durchzuführen ist es somit essentiell, dass die gezielte Kommunikation untereinander und eine wertschätzende Kultur des Zusammenarbeitens geschaffen wird. Die Kommunikation sollte dabei als eine geplante Diskussion initiiert werden und nicht, wie die Versorgungsrealität häufig zeigt, nebenbei „auf dem Flur“ verlaufen oder erst beginnen, wenn Probleme auftauchen [15]. Ausgehend von einem personenzentrierten Versorgungsansatz [16], [17] müssen die Informationen zu den persönlichen Bedürfnissen und dem aktuellen Gesundheitszustand ausgetauscht und besprochen werden, um Entscheidungen und gemeinsame Zielsetzungen auszuhandeln. Dadurch erst wird es möglich einen strategischen Plan zu entwickeln, welcher sowohl aktuelle Gesundheitsfragen als auch zukünftige Gesundheitsbedürfnisse berücksichtigt [17]. Für die Fallkonferenz wird demnach die Definition von Bell et al. [18] verwendet: *“A case conference is a multidisciplinary meeting of 2 or more health professionals to plan care for a specific person with chronic and complex care needs”*.

Die notwendigen Fähigkeiten, die mit der Durchführung von interprofessionellen Fallkonferenzen in Zusammenhang stehen, werden in Tabelle 1 abgebildet. Die Förderung dieser Kompetenzen sollten innerhalb der Schulungskonzeption zum Tragen kommen. Der unterstützende Rahmen wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

All diese Fähigkeiten gilt es in der Lehre zu berücksichtigen, wobei dies aufgrund des Gegenstands im praktischen Handeln, also durch das Durchführen einer Fallkonferenz, realisiert werden sollte, die im Anschluss der Durchführung in der Reflexionsphase um den Faktor Kommunikationsverhalten ergänzt werden muss (siehe Tabelle 2). Die Frage die sich nun stellt ist, was lässt sich diesbezüglich reflektieren und wie können wir es verbal überhaupt beschreiben? Hierzu wurde das unten dargestellte Framework entwickelt.

Tabelle 1: Übersicht über die Kompetenzentwicklung in der interprofessionellen Fallkonferenz

Komponente	Befähigung / Verhalten
Personenzentrierte Versorgung	- Sie respektieren die individuellen Bedürfnisse der Patienten / Klienten; - kennen, verstehen und setzen Prinzipien der kooperativen Zieldefinition und Entscheidungsfindung erfolgreich ein; - stellen sicher, dass der Patient / Klient; die derzeit bestmögliche Therapie erhält; - berücksichtigen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse für Diagnostik und Therapieansätze und kommunizieren die Evidenzlage in verständlicher Weise.
Rollen und Verantwortung	- Sie sind sich ihrer beruflichen Rollen bewusst und wissen um ihre Grenzen, setzen sich damit kritisch auseinander und reflektieren diese; - stellen die eigenen professionellen Rollen in einer angemessenen und vertrauensvollen Art und Weise dar und sind über die Rollen und Aufgabenbereiche anderer Professionen informiert; - üben die eigenen Rollen in einer kulturell und sozial angemessenen und reflektierten Art und Weise mit Anerkennung und Respekt gegenüber anderen Professionen aus; - beziehen die Expertise der anderen Professionen durch Konsultation ein und stimmen diese u. a. zur Entscheidungs- und Zielfindung ab.
Kommunikation	- Sie verwenden und verstehen relevante Aspekte bzw. Terminologien der Fachsprache aller beteiligter Professionen; - stellen sicher, dass bei der Diskussion und der Entscheidungsfindung das gemeinsame Handeln auf einem geteilten Verständnis der Situation beruht; - gehen effizient und effektiv mit Informationen und Kommunikationstechnologien um, um eine umfassende personenzentrierte Versorgung zu unterstützen; - sind in der Lage aktiv zuzuhören und deuten und thematisieren die nonverbalen Aspekte der Kommunikation in unterschiedlichen Settings mit wechselnden Akteuren angemessen; - verwenden kooperative Kommunikationsverfahren; - etablieren teambildende Kommunikationsstrukturen und bahnen eine vertrauensvolle Zusammenarbeit an; - erkennen Konflikttypen und wenden zielorientierte Lösungsstrategien an, um konstruktive Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Tabelle 2: Drehbuch zu einer Lehreinheit (Posenau/Handgraaf, eigene Darstellung).

Zeit	Inhalt und Ziel	Phasenziel	
0 – 30 Min.	- Arbeitsorganisation (Gruppen und Rollenklärung) - Fallausgabe und Klärung offener Fragen	Vorbereitung und Organisation des Arbeitsmodus	Vorbereitung
30 – 60 Min.	- Klärung der gesundheitlichen Situation und des Settings - Professionsspezifische Potentiale herausarbeiten und anhand der Leitfragen diskutieren	Identifizierung der Gegenstands- und Kompetenzebene	
60 – 105 Min.	- Interprofessionelle Fallbearbeitung - Abstimmung des Versorgungsplans	Durchführung der Fallkonferenz	Nachbereitung
105 – 150 Min.	- Entwicklung des Versorgungsplans - Diskussion der Ergebnisse im Plenum - Darstellung der Versorgungspläne	Darstellung und Evaluierung der Ergebnisse und Versorgungspläne	
150 – 180 Min.	Reflexion der Kommunikation im Rahmen der Fallkonferenz	Reflexion des Vorgehens im Rahmen der Fallbearbeitung	

3. Rahmen für die interprofessionellen Fallkonferenzen

Bei der Umsetzung von interprofessionellen Fallkonferenzen handelt es sich um einen komplexen Gesprächstyp, dem eine bestimmte Struktur zugrunde liegt. Diese Struktur ist an zu bearbeitenden Aufgaben im Gespräch orientiert. Mit der Bearbeitung außersprachlicher Aufgaben sind konkrete sprachliche Handlungen gemeint, die realisiert werden müssen, damit von einer Fallkonferenz gesprochen werden kann. Es gibt quasi einen „Prototyp“, wie eine interprofessionelle Fallkonferenz geführt werden sollte. Dieser Idealfall wurde aus mehreren Perspektiven heraus entwickelt, auf dessen Grundlage dann im Anschluss das Framework für die interprofessionellen Fallkonferenzen abgeleitet wurde (siehe Abbildung 1). Grundlegend aus gesprächsanalytischer Perspektive bei der Entwicklung des Frameworks ist die Annahme, dass Gespräche aktiv in Form von aufeinanderbezogenen

Prozessen konstituiert werden. Hinzu kommen die Merkmale Methodizität, also die kulturelle Dimension, und die Pragmatizität [19]. Das letzte Merkmal ist besonders relevant in diesem Kontext, da die Aufgabenbearbeitung der Akteure im Gespräch zentral ist. Hierbei wird unterschieden zwischen innersprachlichen und außersprachlichen Aufgaben. Also alles, was in jedem Gespräch von allen Akteuren permanent realisiert werden muss (innersprachlich) und alles was an konkreten Aufgaben bearbeitet werden muss, damit man von einem spezifischen Gesprächstyp sprechen kann (außersprachlich). In diesem Fall geht es um die Spezifika des Gesprächstyps der interprofessionellen Fallkonferenz. Durch dieses induktive Verständnis von Gesprächen wird es möglich, den Gesprächstyp mithilfe der Gesprächsanalyse empirisch zu erfassen und anwendungsorientiert anzuwenden. Auf der kommunikativen Ebene geht es während einer Fallkonferenz im Gesprächsverlauf besonders um die Steuerung und die aktive Konstitution von Gesprächsphasen, sowie zuvor beschrieben um die Koordination der unterschiedlichen Gesprächsphasen und innersprachli-

Framework für Interprofessionelle Fallbesprechungen

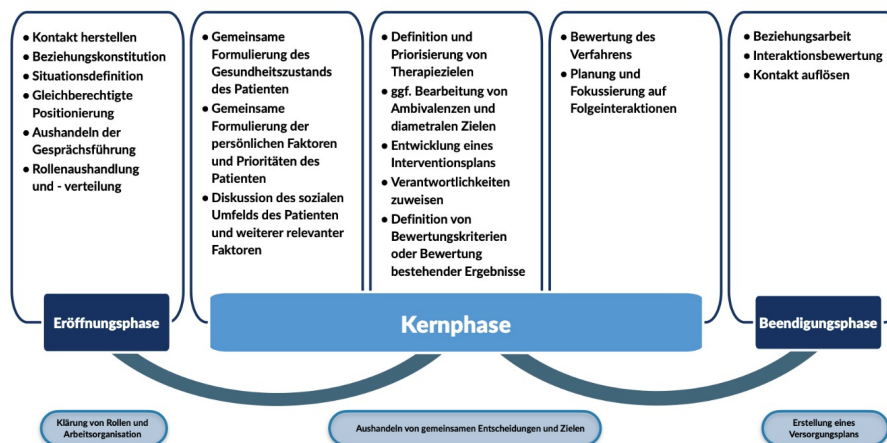


Abbildung 1: Framework für eine interprofessionelle Fallkonferenz (Posenau/Handgraaf, eigene Darstellung).

chen Aufgaben [20]. Demnach bestehen Gespräche immer aus Eröffnungs- Kern- und Beendigungsphasen, die aktiv von den Beteiligten hergestellt werden müssen. Die Eröffnungs- und Beendigungsphase ist dabei primär für die Struktur- und Beziehungsarbeit reserviert. Die Kernphase ist deutlich komplexer und macht Gesprächstypen unterscheidbar. In Fallkonferenzen muss z. B. ein anderes Aufgabenpaket außersprachlich bearbeitet werden als in einer Anamnese [20].

Deppermann [19] spricht in Anlehnung an Kallmeyer in diesem Zusammenhang von Realitätskonstitution auf unterschiedlichen Ebenen, welche durch die Akteure in jedem Gesprächsmoment aktiv konstituiert werden müssen. Es besteht für die Akteure somit jederzeit auf der Mikroebene die Aufgabe:

- das Gespräch zu organisieren,
- die Darstellung von Sachverhalten zu gestalten,
- das Handeln auf der Mikroebene zu koordinieren,
- die soziale Beziehung und Identität herzustellen und aufrechtzuerhalten,
- die Modalität der Interaktion konstituieren
- und Reziprozität herzustellen.

Diese innersprachlichen Aufgaben sind in jedem Gespräch vorhanden und eine induktive Perspektive hilft bei der Betrachtung von Interaktionen und macht sie empirisch analysierbar und beschreibbar.

Auf dieser Ebene werden dann klassische Kommunikationsverfahren relevant, die bisher häufig als einziger Gegenstand der Kommunikationslehre betrachtet werden. In manchen Texten wird z. B. von Techniken gesprochen [21], wie Fragetechniken oder z. B. Techniken zur Gesprächsführung oder komplexeren Verfahren wie das aktive Zuhören.

Auf der Mikroebene steht uns somit die Gesprächsanalyse als Grundlage zur empirischen Fundierung mit ihren vielfältigen Analyse- und Beschreibungsoptionen zur Verfügung, mithilfe derer der fluide Untersuchungsgegenstand überhaupt zu greifen ist. Auf der Makroebene wird auf Grundlage des ICF [23] das Modell von Packard et

al. [22] hinzugezogen, um die außersprachlichen Aufgaben zu identifizieren, was im Folgenden skizziert wird.

Auf der handlungsfokussierten Ebene geht es im interprofessionellen Framework für die Fallkonferenzen um die außersprachlichen Aufgaben. Gemeint sind hiermit Aspekte im Gespräch, welche handlungsleitend und inhaltlich substantiell für eine Fallkonferenz sind. Wenn die entsprechenden Aufgaben nicht bearbeitet wurden, kann man nicht von einer Fallkonferenz sprechen. Hierfür wurden in der Literatur drei essentielle Gesichtspunkte identifiziert [23], [22], [24]. Erstens sollten Akteure in einer Fallkonferenz eine für alle verständliche Sprache sprechen und aus einer biopsychosozialen Sicht, personenzentriert ausgerichtet sein. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [23] wurde hierzu als theoretisches Modell zu Grunde gelegt. Packard et al. [22] entwickelten auf Basis des ICF einen interprofessionellen, teambasierten Entscheidungsrahmen, mit dem in der Bearbeitung von Fällen die vielfältigen Aufgaben in dem Interaktionszusammenhang gesteuert werden können. Der Vorteil dieses Modells liegt in der Transfermöglichkeit und der Integrationsoption über alle Professionen hinweg.

Das Framework bedient dabei zwei zentrale Ebenen, die beim Durchführen einer Fallkonferenz relevant sind:

1. eine globale Perspektive des Gesprächsverlaufs und den daraus resultierenden Aufgaben für die Akteure unter kommunikativen Gesichtspunkten und
2. eine handlungsfokussierte Perspektive, aus der personenzentriert die bestmögliche interprofessionelle Versorgung ausgelotet wird.

Von Kompetenzen sprechen die Autoren in diesem Kontext, wenn die Fähigkeit zur Konstitution von Fallkonferenzen, also der Fähigkeit der Bearbeitung der Aufgaben und Steuerung des Prozesses, beobachtbar, also empirisch fassbar, sind. Konkret für Fallkonferenzen bedeutet dies, dass die Studierenden folgende Aufgaben auf Grundlage eines Falls kommunikativ bearbeiten lernen. Auch auf der Grundlage von Packard et al. [22] wurden dann im Anschluss weitere obligatorische außersprachli-

che Aufgaben identifiziert. Für diese Aufgaben stehen nun folgend alle Prozesse, die im Zusammenhang mit dem Zusammenarbeiten stehen, im Mittelpunkt [24]. Zusammenarbeit in Teams ist nach Ansicht der Autoren gekennzeichnet durch situatives und sektorenübergreifendes Agieren mit Bezug auf eine spezifische Versorgungssituation. Dies führt somit notgedrungen zu einem Kulturwandel im Gesundheitssystem [17]. Damit wird zweitens für die Fallkonferenzen das Konzept des Teilens (sharing) zu Grunde gelegt [22], [25]: gemeinsame Teamführung (shared practice team leadership) [26], gemeinsame Zielsetzung (shared goalsetting) [17], [27], [28] und die gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making) [17], [27], [28]. Die Leadership-Funktion in den Fallkonferenzen wird der Literatur nach der Profession zugeordnet, die zur Gesundheitsfrage der Patienten die größte Expertise aufweist und damit die Führung und Verantwortung für die Teilprozesse und das Outcome übernehmen kann. Diese Führungsrolle ist in jeder Fallkonferenz neu auszuhandeln. Die Zielfindung und gemeinsame Entscheidungsfindung forcieren in der Fallkonferenz das aufeinander abgestimmte Aushandeln, wobei das Bedürfnis der Patienten dabei handlungsleitend ist. Hierbei werden durch den Informationsaustausch die unterschiedlichen Handlungsansätze der verschiedenen Professionen sichtbar. In der Fallkonferenz ist im Austausch zu entscheiden, welche Handlungsoption(en), d. h. Ziele und Entscheidungen, priorisiert werden müssen. Drittens wird auf dieser von allen Akteuren erarbeiteten Basis ein interprofessioneller Versorgungsplan erstellt [12], [29], der an den aktuellen Evidenzen ausgerichtet sein sollte [22], [29].

Diese kommunikativen und handlungsbezogenen Prozessebenen wurden parallelisiert und in das Framework für die interprofessionelle Fallkonferenz integriert (siehe Abbildung 1). Das Framework ist als Basis für die Schulungen der Fallkonferenzen zu sehen. Die Umsetzung in der Lehre wird exemplarisch für das Modul „interprofessionelle Fallkonferenzen“ an der Hochschule für Gesundheit dargestellt. Die Studierenden lernen also prozessbezogen die in der Abbildung extrahierten Aufgaben zu bearbeiten. Das Framework dient dabei als Orientierung zur Konzeption der Lehrinhalte, wie auch zur Reflexion, um präziser in der Beschreibung und Bewertung von Kommunikationsprozessen zu werden.

4. Rahmenbedingungen an der hsg

Realisiert wird die Fallkonferenz in der Praxis mit Studierenden der Hebammenwissenschaft, der Pflege, Physio- und Ergotherapie und Logopädie. Insgesamt kommen im Laufe eines Semesters ca. 200 Studierende in zehn interprofessionellen Gruppen wöchentlich zu jeweils 20 Studierenden zusammen. Eine Unterrichtseinheit „Fallkonferenz“ folgt einer klaren wie unten aufgezeigten Struktur (siehe Tabelle 2). Die Fallkonferenzen sind im 7. Semester verortet und haben einen Workload von drei Kreditpunkten. Durch die curriculare Verankerung im 7.

Semester haben die Studierenden in der Regel ihre staatliche Abschlussprüfung durchlaufen oder stehen kurz davor. In einer Fallkonferenz arbeiten zwei bis drei unterschiedliche Professionen zusammen.

Im Vergleich zu klassischen Fallkonferenzen gehen die Autoren in diesem Konzept über die Erarbeitung und Analyse des potenziell bestmöglichen Versorgungsergebnisses hinaus, indem sie die Reflexion der Kommunikationsprozesse mit in die Unterrichtseinheiten integrieren. Es geht also nicht nur um das "Was machen wir?", sondern auch um das "Wie machen wir das?".

5. Konsequenzen für die Kommunikationslehre in der Praxis

Das Framework und seine theoretische Fundierung haben als didaktischer Ausgangspunkt im Modul auch Konsequenzen auf die Kommunikationslehre und die Prüfung. Zunächst einmal muss Kommunikation basierend auf diesen Annahmen als ein prozessorientiertes Verfahren gelehrt werden. Grundlegend ist die Vermittlung der Kenntnisse über Phasen, Prozesse und Aufgaben; eine reine Orientierung an Fertigkeiten, also Kommunikationstechniken, greift zu kurz. Zentral ist die Bearbeitung der inner- und außersprachlichen Aufgaben (orientiert an der ICF, der kooperativen Entscheidungs- und Zielfindung und dem Aushandeln des Leaderships), nicht durch das alleinige Abarbeiten von Themen. Gleichzeitig unterstützt das Framework den Austausch über die Berufsgrenze hinweg. Zwangsläufig werden Erkenntnisse über die Arbeitsweisen der anderen Professionen gewonnen sowie neue Handlungsstrategien eruiert und ausgehandelt. Für die Kommunikationslehre sind allerdings mehrere Professionen obligatorisch zusammen zu bringen, was für die curriculare Verankerung durchaus eine Herausforderung darstellt [30]. Dennoch können auch Online-Formate ihren Einsatz finden und räumliche Barrieren überwinden.

Eine weitere Auswirkung ergibt sich hinsichtlich der Prüfung. Basierend auf der Grundannahme „Assessment drives Learning“ [31] ist es notwendig am Ende des Moduls eine kompetenzorientierte Prüfung durchzuführen. Bisher blendet die Lehre mit Fällen den Aspekt der Kommunikationsentwicklung aus. Durch die Verknüpfung der beiden Foki kann die Kontaktzeit effizienter und effektiver genutzt werden. Durch das Framework wird eine präzisere Beobachtung und auch gleichzeitig eine Bewertung des Prozesses möglich, denn die einzelnen oben angesprochenen Aspekte sind empirisch erfassbar. Somit kann der Bewertungsprozess empirisch fundiert und nicht nur durch die Introspektion der Bewertenden begründet werden. Dies ist höchst relevant, denn es reicht nicht aus, dass die Bewertung ausschließlich auf das Ergebnis der Fallkonferenzen gelegt wird. Relevant ist vor allem die Performanz, um zum angestrebten Ergebnis zu kommen, damit Studierende in der Praxis in der Lage sind, die komplexen an sie gestellten Anforderungen in interprofessionellen Interaktionen in der Praxis zu bearbeiten.

Es zeichnet sich ab, dass Fallkonferenzen eine geeignete Methode für dieses Ziel sein können.

Steckbrief

Name des Standorts: Hochschule für Gesundheit, Bochum

Studienfach/Berufsgruppe: Bachelorstudiengänge für die Berufsgruppen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenkunde

Anzahl der Lernenden pro Jahr bzw. Semester: insgesamt ca. 250 Studierende pro Jahr.

Ist ein longitudinales Kommunikationscurriculum implementiert? Ja, seit dem Wintersemester 2016.

In welchen Semestern werden kommunikative und soziale Kompetenzen unterrichtet? Für alle Studiengänge in den interprofessionellen Modulen in 2., 3., 6 und 7. Semester, sowie in den fachspezifischen Modulen.

Welche Unterrichtsformate kommen zum Einsatz? Vorlesungen, praktische Übungen in Skills-Labs, Projektwoche und Fallkonferenzen.

In welchen Semestern werden kommunikative und soziale Kompetenzen geprüft? Als Modulprüfungen im 3. und 7. Semester, welche benotet werden.

Welche Prüfungsformate kommen zum Einsatz? Im 3. Semester eine Klausur, in 7. Semester eine interprofessionelle objective structured clinical examination (iOSCE)

Wer ist mit der Entwicklung und Umsetzung betraut? Die Modulverantwortlichen und jeweils zwei Vertreter*innen aus den fünf Studienbereichen der Hochschule für Gesundheit entwickeln und stimmen die Prüfungsformate in der Ausschuss IPE ab.

Aktuelle berufliche Rolle der Autor*innen

- Prof. Dr. phil. André Posenau: Professor für Interaktion interprofessionelle Kommunikation Pflege und Gesundheitsfachberufen am Department für Pflegewissenschaft an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum. Arbeitsschwerpunkte: interprofessionelle Kommunikation und interprofessionelle Didaktik, empirische Kommunikations- und Sozialforschung, eHealth
- Dipl. Med.-päd Marietta Handgraaf: wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studienbereich Physiotherapie der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum. Arbeitsschwerpunkte: curriculare Entwicklungen und Entwicklung von Prüfungsformaten, interprofessionelles Lernen und Handeln, berufspolitische Fragenstellungen

Interessenkonflikt

Die Autor*in erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010. Zugänglich unter/available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
2. van Dijk-de Vries A, van Dongen JJ, van Bokhoven MA. Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme. *J Interprof Care*. 2017;31(2):167-169. DOI: 10.1080/13561820.2016.1237481
3. Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *J Interprof Care*. 2016;30(1):15-28. DOI: 10.3109/13561820.2015.1051616
4. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;61(2):232-241. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x
5. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014;90(1061):149-154. DOI: 10.1136/postgradmedj-2012-131168
6. Grando MA, Peleg M, Cuggia M, Glasspool D. Patterns for collaborative work in health care teams. *Artif Intell Med*. 2011;53(3):139-160. DOI: 10.1016/j.artmed.2011.08.005
7. Rice K, Zwarenstein M, Conn LG, Kenaszchuk C, Russell A, Reeves S. An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. *J Interprof Care*. 2010;24(4):350-361. DOI: 10.3109/13561820903550713
8. Sottas B, Brügger S. Ansprechstrukturen: Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. Zürich: Careum; 2012.
9. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care*. 2009;23(1):41-51. DOI: 10.1080/13561820802338579
10. Salas E, Wilson KA, Murphy CE, King H, Salisbury M. Communicating, coordinating, and cooperating when lives depend on it: tips for teamwork. *J Comm J Qual Patient Saf*. 2008;34(6):333-341. DOI: 10.1016/S1553-7250(08)34042-2
11. Sordahl J, King IC, Davis K, Tivis R, Smith SC, Fisher A, Willis J, Gordon T, Weppner WG. Interprofessional case conference: impact on learner outcomes. *Transl Behav Med*. 2018;8(6):927-931. DOI: 10.1093/tbm/ibx018
12. van Dongen JJ, van Bokhoven MA, Daniels R, van der Weijden T, Emonts WW, Beurskens A. Developing interprofessional care plans in chronic care: a scoping review. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):137. DOI: 10.1186/s12875-016-0535-7
13. Posenau A, Peters T. Communicative positioning of one's own profession in interprofessional settings. *GMS J Med Educ*. 2016;33(2):Doc27. DOI: 10.3205/zma001026
14. Ewers M, Walkenhorst U. Interprofessionalität in den DACH-Ländern - eine Momentaufnahme. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D, editors. *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten*. Weinheim: Beltz-Juventa; 2019. p.20-37.
15. Halcomb EJ, Shepherd BM, Griffiths R. Perceptions of multidisciplinary case conferencing in residential aged care facilities. *Aust Health Rev*. 2009;33(4):566-571. DOI: 10.1071/AH090566
16. The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(1):15-18. DOI: 10.1111/jgs.13866

17. Karol RL. Team models in neurorehabilitation: structure, function, and culture change. *NeuroRehabilitation*. 2014;34(4):655-669. DOI: 10.3233/NRE-141080
18. Bell JS, Aslani P, McLachlan AJ, Whitehead P, Chen TF. Mental health case conferences in primary care: content and treatment decision making. *Res Social Adm Pharm*. 2007;3(1):86-103. DOI: 10.1016/j.sapharm.2006.05.005
19. Deppermann A. Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4th ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft; 2002.
20. Spiegel C, Spranz-Fogasy T. Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: Brinker K, Antos G, Heinemann W, Sager S, editors. *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Hb. Berlin: de Gruyter; 2001. p.1241-1251.
21. Becker-Mrotzek M, Brünner G. Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung; 2009.
22. Packard K, Chelal H, Maio A, Doll J, Furze J, Huggett K, Jensen G, Jorgensen D, Wilken M, Qi Y. Interprofessional team reasoning framework as a tool for case study analysis with health professions students: A randomized study. *J Res Interprof Pract Educ*. 2012;2(3):250-263. DOI: 10.22230/jripe.2012v2n3a96
23. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF. Köln: DIMDI; 2014. Zugänglich unter/available from: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>
24. Garber JS, Madigan EA, Click ER, Fitzpatrick JJ. Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *J Interprof Care*. 2009;23(4):331-340. DOI: 10.1080/13561820902886253
25. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:116-131. DOI: 10.1080/13561820500082529
26. Orchard CA, Sonibare O, Morse A, Collins J, Al-Hamad A. Collaborative Leadership, Part 1: The Nurse Leader's Role within Interprofessional Teams. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2017;30(2):14-25. DOI: 10.12927/cjnl.2017.25258
27. Yu CH, Ivers NM, Stacey D, Rezmovitz J, Telner D, Thorpe K, Hall S, Settino M, Kaplan DM, Coons M, Sodhi S, Sale J, Straus SE. Impact of an interprofessional shared decision-making and goal-setting decision aid for patients with diabetes on decisional conflict—study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:286. DOI: 10.1186/s13063-015-0797-8
28. DiazGranados D, Dow AW, Appelbaum N, Mazmanian PE, Retchin SM. Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration. *J Interprof Care*. 2018;32(2):151-159. DOI: 10.1080/13561820.2017.1383886
29. van Dongen JJ, van Bokhoven MA, Goossens WN, Daniels R, van der Weijden T, Beurskens A. Development of a Customizable Programme for Improving Interprofessional Team Meetings: An Action Research Approach. *Int J Integr Care*. 2018;18(1):8. DOI: 10.5334/ijic.3076
30. Handgraaf M, Dieterich S, Grüneberg C. Interprofessionelles Lehren, Lernen und Handeln - strukturelle und didaktische Herausforderungen. *Int J Health Prof*. 2016;3(1):47-56. DOI: 10.1515/ijhp-2016-0005
31. Buss B, Krautter M, Möltner A, Weyrich P, Werner A, Jünger J, Nikendei C. Can the 'assessment drives learning' effect be detected in clinical skills training?—implications for curriculum design and resource planning. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29(5):Doc70. DOI: 10.3205/zma000840

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. phil. André Posenau
Hsg Bochum – Hochschule für Gesundheit,
Gesundheitscampus 6-8, 44801 Bochum, Deutschland,
Tel.: +49 (0)234/77727-650, Fax: +49
(0)234/77727-416
andre.posenau@hs-gesundheit.de

Bitte zitieren als

Posenau A, Handgraaf M. Framework for interprofessional case conferences – empirically sound and competence-oriented communication concept for interprofessional teaching. *GMS J Med Educ*. 2021;38(3):Doc65. DOI: 10.3205/zma001461, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014610

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001461.shtml>

Eingereicht: 25.03.2020

Überarbeitet: 24.11.2020

Angenommen: 09.01.2021

Veröffentlicht: 15.02.2021

Copyright

©2021 Posenau 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/>.