

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi

ENTWICKLUNG EINES
INTERPROFESSIONELLEN CURRICULUMS FÜR
KOMPLEMENTÄRE UND INTEGRATIVE MEDIZIN

EINE DELPHI-STUDIE

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)

an der

Medizinischen Fakultät Heidelberg

der

Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von

Angelika Homberg

aus

Sinsheim an der Elsenz

2020

DEKAN: PROF. DR. MED. HANS-GEORG KRÄUSSLICH

DOKTORMUTTER: PRIV.-DOZ. DR. MED. SVETLA LOUKANOVA, MHM

Integrative medicine offers the promise of restoring values that were prominent in medicine of the recent past, cutting health-care costs, improving health, renewing consumer confidence and satisfaction, and reducing the unhappiness of physicians.

It can develop in a planned, thoughtful way, consistent with good science and ethics or it can develop haphazardly and recklessly.

One can already see in the profusion of holistic and integrative clinics the lack of substance and planning that one would expect, given the fact that medical schools are not preparing physicians to navigate in this new world.

Designing a new kind of medical education for a new millennium is an urgent priority.

(Weil 2000, S. 443)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Curriculumsentwicklung.....	1
1.2 Entwicklungen in der Patientenversorgung	3
1.2.1 Komplementärmedizin, Integrative Medizin und Naturheilkunde	3
1.2.2 Patientenversorgung im Kontext von KIM.....	6
1.2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	8
1.3 Entwicklungen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe	10
1.3.1 Interprofessionelle Ausbildung	10
1.3.2 Kompetenzbasierte Ausbildung und Rahmenwerke	11
1.3.3 Ausbildung zu KIM in der Humanmedizin	15
1.3.4 Ausbildung zu KIM in den anderen Gesundheitsberufen.....	19
1.4 KIM und Interprofessionalität	23
1.4.1 Das Verhältnis von KIM und Interprofessionalität.....	23
1.4.2 Interprofessionelle Ausbildungskonzepte für KIM.....	25
1.4.3 Ziel dieser Studie	28
2 Methodik.....	29
2.1 Delphi-Methode als Forschungsdesign.....	29
2.1.1 Die Wahl der Delphi-Technik	29
2.1.2 Modifikation der Delphi-Technik und Konsensfindung	31
2.2 Expertenauswahl und Rekrutierung.....	34
2.2.1 Quotenmerkmale für das Expertenpanel	35
2.2.2 Modifizierung der Quotenmerkmale.....	37
2.2.3 Rekrutierung der Expertinnen und Experten	38
2.3 Befragungs- und Auswertungsprozess.....	40
2.3.1 Verwendete Software	41
2.3.2 Konzeption des ersten Fragebogens	43
2.3.3 Prozess und Auswertung der ersten Befragungsrunde	45
2.3.4 Konzeption des zweiten Fragebogens	46
2.3.5 Prozess und Auswertung der zweiten Befragungsrunde	48
2.3.6 Konzeption des dritten Fragebogens	49
2.3.7 Prozess und Auswertung der dritten Befragungsrunde	51
2.3.8 Planung und Durchführung des Abschlussworkshops	52

2.4	Gütekriterien.....	53
2.4.1	CREDES Schritt 1: Begründung für die Wahl der Delphi-Technik.....	54
2.4.2	CREDES Schritt 2: Planung und Entwurf.....	55
2.4.3	CREDES Schritt 3: Durchführung.....	55
2.4.4	CREDES Schritt 4: Berichterstattung.....	56
2.5	Ethik und Datenschutz.....	57
3	Ergebnisse	58
3.1	Prozessbezogene Ergebnisse.....	58
3.1.1	Rücklauf.....	58
3.1.2	Charakteristik der Teilnehmenden	58
3.1.3	Evaluation des Befragungsprozesses	65
3.2	Inhaltliche Ergebnisse.....	66
3.2.1	Kompetenzen.....	66
3.2.2	Rollenkompetenzen	70
3.2.3	Curriculare Inhalte.....	76
3.2.4	Didaktische Ausrichtung	85
3.2.5	Gefahren und Chancen interprofessioneller Lehre zu KIM.....	93
4	Diskussion	99
4.1	Methodenkritik.....	99
4.1.1	Diskussion der Fragestellung.....	99
4.1.2	Diskussion der Methode	100
4.1.3	Diskussion der Expertenauswahl und des Expertenpanels	102
4.1.4	Diskussion des Befragungsprozesses	106
4.2	Diskussion der Ergebnisse der Forschungsfragen.....	109
4.2.1	Diskussion der Kompetenzen	109
4.2.2	Diskussion der Rollenkompetenzen.....	113
4.2.3	Diskussion der curricularen Inhalte.....	119
4.2.4	Diskussion der didaktischen Ausrichtung	123
4.2.5	Diskussion der Gefahren und Chancen interprofessioneller Lehre zu KIM	129
4.3	Schlussfolgerungen.....	132
5	Zusammenfassung.....	135
6	Literaturverzeichnis.....	137
7	Eigenanteil an Datenerhebung und -auswertung und eigene Veröffentlichungen... 159	
8	Anhang.....	164
	Danksagung.....	190
	Eidesstattliche Versicherung.....	191

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Entwicklung und Weiterentwicklung der Komplementären Medizin.....	5
Abbildung 2. CanMEDS-Rollenmodell.....	14
Abbildung 3. Studienverlauf.....	42
Abbildung 4. Erfahrungen im Bereich Patientenversorgung	62
Abbildung 5. Erfahrungen im Bereich Forschung	63
Abbildung 6. Einstellungen gegenüber KIM	64
Abbildung 7. Ermittlung und Einschätzung der Allgemeinen Kompetenzen	66
Abbildung 8. Einschätzung der CanMEDS-Rollenkompetenzen und -Teilkompetenzen.....	70
Abbildung 9. Einschätzung der CanMEDS-Teilkompetenzen des Health Advocate	76
Abbildung 10. Ermittlung und Einschätzung der curricularen Inhalte.....	77
Abbildung 11. Strukturierung der Inhalte.....	84
Abbildung 12. Ermittlung und Einschätzung der didaktischen Ausrichtung.....	85
Abbildung 13. Didaktische Methoden.....	86
Abbildung 14. Einbindung von praktischen Übungen.....	87
Abbildung 15. Kommunikative Kompetenzen	89
Abbildung 16. Handlungsfelder	91

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Expertenfelder für die Rekrutierung der Expertinnen und Experten.....	38
Tabelle 2. Soziodemographische Daten.....	59
Tabelle 3. Qualifikationen und Erfahrungen im Bereich Lehre	61
Tabelle 4. Anwendungen im Bereich Komplementärmedizin.....	65
Tabelle 5. Relevanzzuordnung der allgemeinen Kompetenzen.....	67
Tabelle 6. Relevanzzuordnung der CanMEDS-Rollenkompetenzen.....	71
Tabelle 7. Anzahl der CanMEDS-Teilkompetenzen in den jeweiligen Relevanzgruppen	71
Tabelle 8. Relevanzzuordnung der CanMEDS-Teilkompetenzen	73
Tabelle 9. Relevanzzuordnung der allgemeinen curricularen Inhalte	78
Tabelle 10. Relevanzzuordnung der Inhalte in Bezug auf Therapiemethoden	79
Tabelle 11. Relevanzzuordnung der Inhalte in Bezug auf Behandlungsanlässe	82
Tabelle 12. Gefahr und Herausforderung bei interprofessioneller KIM-Lehre	94
Tabelle 13. Chancen und Gewinn bei interprofessioneller KIM-Lehre.....	97

Abkürzungsverzeichnis

ACIH	Academic Collaborative for Integrative Health
ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte (Bundesrechtsverordnung)
CAIPE	Centre for the Advancement of Interprofessional Education
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CAM in UME	Complementary and Alternative Medicine in Undergraduate Medical Education
CanMEDS	Canadian Medical Education Directions for Specialist (Langform ist seit 2000 nicht mehr in Gebrauch)
CREDES	Guidance on Conducting and Reporting Delphi Studies
HeilprG	Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung
IM	Integrative Medizin
InterKIM	Interprofessionelles Wahlfach Komplementäre und Integrative Medizin
IPEC	Interprofessional Education Collaborative
KIM	Komplementäre und Integrative Medizin
KM	Komplementärmedizin
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
NCCIH	National Center for Complementary and Integrative Health
NHV	Naturheilverfahren
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog der Medizin (Deutschland)
PfIBRefG	Gesetz zur Reform der Pflegeberufe
PhysTh-AprV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten
PROFILES	Principal Relevant Objectives and Framework for Integrative Learning and Education in Switzerland
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
T & CM	Traditional and Complementary Medicine
TN	Teilnehmerin oder Teilnehmer
USA	United States of America
UK	United Kingdom
WHO	Weltgesundheitsorganisation
QB12	Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Therapie und Naturheilverfahren (im Curriculum der Humanmedizin in Deutschland)

1 Einleitung

1.1 Curriculumsentwicklung

Die Entwicklung eines Curriculums wird in der Regel angestoßen durch veränderte Bedingungen der Arbeitswelt, veränderte Lebenswelten der Lernenden oder neue wissenschaftliche Erkenntnisse (Grossman et al. 2009). Ein Curriculum per se beinhaltet Lernziele oder auch Lernergebnisse, welche durch das Bildungsangebot intendiert werden und an denen sich der Ablauf des Lehr-Lern-Prozesses ausrichtet, und es beinhaltet Inhalte und Methoden, mit Hilfe derer die Lernziele erreicht werden können (Muths 2009, S. 9). Darüber hinaus berücksichtigt es in der Regel auch Rahmenbedingungen, wie Lernvoraussetzungen, und ist eingebettet in den kulturellen Kontext. Lehren und Lernen wird hierbei als komplexes Wirkgefüge verstanden (Fichtmüller und Walter 2007). Zunächst gilt es, dieses Gefüge zu entwirren, zu ordnen und in einzelne Elemente zu zerlegen, welche handhabbar sind. Die lerntheoretische Didaktik bietet einen Bezugsrahmen, welcher je nach zugrunde liegendem theoretischem Modell Strukturelemente wie Lernvoraussetzungen, Intentionen, Inhalte, Medien und Methoden benennt (Peterßen 2001, S. 48). Hierbei wird der Prozesscharakter betont, das heißt, die Strukturelemente bleiben konstant, die inhaltliche Ausgestaltung ist aber variabel und abhängig von den äußeren Gegebenheiten. Die Elemente werden zunächst isoliert betrachtet und dann wieder zueinander in Beziehung gesetzt und modifiziert, bis sich eine Stimmigkeit ergibt. In der lerntheoretischen Didaktik fehlen jedoch übergeordnete gesellschaftliche Bezüge. Klafki erweitert deshalb dieses Konzept um den Bildungsbegriff und erhebt mit seiner kritisch konstruktiven Didaktik den Anspruch, didaktisches Handeln zu legitimieren. Maßgebend sind hierbei die Förderung der Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit der Lernenden und die Orientierung an zentralen gesellschaftlichen Schlüsselproblemen (Klafki 2007; Peterßen 2001, S. 79f). Bildung zielt auf die Eröffnung von Möglichkeiten zur individuellen Entfaltung. Entscheidungen in Bezug auf die Berufsausbildungen sind auch auf der Grundlage des Bildungsanspruchs zu treffen. Deshalb sind eine bildungstheoretische Fundierung und die Formulierung übergeordneter Ziele für die Konstruktionsschritte bei der Entwicklung eines Curriculums für Gesundheitsberufe unumgänglich.

Um den Entwicklungsprozess entsprechend zu fundieren, benennen Reetz und Seyd drei Gestaltungsprinzipien: das *Wissenschaftsprinzip*, welches vor dem Hintergrund der dem Bildungsgegenstand zugrunde liegenden Bezugswissenschaften und ihrer Strukturen die Sachlogik bestimmt; das *Situationsprinzip*, welches ausgehend von konkreten beruflichen Situationen und Anforderungen Handlungsfelder bestimmt, für welche qualifiziert werden soll; und das *Persönlichkeitsprinzip*, welches klärt, in welcher Weise die Lernenden Individualität und Autonomie gegenüber den gesellschaftlichen Anforderungen und Erwartungen zur Entfaltung bringen können. Diese drei Prinzipien sollten in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander gebracht werden (Reetz und Seyd 2003).

Im Bereich der medizinischen Lehre hat sich der *six-step approach* nach Kern (Kern 2016) etabliert, der mit dem ersten Schritt *Problem identification and general needs assessment* an das Situationsprinzip anknüpft. Die weiteren Schritte dieses Ansatzes sind: 2. *Target needs assessment*, 3. *Goals and objectives*, 4. *Educational strategies*, 5. *Implementation* und 6. *Evaluation and feedback*. Auch hier werden in den einzelnen Schritten Strukturelemente benannt, welche in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander stehen. Der Entwicklungsprozess nimmt Ausgang an einer Problem- und Fragestellung, die darauf ausgerichtet ist, einem spezifischen *health care problem* mit einem *ideal approach* zu begegnen. Damit wird sowohl der Prozesscharakter der lerntheoretischen Didaktik als auch die ideologiekritische Position der bildungstheoretischen Didaktik aufgegriffen. Bei der Entwicklung eines Curriculums für Medizin und Gesundheitsberufe besteht nach Kern nicht nur eine Verpflichtung gegenüber den jeweiligen Professionen, sondern auch der ethische Anspruch, den Bedürfnissen der Lernenden, der Patientinnen und Patienten und der Gesellschaft gerecht zu werden. Kritisch sei an dieser Stelle angemerkt, dass in diesem Ansatz das *Wissenschaftsprinzip* vernachlässigt wird. Möglicherweise ist dies dem Umstand geschuldet, dass in der Tradition klassischer (Medizin-) Studiengänge bislang das wissenschaftliche Gestaltungsprinzip eher dominierte und mit dem *six-step approach* ein pragmatischer, an der Kompetenzentwicklung und an dem künftigen Bedarf ausgerichteter Gegenentwurf vorgelegt wurde.

Im Folgenden wird, analog zu Kerns *six-step approach*, zunächst die Problemstellung in der Patientenversorgung und der gegenwärtige Stand der Ausbildung der Medizin- und Gesundheitsberufe im Hinblick auf die Komplementäre und Integrative Medizin erarbeitet. Anschließend werden beide Perspektiven zueinander in Beziehung gesetzt, die aktuelle Literaturlage dargelegt und die Zielsetzung für diese Studie abgeleitet und begründet.

1.2 Entwicklungen in der Patientenversorgung

1.2.1 Komplementärmedizin, Integrative Medizin und Naturheilkunde

Zunächst werden die Begriffe *Komplementäre und Integrative Medizin* (KIM) definiert und in den aktuellen Diskurs eingeordnet. Die Inanspruchnahme nicht-konventioneller Behandlungsmethoden ist durch kulturelle, historische und gesundheitspolitische Regelungen stark beeinflusst. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und im Public Health Bereich wird in der Regel der Begriff *Traditionelle und Komplementäre Medizin (T & CM)* verwendet. Der Begriff Traditionelle Medizin bezieht sich laut WHO auf Verfahren, die eine lange Geschichte haben und im Gegensatz zu den konventionellen Gesundheitsdienstleistungen nicht institutionell verankert sind und nicht von professionellen Fachkräften erbracht werden. Die Traditionelle Medizin wird beschrieben als ein Abbild der Summe des gesamten Wissens, der Fähigkeiten und Praktiken auf der Grundlage von Theorien, Überzeugungen und Erfahrungen, die in den jeweiligen Kulturen beheimatet sind, unabhängig davon, ob diese erklärbar sind oder nicht. Die entsprechenden traditionellen Verfahren dienen der Erhaltung der Gesundheit, der Prävention, Diagnose, Verbesserung oder Behandlung körperlicher und geistiger Krankheiten (World Health Organization 2013, S. 15).

Der Begriff *Komplementärmedizin* (KM) bezieht sich auf eine breite Palette von Gesundheitspraktiken, die nicht in die konventionelle Medizin integriert sind und ergänzend, unterstützend oder vorbeugend angewandt werden (National Center for Complementary and Integrative Health 2016). KM ist nicht zwangsläufig traditionell in dem jeweiligen Kulturraum verankert. Welcher Begriff in den Vordergrund tritt, ist abhängig von dem Muster der Inanspruchnahme in Bezug auf konventionelle Verfahren. Hierbei lassen sich drei generelle Muster erkennen:

1. In manchen Ländern ist die Traditionelle Medizin für die Mehrheit der Bevölkerung die wichtigste Quelle der Gesundheitsversorgung, da sie, im Gegensatz zur konventionellen Medizin, vor Ort präsent und erschwinglich ist. So sind beispielsweise in Afrika und einigen Entwicklungsländern einheimische Heiler häufig die einzigen zugänglichen Gesundheitsdienstleister.
2. In anderen Ländern spielt die Inanspruchnahme traditioneller Verfahren kulturell bedingt eine sehr große Rolle, obwohl das konventionelle System sehr gut etabliert ist. Dies ist beispielsweise in Singapur, Australien, Neuseeland und Korea der Fall.

3. Im europäischen und nordamerikanischen Raum sind konventionelle Verfahren und Dienstleistungen flächendeckend etabliert und weitgehend für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich. Zusätzliche Verfahren werden eher komplementär angewandt, beispielsweise um selbst etwas zur Heilung beizutragen, um Nebenwirkungen der konventionellen Medizin zu verringern oder um einen gesunden Lebensstil zu unterstützen (World Health Organization 2013, S. 27).

Da im europäischen und nordamerikanischen Raum die historisch bedingten, traditionellen Behandlungen weitgehend zurückgedrängt wurden, spielt hier der Begriff der Traditionellen Medizin eine untergeordnete Rolle. Der Begriff KM wurde zunächst häufig in Verbindung mit dem Begriff *Alternativmedizin* unter der Abkürzung CAM (Complementary and Alternative Medicine) verwendet (Jonas et al. 2013). Da der Begriff *alternativ* jedoch eine Entweder-oder-Entscheidung impliziert (Bibliographisches Institut GmbH 2020), distanzierte sich die US-amerikanische Gesundheitsadministration (National Institutes of Health) von der entsprechenden Bezeichnung. Dies wurde durch die 2014 vollzogene Umbenennung der Abteilung *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)* in *National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH)* deutlich. Die zusätzlich angewandten Verfahren sollen die konventionellen nicht ersetzen, sondern in erster Linie ergänzend und/oder unterstützend eingesetzt werden.

Bei der *Integrativen Medizin (IM)* handelt es sich um ein relativ neues Fachgebiet und begleitendes Paradigma, das an das bestehende westlich-tradierte Medizinsystem anknüpft und versucht komplementäre und konventionelle Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der externen und internen Evidenz bestmöglich aufeinander abzustimmen. Die IM umfasst somit alle Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der Gesundheitsversorgung (Esch und Brinkhaus 2020). In den *United States of America (USA)* haben sich mehr als 70 Universitäten zu einem Konsortium zusammengeschlossen und die IM wie folgt definiert:

Integrative medicine and health reaffirms the importance of the relationship between practitioner and patient, focuses on the whole person, is informed by evidence, and makes use of all appropriate therapeutic and lifestyle approaches, healthcare professionals and disciplines to achieve optimal health and healing (Academic Consortium for Integrative Medicine & Health 2018).

Der Schwerpunkt liegt auf Gesundheit und Heilung und nicht auf Krankheit und Behandlung und bezieht die besten wissenschaftlichen Erkenntnisse in Beratungs- und Entscheidungsprozesse ein (Gonzalez et al. 2000; Rees und Weil 2001).

Somit geht die IM über die bloße Kombination von komplementärer und konventioneller Medizin hinaus. Sie schafft vielmehr ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit bzw. eine neue, erweiterte Kultur der Gesundheitsversorgung (siehe Abbildung 1).

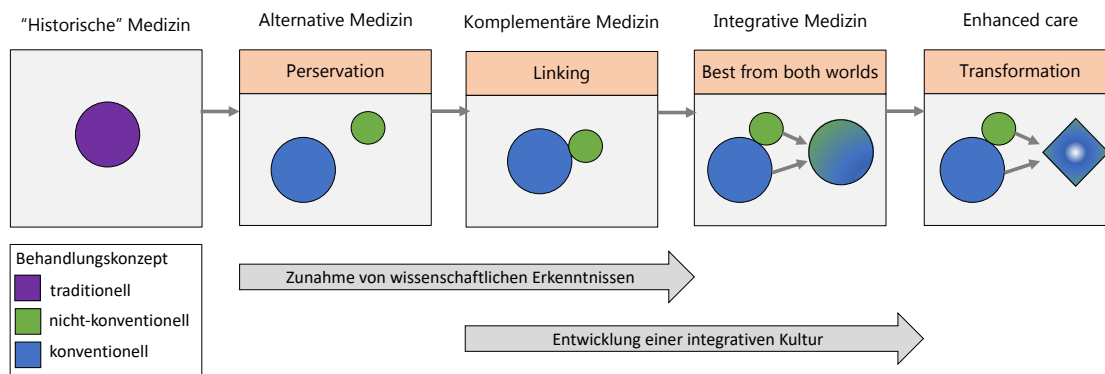


Abbildung 1. Entwicklung und Weiterentwicklung der Komplementären Medizin

Modifiziert nach Claudia Witt, UZH Medizinische Fakultät Zürich, erstellt auf Grundlage der Mergetheorie (Witt et al. 2015).

In Deutschland haben sich neben diesen international verwendeten Begrifflichkeiten die Begriffe *Naturheilverfahren* und *Naturheilkunde* etabliert. Der Begriff *Naturheilkunde* wurde nach dem zweiten Weltkrieg wiederbelebt und prägte schließlich die Bezeichnung des ersten *Lehrstuhls für Naturheilkunde* an der Freien Universität Berlin, welcher 1989 eingerichtet wurde (Jütte 1996, S. 62,63). In den letzten zehn Jahren entstanden in Deutschland weitere Lehrstühle, an deren Bezeichnungen sich die Vielfalt der verwendeten Begriffe für den Bereich der nicht-konventionellen Medizin widerspiegelt. So sind Lehrstuhlbezeichnungen wie *Naturheilkunde*, *Komplementäre Medizin*, *Integrative Medizin* und *Integrative Gesundheitsförderung* zu finden (Esch und Brinkhaus 2020). Der Begriff *Naturheilverfahren* (NHV) wurde bereits bei der Ernennung des 1951 gegründeten *Zentralverbands der Ärzte für Naturheilverfahren* verwendet und auch für die entsprechende Zusatzbezeichnung der ärztlichen Weiterbildung aufgegriffen (Jütte 1996). Der Begriff fand ebenfalls Einzug in die Novellierung der *Approbationsordnung für Ärzte* (ÄApprO 2002). Im deutschsprachigen Raum wird dieser Begriff weiter ausdifferenziert und es wird zwischen den klassischen und nicht-klassischen NHV unterschieden.

Unter den klassischen NHV werden die sogenannten fünf Säulen nach Sebastian Kneipp verstanden. Diese sind Ordnungstherapie, Ernährungstherapie, Hydrotherapie, Bewegungstherapie und Phytotherapie. Zu den nicht-klassischen NHV werden Verfahren wie beispielsweise Akupunktur und Homöopathie gezählt, wobei, entgegen der klassischen NHV, hier nicht klar definiert ist, welche Verfahren jeweils eingeschlossen werden. (Joos et al. 2008a; Ko 2016; Vogler und Brinkhaus 2017). Als paramedizinische Verfahren werden solche bezeichnet, für welche weder eine Evidenz noch eine historisch-kulturell verankerte Tradition vorliegt (Vogler und Brinkhaus 2017). Zwischen den klassischen NHV und den paramedizinischen Verfahren besteht somit ein fließender Übergang.

Um an die internationalen Entwicklungen anzuknüpfen, wird in dieser Arbeit der Begriff *Komplementäre und Integrative Medizin* (KIM) verwendet. Die klassischen und nicht-klassischen NHV sind hierbei aus Gründen der Vollständigkeit eingeschlossen.

1.2.2 Patientenversorgung im Kontext von KIM

Gegenwärtig ist das Bild in der medizinischen Versorgung durch eine Zunahme an Komplexität gekennzeichnet. Durch den Anstieg lebensstilbedingter und chronischer Erkrankungen (World Health Organization 2018) sowie multimorbider Erkrankungsmuster, vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten, ist das Gesundheitssystem zunehmenden Herausforderungen und Belastungen ausgesetzt (Rommel et al. 2018). Themen, wie Gesundheitsverhalten, assoziierte Risikofaktoren, Prävention und Gesundheitsförderung, die stärkere aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten in Behandlungsprozesse und die Übernahme von Eigenverantwortung für Gesundheit und den Verlauf von Erkrankungen, werden durch diese Veränderungen hervorgerufen (Prognos AG Europäisches Zentrum für Wirtschaftsforschung und Strategieberatung 2016). Fortschreitende medizinische Erkenntnisse und technische Entwicklungen führen zusätzlich zu einer Ausweitung von Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten, welche die Entscheidungsoptionen während einzelner Krankheitsverläufe vervielfältigen. Patientinnen und Patienten möchten zunehmend mitentscheiden und selbst etwas zu ihrer Gesunderhaltung beitragen, Krankheitsverläufe selbst positiv beeinflussen und unerwünschte Nebenwirkungen konventioneller Therapien reduzieren. Diese Entwicklungen führen auch zu einer weltweiten Zunahme von komplementärmedizinischen, nicht-pharmakologischen und selbstinitiierten Anwendungen seitens der Patientinnen und Patienten (Clarke et al. 2015; Frass et al. 2012).

Derzeit liegt die entsprechende Inanspruchnahme in Europa zwischen 9,5 % und 39,5 %, wobei die höchsten Raten in Deutschland und der Schweiz zu verzeichnen sind (Kemppainen et al. 2018). Bei onkologisch Erkrankten liegen die Raten deutlich höher. Keene et al. ermittelte bei dieser Patientengruppe eine Inanspruchnahme von über 50 % (Keene et al. 2019). Patientinnen und Patienten profitieren von komplementären Behandlungen, insbesondere wenn sie mit konventionellen Behandlungen abgestimmt sind (Singer und Adams 2014). Vielerorts haben komplementärmedizinische Verfahren Einzug in Leitlinien gefunden. So wird beispielsweise zur Behandlung von Schmerzen bei Krebs-Überlebenden Akupunktur empfohlen (Sanft et al. 2019). Für an Brustkrebs Erkrankte steht zusätzlich zur konventionellen Behandlung eine breite Palette an komplementärmedizinischen Möglichkeiten zur Unterstützung der Begleitsymptomatik zur Verfügung, beispielsweise Akupunktur, Entspannungsverfahren, Akupressur, Hypnose, Massage, Meditation und Musiktherapie bei Schmerzen, Stress oder Fatigue, oder Phytotherapeutika, wie beispielsweise Ingwer, bei Übelkeit und Erbrechen (Greenlee et al. 2017).

Patientinnen und Patienten, die KIM anwenden möchten, wünschen sich entsprechend informiert und beraten zu werden (Adam et al. 2019). Ihnen werden aber oft die entsprechenden Möglichkeiten und Beratungen nicht angeboten und sie leiten KIM-Interventionen stattdessen selbstinitiiert in die Wege. Sie werden dann häufig mit Skepsis seitens der Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten und Pflegenden konfrontiert, so dass dann selbstinitiierte Anwendungen und komplementäre Therapien gegenüber den Gesundheitsfachkräften in der konventionellen Versorgung nicht angesprochen und mit ihnen abgestimmt werden (Fischer et al. 2014; Foley et al. 2019). Nicht mit konventionellen Behandlungen koordinierte komplementärmedizinische Anwendungen bergen Risiken für die Patientinnen und Patienten, da erhebliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit Medikamenten und anderen Therapien auftreten können (White et al. 2014). Ärztinnen und Ärzte und andere medizinische Gesundheitsfachkräfte sollten in der Lage sein, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige entsprechend ihrem Interesse an einer Ergänzung der konventionellen Behandlung zu informieren, zu beraten und zu begleiten. Die Mehrheit dieser Fachkräfte schätzt ihre Kenntnisse über komplementäre Verfahren für gering ein (Corbin Winslow und Shapiro 2002; Hall et al. 2018; Kligler et al. 2000; Mwaka et al. 2018; Prajapati et al. 2007; Wong et al. 2010) und äußert die Notwendigkeit, mehr über die Rollen der anderen Fachkräfte im Gesundheitswesen in Bezug auf die entsprechende Versorgung zu erfahren (Rivera et al. 2018; Templeman et al. 2016).

Die Integration von komplementären Methoden in die Behandlung ist in der Regel durch gemeinsame Versorgungsleistungen gekennzeichnet. Die Bestrebungen, für alle Personen und Bevölkerungsgruppen eine optimale Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, erfordern eine Neudefinition der Rollen und Funktionen innerhalb eines Gesundheitsteams und der Versorgungssysteme (Viranim 2012). Einzelne Gesundheitskräfte können weder alle Antworten parat haben, die für die jeweiligen Patientinnen und Patienten gewinnbringend sind, noch deren umfassende zeitnahe Versorgung über einen längeren Zeitraum bewerkstelligen (Esch und Brinkhaus 2020). Bedingt durch die stärkere Einbindung von Patientenwünschen, die Ausweitung von Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten und die vernetzte Versorgung vervielfältigen sich auch die Handlungsspielräume der Gesundheitsfachkräfte und damit auch die Anforderungen an deren Ausbildung. Um die an der KIM-Versorgung beteiligten Fachkräfte frühzeitig für ein gelingendes Zusammenspiel zu qualifizieren, erscheint es notwendig, für die komplementärmedizinische Lehre einen teamorientierten und interprofessionellen Ansatz in Betracht zu ziehen (Bilodeau et al. 2015; Brett et al. 2013; Jung et al. 2017).

1.2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Für große Bereiche der Gesundheitsversorgung besteht die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Versorgung, bei der verschiedene Berufsgruppen eng zusammenarbeiten (Barr et al. 2017b). Interprofessionelle Ausbildung und interprofessionelle Zusammenarbeit sind daher seit den frühen 1970er Jahren von wachsendem globalem Interesse (World Health Organization 1988). Professionen als solche strebten in der Vergangenheit Zuständigkeitsmonopole an, die ihre Arbeitsinhalte selbst bestimmten und damit auch die Bedürfnisse ihrer Klientinnen und Klienten (Johnson 1972). Die Versorgung durch Praktizierende aus verschiedenen beruflichen und kulturellen Traditionen setzt Verständnis, Bewusstsein und Engagement für die jeweils anderen Bereiche voraus (World Health Organization 1988). Darüber hinaus ist bei nicht gelingender Interaktion von medizinischen Fachkräften die Patientensicherheit durch das häufigere Auftreten von Behandlungsfehlern gefährdet (Reeves et al. 2010). Ein Gesundheitsteam wird als eine Gruppe von Personen verstanden, die ein gemeinsames Gesundheitsziel teilen und gemeinsame Versorgungsziele verfolgen, die durch die Bedürfnisse der Gesellschaft bestimmt sind. Hierzu trägt die Leistung jedes Teammitglieds in koordinierter Weise im Einklang mit seinen Kompetenzen und Fähigkeiten und unter Achtung der Aufgabenbereiche der Anderen bei (Sangaletti et al. 2017).

Gemäß der WHO ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit dann gegeben, wenn mehrere Gesundheitsfachkräfte mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen aufeinander einwirken, um zu einem gemeinsam geteilten Verständnis zu kommen, das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen können:

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

(World Health Organization 2010, S. 13).

Interprofessionalität geht somit über die Interaktionen der Teammitglieder auf der Mikroebene hinaus. Sie entsteht aus der gemeinsamen Verantwortung der Gesundheitsfachkräfte, ihre Unterschiede und ihre manchmal gegensätzlichen Ansichten aufeinander abzustimmen und ihre Ziele zum Wohle der Patientinnen und Patienten in Einklang zu bringen (D'Amour und Oandasan 2005). Sie beinhaltet eine kontinuierliche Interaktion und den Wissensaustausch zwischen den Fachkräften, die organisiert sind, um eine Vielzahl von Ausbildungs- und Versorgungsfragen zu lösen oder zu erforschen und gleichzeitig die Beteiligung der Patientinnen und Patienten zu optimieren (D'Amour und Oandasan 2005). Interprofessionalität beinhaltet damit einen bevölkerungs- und bedarfsgerechten Ansatz, der das jeweilige Gesundheitssystem und die nationalen Gegebenheiten berücksichtigt. Die Patientenorientierung und die Teilnahmebereitschaft des Patientinnen und der Patienten sind hierbei Schlüsselfaktoren. Interprofessionalität kennzeichnet einen Paradigmenwechsel, eine Neuorientierung in Bezug auf Werte, Verhaltenskodizes und Arbeitsweisen (D'Amour und Oandasan 2005).

Zusammenfassend lassen sich die Zielsetzungen der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit als sogenanntes *Quatriple-aim* beschreiben, durch welche:

1. die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten,
2. die Verbesserung der Gesundheit von Gemeinden und Bevölkerungen,
3. die Senkung der Kosten der Gesundheitsversorgung und
4. die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Leistungserbringer erreicht werden (Berwick et al. 2008; Brandt et al. 2014; Khalili et al. 2019).

Der Mangel an Primärversorgern und die Herausforderungen bei der Bewältigung chronischer, komplexer Krankheiten bieten für die Gesundheitsfachkräfte die Möglichkeit, ihre berufsspezifischen Fähigkeiten in kooperativen Umgebungen einzubringen (Green und Johnson 2015). Ein koordiniertes, am Patientenwohl orientiertes Zusammenspiel der Professionen bedarf jedoch Strategien, um die Arbeitsinteraktionen und -prozesse zwischen zwei oder mehreren Berufsgruppen zu verbessern (Zwarenstein et al. 2009). Hierzu werden beispielsweise folgende unterschiedliche praxisbasierte Interventionen eingesetzt: 1. Fallbesprechungen, bei denen einzelne Patientenfälle im interprofessionellen Team diskutiert werden, um für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten eine optimale Versorgung zu finden, 2. interprofessionelle Meetings, bei denen über inhaltliche Fragen, Abläufe und Prozeduren ein Konsens angestrebt wird, um für Patientengruppen optimale Versorgungsstrukturen zu etablieren, 3. interprofessionelle Audits bzw. Checklisten, die der Qualitätssicherung und Fehlervermeidung dienen, 4. fachgruppenübergreifende S-3 Leitlinien, die richtungsweisend bei der Auswahl geeigneter Therapieoptionen sind (Reeves et al. 2015; Schot et al. 2019; Zwarenstein et al. 2009).

Entsprechende Strukturen in der beruflichen Praxis helfen zwar, die Interprofessionalität umzusetzen, es bedarf jedoch zusätzlich grundlegender Fähigkeiten seitens der Gesundheitsfachkräfte in Bezug auf ihr Rollenverständnis und ihr professionelles Handeln. Der Grundstein hierfür muss bereits in der Ausbildung gelegt werden, um die spätere Zusammenarbeit dahingehend zu verbessern, dass indirekt eine bessere Patientenversorgung erzielt wird (Barnsteiner et al. 2007).

1.3 Entwicklungen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe

1.3.1 Interprofessionelle Ausbildung

Die WHO erkennt die Bedeutung der interprofessionellen Ausbildung an und sieht darin einen innovativen Ansatz, der zur Bewältigung der globalen Herausforderung der Gesundheitspersonalproblematik beitragen kann. Sie berief eine Studiengruppe für interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit ein, um ein besseres Verständnis dieses Themas im globalen Kontext zu erreichen und Orientierungshilfen zu geben (Yan et al. 2007). Die Studiengruppe engagierte verschiedene Partner und führte ein Arbeitsprogramm durch, das in der Veröffentlichung des WHO-Aktionsrahmens für interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit mündete (World Health Organization 2010).

Der Aktionsrahmen beleuchtet den aktuellen Stand der interprofessionellen Zusammenarbeit weltweit und benennt Mechanismen für eine erfolgreiche kooperative Teamarbeit. Die WHO bezieht sich hierbei auf das *Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE)*, das im Vereinigten Königreich (United Kingdom, UK) 1987 als unabhängige Wohltätigkeitsorganisation gegründet wurde und interprofessionelles Lernen wie folgt definiert:

... occasions when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care (Centre for the Advancement of Interprofessional Education 2002).

Gegenwärtig gibt es international viele Bemühungen, interprofessionelle Ausbildungskonzepte zu etablieren (O'Carroll et al. 2016; Reeves et al. 2012). In Deutschland erlebte die interprofessionelle Ausbildung insbesondere durch die Förderung seitens der *Robert-Bosch-Stiftung* (Klapper und Schirlo 2016) und des *Bundesministeriums für Bildung und Forschung* (Hochschulrektorenkonferenz Juni 2017) einen Aufschwung. Trotz allem mangelt es derzeit vielerorts noch an einer strukturierten Umsetzung (Nock 2016), welche sich optimalerweise longitudinal über alle Ausbildungsphasen erstreckt (Gesellschaft für Medizinische Ausbildung e.V. 2019, Anhang 7). Ebenso fehlt es an adäquater Forschung über die langfristigen Effekte des interprofessionellen Lernens auf die Gesundheitsversorgung (Reeves et al. 2016). Ein weitgehender Konsens herrscht über die Maßgabe, dass künftig Studierende der Gesundheitsberufe nicht nur theoretisches Wissen vermittelt bekommen, sondern ergebnisorientiert auf praxisrelevante Situationen vorbereitet werden sollen (Barr et al. 2017a).

1.3.2 Kompetenzbasierte Ausbildung und Rahmenwerke

Die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen entwickelt sich seit einigen Jahren in Richtung einer kompetenz- und outputorientierten Ausgestaltung (Carraccio et al. 2002; Frank et al. 2010). Pädagogische Rahmenwerke oder Kompetenzmodelle werden eingesetzt, um die Verbesserung der Patientenversorgung durch die Ausbildung zu unterstützen.

Im *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog der Medizin* (NKLM) (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2015) werden Kompetenzen zusammenfassend bezeichnet als

... die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten [verstanden], um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können
(Weinert 2001, S. 27).

Demnach können Kompetenzen in den drei Dimensionen *Wissen* (knowledge), *Fähigkeiten und Fertigkeiten* (skills) und *Haltungen und Einstellungen* (behaviours, attitudes) beschrieben werden (Gnahn 2010). Auch für die interprofessionelle Ausbildung wurden einige Modelle bzw. Rahmenwerke entwickelt, die notwendige Kompetenzen für eine gelungene Zusammenarbeit und Optimierung der Patientenversorgung beschreiben. Diese Rahmenwerke können dabei helfen, die Charakteristik und Beschaffenheit der interprofessionellen Ausbildung besser zu verstehen und theoretisch zu fundieren (Hean et al. 2018; Reeves und Hean 2013). Im Folgenden wird exemplarisch ein etablierter interprofessioneller Kompetenzrahmen vorgestellt sowie ein Rollenkompetenzmodell, das weltweit in der Ausbildung der Gesundheitsberufe gut etabliert ist und auch für interprofessionelle Settings Anwendung findet.

Die *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice* wurden 2011 mit Unterstützung der *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC) erarbeitet. Vertreter aus sechs Berufsverbänden (Medizin, Krankenpflege, Osteopathie, Pharmazie, Zahnmedizin, Public Health) erstellten ein Framework, das zwischen berufsübergreifenden, berufsspezifischen und interprofessionellen Kompetenzen unterscheidet. Zu den berufsübergreifenden Kompetenzen gehören Grundlagen der beruflichen Handlungsfähigkeit, wie wertschätzende Kommunikation, Zuverlässigkeit etc., die berufsunabhängig von jeder Gesundheitsfachkraft für das professionelle Handeln benötigt werden (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011). Die berufsspezifischen Kompetenzen werden innerhalb der Berufsausbildungen vermittelt und kennzeichnen die für das jeweilige Berufsprofil typischen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissensbestände. Die interprofessionellen Kompetenzen bauen auf den berufsspezifischen auf und legen den Grundstein für die gelungene Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen.

Dieser Kompetenzbereich beschreibt die Fähigkeiten, bereits während der Ausbildung effektiv in klinischen Teams zu arbeiten und Auszubildende verschiedener Berufe miteinander in interaktives Lernen einzubeziehen.

Die interprofessionellen Kompetenzen werden von der IPEC durch vier Bereiche charakterisiert:

1. *Werte und Ethik für die interprofessionelle Praxis:* Zusammenarbeit mit Personen anderer Gesundheitsberufe auf der Grundlage gegenseitigen Respekts und gemeinsamer Werte.
2. *Rollen und Verantwortung:* Das Wissen über die eigene und die Rolle anderer Gesundheitsberufe nutzen, um die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen angemessen zu erkennen und zu berücksichtigen und die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern.
3. *Interprofessionelle Kommunikation:* Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Familien, Bevölkerungsgruppen und Fachkräften im Gesundheitswesen und anderen Bereichen auf eine offene und verantwortungsvolle Weise, die einen Teamansatz zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten unterstützt.
4. *Team und Teamarbeit:* Anwendung von beziehungsbildenden Werten und den Prinzipien der Teamdynamik, um in verschiedenen Teamrollen effektiv zu arbeiten, mit dem Ziel, zeitnah sichere, effiziente, effektive und sozial gerechte patienten- und bevölkerungszentrierte Versorgungs- und Gesundheitsprogramme sowie entsprechende Richtlinien zu entwickeln, bereitzustellen und zu evaluieren (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2016).

Die interprofessionellen Kompetenzen der IPEC wurden in Deutschland unter anderem durch das *Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen* aufgegriffen und den Empfehlungen zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den Medizinischen Fakultäten zugrunde gelegt (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen 2019).

Ein weiteres international anerkanntes Kompetenzmodell ist das *CanMEDS Physician Competency Framework*, das vom *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* als Grundgerüst entwickelt wurde (Frank et al. 2015).

Das CanMEDS-Rollenmodell wurde zunächst für die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten auf Grundlage einer systematischen Bedarfsanalyse entwickelt, bei welcher die Sicht der Gesellschaft auf die Erwartungen an Ärztinnen und Ärzte miteinbezogen wurde (Frank et al. 1996). Der Kompetenzrahmen beschreibt eine Reihe von wesentlichen Kompetenzen, die Angehörige der Gesundheitsberufe benötigen, um eine optimale Patientenversorgung zu erzielen. Diese Kompetenzen sind thematisch in sieben Rollen gruppiert (siehe Abbildung 2).

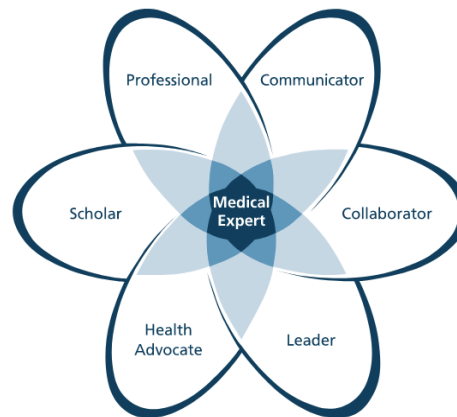


Abbildung 2. CanMEDS-Rollenmodell

(Frank et al. 2015).

Seit der Einführung im Jahr 1996 hat sich der CanMEDS-Kompetenzrahmen weltweit etabliert (Frank 2005). Die Verbreitung und explizite Anwendung des Modells in der Medizin wird auf den pädagogischen Nutzen zurückgeführt (Whitehead et al. 2011). Inzwischen wird das Kompetenzmodell zunehmend für die Aus- und Weiterbildung in der Humanmedizin, aber auch bei anderen Gesundheitsberufen, wie beispielsweise Krankenpflege, Physiotherapie und Logopädie, Sozialarbeit, Psychologie und Pharmazie, eingesetzt (Flaiz et al. 2016; Verma et al. 2009). In der Schweiz wurde das Modell 2009 für den Erwerb der fachspezifischen Kompetenzen in den akademischen Ausbildungen für Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hebammen, Pflege und Physiotherapie herangezogen (Panfil und Sottas 2009) und 2017 in den Lernzielkatalog für die Humanmedizin integriert (Michaud et al. 2017). In Deutschland leitete das CanMEDS-Modell die Entwicklung des 2015 erstmals veröffentlichten NKLM (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2015). Hier wurde das Kompetenzmodell auf die medizinische Grundausbildung übertragen und im Rahmen der gesetzlichen Berufsordnung weiterentwickelt und angepasst. Im NKLM werden die sieben Rollen und die daraus abgeleiteten Lernziele longitudinal über alle Ausbildungsabschnitte des medizinischen Studiums beschrieben.

1.3.3 Ausbildung zu KIM in der Humanmedizin

Unabhängig von den interprofessionellen Bestrebungen entwickelte sich seit den 90er Jahren im US-amerikanischen Raum ein Diskurs über die Implementierung komplementärmedizinischer Inhalte in die Studiengänge der Humanmedizin. Die am NCCIH angesiedelte Arbeitsgruppe Bildung erarbeitete für den Bereich der universitären Lehre im Medizinstudium umfangreiche Empfehlungen, um die Medizinischen Fakultäten bei der Umsetzung der KIM-Lehre zu unterstützen. In einem iterativen Konsensprozess wurden die in den einzelnen Universitäten bestehenden Curricula zusammengefasst, diskutiert und evaluiert und schließlich als Kernkompetenzen der KIM für medizinische Studiengänge verabschiedet. Da aus Sicht der Arbeitsgruppe philosophische Perspektiven, menschliche Erfahrungen und insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient in KIM zentral sind, wurde in dem erarbeiteten Curriculum neben den klassischen drei Kompetenzdomänen *Wissen* (knowledge), *Fähigkeiten und Fertigkeiten* (skills) und *Haltungen und Einstellungen* (attitudes) zusätzlich die Domäne *Werte* (values) eingeführt. Darüber hinaus wurde in dem vorgelegten Entwurf der Stellenwert des erfahrungsorientierten Lernens betont, das heißt, dass Studierende in den jeweiligen Seminaren auch einzelne Therapieverfahren selbst ausprobieren sollten (Kligler et al. 2004). Diese Veröffentlichung entfachte eine lebhafte Diskussion unter den Lehrenden im Bereich der KIM, die in einem Delphi-Prozess mündete, durch den aufgeworfene Fragen geklärt werden sollten. Diskutiert wurden neben der von Kligler et al. vorgestellten Definition für KIM unter anderem auch die mangelnde Klarheit über die Ziele des Curriculums, die fehlenden Kompetenzen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und die fehlende Berücksichtigung von fachübergreifenden Potentialen in der Ausbildung (Benjamin et al. 2007). Trotz der Förderung von KIM durch das NCCIH konnten entsprechende Lehrangebote nicht flächendeckend an den US-amerikanischen Medizinischen Fakultäten eingeführt werden. Während in einigen Studien von einem starken Anstieg von KIM-Lehrangeboten in den zurückliegenden Jahren die Rede ist (Brokaw et al. 2002; Wetzell et al. 1998), zeigt eine umfangreiche webbasierte Erhebung bestehender Curricula an 130 Medizinischen Fakultäten in den USA aus dem Jahr 2014, dass zu diesem Zeitpunkt nur etwa die Hälfte der Medizinischen Fakultäten Kurse oder Praktika im Bereich KIM anboten. Die Erhebung zeigt eine sehr breite Fächerung der angebotenen Inhalte und der eingesetzten Methoden (Cowen und Cyr 2015).

Neuere Entwicklungen in den USA zeigen im Bereich von KIM einen Trend hin zur interprofessionellen Ausbildung, die auf Grundlage sozialer Lerntheorien informelle Erfahrungen, Diskussionen und den Austausch von Ideen und Ressourcen einschließt (Academic Collaborative for Integrative Health 2018; Cutshall et al. 2019).

In Kanada initiierte die *Health Canada* 2001 das Projekt *Complementary and Alternative Medicine in Undergraduate Medical Education* (CAM in UME), um Medizinstudierende auf die Integration komplementärer Behandlungsansätze in die Berufspraxis vorzubereiten (Brundin-Mather et al. 2003; Verhoef et al. 2004). Im Rahmen dieses Projekts wurde unter anderem ein nationaler Workshop abgehalten, an dem 14 von 16 der kanadischen Medizinischen Fakultäten Vertreter entsandten. Zu den Leitprinzipien dieses Projekts gehört es, dafür zu sorgen, dass die Studierenden über das Wissen, die Fähigkeiten und die Einstellung verfügen, KIM mit Patientinnen und Patienten in einer nicht wertenden Art und Weise zu diskutieren und sicherzustellen, dass die Studierenden über relevante Fragen der KIM informiert sind. Darüber hinaus sollen die Lehrenden darauf achten, dass keine einseitige Befürwortung der Alternativmedizin propagiert wird. Dies soll dadurch erreicht werden, dass Studierende mit den Motiven für den Einsatz von KIM, der aktuellen Evidenzbasis und der Rolle von Gesundheitsfachkräften in Bezug auf KIM in Kanada vertraut gemacht werden (Canadian Integrative Medicine Association 2016).

Im Vergleich zu Nordamerika hat sich der Bereich der KIM in Mitteleuropa in den letzten 30 Jahren weniger stark entwickelt, unter anderem auch aufgrund einer kaum ausgeprägten staatlichen Forschungsförderung. Darüber hinaus fällt es den verschiedenen Therapie- und Theorierichtungen schwer, eine gemeinsame Basis mit der KIM und der Naturheilkunde bzw. der Mind-Body-Medizin zu finden (Esch und Brinkhaus 2020). Erste Konzepte für die Implementierung von KIM in das Medizinstudium haben sich in den 90er Jahren im UK entwickelt. So konstatiert beispielsweise Hansen, dass Medizinstudierende aufgrund der hohen Inanspruchnahme komplementärer Verfahren seitens der Patientinnen und Patienten entsprechend qualifiziert werden sollten. Er formuliert Lernziele zu drei Bereichen 1. *Wissen*: KIM und Placeboeffekte verstehen (wissenschaftliche und soziale Perspektive), 2. *Fähigkeiten*: Probleme gemeinschaftlich kritisch lösen (Hypothesenbildung und -überprüfung, Recherche und kritische Beurteilung von Information, Artikulation von Ideen und Argumenten), 3. *Haltung*: Aufgeschlossenheit in Bezug auf die Autonomie der Patientinnen und Patienten, den Umgang mit Unsicherheit und die ethische Entscheidungsfindung (Hansen 1991).

Im Anschluss an diese Publikation wurde kontrovers diskutiert, inwieweit auch Verfahren ohne nachgewiesene klinische Evidenz Einzug in die medizinische Lehre halten sollten, ob nicht messbare Effekte und Placeboeffekte zu benennen seien und ob die entsprechende Lehre das kritische Denken überhaupt fördern könne (Bullock 1997; Colquhoun und Foreman 1997; Rampes et al. 1997) oder mit einer blinden Befürwortung der entsprechenden Methoden einherginge (Carlston 1998). Einer der ersten Kurse für Medizinstudierende wurde schließlich in Southampton implementiert und evaluiert. Hierbei waren auch Studierende der Krankenpflege und Chiropraktik eingeschlossen. In der Beschreibung der Themenbereiche findet sich der vorausgegangene Diskurs wieder. Es werden beispielsweise folgende Aspekte aufgegriffen: Hinterfragung des Evidenzbegriffs, Leistungserbringung durch Ärztinnen, Ärzte und nicht-ärztliche Praktizierende, Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern, Ausbildungswege für KIM, Placebo-Effekt, individuelle Problemlösestrategien im Bereich von KIM. Die Evaluation des Moduls zeigt, dass die Studierenden von einem umfangreicheren Kompetenzerwerb berichten, als von den Lehrenden zunächst erwartet wurde. Die Studierenden gaben unter anderem an, dass sie sich stärker als zuvor mit grundlegenden Fragestellungen auseinandersetzten, wie beispielsweise mit der eigenen Gesundheit, ihrer Motivation für die Ausübung eines medizinischen Berufes und mit der Beschaffenheit von Gesundheit und Krankheit überhaupt. Die Studierenden begrüßten darüber hinaus die interprofessionelle Zusammensetzung der Veranstaltung, da sie dadurch die Möglichkeit hatten, vielfältige Ansätze in der Gesundheitsversorgung kennenzulernen (Owen und Lewith 2001). Eine 2011 durchgeführte Erhebung im Auftrag des *General Medical Council* zeigt, dass zu diesem Zeitpunkt etwa die Hälfte der Medizinischen Fakultäten im Vereinigten Königreich KIM-Inhalte anboten. Das vordringlichste Ziel der Lehrangebote sei, künftige Ärztinnen und Ärzte für Verfahren, die von Patientinnen und Patienten nachgefragt werden könnten, zu qualifizieren (Smith 2011).

Obwohl im deutschsprachigen Raum die Inanspruchnahme von KIM seitens der Patientinnen und Patienten vergleichsweise hoch ist (Kemppainen et al. 2018), kam die Entwicklung komplementärmedizinischer Lehrangebote nur mühsam voran. Eine 2005 durchgeführte Befragung unter Klinikdirektoren in Deutschland zeigte, dass nur 21 % der Hochschulen entsprechende Lehrangebote etabliert hatten, obwohl sich 39 % der Befragten positiv gegenüber KIM positionierten (Brinkhaus et al. 2005). Sechs Jahre später wurde eine vergleichbare Studie durchgeführt, in welcher auch Daten in Österreich und der Schweiz erhoben wurden. Hier berichteten 18 % der Klinikdirektoren, die Lehre bereits in die

Hochschule integriert zu haben und 40 % waren positiv gegenüber KIM eingestellt (Brinkhaus et al. 2011). Nicolao et al. beschreibt in Bezug auf die fünf Medizinischen Fakultäten in der Schweiz eine unkoordinierte und heterogene Umsetzung der Lehre im Bereich KIM (Nicolao et al. 2010b). In einer weiteren Studie wurde ermittelt, dass sich 73 % der Studierenden, 100 % der komplementärmedizinisch ausgerichteten und 49 % der nicht-komplementärmedizinisch ausgerichteten Ärztinnen und Ärzte eine Implementierung von KIM-Angeboten an schweizerischen Universitäten wünschen (Nicolao et al. 2010a).

In Deutschland wurden NHV mit Inkrafttreten der neuen ÄApprO 2002 als Pflicht- und Prüfungsfach im *Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Therapie und Naturheilverfahren* (QB12) im Curriculum des Medizinstudiums verankert. Die Art und Weise der Vermittlung blieb den einzelnen Universitäten überlassen und wird in den jeweiligen Studienordnungen der Fakultäten festgelegt. Im Jahr 2008 wurde an der Medizinischen Fakultät Heidelberg ein Lehrkonzept für den QB12 durch eine Gruppe von NHV-interessierten Dozierenden entwickelt. Es wurden sowohl übergreifende Lernziele für den Bereich der NHV als auch spezifische Lernziele für den Bereich Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)/Akupunktur formuliert. Im Curriculum integriert sind sogenannte Lernparcours, in welchen Studierende in Gruppen von 15 bis 20 Personen einzelne Verfahren wie Wickel, Schröpfen und Akupunktur gegenseitig anwenden können. Die Evaluationsergebnisse flossen in den Entwicklungsprozess ein. Studierende zeigten hier großes Interesse an folgenden Verfahren: Akupunktur, Entspannungsverfahren, TCM, Physikalische Therapie, Phytotherapie und Neuraltherapie (Joos et al. 2008a). Deutschlandweit zeigt sich jedoch im QB12 eine sehr heterogene Umsetzung und möglicherweise entfallen an manchen Fakultäten KIM-Inhalte durch eine Fokussierung auf den Themenbereich Rehabilitation. (Stock-Schröer et al. 2017). Darüber hinaus ist der QB12 nur für die Regelstudiengänge in Deutschland verpflichtend.

In den aktuellen Lernzielkatalogen Deutschlands und der Schweiz wird KIM nur punktuell erwähnt. Im NKLM, Kapitel 16, Therapeutische Prinzipien, wird unter Punkt 16.9 aufgeführt:

Die Absolventin und der Absolvent beschreiben und erklären die therapeutischen Prinzipien der physikalischen Medizin, Naturheilverfahren, komplementär- und alternativmedizinischer Verfahren, bewerten diese kritisch und verordnen sie gegebenenfalls adäquat (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2015).

Im schweizerischen Lernzielkatalog *Principal Relevant Objectives and Framework for Integrative Learning and Education in Switzerland* (PROFILES) wird gefordert, Studierende über die Inanspruchnahme von KIM zu informieren und sie dazu zu befähigen, Möglichkeiten und Risiken sowie Neben- und Wechselwirkungen zu berücksichtigen (Michaud et al. 2017, S. 17,34).

In Deutschland fokussiert sich die KIM-Ausbildung auf den Bereich der Weiterbildung. Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit, entsprechende Zusatzqualifikationen zu erwerben, beispielsweise für die Bereiche *Akupunktur, Chirotherapie, Naturheilverfahren, Physikalische Therapie, Balneologie und medizinische Klimatherapie, Manuelle Medizin* und *Homöopathie*. Die Nachfrage ist steigend (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019). Die Zusatzqualifikation *Balneologie und medizinische Klimatherapie* spiegelt die relativ starke Rolle und den spezifischen Behandlungsansatz der Rehabilitation und der eher präventiven *Kurtherapien* wieder, die sich in ländlichen Kurorten entwickelt haben (Dixon et al. 2003).

1.3.4 Ausbildung zu KIM in den anderen Gesundheitsberufen

In Deutschland können neben Ärztinnen und Ärzten auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten physikalische Therapien durchführen. In der grundständigen Physiotherapieausbildung sind traditionell KIM-Inhalte integriert, da die Tätigkeitsschwerpunkte in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und im Kur- und Wellnessbereich liegen. So sind beispielsweise Entspannungstechniken, Elektro-, Licht-, Strahlentherapie, Manuelle Therapie, Bewegungstraining, Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalationstherapie in der *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten* (PhysTh-AprV 1994) vorgesehen. In den USA haben viele Ausbildungsgänge zur Physiotherapie auch Themen wie Akupressur, TCM, Ayurveda, Meditation oder Yoga integriert (Geigle und Galantino 2009).

Im Gegensatz zu der körperbasierten Ausrichtung der Physiotherapie werden international die Krankenpflege und das Hebammenwesen aus historischer Perspektive als ganzheitliche Praxis betrachtet, in welcher Patientinnen und Patienten in einem breiten Kontext wahrgenommen werden. Lebensstil, familiäre, soziale und seelische Faktoren werden in der Versorgung berücksichtigt und in den Prozess der Verantwortungsübernahme von Patientinnen und Patienten für ihren Heilungsprozess bzw. ihre Gesunderhaltung einbezogen (Gaydos 2001; Gold und Anastasi 1995).

Mit der steigenden Nachfrage nach KIM in der Bevölkerung haben sich in den USA sogenannte *Nurse-Practitioners* und *Nurse-Midwives* als eigenständig handelnde Leistungserbringer etabliert, welche komplementärmedizinische Therapien eigenverantwortlich in ihrem Berufsalltag anwenden (Gold und Anastasi 1995). Aus diesen Handlungsfeldern ergibt sich der Bedarf nach entsprechender Qualifizierung bereits in frühen Phasen der Ausbildung (Melland und Clayburgh 2000; Tiran 1995). Für die Etablierung der KIM in den Ausbildungen der Krankenpflege und Hebammen in den USA war die NCCIH maßgeblich beteiligt. Bereits im Jahr 1995 empfahl sie, KIM in die Ausbildung von Krankenpflege und Medizin zu integrieren (Berman 2001). Die NCCIH förderte ab 2000 ein Programm namens *Complementary and Alternative Medicine Education Projekt*, in welches 15 Studiengänge aus dem Bereich Medizin und Pflege eingeschlossen wurden. Es wird betont, dass die Krankenpflegenden auch in der Regelversorgung eine leitende Rolle bei der Thematisierung der Inanspruchnahme von KIM durch die Patientinnen und Patienten innehaben und deshalb entsprechende Lehrangebote longitudinal in die Curricula zu integrieren sind (Kreitzer et al. 2008; Wyatt und Post-White 2005). Das Hauptziel des Förderprogramms bestand darin, die Absolventinnen und Absolventen zu befähigen, Patientinnen und Patienten zu KIM zu beraten. Hierfür sollten sie wissen, wie diese nach KIM-Anwendungen fragen können, sie sollten mit den gebräuchlichsten Anwendungen vertraut sein und mit Patientinnen und Patienten darüber sprechen können. Darüber hinaus sollten sie in der Lage sein, weitere Therapieoptionen zu recherchieren und diese im Hinblick auf Patientensicherheit und Wirkung zu beurteilen (Pearson und Chesney 2007).

Die eingeschlossenen Ausbildungsstätten erarbeiteten sechs Hauptthemen, welche sie für die erfolgreiche Integration von KIM in die Lehrpläne als entscheidend einschätzen:

1. soziopolitische, historische und kulturelle Kontexte von KIM,
2. Forschungslage und klinische Evidenz in Bezug auf die wichtigsten KIM-Verfahren,
3. Forschungsmethodik in Bezug auf Wirksamkeit und Sicherheit von KIM ,
4. Identifizierung von Selbstfürsorge- und Wohlbefinden-Strategien,
5. Anerkennung des Wertes der patientenzentrierten Versorgung,
6. Rollen, Ausbildung und Registrierung von KIM-Anbietern (Lee et al. 2007).

Die auf dieser Grundlage entwickelten Lehrangebote wurden von Studierenden mit großem Interesse wahrgenommen (Stuttard und Walker 2000). Die entsprechenden Evaluationen zeigten, dass bei ca. 70 % der Studierenden das Wissen zu KIM signifikant zunahm und bei 50 % der Studierenden das Interesse an KIM stieg.

Die Ergebnisse unterstützen die Strategie, das Krankenpflege-Curriculum über die Fakultätsentwicklung longitudinal mit KIM-Inhalten zu durchdringen (Booth-Laforce et al. 2010). Gayados betont, dass die Integration von KIM in das Curriculum der Pflegeberufe notwendig, gegenwärtig jedoch innerhalb der Bildungsträger ein Tabuthema sei und deshalb entsprechende Hürden zu überwinden seien (Gaydos 2001). Fenton und Morris befragten 2003 Bildungsträger von 585 US-amerikanischen Krankenpflegeschulen, von welchen 85 % angaben, entsprechende Seminare anzubieten. Damit liegt die Zahl deutlich höher als bei vergleichbaren Studien im Bereich der Studiengänge in der Humanmedizin (siehe Kapitel 1.2.3). Inhaltlich wurden hierbei komplementärmedizinische Praktiken, wie beispielsweise Gebet und Meditation, Entspannung, heilpflanzliche Anwendungen, Akupunktur, Akupressur und Aromatherapie, angegeben (Fenton und Morris 2003). In dieser Studie wurde auch dargestellt, dass den Ausbildungsgängen in der Regel ein ganzheitliches Pflegekonzept zugrunde liegt. In den 80er Jahren hat sich der Begriff *Holistic nursing* aus einer Gegenbewegung zu einer auf Effizienz ausgerichteten Pflege herausgebildet. In USA, Kanada und Australien wurden entsprechende Gesellschaften gegründet (Dossey et al. 1996). Die *American Holistic Nurses Association* betont, dass unter *Holism* die Wechselwirkungen der bio-psycho-sozial-geistigen Dimensionen einer Person sowie die Wechselwirkungen zwischen einem Individuum in seiner Ganzheitlichkeit und dessen Umwelt zu verstehen sind (American Holistic Nurses Association 2006). Die Bewegung war bei der Etablierung entsprechender Lehrangebote maßgeblich beteiligt (Fenton und Morris 2003). Durch diese Bewegung wurde auch die Zusammenarbeit der Krankenpflege mit Chiropraktikern und osteopathisch ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten in den USA vorangetrieben (Riley et al. 2016). Möglicherweise ebnete die in der traditionellen Ausbildung angelegte ganzheitliche Sicht auf Patientinnen und Patienten den Weg für die Integration von KIM-Inhalten in die grundständige Ausbildung.

Ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch im UK, wo im Jahr 1995 das erste internationale Journal *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* aufgelegt wurde, welches komplementäre Therapiemethoden für die Krankenpflege und die Geburtshilfe aufgreift, um einen Erfahrungs- und Wissensaustausch unter diesen Berufsgruppen anzuregen (Rankin-Box 1995). Im UK empfahl das *Department of Health* im Jahr 2001, dass in jeder grundständigen Pflegeausbildung KIM als Pflichtfach zu unterrichten sei, um Pflegende für die Beratung von Patientinnen und Patienten, welche KIM nutzen oder nutzen wollen, vorzubereiten (Smith

2009). Smith bemängelt jedoch, dass weder die zu lehrenden Inhalte noch das Level, welches die Absolventinnen und Absolventen erreichen sollten, geklärt seien.

Die *Deutsch-Britische Stiftung* förderte ein Projekt, in welchem die komplementärmedizinische Versorgung in Deutschland und im UK auf Grundlage von Literatur und Berichterstattungen verglichen wurde (Dixon et al. 2003). Das Thema Ausbildung wurde hierbei nicht untersucht, dennoch werden wertvolle Einblicke gegeben, welche Besonderheiten in Deutschland vorliegen. Deutschland und UK werden zu den sogenannten toleranten Staaten gezählt, in welchen es grundsätzlich möglich ist, KIM durch nicht-ärztliche Berufsgruppen auszuüben. In Ländern wie Frankreich, Spanien und Belgien sind KIM-Anwendungen grundsätzlich der Ärzteschaft vorbehalten (Dixon et al. 2003, S. 79f). Dennoch existieren in Deutschland viele Sonderregelungen, die festlegen, unter welchen Bedingungen die Anwendung von KIM-Verfahren in der Patientenversorgung für nicht-ärztliche Berufsgruppen erlaubt ist. Der Berufsstand Heilpraktiker stellt eine weitere Besonderheit dar, da diese Berufsbezeichnung zwar registriert ist und die Anwärter vor der örtlichen Behörde eine festgelegte Prüfung ablegen müssen, um die Berufsbezeichnung zu erwerben, jedoch keine spezielle oder geregelte Ausbildung vorausgesetzt wird. Grundsätzlich ist in Deutschland zur Ausübung der Heilkunst nach dem *Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung* (HeilprG 1939) eine Approbation oder eine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunst nach § 1 HeilprG notwendig. In Bezug auf staatlich anerkannte Gesundheitsberufe wird unter Verweis auf den *Deutschen Hebammenverband* bzw. auf den *Deutschen Verband für Physiotherapie* angeführt, dass bei Hebammen Anwendungen wie Akupunktur, Homöopathie und Bachblüten in die tägliche Arbeit integriert sind und bei Physiotherapeuten Chiropraktik, Osteopathie und in geringerem Maße auch Yoga, Tai Chi und Qi Gong praktiziert werden. Die Anwendungen sind jedoch bei Hebammen auf Schwangere und Wöchnerinnen begrenzt, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind auf eine ärztliche Anordnung angewiesen (Dixon et al. 2003).

Eine weitere Besonderheit in Deutschland besteht darin, dass die Gesundheitsberufe in der Vergangenheit nicht auf akademischem Niveau ausgebildet und eher als Heilhilfsberufe verstanden wurden (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2014). Ein Meilenstein für die Entwicklung zu mehr Eigenständigkeit bildete eine Modellklausel, durch welche die Möglichkeit zur akademischen Grundausbildung eröffnet wurde. Diese wurde 2003 für den Pflegeberuf, 2009 für die Berufe Ergotherapie, Massage- und Physiotherapie, Logopädie und Hebammenwesen zur Erprobung einer akademischen Erstausbildung eingeführt (Friedrichs

und Schaub 2011). Aktuell können sich durch das *Gesetz zur Reform der Pflegeberufe* (PflBRefG 2017) neben den beruflichen Pflegeausbildungen auch grundständige Pflegestudiengänge etablieren.

Die Hebammenausbildung wurde vollständig auf ein akademisches Niveau überführt. Für die weiteren Gesundheitsberufe ist über die jeweiligen Berufsgesetze eine Voll- oder Teilakademisierung vorgesehen (Bundesgesundheitsministerium Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2020). Durch den Akademisierungsprozess werden folgende Effekte erwartet: Gewährleistung der Zukunfts- und Bedarfsorientierung, Möglichkeiten zur Spezialisierung und damit einhergehend die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit, Erschließung weiterer Forschungsgebiete (Deutsche Hochschulmedizin e.V. 2017, S. 6,7). Hier eröffnen sich neue Möglichkeiten für die Lehre in Bezug auf die KIM, zumal sich durch die bisherige, nicht-wissenschaftliche Ausrichtung der grundständigen Ausbildungsgänge etliche erfahrungsbasierte, komplementäre Heilmethoden erhalten haben (Zentrum für Qualität in der Pflege 2018).

1.4 KIM und Interprofessionalität

1.4.1 Das Verhältnis von KIM und Interprofessionalität

Die Darstellung der Entwicklungen im Bereich der interprofessionellen und komplementärmedizinischen Lehre im zurückliegenden Kapitel lassen erkennen, dass durch KIM und durch die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit die gleichen Ziele verfolgt werden und beide Bereiche in den letzten Jahren deutlich vorangetrieben wurden. Dennoch sind beide Bereiche ganz unterschiedliche Forschungsgebiete geblieben und es bestehen bislang wenig konzeptionelle Überschneidungspunkte (Haramati et al. 2013). Diese Trennung könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Integration innerhalb des allgemeinen Paradigmas der Biomedizin befasst, während sich KIM mit der Integration zwischen Paradigmen befasst (Hollenberg und Bourgeault 2011). Auf wissenschaftlicher Ebene wurden die Diskurse bislang durch unterschiedliche Fachgremien und -gesellschaften geführt. Während die Interprofessionalität eher in Bezug auf die berufliche Qualifikation mit Vertretern aus Erziehungs-, Gesundheitswissenschaften und Public Health diskutiert wird (Khalili et al. 2019), fokussiert sich der Diskurs um die KIM auf die evidenzbasierte Versorgung innerhalb der Humanmedizin, hier insbesondere innerhalb der Allgemein- und Familienmedizin.

In diesem Bereich haben sich in den letzten Jahren international etliche Weiterbildungsangebote etabliert (Chiaramonte et al. 2015; Kligler et al. 2000; Lebensohn et al. 2012).

Auf der Versorgungsebene geht es bei der Interprofessionalität um die Zuschreibung der jeweiligen Rollenidentität und der daraus resultierenden Geltungsansprüche. Die Interprofessionalität wurde in der medizinischen Ausbildung und in den Gesundheitswissenschaften vor allem unter den Aspekten der Lehre und der Kompetenzentwicklung sowie der Auswirkungen auf die erfolgreiche Zusammenarbeit in professionellen Teams diskutiert (Reeves 2016). In einem kommunikativen Aushandlungsprozess wird eine Verständigung über bestehende Situationen und die sich daraus ergebenden Handlungsmöglichkeiten hergestellt. Dabei nimmt die Interprofessionalität die Interaktion gleichberechtigter Akteure in den Blick und stellt Fragen hinsichtlich der jeweiligen Fachkompetenzen, Einstellungen und Haltungen. Interprofessionalität wird insgesamt als ein kontinuierlicher, dynamischer, interaktiver, transformierender und zwischenmenschlicher Prozess angesehen, der durch kollektive Intervention gekennzeichnet ist (D'Amour und Oandasan 2005).

Auch der Bereich KIM gewinnt zunehmend an Bedeutung, wird aber eher im Bereich der ärztlichen Grundversorgung und im Bereich der Weiterbildung unter den Aspekten der evidenzbasierten und gemeinsamen Entscheidungsfindung diskutiert (Academic Consortium for Integrative Medicine & Health 2018; World Health Organization 2013). Es werden eher inhaltliche Fragen nach Therapie- und Behandlungsoptionen gestellt. Die Beziehung zur Patientin oder zum Patienten ist hinsichtlich der medizinischen Fachexpertise durch ein hierarchisches Gefälle gekennzeichnet. Hier wird, mehr als bei der Interprofessionalität, ein bestimmtes Fachwissen vorausgesetzt. Durch den Heilungsauftrag in der Medizin entsteht ein Handlungsdruck (Lanzerath 2000, S.76), dem sich auch die KIM nicht entziehen darf und kann. Aus handlungstheoretischer Perspektive ist die Kommunikation strategisch instrumentell auf das Erreichen dieses Handlungsziels ausgerichtet. Es stellen sich Fragen der Wissenschaftlichkeit, nach Entscheidungen, die getroffen und begründet werden müssen, und Konsequenzen, die im Blick behalten werden sollen.

Interprofessionalität und KIM sind somit zwei Konzepte, die in unterschiedlichen wissenschaftlichen Domänen diskutiert werden und auf unterschiedlichen Handlungsebenen zu verorten sind. Dennoch können diese beiden Konzepte gewinnbringend miteinander verknüpft werden (Homburg und Witt 2021).

Strategien zum Aufbau der KIM-Versorgung legen eine interprofessionelle Umsetzung nahe, da sowohl in der komplementären als auch konventionellen Medizin ein Mosaik aus verschiedenen Perspektiven besteht (Witt et al. 2015) bzw. Gesundheitsdienstleister synergistisch, interdependent und wertschätzend mit gegenseitigem Vertrauen zusammenarbeiten, um die Patientenversorgung zu steuern (Boon et al. 2004).

1.4.2 Interprofessionelle Ausbildungskonzepte für KIM

Obwohl sich in den Gesundheitsberufen komplementärmedizinische Inhalte gut etabliert haben, sind kaum Literaturquellen zu finden, die sich konzeptionell mit der Verknüpfung von KIM und Interprofessionalität beschäftigen. Eine der wenigen Studien stammt aus Kanada (Willison 2008). Willison legt im ersten Teil seines Manuskripts die Vorteile der interprofessionellen Ausbildung dar, welche von Verbesserung des Patientenoutcomes über effektivere Zusammenarbeit bis hin zur Zunahme an Möglichkeiten für Leistungserbringer und Kosteneinsparungen gehen. Er fasst die Vorteile unter dem Begriff *Enhanced Care* zusammen. Im Jahr 2012 führte das US-amerikanische *National Institute of Health* den ersten internationalen Kongress für Lehrende im Bereich KIM in Washington DC durch. Die Benennung von interprofessioneller Ausbildung als eines der zentralen Themen des Kongresses wird damit begründet, dass hier, genau wie bei KIM, konzeptionelle Aspekte wie effiziente Kommunikation, Integration unterschiedlicher Wissensstrukturen in einen gemeinsamen Aktionsplan und generell die patientenzentrierte und beziehungsorientierte Versorgung eine zentrale Rolle spielen (Haramati et al. 2013).

Erste Empfehlungen für die interprofessionelle Ausbildung im Bereich KIM wurden zunächst durch das NCCIH für den Bereich der Primärversorgung erarbeitet (Cowen et al. 2015; Kligler et al. 2015). Die *Academic Collaborative for Integrative Health* (ACIH) entwickelte in Zusammenarbeit mit Forschenden und Praktizierenden aus fünf Bereichen (Chiropraktik, NHV, Massagetherapie, Akupunktur und Orientalische Medizin, Geburtshilfe) einen übergreifenden Kompetenzrahmen. Hierbei wurden die vier IPEC-Kompetenzen für interprofessionelles Lernen (siehe Seite 13) aufgegriffen und weitgehend unverändert für die KIM-Lehre übernommen (Academic Collaborative for Integrative Health 2018).

Zwei weitere spezifische Kompetenzbereiche wurden hinzugefügt:

5. *Evidenzbasierte Praxis*: Erklären, Bewerten und Anwenden wissenschaftlicher Erkenntnisse unter Berücksichtigung der beruflichen Erfahrung und der Patientenpräferenzen bei Entscheidungen in der integrierten Gesundheitsversorgung.

6. *Institutionelle Gesundheitsversorgungskultur und -praxis*: Praktiker, die nicht in erster Linie in akademischen, klinischen und ambulanten Kontexten ausgebildet wurden, sind für die Arbeit in diesen Versorgungsstrukturen auszurüsten (Academic Collaborative for Integrative Health 2018).

Die evidenzbasierte Praxis in diesem Kompetenzrahmen greift auf Sackett zurück (Sackett et al. 1996), welcher die berufliche Erfahrung und die Patientenpräferenzen in den Evidenzbegriff integriert. Dadurch werden Verfahren der komplementären Medizin sowie professionsspezifische Behandlungsprozesse der Pflege- und Therapieberufe legitimiert, die sich aufgrund langbestehender positiver Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung etabliert haben, auch wenn dazu die rein wissenschaftliche Evidenz (noch) nicht vorliegt. Eine größere Herausforderung dürfte die sechste Kompetenzdomäne darstellen, die dazu auffordert, Leistungserbringer ohne geregelte Ausbildung, wie Heilpraktiker oder traditionelle Heiler, in den Versorgungsprozess einzubinden. Hier stellen neben den unterschiedlichen Bildungsträgern auch die teilweise unterschiedlichen Finanzierungssysteme eine Barriere dar. Das Phänomen, dass Patientinnen und Patienten häufig die Konsultation von solchen alternativen Anbietern nicht gegenüber den professionellen thematisieren, führt zu unkoordinierten Anwendungen, die sowohl die Patientensicherheit als auch den Behandlungserfolg gefährden können (Foley et al. 2019). Hier braucht es langfristig Konzepte, um alle Leistungserbringer entsprechend zu qualifizieren und in das Versorgungsteam und -system einzubinden. In Australien gibt es Bestrebungen, sogenannte Praktizierende der Traditionellen Medizin stärker in die geregelten Ausbildungs- und Versorgungsprozesse einzubinden (Steel et al. 2014). In den USA existieren neben den klassischen *Medical Doctors* auch Ausbildungsgänge zu *Chiropractic Doctors*, *Naturopathic Doctors* und *Osteopathic Doctors*, welche teilweise auch in interprofessionelle KIM-Ausbildungsprogramme integriert werden (Riley et al. 2016). Diese Konzepte lassen sich jedoch nicht auf den deutschsprachigen Raum übertragen, da sich sowohl das Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf T & CM als auch die Ausbildungsgänge und Regularien für Heilpraktiker, Heiler, Chiropraktiker und weitere paramedizinische Berufsgruppen wesentlich unterscheiden.

In Deutschland wurden bisher in interprofessionelle Konzepte ausschließlich Berufe eingebunden, die regulär ausgebildet werden und sich innerhalb des biomedizinischen Paradigmas bewegen. Die Zusammenarbeit über bestehende Gesundheitsparadigmen hinweg stellt hohe Anforderungen an die Kommunikation der beteiligten Akteure (Coulter 2004). Bei einer frühzeitigen Sensibilisierung und Ausbildung aller an der Versorgung Beteiligten auf Basis der sechs IPEC/ACIH-Kompetenzdomänen könnten sich hier neue Perspektiven eröffnen. Darüber hinaus gibt es KIM-Lehre, die zwar für Gesundheitsberufe und Medizinstudierende gemeinsam angeboten wird, die Interprofessionalität als solche aber nicht explizit thematisiert oder adressiert. Dies war sowohl bei den 15 durch die NCCIH geförderten Ausbildungsprogrammen der Fall als auch bei den in Southampton durchgeführten Kursen für Studierende der Medizin, Pflege und Chiropraktik (Owen und Lewith 2001). Hervorzuheben ist, dass Owen und Lewith dennoch positive Evaluationsergebnisse in Bezug auf die Akzeptanz und die Auswirkungen des gemeinsamen Lernens erzielten.

Ein an der Medizinischen Fakultät Heidelberg durchgeführter Kurs im Bachelorstudiengang *Interprofessionelle Gesundheitsversorgung* mit Schwerpunktsetzung in der onkologischen Versorgung zeigt die große Akzeptanz der Integration von KIM-Lehrinhalten in die grundständige Ausbildung (Klafke et al. 2016). Aktuell wird dieses Modul adaptiert und teilweise als eigenständiges Modul unter dem Akronym *InterKIM* (Interprofessionelles Wahlfach zur Komplementären und Integrativen Medizin) gemeinsam mit Medizinstudierenden als Wahlpflichtmodul angeboten und evaluiert. Auch hier zeigen sich erste Evaluationsergebnisse vielversprechend (Homberg et al. 2019a). Zeitgleich entwickelten sich in Kanada vergleichbare interprofessionelle Angebote für Studierende im Grundstudium der Pflege-, Therapieberufe und der Human- und Zahnmedizin. Die Begleitevaluation zeigt in qualitativen und quantitativen Evaluationsergebnissen positive Effekte (Kutt et al. 2019).

Weitere aktuelle Studien zum Thema Interprofessionalität und KIM nehmen stärker die didaktische Methodik und Umsetzung in den Blick. So wurden beispielsweise simulationsbasiertes Lernen (Cunningham et al. 2018), Lernen anhand von konkreten Patientenfällen (Rivera et al. 2018) oder die Implementierung von Online-Kursen (McCabe et al. 2020) thematisiert. Ein breit angelegter Diskurs über die Integration von KIM in der grundständigen interprofessionellen Ausbildung existiert für den deutschsprachigen Raum bislang nicht.

1.4.3 Ziel dieser Studie

Anhand der dargestellten Versorgungssituation und der gegenwärtigen Qualifikationsmöglichkeiten in den Gesundheitsberufen lässt sich ein Bedarf an künftigen interprofessionellen Lehrangeboten im Grundstudium der Humanmedizin und der anderen Gesundheitsberufe ableiten. Herausfordernd sind hierbei 1. die unterschiedliche Verwendung von Begrifflichkeiten, 2. der (noch) nicht klar abgrenzbare Gegenstandsbereich der KIM, 3. die heterogene Zielgruppe in der interprofessionellen Ausbildung, 4. die unterschiedlichen grundsätzlichen Einstellungen von Expertinnen und Experten gegenüber KIM.

Für den deutschsprachigen Raum fehlen gegenwärtig konkrete Empfehlungen für die interprofessionelle grundständige Ausbildung zu KIM. Bereits existierende Curricula können nicht uneingeschränkt auf den deutschen Kontext übertragen werden, da sich das Inanspruchnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten, die Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem und die Ausbildungsgänge der Gesundheitsprofessionen und weiteren Leitungserbringern, wie Heilpraktiker, in Bezug auf KIM kulturell grundlegend unterscheiden.

Das Ziel dieser Dissertation ist die prozesshafte Erhebung dessen, was Expertinnen und Experten als wichtig für die Ausgestaltung eines im Grundstudium angebotenen interprofessionellen Curriculums für KIM erachten. Folgenden Fragen wird nachgegangen:

1. Welche Kompetenzen sind aus Sicht von Expertinnen und Experten für ein interprofessionelles KIM-Curriculum relevant und wie sind diese zu gewichten?
2. Für welche künftigen beruflichen Rollen soll ein interprofessionelles KIM-Curriculum qualifizieren und wie sind diese jeweils zu gewichten?
3. Welche curricularen Inhalte sind aus Sicht von Expertinnen und Experten für ein interprofessionelles KIM-Curriculum relevant und wie sind diese zu gewichten?
4. Welche Implikationen für die didaktische Umsetzung leiten sich aus den Antworten zu den obigen Fragestellungen ab?
5. Welche Gefahren und Chancen sehen die Expertinnen und Experten bei der Implementierung und Umsetzung eines entsprechenden Lehrangebots?

In dieser Studie wird erforscht, inwieweit eine Übereinkunft zu oben genannten Fragestellungen innerhalb der Expertinnen und Experten gefunden werden kann. Die Ergebnisse eignen sich als Ausgangspunkt und können Orientierung bei der Entwicklung und Implementierung entsprechender Seminarangebote an Universitäten und Hochschulen im deutschsprachigen Raum bieten.

2 Methodik

2.1 Delphi-Methode als Forschungsdesign

2.1.1 Die Wahl der Delphi-Technik

Aufgrund der Komplexität der Lehrplangestaltung ist der Prozess der Curriculumsentwicklung in der Regel wenig rational und systematisch. Häufig bestehen beträchtliche Meinungsverschiedenheiten darüber, wer zum Prozess der Lehrplanentwicklung beitragen soll, welche Relevanz die jeweiligen Beiträge haben und welches Gewicht den einzelnen Themen beigemessen werden soll (Reeves und Jauch 1978). Ein Curriculum sollte dabei so beschaffen sein, dass es die Studierenden auf spätere berufliche Herausforderungen vorbereitet. Die Beurteilungen und Einschätzungen von Einzelpersonen sind bestenfalls ausgewogen und auf künftige Entwicklungen ausgerichtet, können aber auch unzuverlässig sein. Darüber hinaus ist das Feld der KIM unscharf begrenzt und es existieren hierfür bislang wenige Konzepte, auf die zurückgegriffen werden kann. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Entwicklungen in den einzelnen Gesundheitsberufen in der Vergangenheit unabhängig voneinander vollzogen haben. Teilweise unterminieren bestehende Hierarchiestrukturen die konstruktive Zusammenarbeit oder das Einbringen eigener Impulse (Samuriwo et al. 2019; Weber und Hoffmann 2016).

Um die Fragestellungen dieser Studie unter den gegebenen Bedingungen angemessen zu explorieren, muss das Forschungsinstrument folgende Merkmale aufweisen: Es sollte einen gruppendynamischen Prozess erlauben, um unterschiedliche Perspektiven und Meinungen von Expertinnen und Experten unabhängig gegebener Hierarchiestrukturen austauschen, gegeneinander abwägen und gewichten zu können. Durch Abduktion sollten bestehende (unvollständige) Erkenntnisse erweitert und neue Aussagen generiert werden können. Dabei sollte der Befragungsprozess so strukturiert und an festen Kriterien ausgerichtet werden können, dass die Abhängigkeit der Ergebnisse von Einzelpersonen minimiert, wenn nicht gar beseitigt wird (Chalmers 2013, S. 18).

Die Delphi-Technik wurde als Erhebungsinstrument ausgewählt, da sie diesen Anforderungen adäquat begegnen kann und als ein flexibel einsetzbares Instrument für wissenschaftliche Erhebungen etabliert ist.

Maßgebend bei der Delphi-Technik sind folgende Eigenschaften:

Delphi may be characterized as a method for structuring a group communication process so that the process is effective in allowing a group of individuals, as a whole, to deal with a complex problem (Linstone und Turoff 1975, S. 3).

Breiner et al. beschreibt die Methodik als iteratives, schriftliches Verfahren, bei welchem Personen anonym befragt werden, die als Expertinnen oder Experten des Fachgebiets gelten, in dem der Forschungsgegenstand angesiedelt ist (Breiner et al. 1993).

Der Einsatz der Delphi-Technik bietet folgende Vorteile:

1. Durch die anonyme Befragung haben die Befragten keine Hinweise auf die Persönlichkeitsmerkmale der anderen Teilnehmenden und können sich deshalb stärker an den eigenen Bedürfnissen orientieren. Die üblicherweise in Gruppendiskussionen vorherrschenden Konformitätszwänge und Beeinflussungen durch Hierarchiestrukturen entfallen.
2. Es wird eine Orientierung an den Normen der Monitoringgruppe erwartet, welche sich ebenfalls positiv auf den Verlauf auswirken kann, da sich die Teilnehmenden zu besonderen Anstrengungen verpflichtet fühlen (Häder 2014, S. 55).
3. Die Delphi-Befragung wird unter Expertinnen und Experten geführt, welche sich unter anderem durch eine besondere theoretisch und praktisch fundierte Sachkenntnis auszeichnen. Dies ermöglicht ihnen, aktiv fehlende oder unvollständige Informationen zu rekonstruieren (Häder 2014, S. 56).
4. Durch die Rückmeldungen nach jeder Befragungsrunde entstehen dynamische kognitive Prozesse, durch welche sich die Qualität der Expertenurteile tendenziell verbessert (ebd, S. 65) .
5. Die Kommunikation verläuft bei Delphi-Befragungen strukturierter als beispielsweise bei Gruppendiskussionen. Der Verlauf kann gezielter gesteuert und kontrolliert werden (ebd, S. 61).
6. Expertinnen und Experten, die sich sowohl in der interprofessionellen Lehre als auch mit KIM auskennen, sind rar und es ist daher für die Zusammenstellung des Panels sinnvoll, Teilnehmende aus einem großen Einzugsgebiet rekrutieren und befragen zu können. Bei einer Online-Befragung lässt sich die Teilnahme einfacher und kostengünstiger umsetzen als bei einer vor Ort stattfindenden Gruppendiskussion.

2.1.2 Modifikation der Delphi-Technik und Konsensfindung

Unter der Delphi-Technik werden viele unterschiedliche Ausprägungen und Modifikationen subsumiert (Niederberger und Renn 2019). Die Anzahl der Befragungsrunden und der Teilnehmenden kann sich dabei erheblich unterscheiden. Daher muss die eingesetzte Technik näher spezifiziert und konkret auf die Fragestellung ausgerichtet werden. Wenn die Delphi-Technik, wie in dieser Studie, zur Entwicklung eines Curriculums eingesetzt wird, dient sie in erster Linie zur Verbesserung und Strukturierung des Prozesses der Lehrplangestaltung. Aus diesem Grund wird hier eine methodische Ausprägung zur Qualifikation von Expertenmeinungen eingesetzt, bei der sowohl offene als auch geschlossene Fragen zum Einsatz kommen. Um den Prozess zu steuern, ist es wichtig, einen entsprechenden Rahmen vorzugeben und den zu bearbeitenden Sachverhalt im Voraus möglichst genau zu definieren. Aus diesem Grund wurde ein konkretes Lernszenario festgelegt, auf welches sich die Befragten bei ihren Einschätzungen beziehen sollten. Die verschiedenen Expertenmeinungen werden quantifiziert, um ihre Mehrheitsfähigkeit darzustellen und zu prüfen. Das heißt, dass auch ein Konsens ermittelt und dargestellt werden kann (Diamond et al. 2014). Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, eigene Meinungen und Vorschläge einzubringen. Qualitative Fragen können zusätzlich zur weiteren Operationalisierung genutzt werden (Häder 2014, S. 37).

Grundsätzlich gibt es bei Delphi-Befragungen die Möglichkeit, in der ersten Befragungsrunde durch offene Fragestellungen Vorschläge und Meinungen von den Befragten einzuholen, welche dann in den Folgerunden kommentiert und gewichtet werden. Bei dieser Studie wurde aus den folgenden Gründen entschieden, neben den offenen Fragestellungen bereits in der ersten Befragungsrunde Items (Kompetenzen und curriculare Inhalte) zur Bewertung auf einer Ratingskala vorzulegen: Durch die Vorgaben können die Befragten besser einschätzen, welche Antwortformulierungen von ihnen erwartet werden. Der Aufwand für die Analyse der Antworten verringert sich. Zudem sind Ratingfragen in der Regel niederschwelliger als offene Fragestellungen, so dass die Befragten den Prozess nicht so schnell abbrechen. Es ist auch davon auszugehen, dass durch die vorgegebenen Items weitere Nennungen angeregt werden und dadurch insgesamt mehr Items ermittelt werden können.

Für die Darstellung eines Konsenses bei Delphi-Befragungen gibt es sehr unterschiedliche Vorgehensweisen. Deskriptiv kann sowohl der Median als auch der Mittelwert oder der Interquartilsabstand herangezogen oder ein bestimmtes Level der Übereinkunft festgelegt werden. Ebenso können explorative Testverfahren, wie vergleichende Statistik, eingesetzt

werden. Diese kommen jedoch eher für den Vergleich von Subgruppen oder den Vergleich von Aussagen zwischen den einzelnen Runden zum Einsatz (von der Gracht 2012). Zur Beantwortung der Forschungsfragen eins bis drei wurde in dieser Studie deskriptiv vorgegangen und ein Level der Übereinkunft festgelegt, da die Ausprägung des Konsens für die einzelnen Items und nicht ein Vergleich zwischen Subgruppen oder den einzelnen Items ermittelt werden sollte.

Um die vorgegebenen und identifizierten Kompetenzen, Rollenkompetenzen und curricularen Inhalte quantitativ hinsichtlich ihrer Relevanz zu gewichten, wurden bipolare Ratingskalen eingesetzt, mit einem Differenzierungsgrad von sieben Stufen. Dieser Differenzierungsgrad wird empfohlen, um eine hohe Messqualität zu erzielen und dennoch die Bewertungen für die Befragten handhabbar zu halten (Menold und Boger 2015). Mit den Endkategorien 1= *überhaupt nicht relevant* und 7= *sehr relevant* wurde ein möglichst umfassender Bewertungsspielraum angeboten. Auf eine Vollverbalisierung der Skalenstufen wurde verzichtet, um eine symmetrische Ausbalancierung zu gewährleisten. Es wurde eine Mittelkategorie angeboten, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, auch eine neutrale Position einnehmen zu können und nicht auf eine andere Kategorie ausweichen zu müssen. Dies würde zu einer systematischen Verzerrung führen (Menold und Boger 2015). Die Wertungen auf Skalenstufe sieben (= sehr relevant) und sechs wurden zusammengefasst, um Antworttendenzen von einzelnen Befragten, wie die *Tendenz zur Härte* oder *Tendenz zur Mitte*, abzuschwächen (Diekmann 2020). Darüber hinaus sind Ratingskalen nicht gleichabständig. Die Einschätzungen enthalten nur Anordnungs- aber keine Abstandinformationen (Krause 2002, S. 60). Die Einschätzungen der Befragten sind daher als Präferenzurteil auf einer Ordinalskala zu werten. Daher wurden keine Mittelwerte und Standardabweichungen, sondern der Anteil der positiven Relevanzeinschätzungen berechnet.

Um die gewichteten Items im Hinblick auf ihre Relevanz zu ordnen, wurden vier Relevanzgruppen gebildet, in Abhängigkeit davon, über welchen Beurteilungsgrad ein Konsens ermittelt werden konnte. Hierfür wurde ein Level der Übereinkunft von 80 % festgelegt. In der Literatur werden Level von 50 % bis 80 % bei Delphi-Studien beschrieben (von der Gracht 2012). Der hier festgelegte Level sollte ein hohes Maß der Übereinstimmung abbilden, da sich dies positiv auf die Akzeptanz der Ergebnisse auswirken kann. Dieser Level wird zur Darstellung eines Konsenses empfohlen (Diamond et al. 2014) und bewährte sich beispielsweise auch bei einer Delphi-Studie zur Messung wünschenswerter Rahmenbedingungen für Kinder mit Behinderung (Putnam und Bruininks 1986).

Zudem konnten damit Relevanzgruppen mit unterschiedlichen Ausdifferenzierungen gebildet und die bewerteten Items entsprechend zugeordnet werden.

Die Relevanzgruppen wurden auf Grundlage folgender Berechnung gebildet:

$$\text{Relevanzgruppe 1} = \left\{ \text{Item} \mid \frac{n \text{ Skala } 6-7}{n \text{ Skala } 1-7} \geq 0,8 \right\}$$

$$\text{Relevanzgruppe 2} = \left\{ \text{Item} \mid \frac{n \text{ Skala } 6-7}{n \text{ Skala } 1-7} < 0,8 \ \& \ \frac{n \text{ Skala } 5-7}{n \text{ Skala } 1-7} \geq 0,8 \right\}$$

$$\text{Relevanzgruppe 3} = \left\{ \text{Item} \mid \frac{n \text{ Skala } 5-7}{n \text{ Skala } 1-7} < 0,8 \ \& \ \frac{n \text{ Skala } 4-7}{n \text{ Skala } 1-7} \geq 0,8 \right\}$$

$$\text{Relevanzgruppe 4} = \left\{ \text{Item} \mid \frac{n \text{ Skala } 4-7}{n \text{ Skala } 1-7} < 0,8 \right\}$$

Die Berechnung erfolgte auf Grundlage der tatsächlich vorhandenen Bewertungen.

Bei den Kompetenzeinschätzungen wurde zusätzlich eine Nominalskala angeboten, um die Kompetenzen im Hinblick auf ihren Vermittlungsgrad in *explizit* oder *implizit* unterteilen zu können. *Explizit* wird hier so verstanden, dass diese Kompetenzen ausdrücklich als Lernziele definiert werden sollten, *implizit* wird so verstanden, dass diese Kompetenzen automatisch durch den Lernprozess erworben werden. Es wurde keine neutrale Kategorie angeboten, die Befragten konnten jedoch die Beantwortung ablehnen. Die Einstufung der Kompetenzen als *explizit* oder *implizit* erfolgte, wenn mindestens zwei Drittel (67 %) der Befragten die jeweilige Option wählten. Auch diese Berechnung erfolgte auf Grundlage der tatsächlich erfolgten Bewertungen.

$$\text{explizit} = \left\{ \text{Item} \mid \frac{n \text{ explizit}}{n \text{ implizit}} \geq 0,67 \right\}$$

$$\text{implizit} = \left\{ \text{Item} \mid \frac{n \text{ implizit}}{n \text{ explizit}} \geq 0,67 \right\}$$

Für die Fragen zur Gewichtung der curricularen Inhalte wurde eine nicht-inhaltliche Kategorie *kann ich nicht beurteilen* angeboten, da hierfür komplementärmedizinisches Vorwissen vorausgesetzt wird. Dadurch sollte verhindert werden, dass die Antwortqualität durch fehlende Expertise einzelner Teilnehmender verringert wird.

Insgesamt nahmen in dieser Studie qualitative und quantitative Erhebungstechniken etwa den gleichen Raum ein. Den Befragten wurde nicht die Möglichkeit eingeräumt, wie bei der klassischen Delphi-Methode üblich, ihre Einschätzungen in den Folgerunden zu revidieren (Webler et al. 1991), sie konnten aber eigene Ideen und Meinungen in Freitextfeldern einbringen. Die qualitativen Daten wurden dahingehend überprüft, inwieweit sie zur Beantwortung der Forschungsfrage oder für den weiteren Verlauf der Delphi-Befragung einen Beitrag leisten konnten. Es wurden drei Befragungsrunden vorgesehen, um entsprechende Impulse angemessen aufgreifen zu können. Die Fragebögen der Folgerunden wurden jeweils erst im Verlauf der Studie auf Grundlage der zuvor erhobenen Daten entwickelt. Da der vierten und fünften Forschungsfrage erst ab der zweiten Runde nachgegangen wurde, ist das entsprechende methodische Vorgehen in Kapitel 2.3 beschrieben. Der Austausch unter den Befragten wurde durch die Bereitstellung eines Ergebnisberichtes nach jeder Befragungsrunde herbeigeführt, welcher alle Beurteilungen und wörtlichen Kommentare der jeweiligen Befragungsrunde enthielt. Auf diese Weise konnten die Befragten den Erhebungsprozess maßgeblich steuern und inhaltlich beeinflussen.

2.2 Expertenauswahl und Rekrutierung

Als Expertinnen und Experten werden solche Personen bezeichnet, die über besonderes Wissen zum Untersuchungsgegenstand verfügen (Bogner et al. 2009). Dieses Wissen ergibt sich in erster Linie aus der Ausbildung und Berufstätigkeit, aber auch aus der Erfahrung durch andere Prozesse, die für die Beteiligung an dieser Studie relevant sind, beispielsweise die Erfahrung als Patientin und Patient oder als Studierende und Studierender. Der Expertenstatus beinhaltet neben der fachlichen Kompetenz in der Regel auch die Bereitschaft zum reflektierten Umgang mit Wissen, Haltungen und Einstellungen. Alle eingeschlossenen Personen sollten daher auch einwilligungsfähig und volljährig sein. Eine nach quantitativen Ansprüchen bestehende Generierung von Repräsentativität der Stichprobe wird tendenziell als Kriterium bei Delphi-Befragungen vernachlässigt. Relevant ist hauptsächlich die Gewährleistung einer ausgewogenen Verteilung der Expertinnen und Experten, insofern sie verschiedene Fachgebiete mit ihren Expertisen abdecken (Niederberger und Renn 2019). Insgesamt soll in der vorliegenden Studie das heterogene Feld der Patientenversorgung mit einer Vielfalt an Fachwissen, Wahrnehmungen und Intensionen abgebildet werden. Zur optimalen Anzahl der benötigten Personen für die Teilnahme an Delphi-Studien gibt es

keinen Konsens. Es werden Delphi-Studien mit unter zehn ebenso beschrieben wie Studien mit mehreren tausend Teilnehmenden. Turoff beschreibt eine Anzahl von zehn bis vierzig für eine Politikumfrage als günstig, um verschiedene Positionen aufzeigen zu können.

Hier wird davon ausgegangen, dass auch innerhalb eines Fachgebiets unterschiedliche Positionen vertreten sind (Turoff 2002). Häder merkt hierzu Folgendes an:

Ein Experte oder wenige Experten reichen aus, um eine bestimmte Perspektive ‚abzudecken‘. So erweist sich die Wahrnehmung der Probleme vor allem als abhängig von der professionellen Perspektive (Häder 2000, S.5).

Im Studienprotokoll war zunächst eine Anzahl von 20 bis maximal 40 Teilnehmenden vorgesehen, da Expertinnen und Experten aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation (Physiotherapeuten, Hausärzte, Pflegekräfte, Internisten, Psychotherapeuten, etc.) rekrutiert werden sollten. Jeder Bereich sollte jeweils mit zwei bis drei Personen vertreten sein, um ein Drop-out im Verlauf der Studie zu kompensieren.

2.2.1 Quotenmerkmale für das Expertenpanel

Da die Auswahl der Expertinnen und Experten einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse haben kann (Häder 2000), wurde die Auswahl systematisch durch eine Monitoringgruppe vorgenommen und in einem zweiten Schritt modifiziert. Diese Gruppe traf sich erstmalig am 08.11.2018 in folgender Zusammensetzung: fünf wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des Projekts *InterKIM* (Allgemeinärztin mit Zusatzbezeichnung NHV, Psychoonkologin, Pflegewissenschaftlerin, Medizinpädagogin, Lehrkoordinatorin Allgemeinmedizin) sowie eine hauptamtliche Mitarbeiterin der Selbsthilfe- und Patientenberatung Rhein-Neckar gGmbH und ein Lehrkoordinator für Innere Medizin.

Folgende Quotenmerkmale wurden durch die Monitoringgruppe festgelegt:

1. Sowohl Expertinnen und Experten aus ländlichen als auch aus städtischen Regionen sowie aus Ost- und Westdeutschland sollten vertreten sein, da es hier Unterschiede in der Nachfrage und im Angebot von komplementären Behandlungsmöglichkeiten gibt.
2. Ärztinnen und Ärzte sollten sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Umfeld rekrutiert werden, da beide Bereiche für die KIM-Versorgung relevant sind.
3. Es sollten sowohl Ärztinnen und Ärzte mit KIM-Erfahrungen als auch welche ohne KIM-Erfahrungen oder mit kritischen Einstellungen gegenüber KIM rekrutiert werden, um auch

kritische Positionen zu berücksichtigen und später eine bessere Akzeptanz für den Curriculumsentwurf zu erzielen.

4. Die in der beruflichen Praxis angewandten KIM-Methoden der eingeschlossenen Gesundheitsberufe sollten möglichst breit gefächert sein, um eine einseitige Verzerrung der Ergebnisse zugunsten bestimmter Therapieverfahren zu vermeiden.
5. Kinderärztinnen und -ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte aus dem geriatrischen Bereich und Palliativbereich sollten vertreten sein, da sich in diesen Bereichen, insbesondere durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen, besondere Fragestellungen zu KIM ergeben.
6. Für die stationäre Versorgung sollten unterschiedliche Fachrichtungen vertreten sein sowie Ärztinnen und Ärzte, die bereits in der integrativmedizinischen Versorgung arbeiten.
7. In Bezug auf die Gesundheitsfachberufe sollen Personen aus den Bereichen Krankenpflege und Physiotherapie eingeschlossen werden, da diese Berufsgruppen häufig in komplementärmedizinische Beratungs- und Behandlungssituationen integriert sind.
8. Bei der Krankenpflege ist darauf zu achten, dass auch die Bereiche Kinderkrankenpflege und Altenpflege vertreten sind, da sich auch hier insbesondere durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen besondere Fragestellungen zu KIM ergeben.
9. Studierende aus den Gesundheitsberufen und der Humanmedizin sollen eingeschlossen werden, um die studentische Perspektive abzubilden, da für eine nachhaltige und zielführende Etablierung des Curriculums auch die Akzeptanz seitens der Studierenden eine Rolle spielt. In dieses Expertenfeld können auch Personen eingeschlossen werden, die gerade ihr Studium beendet haben.
10. Patientenvertreterinnen oder -vertreter sowie Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen sollten eingeschlossen werden, um die Patientenperspektive und mögliche Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung abbilden zu können.
11. Schlüsselpersonen der Medizinischen Fakultät Heidelberg und Personen, die maßgeblich an der Weiterentwicklung der medizinischen Lehre mitwirken, sollten eingeschlossen werden, da bei Delphi-Studien auch Personen involviert werden sollten, die die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis umzusetzen können (vgl. Duffield 1993).
12. Das Kriterium *Lehrerfahrung* muss nicht als eigenständiges Expertenfeld ausgewiesen werden, da es hier viele Überschneidungen zu den anderen Expertenfeldern gibt. Es ist insgesamt jedoch darauf zu achten, dass möglichst viele Expertinnen und Experten Erfahrungen in den Bereichen Lehre im Studiengang Humanmedizin, Ausbildung in den Gesundheitsberufen oder in der interprofessionellen Ausbildung aufweisen.

2.2.2 Modifizierung der Quotenmerkmale

Im November 2018 fand die von der *Robert-Bosch-Stiftung* geförderte *Inflight-Tagung* in Berlin statt, in welcher Promotionsstudierenden die Möglichkeit gegeben wurde, Themen aus dem interprofessionellen Bereich vorzustellen und weiterzuentwickeln (Thierfelder und Wild 2018). Die Autorin stellte hier das Forschungsprojekt vor und nutzte die Diskussionsmöglichkeit im Rahmen einer interprofessionell zusammengesetzten Forschungswerkstatt, um die Quotenmerkmale zu diskutieren und zu modifizieren (Homberg 2018). Hier wurde unter anderem der Frage nachgegangen, inwieweit auch andere Berufsgruppen eingeschlossen werden sollten, wie beispielsweise aus dem Bereich der Ergotherapie, des Heilpraktikerwesens, der Geburtshilfe und der Pharmazie. Auf der anderen Seite wurde kritisch angemerkt, dass es nicht gelingen könne, alle in der Patientenversorgung relevanten Perspektiven repräsentativ darzustellen und eine Begrenzung auf wenige Expertenfelder auch zielführend sein könne. Nach Rücksprache mit der Monitoringgruppe wurden folgende Entscheidungen getroffen: Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sollten nicht eingeschlossen werden. Da das Berufsfeld aufgrund einer nicht geregelten Ausbildung und fehlenden Berufsordnung sehr heterogen ist (Sasse 2011), hätten mehrere Praktizierende eingeschlossen werden müssen, um das Feld ausgewogen abzubilden. Durch deren Einschluss wäre ein Akzeptanzverlust seitens der im wissenschaftlichen Kontext sozialisierten anderen Befragungsteilnehmenden zu befürchten. Im Hinblick auf die interprofessionelle Ausbildung ist eine Kooperation von Universitäten und Hochschulen mit Heilpraktikerschulen in Deutschland aufgrund der unterschiedlichen Verortung kaum möglich. Auch im Hinblick auf eine gemeinsame Patientenversorgung ist die Einbeziehung von Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker problematisch, da nach § 23b der (*Muster-*)*Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte* (MBO-Ä 1997) die Kooperation nur mit staatlich oder akademisch ausgebildeten Fachkräften erlaubt ist. Darüber hinaus wurde beschlossen, die Ergotherapie nicht in das Expertenpanel einzuschließen, da hier die Berührungspunkte mit komplementärmedizinischen Fragestellungen in der Berufsausübung nur gering sind. Anders verhält es sich in der Geburtshilfe und Pharmazie. Bei diesen Berufsgruppen ist davon auszugehen, dass die Beratung von Patientinnen und Patienten in Bezug auf komplementärmedizinische Behandlungsoptionen eine große Rolle spielt.

Aus diesen Überlegungen resultierten zwei weitere Quotenmerkmale:

13. Hebammen sollten eingeschlossen werden, da diese in die KIM-Versorgung involviert sind.

14. Vertreter der Pharmazie sollten eingeschlossen werden, da hier viele Berührungspunkte mit konventionellen und nicht-konventionellen medikamentösen Therapien gegeben sind und der Berufsgruppe in diesem Bereich eine beratende Funktion zukommt.

Bei der Ethikkommission wurde ein Amendement zur Anhebung der Teilnehmerzahl auf 75 Personen beantragt, da durch die Festlegung der umfangreichen Quotenmerkmale davon ausgegangen wurde, dass die Beteiligung von ursprünglich maximal 40 Personen überschritten werden könnte. Die Bewilligung erfolgte vor Beginn der Rekrutierung.

2.2.3 Rekrutierung der Expertinnen und Experten

Auf Grundlage der vorausgegangenen Überlegungen wurden die in Tabelle 1 aufgeführten Expertenfelder bestimmt. Für jedes Expertenfeld sollten mindestens vier Personen zur Teilnahme eingeladen werden, da von einer Rücklaufquote von ca. 30 % bis 70 % ausgegangen wurde (Häder 2000).

Tabelle 1. Expertenfelder für die Rekrutierung der Expertinnen und Experten

Expertenfelder	An- gefragt N= 65	Zu- stimung N= 53	Teil- genommen N= 50
Ärztinnen/Ärzte			
Hausärztinnen und -ärzte ohne KIM-Angebote	4	3	3
Hausärztinnen und -ärzte mit KIM-Angeboten	7	7	5
Stationäre Versorgung ohne KIM-Angebote	4	4	4
Stationäre Versorgung mit KIM-Angeboten	5	5	5
Andere Gesundheitsberufe			
Pflege, inklusive Kinder- und Altenpflege	9	8	8
Therapieberufe	4	4	4
Geburtshilfe ¹	3	2	2
Pharmazie	4	1	1
Interessensvertreter			
Studierende der Gesundheitsberufe, Absolventen/-innen	5	4	4
Studierende der Humanmedizin, Absolventen/-innen	4	4	4
Patientenvertretung ¹	4	4	4
Vertretung der Krankenkassen	4	1	1
Vertretung der Medizinischen Fakultät Heidelberg	4	4	4
Schlüsselpersonen in der Curriculumsentwicklung	4	2	1

¹Eine Patientenvertreterin ist auch als Hebamme in der Geburtshilfe beschäftigt, wird aber in dieser Tabelle nur in der Rolle als Patientenvertreterin aufgeführt. KIM: Komplementäre und Integrative Medizin. KIM: Komplementäre und Integrative Medizin.

Die Angehörigen der Medizin- und Gesundheitsberufe wurden aufgrund ihrer berufspolitischen Aktivitäten ausgewählt, wie z. B. Mitgliedschaft in der *Gesellschaft für Medizinische Ausbildung*, hier insbesondere aufgrund ihrer Tätigkeit im *Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung* und im *Ausschuss Integrative Medizin und Perspektivenpluralismus*, Mitgliedschaft bei der *Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin*, Mitgliedschaft in Berufsverbänden, wie beispielsweise dem *Verband deutscher Hebammen* oder dem *Berufsverband der deutschen Krankenhausapotheker*, Mitarbeit an Forschungsprojekten zur komplementärmedizinischen Versorgung oder in der Leitlinienentwicklung sowie Mitarbeiter des Teams *Arzneimittelsicherheit* an der Medizinischen Fakultät Heidelberg. Die Patientenvertreterinnen und -vertreter wurden von der Leiterin der Selbsthilfegruppe (Monitoringgruppe) namentlich vorgeschlagen. Hierbei wurde darauf geachtet, dass die vorgesehenen Personen mit der Fachterminologie zur Bewältigung der Umfrage vertraut sind und über die notwendige Reflexionsfähigkeit verfügen. Es wurde jeweils eine Person aus einer regionalen ländlichen Selbsthilfeorganisation, aus einer Darmkrebs-Selbsthilfegruppe und aus einer Skoliose-Selbsthilfegruppe sowie eine Behindertenbeauftragte benannt. Für die studentischen Vertreterinnen oder Vertreter wurden Studierende aus dem an der Medizinischen Fakultät Heidelberg ansässigen Bachelorstudiengang *Interprofessionelle Gesundheitsversorgung* ausgewählt, welche auch das Wahlfach Komplementärmedizin belegten. Hier konnten drei Studierende identifiziert werden mit jeweils einem Berufsabschluss in Physiotherapie, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege. Weitere Studierende konnten über die *Bundesvertretung für Medizinstudierende* und über die studentische Vertretung des *Deutschen Verbandes für Physiotherapeuten* rekrutiert werden sowie aus dem Pool der durch die *Karl und Veronica Carstens-Stiftung* geförderten Promotionsstudierenden. Außerdem wurden drei Kontaktpersonen verschiedener Krankenkassen benannt, mit denen die *Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung* in Heidelberg bereits in anderen Projekten zusammenarbeitet. Als Schlüsselpersonen wurden konkrete Personen namentlich von der Monitoringgruppe vorgeschlagen. Um eine ausbalancierte Zusammenstellung zu erreichen, wurden die einzelnen Kriterien gegeneinander abgewogen. Es stellte sich heraus, dass der Bereich Lehre gut vertreten war und hier, wie von der Monitoringgruppe erwartet, kein eigenes Expertenfeld eingerichtet werden musste. Die meisten vorgeschlagenen Personen kamen aus Baden-Württemberg, so dass bei einer Auswahl von mehr als vier Personen für ein Expertenfeld Personen aus anderen Bundesländern, insbesondere aus Ostdeutschland, bevorzugt wurden.

Es zeigte sich, dass in den Expertenfeldern *Hausärztinnen und Hausärzte* sowie *Ärztinnen und Ärzte in der stationären Versorgung mit KIM-Angeboten* die Heterogenität der angebotenen KIM-Methoden so groß war, dass jeweils mehr als vier Teilnehmende eingeladen wurden. Ebenso wurden auch bei den Studierenden der Gesundheitsberufe mehr als vier Personen eingeladen, da hier sehr unterschiedliche Ausbildungs- und Studienwege vorlagen.

Insgesamt wurden 65 Expertinnen und Experten im Zeitraum Ende Dezember 2017 bis Mitte Januar 2018 mittels einer persönlichen E-Mail zur Teilnahme an der Studie eingeladen. In dieser E-Mail wurde individuell begründet, aufgrund welcher Expertise und auf welchem Rekrutierungsweg die Auswahl getroffen wurde. Ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung wurden der Einladungsmail angehängt mit der Bitte, bei Einwilligung zur Teilnahme die Einwilligungserklärung unterschrieben zurückzufaxen (siehe Anhang B). Bei Nichtteilnahme wurde die Möglichkeit eingeräumt, weitere Personen für die Teilnahme vorzuschlagen. Bei ausbleibender Rückmeldung wurde Anfang Februar und Mitte Februar eine Erinnerungsmail verschickt. Die Bereitschaft zur Teilnahme war in fast allen Expertenfeldern sehr hoch. Lediglich die Rekrutierung für die Expertenfelder *Pharmazie* und *Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen* gestaltete sich schwierig, da hier die jeweiligen Ansprechpersonen entweder keine Expertinnen oder Experten benennen konnten, oder die benannten Personen meinten, nicht über die für diese Studie notwendige Expertise zu verfügen. Für das Expertenfeld *Schlüsselpersonen* wurde nicht nachrekrutiert, da es sich hier um eine personengebundene Expertise handelt.

Anfang März wurde der Rekrutierungsprozess abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt lagen von 53 Personen unterschriebene Einwilligungserklärungen vor, acht Personen erklärten ausdrücklich, nicht an der Studie teilnehmen zu wollen. Keine dieser Personen schlug eine weitere Person vor. Von weiteren vier Personen blieb eine Rückmeldung aus.

2.3 Befragungs- und Auswertungsprozess

Im Folgenden wird beschrieben, wie der fast eineinhalb Jahre andauernde Befragungs- und Auswertungsprozess gesteuert und umgesetzt wurde. Da die Folgerunden jeweils auf Grundlage der Ergebnisse der vorangegangenen Runden entwickelt wurden, müssen für diese Darstellung Ergebnisse und deren Analyse teilweise vorweggenommen werden.

In diesem Kapitel wird der Ablauf chronologisch geschildert und die Ergebnisse werden nicht quantifiziert. Im Ergebnis- und Diskussionsteil dieser Arbeit werden dann die einzelnen Ergebnisse thematisch entlang der Forschungsfragen geordnet, tiefergehend beschrieben, quantifiziert und umfassend analysiert.

Die verwendeten Fragebögen wurden von der Autorin entwickelt und zunächst innerhalb der Projektgruppe inhaltlich überprüft. Nach der Überarbeitung wurden drei Personen anderer Fakultäten in einen Pretest eingebunden, um die Fragebögen jeweils mit einem Schwerpunkt auf technische Machbarkeit, auf inhaltliche Verständlichkeit und Richtigkeit und auf logische Strukturierung zu überprüfen. Die Fragebögen wurden gemäß den entsprechenden Rückmeldungen überarbeitet. Der Befragungsprozess und die jeweiligen thematischen Schwerpunkte der einzelnen Runden sind in Abbildung 3 dargestellt, die Fragebögen der drei Befragungsrunden sind im Anhang (Anhang D-F) zur Verfügung gestellt.

2.3.1 Verwendete Software

Als Erhebungstool wurde *HeiSurvey* eingesetzt. Diese Software basiert auf *LimeSurvey* Version 2.64.3+170327 und wurde speziell für die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung konfiguriert. Die Daten werden auf hauseigenen Rechnern gespeichert. Dadurch wird ein hohes Maß an Datensicherheit gewährleistet. Nach jeder Befragungsrunde wurden die Daten als SPSS-File heruntergeladen. Für die Bearbeitung wurde zu Beginn die Version IBM SPSS-Statistics 24.0.0 verwendet, ab Mai 2019 die Version SPSS-Statistics 25.0.0 und ab Juli 2020 die Version SPSS-Statistics 27.0.0.

Die quantitativen Daten wurden größtenteils über SPSS ausgewertet, die Ranggruppen und Grafiken wurden mit Excel, Version 16.16.8 erstellt. Ebenso wurden die Freitextantworten, die für den Verlauf der Studie und die Bildung weiterer Items für die Folgerunden dienten, über Excel ausgewertet.

Die Freitextantworten für die systematische, inhaltsanalytische Auswertung wurden mit MAXQDA 11, VERBI Software 2019 kategorisiert.

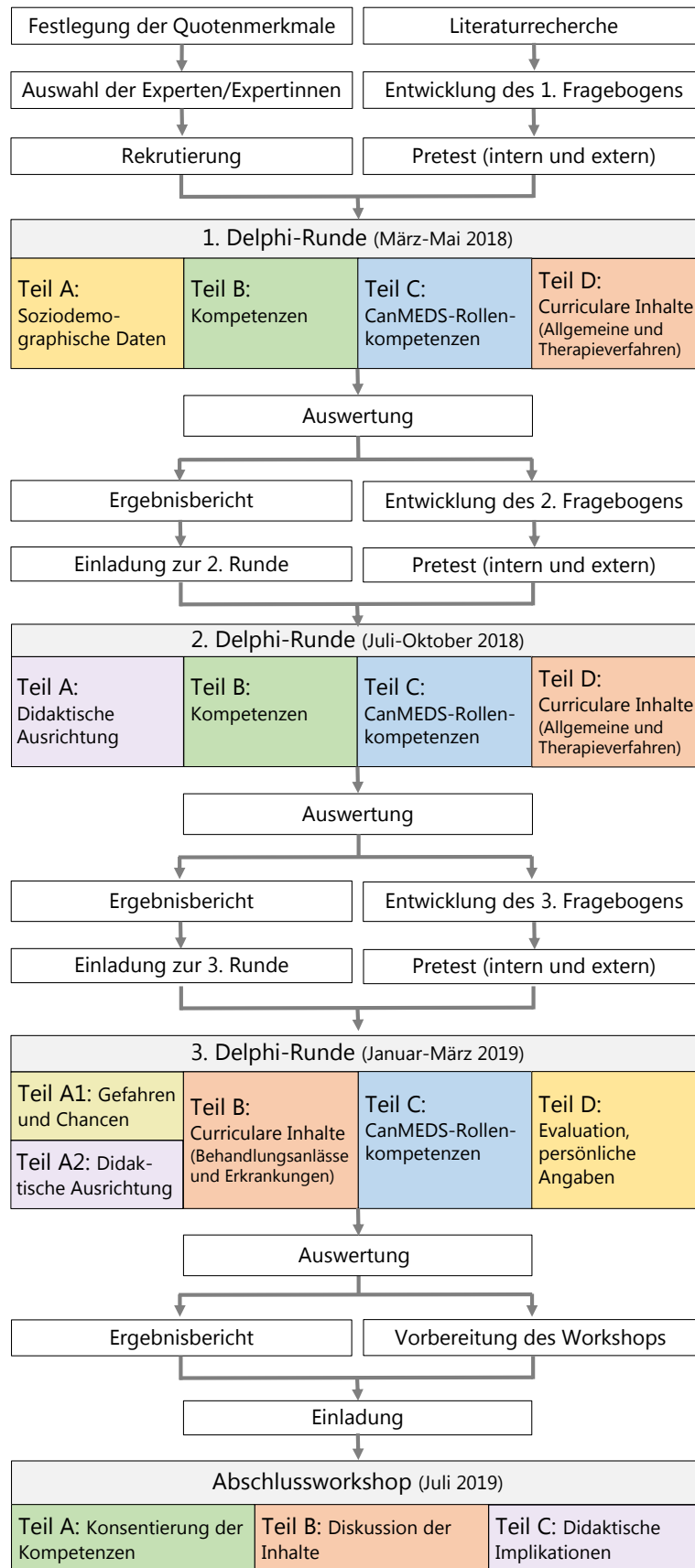


Abbildung 3. Studienverlauf

2.3.2 Konzeption des ersten Fragebogens

Der Fragebogen für die erste Runde bestand aus insgesamt 30 Fragen, welche sich auf die Frageblöcke soziodemographische Daten (Teil A, 15 Fragen), Kompetenzen (Teil B, 4 Fragen), CanMEDS-Rollenkompetenzen (Teil C, 3 Fragen) und curriculare Inhalte (Teil D, 8 Fragen) verteilten, und einer offenen Abschlussfrage, um den Befragten am Ende des Befragungsprozesses die Möglichkeit zu geben, Kritik zu äußern oder bestimmte Aspekte hervorzuheben.

Die soziodemographischen Daten wurden umfangreich erhoben, um die Übereinstimmung bzw. Nichtübereinstimmung mit den zuvor festgelegten Quotenmerkmalen zu überprüfen und gegebenenfalls eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund der Zusammenstellung des Expertenpanels erkennen zu können. Es wurden beispielsweise berufliche Erfahrungen in der Patientenversorgung und in der Lehre erhoben sowie die aktuellen Tätigkeitsbereiche und -schwerpunkte. Des Weiteren wurde die Einstellung der Befragten gegenüber KIM erfasst. Lediglich das Kriterium *ländliche/städtische Region* wurde nicht abgebildet, da hier eine weitere Operationalisierung notwendig gewesen wäre.

In Teil B wurden Kompetenzbeschreibungen, in Teil D curriculare Inhalte zur Bewertung hinsichtlich ihrer Relevanz vorgelegt. Die einzelnen Kompetenzbeschreibungen sowie die allgemeinen Inhalte und nicht-klassischen NHV des Themenblocks C wurden auf Grundlage einer umfangreichen Literaturrecherche zusammengestellt. Hierbei wurde insbesondere Literatur aus dem europäischen Raum herangezogen (Joos et al. 2008a; Klafke et al. 2016; Nicolao et al. 2010a). Darüber hinaus wurden weitere Literaturquellen berücksichtigt, in denen Kompetenzbeschreibungen und Inhalte für grundständige Ausbildungsgänge von KIM in den Studiengängen der Humanmedizin und der Gesundheitsberufe beschrieben sind (Booth-Laforce et al. 2010; Cowen und Cyr 2015; Dutta et al. 2003; Kligler et al. 2004; Templeman et al. 2015b; van der Riet et al. 2011; Verhoef und Brundin-Mather 2007).

Zunächst wurden die in den jeweiligen Veröffentlichungen genannten Kompetenzbeschreibungen und Inhalte in einer Tabelle zusammengestellt. Im zweiten Schritt wurden inhaltlich übereinstimmende oder überschneidende Beschreibungen zu jeweils einem Item zusammengefasst. Neben den einzelnen nicht-klassischen NHV wurden die fünf Bereiche der klassischen NHV (Härtel und Volger 2004) zur Bewertung vorgelegt. Die Befragten wurden darauf hingewiesen, dass die als mindestens relevant eingestuften Bereiche der klassischen NHV für die folgende Befragungsrunde weiter aufgeschlüsselt und diese Teilaspekte dann zur Bewertung vorgelegt werden.

Für die Konstruktion von Teil C wurde der CanMEDS-Kompetenzrahmen herangezogen (Frank et al. 2015). Wie in Kapitel 1.3.2 beschrieben, ist dieses Framework sowohl in der Ausbildung von Gesundheitsberufen als auch in den nationalen Kompetenzkatalogen der Studiengänge der Humanmedizin in Deutschland und in der Schweiz integriert (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2015; Michaud et al. 2017) und gewährleistet so eine mögliche Anknüpfung an diese bestehenden Curricula. Die Verwendung eines gemeinsamen theoretischen Rahmens für unterschiedliche Berufsausbildungen kann für die Entwicklung von interprofessionellen Curricula sehr nützlich sein, da sie die Beurteilung der Übereinstimmung zwischen Lernzielen, Lehrmethoden und Ergebnissen verschiedener akademischer Programme ermöglicht (Abu-Rish et al. 2012). Darüber hinaus kann die Gewichtung der einzelnen Rollen Auskunft darüber geben, für welche beruflichen Handlungsfelder vorrangig qualifiziert werden soll. Jede der sieben CanMEDS-Rollenkompetenzen wird im NKLM mit weiteren 4 bis 16 Teilkompetenzen näher beschrieben. Insgesamt liegen 68 Teilkompetenzbeschreibungen vor. Es wurde in dieser Studie davon ausgegangen, dass in einem interprofessionellen Curriculum die CanMEDS-Rolle *Collaborator* von wesentlicher Bedeutung ist. Deshalb wurde in der ersten Befragungsrunde die Gewichtung der Teilkompetenzbeschreibungen zur Rolle *Collaborator* erfragt und die Rollenbeschreibungen der sechs weiteren CanMEDS-Rollen in ihrer Gesamtheit zur Bewertung vorgelegt. Die Rollenbeschreibungen und Teilkompetenzbeschreibungen orientierten sich strikt an den Formulierungen im NKLM, arzt spezifische Formulierungen wurden so modifiziert, dass sie auch die anderen Gesundheitsberufe einschließen.

Folgende Fragetypen kamen in Teil A zum Einsatz:

- geschlossene soziodemographische Fragen,
- Freitextfelder für individuelle Angaben,
- eine Ratingfrage zur Erhebung der Einstellungen zu KIM (zehnstufige Likert-Skala). Die Skala wurde in gleicher Weise in vorausgegangenen Studien verwendet (Klafke et al. 2016).

Folgende Fragetypen kamen in Teil B bis D zum Einsatz:

- Ratingfragen zur Bewertung vorgegebener Kompetenzen, Rollenkompetenzen und Inhalte (siebenstufige Likert-Skala). Die Ratingfragen dienen dem Ziel, die einzelnen Items bei der Analyse in Relevanzgruppen zu ordnen.

- Freitextfelder zur Begründung oder Kommentierung, um die Beweggründe der Befragten in Erfahrung zu bringen und die Verständlichkeit der Items zu prüfen.
- Freitextfelder für weitere Kompetenzen und curriculare Inhalte. Diese Vorschläge wurden in der nächsten Befragungsrunde mittels Ratingfragen aufgegriffen.

In Teil B wurden zusätzlich eingesetzt:

- Entweder-oder-Fragen, um anzugeben, ob die durch die Ratingfrage zu bewertenden Kompetenzen jeweils implizit oder explizit gelehrt werden sollten,
- eine Rankingfrage, um aus den aufgeführten Kompetenzen die drei wichtigsten auszuwählen. Diese Frage wurde nach dem Pretest ergänzt, da die Gefahr vermutet wurde, dass die Befragten (fast) alle aufgeführten Kompetenzen als *sehr relevant* einstufen. Hierdurch sollte eine Gewichtung gewährleistet werden.

Bei den Teilen B bis D wurden die Befragten gebeten, sich bei ihren Einschätzungen auf ein potentiell Seminar für KIM zu beziehen, welches mit 2 bis 4 Semesterwochenstunden (30 bis 60 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten) an einer universitären Einrichtung für Studierende der Humanmedizin und für Studierende weiterer akademischer Studiengänge für Gesundheitsberufe (aus den Bereichen Pflege, Therapie und Diagnostik) gemeinsam in der Hauptstudienphase angeboten wird.

Für die erste Befragungsrunde wurde ein Glossar erstellt, in welchem die Bedeutung von Begriffen wie Komplementärmedizin, NHV, Curriculum, Kompetenzen etc. erläutert wird (siehe Anhang C). Die Leiterin der Selbsthilfegruppen wurde beauftragt, das Glossar vorab auf Verständlichkeit zu überprüfen. Das Glossar wurde allen Teilnehmenden über das Befragungstool *HeiSurvey* als Downloadmaterial zur Verfügung gestellt.

2.3.3 Prozess und Auswertung der ersten Befragungsrunde

Im Befragungstool *HeiSurvey* wurde anhand der E-Mailadressen der ausgewählten Personen eine Teilnehmerliste angelegt. Das Online-Tool zur Befragung wurde am 06.03.2018 freigeschaltet. Die Einladung erfolgte direkt über das Tool. Zur Beantwortung der Fragen wurde eine Frist von drei Wochen eingeräumt. Nach drei und nach sechs Wochen wurde jeweils eine Erinnerungsmail an die Expertinnen und Experten verschickt, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht an der Befragung teilgenommen hatten. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, mittels eines Opt-out buttons anzugeben, ob sie die Teilnahme an der Studie

abbrechen möchten. Da einige Teilnehmende per E-Mail um eine Verlängerung der Frist baten, wurde die Datenerhebung der ersten Befragungsrunde erst am 15.05.2018 abgeschlossen. Die Daten wurden in ein SPSS-Datenfile überführt (IBM SPSS-Statistics 24.0.0).

Die soziodemographischen Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Die Ergebnisse der Ratingfragen der Teile B bis D (Kompetenzen, CanMEDS-Rollenkompetenzen und curriculare Inhalte) wurden ausgewertet und nach den zuvor festgelegten Kriterien in Relevanzgruppen geordnet. Sowohl für die Kompetenzen, CanMEDS-Rollen und die curricularen Inhalte konnte eine gute Ausdifferenzierung erreicht werden. Daher erwies sich die Integration der Rankingfragen in der ersten Befragungsrunde als überflüssig. Die Ergebnisse der Rankingfragen wurden im Ergebnisbericht aufgenommen, aber weder in den Folgerunden noch in der Analyse der Ergebnisse in dieser Studie berücksichtigt. Die von den Befragten in der ersten Runde in den Freitextfeldern vorgeschlagenen Kompetenzen und Inhalte wurden kategorisiert und für die Bewertung in der zweiten Delphi-Runde modifiziert. Im ersten Schritt wurden hierfür die Kompetenzen und curricularen Inhalte geordnet. Für die Kompetenzen wurden inhaltsanalytisch induktiv aus dem Textmaterial heraus Leitkategorien gebildet (Kuckartz 2016). Die curricularen Inhalte wurden den Kategorien *allgemeine Inhalte*, *klassische NHV*, *nicht-klassische NHV* und *paramedizinische Verfahren* zugeordnet (siehe Kapitel 1.2.1). Im zweiten Schritt wurden die Kompetenzen und Inhalte sprachlich ausformuliert. Inhaltlich übereinstimmende Kompetenz- und Inhaltsbeschreibungen wurden zu jeweils einem Item zusammengefasst.

Die Anmerkungen in den Freitextfeldern wurden kategorisiert und im Ergebnisbericht vollumfänglich dargestellt. Die Anmerkungen dienten in erster Linie der Information der Teilnehmenden, um die Diskussion in den Folgerunden anzuregen. Des Weiteren wurden die qualitativen Daten zur weiteren Steuerung des Befragungsprozesses verwendet. Die Abschlussfrage wurde im Hinblick auf die retrospektive Beurteilung des Befragungsprozesses evaluiert.

2.3.4 Konzeption des zweiten Fragebogens

Die auf Grundlage der Ergebnisse der ersten Befragungsrunde neu gebildeten Kompetenzen und curricularen Inhalte wurden in der zweiten Runde zur Bewertung vorgelegt. Die in Relevanzgruppen geordneten Kompetenzen und curricularen Inhalte wurden anhand der

Einschätzungen und Kommentare zusammengefasst und als Hypothesen formuliert (beispielsweise: *Die Kompetenz ‚Studierende lernen Patientensichtweisen und subjektives Krankheitserleben zu respektieren und zu berücksichtigen‘ ist unabhängig von KIM sehr relevant. Es sollten jedoch bereits Kenntnisse zu Behandlungsmethoden und Therapiemöglichkeiten bei den Studierenden vorhanden sein*). In der zweiten Befragungsrunde wurde den Befragten die Möglichkeit gegeben, diesen Aussagen zuzustimmen und/oder diese zu kommentieren. Hierdurch sollte zum einen eine Diskussion angeregt, zum anderen eine ggf. erfolgte Konsensfindung bestätigt werden.

Die CanMEDS-Rollenkompetenzen, welche in der ersten Befragungsrunde von mindestens 80 % der Befragten als *relevant* oder *sehr relevant* eingestuft wurden, wurden in ihre Teilkompetenzbeschreibungen aufgeschlüsselt und in der zweiten Runde zur Bewertung vorgelegt.

Die Kommentare in den Freitextfeldern der ersten Befragungsrunde zeigten teilweise, dass Kompetenzen und curriculare Inhalte nicht diskutiert werden können, ohne auch Rahmenbedingungen, den klinischen Bezug und/oder didaktische Aspekte zu berücksichtigen. Um diese Aspekte handhabbar zu machen, wurde zu Beginn der zweiten Runde in Fragenblock A ermittelt, mit welchem Format KIM-Seminare im Curriculum angeboten werden sollten, für welche Handlungsfelder qualifiziert werden sollte und welche Lehrmethoden für ein interprofessionelles KIM-Seminar als geeignet angesehen werden. Darüber hinaus wurde eine Frage zur strukturellen Ausrichtung der Inhalte eines KIM-Curriculums integriert.

Einige Teilnehmende äußerten in der ersten Befragungsrunde Kritik darüber, dass bei den curricularen Inhalten der Schwerpunkt auf KIM-Therapien gelegt wurde. Es wurde vorgeschlagen, die Inhalte entlang von Behandlungsanlässen auszurichten. Einzelne mögliche Behandlungsanlässe wurden exemplarisch genannt. Dieser Aspekt wurde in Teil D aufgegriffen, in welchem die Befragten gebeten wurden, weitere Behandlungsanlässe zu nennen.

Der zweite Fragebogen bestand aus insgesamt 28 Fragen, welche sich auf die Teile: Didaktische Ausrichtung (Teil A, 4 Fragen), Kompetenzen (Teil B, 3 Fragen), CanMEDS-Rollenkompetenzen (Teil C, 9 Fragen) und curriculare Inhalte (Teil D, 12 Fragen) bezogen. Wie die erste Befragungsrunde schloss auch die zweite mit einer offenen Abschlussfrage.

Folgende Fragetypen kamen in Teil A zum Einsatz:

- Multiple-Choice-Fragen mit Kommentarfeld.

Folgende Fragetypen kamen in Teil B bis D zum Einsatz:

- Aufforderung zur Zustimmung und/oder Kommentierung der aufgestellten Hypothesen zu den Relevanzeinschätzungen aus der ersten Befragungsrunde,
- Ratingfragen zu den in der ersten Befragungsrunde vorgeschlagenen Kompetenzen und curricularen Inhalten auf einer siebenstufigen Likert-Skala,
- Freitextfelder zur Begründung oder Kommentierung, um die Beweggründe der Befragten in Erfahrung zu bringen und die Verständlichkeit der Fragen zu prüfen.

In Teil D wurden zusätzlich eingesetzt:

- Freitextfelder, in denen die Befragten Vorschläge für Behandlungsanlässe einbringen konnten. Diese Vorschläge wurden in der nächsten Befragungsrunde aufgegriffen und der Bewertung in Form von Ratingfragen vorgelegt.

Alle Einschätzungen und Kommentare aus Teil B bis D wurden in einem umfangreichen Ergebnisbericht zusammengestellt und über *HeiSurvey* in der zweiten Befragungsrunde allen Teilnehmenden als Downloadmaterial zur Verfügung gestellt. In diesem Bericht waren zusätzlich ausgewählte soziodemographische Daten enthalten, so dass sich die Befragten einerseits ein Bild über die Zusammensetzung des Expertenpanels machen konnten, andererseits die Anonymität der einzelnen Teilnehmenden gewahrt wurde. Der Ergebnisbericht wurde von einer externen wissenschaftlichen Mitarbeiterin gegengelesen und auf Verständlichkeit und Übersichtlichkeit geprüft.

2.3.5 Prozess und Auswertung der zweiten Befragungsrunde

Alle Expertinnen und Experten, die an der ersten Befragungsrunde teilnahmen, wurden zur zweiten Befragungsrunde am 30.07.2018 per E-Mail eingeladen. Die Vorgehensweise entsprach der der ersten Befragungsrunde. Aufgrund der Sommerpause und Kongresszeiten blieb das Befragungstool bis zum 08.10.2018 geöffnet. Die Daten wurden nach Abschluss der Befragung in die bestehende SPSS-Datei überführt. Die Fälle wurden zusammengefügt und eine neue Variable *Delphi-Runde* erstellt, die erfasst, bis zu welcher Befragungsrunde die Teilnehmenden tatsächlich teilgenommen haben.

Bei der Auswertung der Daten ließ sich anhand der im Verlauf der Befragung abnehmenden Tendenz zur Nutzung der Freitextfelder als auch durch die teilweise nicht vollständig ausgefüllten Befragungsbögen eine Beantwortungsmüdigkeit erkennen. Zudem zeigte sich, dass die Diskussion der Hypothesen und eine daraus resultierende Konsensfindung kaum über ein anonymes schriftliches Verfahren erreicht werden kann. Es wurde daher beschlossen, den dritten Fragebogen eher kurz zu halten und aus den in der zweiten Befragungsrunde gewonnenen Relevanzeinschätzungen keine weiteren Hypothesen abzuleiten. Stattdessen sollten die als *relevant* und *sehr relevant* eingeschätzten Items in einem Abschlussworkshop diskutiert werden. Das Maß der Bestätigung und die Kommentare in Bezug auf die Hypothesen wurden in den Ergebnisbericht der zweiten Runde aufgenommen, nicht aber in der Auswertung dieser Studie berücksichtigt. Die Relevanzgruppen der ersten beiden Befragungsrunden wurden zusammengeführt und in einem Kurzbericht übersichtlich dargestellt, so dass sich die Teilnehmenden einen Überblick über die Eingruppierung aller eingeschätzten Kompetenzen, Rollenkompetenzen und curricularen Inhalte aus den ersten beiden Befragungsrunden verschaffen konnten. Zusätzlich wurde, wie auch schon in der ersten Befragungsrunde, ein umfangreicher Ergebnisbericht erstellt, in welchem alle Beurteilungen und Freitextkommentare der zweiten Runde dargestellt wurden. Beide Berichte wurden über das Tool *HeiSurvey* bei der dritten Befragungsrunde als Downloadmaterialien zur Verfügung gestellt.

2.3.6 Konzeption des dritten Fragebogens

In den ersten beiden Befragungsrunden zeigte sich ein großer Mitteilungsbedarf bei den Teilnehmenden in Bezug auf die Implementierung und die damit einhergehenden Möglichkeiten und Schwierigkeiten eines solchen Lehrangebots. Um diese Kommentare systematisch und gebündelt zu erfassen, wurde gleich zu Beginn der dritten Befragungsrunde nach zu erwartenden Gefahren und/oder Herausforderungen und nach zu erwartenden Chancen und/oder Gewinnen bei dem Angebot eines interprofessionellen KIM-Seminars gefragt. In der zweiten Runde wurden kontroverse Meinungen zur Umsetzung von praktischen Übungen und zur Gewichtung von kommunikativen Kompetenzen geäußert sowie Bedenken, geeignete Lehrkräfte zu finden. Deshalb wurden in Teil A der dritten Runde Fragen ergänzt, die diese Aspekte aufgreifen.

Die in der zweiten Befragungsrunde vorgeschlagenen Behandlungsanlässe und Erkrankungen wurden auf Grundlage des NKLM, Kapitel 20 und 21, geordnet und ggf. modifiziert (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2015). Genannte Behandlungs- und Beratungsbedarfe spezifischer Personengruppen finden sich nicht im NKLM wieder und wurden deshalb entweder wörtlich übernommen oder entsprechend formal angepasst. Die so gewonnenen Aufzählungen dieser drei Bereiche wurden in den Fragebogen der dritten Befragungsrunde integriert.

Bei der Analyse der CanMEDS-Rollenkompetenzen zeigte sich, dass es sinnvoll sein könnte, diese im Hinblick auf die Verteilung der jeweiligen Teilkompetenzen auf die Relevanzgruppen miteinander zu vergleichen. Um für alle Teilkompetenzen entsprechende Einschätzungen zu erhalten, wurden in der dritten Befragungsrunde auch die vorgelegt, deren CanMEDS-Rolle von den Teilnehmenden in der ersten Befragungsrunde nicht als mindestens *relevant* eingeschätzt wurden. So konnten im Laufe der dreistufigen Befragung alle 68 Teilkompetenzen bewertet werden.

In der dritten Befragungsrunde wurde ein weiterer Frageteil hinzugefügt, in dem die Bereitschaft zur weiteren Zusammenarbeit in diesem Forschungsbereich und zur Teilnahme an einem Abschlussworkshop erfragt wurde sowie die Möglichkeit gegeben wurde, die drei Befragungsrunden abschließend zu evaluieren. Der dritte Fragebogen bestand aus insgesamt 30 Fragen, welche sich auf die Teile: Allgemeine Fragestellungen (Teil A, 10 Fragen), Behandlungsanlässe und Erkrankungen (Teil B, 6 Fragen), CanMEDS-Rollenkompetenzen (Teil C, 4 Fragen) und Persönliche Angaben und Weiterentwicklung (Teil D, 9 Fragen) bezogen. Auch der dritte Befragungsbogen endete mit einer offenen Abschlussfrage.

Folgende Fragetypen kamen in Teil A zum Einsatz:

- Freitextfelder, um mögliche Gefahren/Herausforderungen und Chancen/Gewinn in Bezug auf das Angebot eines interprofessionellen KIM-Seminars zu nennen,
- Ratingfragen (fünfstufige Likert-Skala),
- Freitextfelder, um Einschätzungen zu ergänzen und/oder zu kommentieren.

Folgende Fragetypen kamen in Teil B und C zum Einsatz:

- Ratingfragen (siebenstufigen Likert-Skala),
- Freitextfelder, um Einschätzungen zu ergänzen und/oder zu kommentieren.

Folgende Fragetypen kamen in Teil D zum Einsatz:

- Ja/Nein-Fragen,

- Freitextfelder, um Entscheidungen zu kommentieren und Kritik anzumerken.

2.3.7 Prozess und Auswertung der dritten Befragungsrunde

Alle Expertinnen und Experten, die an der zweiten Befragungsrunde teilnahmen, wurden am 10.01.2019 zur dritten Befragungsrunde eingeladen. Nach drei bzw. sechs Wochen erhielten die Personen, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht teilgenommen hatten, ein Erinnerungsschreiben per E-Mail. Die Datenerhebung der dritten Runde wurde am 09.03.2019 abgeschlossen. Die Daten wurden mit denen der ersten beiden Runden in SPSS zusammengeführt. Die Freitextantworten der beiden Fragen: 1. *Worin besteht Ihrer Meinung nach die größte Gefahr und/oder Herausforderung beim Angebot eines interprofessionellen KIM-Seminars an einer medizinischen Universität/Hochschule?* und 2. *Worin besteht Ihrer Meinung nach die größte Chance und/oder Gewinn beim Angebot eines interprofessionellen KIM-Seminars an einer medizinischen Universität/Hochschule?* wurden von der Autorin und einer externen wissenschaftlichen Mitarbeiterin unabhängig voneinander mittels Inhaltsanalyse direkt am Textmaterial wie folgt bearbeitet (Kuckartz 2016): Für beide Fragestellungen wurden alle Freitextantworten in einzelne Aussagen segmentiert. Aus dem Textmaterial heraus wurden induktiv vorläufige Leitkategorien und Unterkategorien gebildet. Alle Aussagen wurden codiert und diesen Kategorien zugeordnet. Diese von den beiden Forscherinnen gewonnenen Kategorien wurden im zweiten Schritt verglichen und diskutiert, bis eine Übereinkunft getroffen wurde. Die Codierung wurde entsprechend diesen neu gebildeten Leit- und Subkategorien überarbeitet.

Die Einschätzungen in Teil B wurden analog zu den Einschätzungen der Kompetenzen und curricularen Inhalte aus den ersten beiden Fragestellungen analysiert und die einzelnen Items wurden entsprechend in Relevanzgruppen geordnet.

Die Einschätzungen der Teilkompetenzbeschreibungen in Teil C wurden in Relevanzgruppen geordnet und mit den Einschätzungen aus den ersten beiden Fragerunden verglichen. Hierfür wurden die Daten der Teilnehmenden, die nicht an allen drei Erhebungsrunden teilgenommen hatten bzw. mehr als drei einzelne Beschreibungen nicht bewerteten, ausgeschlossen, um die Einschätzungen einer konsistenten Expertengruppe über alle drei Erhebungsrunden hinweg zu erhalten.

Die Aussagen in Teil D wurden unter anderem für die Vorbereitung des Workshops und zur Reflexion des Befragungsprozesses genutzt. Die Antworten in den Freitextfeldern zur

Evaluation des Befragungsprozesses wurden kategorisiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Alle Ergebnisse der dritten Befragungsrunde wurden in einem Ergebnisbericht zusammengestellt. Allen Beteiligten wurde dieser Ergebnisbericht in einer abschließenden E-Mail zugeschickt, in der ein herzliches Dankeschön für die Teilnahme an allen drei Befragungsrunden ausgesprochen wurde.

2.3.8 Planung und Durchführung des Abschlussworkshops

Die Ergebnisse aus allen Delphi-Runden wurden auf einem Abschlussworkshop im Juli 2019 konsolidiert. Die Planung des Abschlussworkshops orientierte sich an dem Konzept des Gruppen-Delphis. In den 80er Jahren wurde diese Methode als Modifikation des klassischen Delphi-Verfahrens entwickelt. Das Gruppen-Delphi wird heute vor allem dann eingesetzt, wenn ein direkter Austausch zwischen Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Disziplinen angemessen und notwendig erscheint. Durch das Verfahren wird versucht, die negativen Seiten einer Delphi-Befragung, wie beispielsweise die eingeschränkten Möglichkeiten, unterschiedliche Bewertungen inhaltlich zu begründen und zu diskutieren, auszugleichen. Hierbei kann das Gruppen-Delphi die schriftliche Befragung auch vollständig ersetzen (Niederberger und Renn 2018). Aufgrund der vorausgegangenen schriftlichen Befragung wurde auf den Einsatz von Fragebögen im Abschlussworkshop vollständig verzichtet. Ebenso wurden die Gruppendiskussionen nicht, wie empfohlen, aufgezeichnet und qualitativ ausgewertet, da dieses zusätzliche Datenmaterial im Rahmen dieser Dissertation nicht hätte transkribiert und ausgewertet werden können. In Absprache mit der Monitoringgruppe wurde das Gruppen-Delphi-Verfahren deutlich vereinfacht und modifiziert. Um unmittelbar an den Ergebnissen der Delphi-Befragung anknüpfen zu können, wurden nur Personen eingeladen, die sich im Rahmen der Befragung als Teilnehmende oder Pretest-Person schon intensiv mit dem Forschungsdesign und den Ergebnisberichten auseinandergesetzt hatten. Das Einladungsprozedere zum Abschlussworkshop wird in Kapitel 3.1.1 beschrieben.

Aufgrund der Verteilung der Expertinnen und Experten in Deutschland und der Schweiz und ihrer Einbindung in den Arbeitsalltag war zu erwarten, dass die Teilnehmerzahl gering sein würde. Laut Turoff ist *ein kleines, arbeitsfähiges Gremium* ausreichend, um die Ergebnisse zu nutzen und mögliche Anwendungen zu formulieren (Turoff 2002).

In dem Workshop wurden die Expertinnen und Experten gebeten, aus den als *sehr relevant* und *relevant* eingestuften Kompetenzen drei Kernkompetenzen abzuleiten. Eine Anzahl von *drei* wurde ausgewählt, um den Diskussionsprozess zu stimulieren und die Teilnehmenden dazu zu bringen, die einzelnen Kompetenzen gegeneinander abzuwägen. Zudem wurde dadurch ermöglicht, die Ergebnisse für den nächsten Schritt handhabbar zu machen. Ausgehend von den identifizierten Kernkompetenzen wurden inhaltliche Schwerpunktsetzungen und geeignete Lehrmethoden und Vorschläge für deren Umsetzung diskutiert. Ziel war es, die Expertise der Workshop-Teilnehmenden zu nutzen, um in einer Gruppendiskussion Ideen für die didaktische Umsetzung der Kernkompetenzen zu generieren. Wie im ersten Kapitel dieser Studie beschrieben, müssen die einzelnen Strukturelemente eines Curriculums aufeinander abgestimmt sein und ein in sich stimmiges Gefüge ergeben. Gemäß dem Ansatz des *Constructive Alignment* (Biggs und Tang 2011) spielen hierbei auch Prüfungsformate eine zentrale Rolle. Da deren Umsetzung jedoch sehr stark von den Bedingungen und Regularien der jeweiligen Fakultäten und Schulen abhängig ist, wurden mögliche Prüfungsleistungen bei den Diskussionen im Abschlussworkshop nicht fokussiert. Die Interaktionen der Gruppen- und Plenumsdiskussionen sollten jedoch genutzt werden, um Kompetenzen, Methoden und Inhalte aufeinander abzustimmen, was bei einem ausschließlich schriftlichen und anonymen Prozess in dieser Form nicht möglich gewesen wäre.

2.4 Gütekriterien

Daten aus Delphi-Studien sind subjektiver und eher qualitativer Natur, umfassen aber auch quantitative Vorgehensweisen (Häder 2014, S. 37), daher sind auch die konventionellen Gütekriterien der quantitativen Forschung, wie *Validität, Reliabilität und Objektivität* (Diekmann 2020), nicht passgenau, da diese nur bedingt auf qualitative Forschungsdesigns angewandt werden können (Steinke 1999). Eine andere Zusammensetzung des Expertenpanels könnte beispielsweise bei einem ansonsten gleichen Delphi-Befragungsdesign zu anderen Ergebnissen führen, wodurch die Zuverlässigkeit der Methode an sich in Frage gestellt werden kann (Goodman 1987; Sackman 1974). Duffield führte eine Delphi-Befragung mit zwei getrennten Expertenpanels durch, die sich in Größe und Zusammensetzung geringfügig unterschieden. Sie fand zwischen diesen beiden Gruppen eine Übereinstimmung von 93 % vor (Duffield 1993). Dennoch wird argumentiert, dass es nicht möglich ist, die Zuverlässigkeit der Methodik zu bestimmen, da jede Delphi-Befragungsrunde

die Schaffung eines neuen Messinstruments beinhaltet (Engels und Powell Kennedy 2007; Rowe et al. 1991). Es konnte jedoch auch gezeigt werden, dass bei Delphi-Studien mit zeitlich versetzten neuen Befragungs-Studien, die in der Forschungsfrage übereinstimmten, eine gute Verlässlichkeit der Ergebnisse vorlag (Ono und Wedemeyer 1994).

Die Qualität einer Delphi-Studie hängt im Wesentlichen davon ab, inwieweit es gelingt, den Prozess regelgeleitet zu planen, geeignete Expertinnen und Experten zu rekrutieren, die Erhebung angemessen durchzuführen und die Ergebnisse objektiv auszuwerten und kritisch darzustellen (vergl. Häder 2014, S. 91ff). Um die Qualität zu sichern, wurde das Vorgehen in dieser Studie am CREDES-Leitfaden (*Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies*) ausgerichtet, welcher ursprünglich für den Bereich der Palliativversorgung auf Grundlage eines Systematic Reviews unter Berücksichtigung von 30 Studien erstellt wurde, sich aber weitgehend auf andere Delphi-Studien übertragen lässt (Jünger et al. 2017). Im CREDES-Leitfaden werden 16 Kriterien benannt und entlang der folgenden Schritte aufgelistet: 1. Begründung für die Wahl der Delphi-Technik, 2. Planung und Entwurf, 3. Durchführung der Studie, 4. Berichterstattung.

Zusätzlich werden auch die Gütekriterien der quantitativen Forschung, wie *Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses, Angemessenheit des Forschungsprozesses, Empirische Verankerung, Limitation, Kohärenz, Relevanz und reflektierte Subjektivität* (Steinke 1999), berücksichtigt.

2.4.1 CREDES Schritt 1: Begründung für die Wahl der Delphi-Technik

Die Begründung für die Wahl der Technik ist ausführlich in Kapitel 2.1.1 beschrieben. Darüber hinaus wird im CREDES-Leitfaden empfohlen, die konstruktivistische Natur der Delphi-Technik im Blick zu behalten. Das heißt konkret, dass sowohl den Forschenden als auch den Befragten bewusst ist, dass es sich bei diesem Forschungsprozess um eine soziale Konstruktion handelt. In dieser Studie wird diesem Ansatz insbesondere durch die zentrale Stellung des Relevanzbegriffs Rechnung getragen. Der Begriff *relevant* leitet sich aus dem lateinischen ab und bedeutet so viel wie *in die Höhe heben* und wird im Sinne von *in einem bestimmten Zusammenhang bedeutsam, gewichtig* verwendet (Bibliographisches Institut GmbH 2020). Die Teilnehmenden werden in jeder Befragungsrunde aufgefordert, die Relevanzeinschätzungen aus ihrer Perspektive vorzunehmen. Auch hierdurch wird die Orientierung

am Beobachtenden betont, welche in der sozialen Konstruktion maßgeblich für die Erhebung und Interpretation der Daten ist (Chalmers 2013).

2.4.2 CREDES Schritt 2: Planung und Entwurf

Der Studie liegt ein Studienprotokoll zugrunde, in welchem der Ablauf der Studie und die Auswertung der Ergebnisse im Voraus festgelegt wurde, jedoch eine Flexibilität insofern zulässt, dass Implikationen aus den vorausgegangenen Fragerunden aufgenommen und in die Folgerunden einfließen konnten. Zentral für die Beantwortung der Forschungsfragen waren die in allen drei Befragungsrunden integrierten Ratingfragen, da auf dieser Grundlage das Konsenslevel für die jeweiligen Relevanzgruppen der vorgegebenen und von den Teilnehmenden eingebrachten Kompetenzen und curricularen Inhalte festgelegt wurde. Ratingskalen gehören zu den wichtigsten und den am häufigsten benutzten sozialwissenschaftlichen Instrumenten der Datenerhebung. Mit der Anzahl von sieben Antwortkategorien kann eine gute Messqualität erreicht werden (Menold und Boger 2015).

In Bezug auf die Konsensfindung wurde ein a priori Kriterium im Voraus festgelegt und im Verlauf der Datenanalyse konsequent eingehalten (Diamond et al. 2014). Die ursprünglich im Studienprotokoll vorgesehene Überprüfung der gebildeten Ranggruppen auf Stabilität durch das Aufstellen von Hypothesen in der zweiten und dritten Befragungsrunde zeigte sich aufgrund der hohen Teilnehmerzahl, der hohen aktiven Beteiligung und des damit einhergehenden hohen Inputs für die jeweils folgende Befragungsrunde als nicht praktikabel und wurde daher nicht weiter verfolgt und ausgewertet. Grundlegende Schritte, wie die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten, Abweichungen vom Studienprotokoll oder Durchführung eines Abschlussworkshops wurden innerhalb der Monitoringgruppe diskutiert und entschieden. Zusätzlich wurden externe Expertisen auf entsprechenden Fachtagungen eingeholt (Homberg et al. 2018b; Thierfelder und Wild 2018) und Zwischenergebnisse diskutiert (Homberg et al. 2018a; Homberg et al. 2019b).

2.4.3 CREDES Schritt 3: Durchführung

Für eine Delphi-Befragung ist im Voraus der Gegenstandsbereich klar festzulegen (Häder 2014). Alle Teilnehmenden erhielten deshalb eine Informationsschrift, in welcher die Ziele und der Ablauf der Studie beschrieben wurden. Ebenso wurde für die Relevanzeinschätzung

ein konkretes Lehr-Lern-Szenario zugrunde gelegt. Um Begrifflichkeiten einheitlich zu verwenden, wurde mit der ersten Runde ein Glossar zur Verfügung gestellt. Seitens des Forschungsteams bestanden keine Interessenskonflikte. Im Vorfeld und während der Befragung wurde auf strikte Einhaltung der Anonymität der Teilnehmenden geachtet, damit die Befragten keinen Reputationsverlust aufgrund ihrer Teilnahme oder der getätigten Aussagen zu befürchten haben. Sowohl bei den Publikationen der Ergebnisse als auch in den Limitationen dieser Thesis wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Erreichen eines Konsenses für die Eingruppierung von Items in den Gruppen *sehr relevant* und *relevant* nicht unbedingt bedeutet, dass diese Items für die Umsetzung eines entsprechenden Curriculums in jedem Falle relevant sind, und ein Dissens nicht bedeutet, dass diese Items generell nicht relevant sind. Es wird darauf verwiesen, dass die eingeschätzten Kompetenzen und Inhalte in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen bei der Implementierung eines Curriculums für den jeweiligen Standort zu überprüfen und zu modifizieren sind.

2.4.4 CREDES Schritt 4: Berichterstattung

Der Zweck der Studie wurde klar definiert und die Angemessenheit der Verwendung der Delphi-Technik zur Erreichung des Forschungsziels dargestellt. Die Zusammenstellung des Expertenpanels wurde in Kapitel 2.2 ausführlich dargestellt sowie die soziodemographischen Einzelheiten und Informationen über die Fachkompetenz in Bezug auf das Thema der tatsächlichen Teilnehmenden in Kapitel 3.1.2. Auch über Non-Responder und Drop-out-Quoten wird berichtet. Der Verlauf der Studie wird anhand eines Flussdiagramms dargestellt (Abbildung 3). Es wird dargelegt, wie der Konsens erreicht wurde und welche Strategien für den Umgang mit dem Dissens angewandt werden. Analog zum CREDES-Leitfaden wurde für jede Befragungsrunde ein separater Ergebnisbericht erstellt und den einzelnen Teilnehmenden spätestens mit dem Beginn der Folgerunde zur Verfügung gestellt. Diese Berichte enthalten neben den Einschätzungen auch alle wörtlichen Zitate der Teilnehmenden, welche in den jeweiligen Freitextfeldern angegeben wurden. Im Ergebnisteil dieser Thesis werden die einzelnen Ergebnisse thematisch geordnet. Es wird transparent dargestellt, welche Ergebnisse aus welcher Befragungsrunde stammen. Zeitgleich mit Durchführung der Studie wurde an der Universität Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, das interprofessionelle Wahlfach Komplementäre und Integrative Medizin (*InterKIM*) implementiert. Die Autorin ist gemeinsam mit zwei Kolleginnen für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation dieses Moduls

verantwortlich. Aufgrund der pädagogischen Qualifikation liegen die Schwerpunkte der Autorin auf der didaktischen Gestaltung der Lehre einschließlich der Prüfung und auf der Lehrevaluation. Diese Tätigkeiten beeinflussen die Studie insofern, als dass in der Delphi-Befragung ein vergleichbares Lern-Szenario zugrunde gelegt wurde. Die Rekrutierung der Teilnehmenden sowie die Datenerhebung und die Auswertung erfolgten jedoch autark.

2.5 Ethik und Datenschutz

Die hier beschriebene Studie wurde der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg (Kennzeichen S-087/2017) vorgelegt und positiv bewertet. Nach Festlegung der Quotenmerkmale für die eingeschlossenen Expertinnen und Experten wurde durch ein Amendement die Anhebung der Teilnehmerzahl von 40 auf 75 und der Einschluss von Studierenden und Lehrenden in das Expertenpanel nachgetragen. Vor der Rekrutierung der Teilnehmenden lag das Votum für die Ersteinreichung und das Amendement vor. Zur Teilnahme an der Online-Befragung wurden nur Teilnehmende eingeladen, die sich zuvor ausdrücklich anhand einer schriftlichen Einwilligungserklärung mit ihrer Unterschrift freiwillig zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt hatten. Die Teilnehmenden wurden durch eine Informationsschrift über das Ziel der Studie und die Verwendung der Daten aufgeklärt und hatten die Möglichkeit, ihre Fragen persönlich an die Forscherin zu richten. Ein Rücktritt von der Teilnahme an der Studie war ohne weitere Konsequenzen jederzeit möglich.

Die Namen und persönlichen Daten der Teilnehmenden und alle anderen vertraulichen und persönlichen Informationen unterlagen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes von 2003. Die Anonymität innerhalb des Befragungsprozesses wurde streng eingehalten, das heißt, den Befragten war nicht bekannt, welche weiteren Personen in die Studie eingeschlossen wurden. Bei der Wiedergabe der wörtlichen Äußerungen in den Ergebnisberichten und Publikationen wurden alle Angaben entfernt, durch die Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden könnten. Für die Steuerung der Studie war es jedoch notwendig, dass die Autorin die Namen und persönlichen Angaben kannte. Der Monitoringgruppe waren die Namen aller Teilnehmenden bekannt, jedoch nicht die erhobenen persönlichen Daten. Nach Beendigung der Studie werden alle persönlichen Informationen und jeder Praxisbezug unwiderruflich gelöscht. Alle restlichen Daten werden frühestens nach Studienabschluss und spätestens zehn Jahre nach Veröffentlichung der Studie gelöscht.

3 Ergebnisse

3.1 Prozessbezogene Ergebnisse

3.1.1 Rücklauf

Drei der 53 Personen, die schriftlich zur Teilnahme an der Studie einwilligten, wurden für den weiteren Verlauf der Studie ausgeschlossen, da sie entweder den Fragebogen nicht ausfüllten oder die Teilnahme nach den ersten Fragen abbrachen. Dadurch ergab sich eine Rücklaufquote in Bezug auf die Einladungen zur Befragung von 77 % (50 von 65) in der ersten, 80 % (40 von 50) in der zweiten und 90 % (36 von 40) in der dritten Delphi-Runde. Bezogen auf das ursprünglich zusammengestellte Expertenpanel betrug die Rücklaufquote 62 % (40 von 65) in der zweiten und 55 % (36 von 65) in der dritten Runde. In der dritten Befragungsrunde gaben 15 Befragte ihre Bereitschaft zur Teilnahme an einem eintägigen Abschlussworkshop an, weitere 15 signalisierten keine Bereitschaft, sechs gaben keine Rückmeldung. Mit den Befragten mit positiver Rückmeldung wurden mittels einer Terminabfrage optionale Termine festgelegt. Für keinen dieser Termine wurden mehr als sechs Zusagen erreicht. Um mehr Teilnehmende zu rekrutieren, wurden im Anschluss auch alle, die in der dritten Runde keine Angaben machten, sowie alle Befragten der ersten beiden Runden, die nicht an der dritten Befragungsrunde teilnahmen, sowie die externen Pretest-Personen (N= 3) zum Workshop eingeladen. Auf diese Weise konnten zwölf verbindliche Zusagen erreicht werden, eine Person sagte den Termin kurzfristig ab, so dass der Workshop mit elf Teilnehmenden durchgeführt wurde (11 von 53, Rücklaufquote 21 %).

3.1.2 Charakteristik der Teilnehmenden

Im Folgenden werden die soziodemographischen Daten dargestellt, welche in der ersten Befragungsrunde erhoben wurden. Die Daten für die Zusammensetzung des Expertenpanels bei der zweiten und dritten Delphi-Runde wurden auf Grundlage dieser in der ersten Runde erfassten Daten berechnet. Darüber hinaus wurden für die am Workshop teilnehmenden Pretest-Personen einzelne quantitative soziodemographische Daten nachträglich erhoben.

Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Daten wurden sowohl mit geschlossenen (quantitativ) als auch mit offenen (qualitativ) Fragen erhoben. Die Ergebnisse der geschlossenen Fragen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2. Soziodemographische Daten

		Runde 1	Runde 2	Runde 3	Workshop
		N= 50 (%)	N= 40 (%)	N= 36 (%)	N= 11 (%)
Geschlecht	weiblich	36 (72)	31(78)	27 (75)	11 (100)
	männlich	14 (28)	9 (23)	9 (25)	0
Alter	Mittelwert (SD)	48 (11.9)	48 (11.7)	48 (11,8)	47 (9,6)
	(Spannweite)	(24-66)	(24-66)	(24-66)	(26-58)
Berufs- sparte ^{1,2}	Humanmedizin	29 (58)	21 (53)	19 (53)	3 (27)
	Therapieberuf	10 (20)	10 (25)	9 (25)	-
	Pflege	10 (20)	9 (23)	8 (22)	3 (27)
	Naturwissenschaften	5 (10)	4 (10)	4 (11)	2 (18)
	Public Health/Versorgungsforschung	5 (10)	4 (10)	4 (11)	-
	Soziale Arbeit/Sozialpädagogik	4 (8)	4 (10)	3 (8)	-
	Geburtshilfe	3 (6)	3 (8)	3 (8)	1 (9)
	Medizin-Technik/Diagnostik	1 (2)	1 (3)	1 (3)	-
	Pharmazie	1(2)	1 (3)	1 (3)	-
	Psychologie	1(2)	1 (3)	1 (3)	-
Aktuelle Tätigkeits- bereiche ¹	Forschung	26 (52)	23 (58)	20 (56)	4 (36)
	Lehre an der Hochschule, Universität	22 (44)	18 (45)	15 (42)	5 (45)
	Ambulante Patientenversorgung	20 (40)	16 (40)	13 (36)	3
	Patientenberatung	11 (22)	8 (20)	7 (19)	2 (18)
	Stationäre Patientenversorgung	11 (22)	7 (18)	5 (14)	1 (9)
	Onkologie	9 (18)	6 (15)	5 (14)	1 (9)
	Palliativversorgung	9 (18)	5 (28)	5 (14)	-
	Lehre an der FHS, Berufsfachschule	8 (16)	8 (20)	8 (22)	2 (18)
	Pädiatrie, Kinderpflege	5 (10)	3 (8)	3 (8)	-
	Student/Studentin	5 (10)	3 (8)	3 (8)	2 (18)
	Geriatric, Altenpflege	4 (8)	4 (10)	4 (11)	-
	Prävention	3 (6)	3 (8)	3 (8)	1 (9)
Rehabilitation	1 (2)	1 (3)	1 (3)	-	
Bundesland/ Land ^{3,4}	Baden-Württemberg	24 (48)	18 (45)	17 (47)	6 (55)
	Nordrhein-Westfalen	7 (14)	6 (15)	4 (11)	3 (27)
	Bayern	6 (12)	5 (13)	5 (14)	1 (9)
	Sachsen	2 (4)	2 (5)	1 (3)	1 (9)
	Niedersachsen	2 (4)	2 (5)	2 (6)	-
	Berlin	2 (4)	1 (3)	1 (3)	-
	Rheinland-Pfalz	1 (3)	1 (3)	1 (3)	-
	Sachsen-Anhalt	1 (3)	1 (3)	1 (3)	-
	Thüringen	1 (3)	-	-	-
	Hamburg	1 (3)	1(3)	1 (3)	-
Schweiz (deutschsprachiger Teil)	3 (6)	3 (8)	3 (8)	-	

¹Mehrfachauswahl; ²Frage: *Welcher/-n Berufssparte/-n gehören Sie an?*; ³Einfachauswahl; ⁴Frage: *In welchem Land/Bundesland sind Sie aktuell hauptsächlich berufstätig?*. FHS: Fachhochschule.

Mittels offener Fragen wurden folgende Aspekte erfragt: Berufsabschluss und/oder akademischer Abschluss, Zusatzqualifikationen und aktuelle Tätigkeitsschwerpunkte. Weitere aktuelle Tätigkeitsbereiche konnten zusätzlich zur entsprechenden quantitativen Frage (siehe Tabelle 2) in Freitextfeldern benannt werden.

Zwölf der Befragten gaben eine Habilitation oder Professur als höchsten Abschluss an, weitere elf eine Promotion. Für den Bereich der Humanmedizin wurden folgende Zusatzqualifikationen genannt: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Palliativmedizin, Umweltmedizin, Gastroenterologie, Hämatologie und internistische Onkologie, Onkologie und Psychoonkologie, Psychotherapie, Psychosomatische Grundversorgung, Notfallmedizin, Rettungsdienst, Ernährungsmedizin, Diabetologie, Immunologie, Onkologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Physiologie, Anthroposophische Medizin, Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur, Manuelle Medizin, Hypnosetherapie, Akupressur, Massageausbildung, ärztliches Qualitätsmanagement. Folgende weitere Zusatzqualifikationen wurden unabhängig von der Fachdisziplin genannt: Lehre und Forschung, Diplom für Organisationsentwicklung Supervision und Public Management, Diploma Health Economics, Betriebswirtschaft, Qualitätsmanagement, Psychotherapie, Tanztherapie, Manuelle Lymphdrainage, Kinesio-Taping, Bobath.

Im Bereich der Gesundheitsberufe waren neben der Physiotherapie und Hebammenwissenschaft auch die Berufsbezeichnungen Masseurin und medizinische Bademeisterin, zahnmedizinische Fachangestellte, Sportlehrerin, Berufsschullehrerin, Lehrerin für Pflegeberufe, Hauswirtschaftsmeisterin, Anästhesiepflegerin, Kinderkrankenpflegerin, onkologische Kinderkrankenpflegerin, Intensivpflegerin und Altenpfleger sowie Study Nurse vertreten. Folgende weitere Studienrichtungen wurden genannt: Public Health, Veterinärmedizin, Biologie, Neurowissenschaften, klinische Psychologie, Hochschulpädagogik, Pflegepädagogik und Sozialpädagogik, Pflegewissenschaften, Interprofessionelle Gesundheitsversorgung, Therapie- und Gesundheitsmanagement, Soziologie. Als weitere Tätigkeitsbereiche wurden unter anderem Stresspräventionskurse, Pflege eines Internetportals für NHV und Phytotherapie, Entwicklung von Therapiekonzepten und Ressourcensteigerung bei nicht-ärztlicher Therapie, hausärztliche Betreuung, Lehrkoordination, Entwicklung interprofessioneller Lehrkonzepte, Studiengangsleitung, Leitung einer Pflegeschule, Qualitätsmanagement, Projektleitung, Betriebswirtschaft, Projektmanagement und Mentorenausbildung, Mitarbeit in Fachgesellschaften und Öffentlichkeitsarbeit genannt.

Pädagogische Qualifikation und Erfahrungen im Bereich Lehre

Als weitere Merkmale wurden die pädagogische Qualifikation und die Erfahrungen im Bereich Lehre erhoben. Die Qualifikation und Erfahrungen wurden quantitativ, wie in Tabelle 3 dargestellt, erfasst. Darüber hinaus hatten die Befragten die Möglichkeit, weitere pädagogische Qualifikationen zu nennen. Acht Teilnehmende nutzten das Freitextfeld für weitere Angaben, fünf davon gaben ein pädagogisches Hochschulstudium an.

Tabelle 3. Qualifikationen und Erfahrungen im Bereich Lehre

		Runde 1	Runde 2	Runde 3
		N= 50 (%)	N= 40 (%)	N= 36 (%)
Haben Sie eine pädagogische Qualifikation? ¹	Nein	18 (36)	13 (33)	11 (31)
	Medizin-didaktisches Training, pädagogisches Seminar < 10 Unterrichtsstunden	4 (8)	2 (5)	2 (6)
	Medizin-didaktisches Training, pädagogisches Seminar 10-99 Unterrichtsstunden	6 (12)	6 (15)	6 (17)
	Medizin-didaktisches Training, pädagogisches Seminar > 100 Unterrichtsstunden	7 (14)	6 (15)	4 (11)
	Spezifische Ausbildung/Studium (z. B. Master of Medical Education)	7 (14)	6 (15)	5 (14)
Haben Sie Erfahrung in der akademischen Lehre ¹	Nein, überhaupt keine Lehrerfahrung	8 (16)	7 (18)	6 (17)
	Nein, Lehrerfahrung nur in der nicht-akademischen Ausbildung	3 (6)	2 (5)	2 (6)
	Durchführung von weniger als 15 Unterrichtsstunden (à 45 min) pro Semester im letzten Jahr	10 (20)	8 (20)	8 (22)
	Durchführung von 15 oder mehr Unterrichtsstunden (à 45 min) pro Semester im letzten Jahr	17 (34)	13 (33)	11 (31)
	Lehrerfahrung seit weniger als fünf Jahren	4 (8)	3 (8)	2 (6)
	Lehrerfahrung seit fünf oder über fünf Jahren	30 (60)	25 (63)	22 (61)
	Erfahrung in der interprofessionellen Lehre	25 (50)	20 (50)	18 (50)
	Erfahrung in der Lehrkoordination	22 (44)	18 (45)	16 (44)
	Erfahrung in der Curriculumsentwicklung	28 (56)	25 (63)	22 (61)

¹Mehrfachauswahl.

Die Erfahrungen im Bereich Lehre wurden sowohl für den Bereich der interprofessionellen Lehre als auch für den Bereich der Curriculumsentwicklung und Lehrkoordination erfasst. Hier zeigte sich, dass ein Großteil der Befragten über einschlägige Lehrerfahrung verfügte und etwa die Hälfte der Teilnehmenden interprofessionelle Lehrerfahrung vorweisen konnten. Besonders hervorzuheben ist, dass über die Hälfte der Befragten angaben, Erfahrungen im Bereich der Curriculumsentwicklung zu haben.

Berufserfahrung der Teilnehmenden

In Bezug auf die Berufserfahrung wurde die praktische Berufserfahrung in der Patientenversorgung und im Bereich Forschung sowie die Dauer der Berufserfahrung insgesamt erhoben.

Die jeweiligen Erfahrungen in der Patientenversorgung sind insofern sehr interessant, da KIM in den einzelnen Versorgungsbereichen unterschiedlich etabliert und anerkannt ist. Es ist zu erwarten, dass die vorhandenen Berufserfahrungen maßgeblich die Beantwortungstendenzen der Befragten beeinflussen.

Die Berufserfahrung der Teilnehmer in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen ist in Abbildung 4 dargestellt. Hierbei wurde auch erfasst, über welche Zeitspannen die jeweilige Berufserfahrung vorliegt.

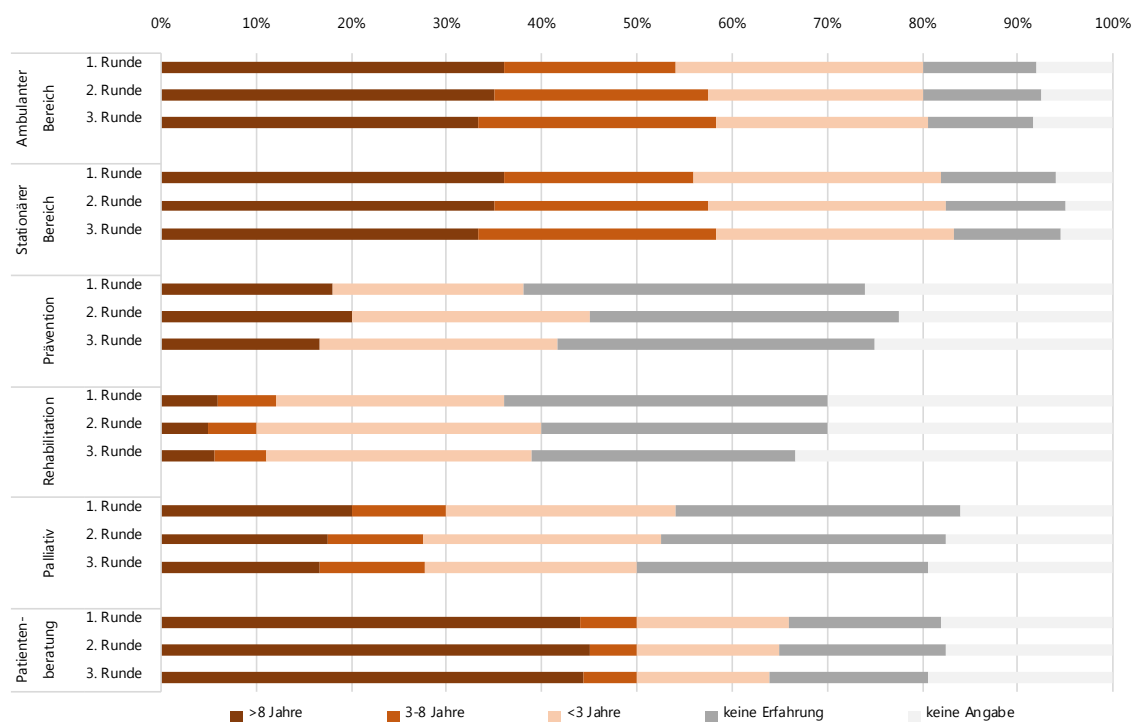


Abbildung 4. Erfahrungen im Bereich Patientenversorgung

Erhebung in der ersten Delphi-Runde (N= 50), Berechnung für die zweite (N= 40) und dritte Runde (N= 36); Frage: *Wie ist Ihre praktische Berufserfahrung in folgenden Bereichen der Patientenversorgung? (einschließlich Praktika und Weiterbildungszeiten, Mehrfachantworten möglich).*

Der ambulante und der stationäre Sektor sind etwa im gleichen Verhältnis abgebildet. Jeweils über die Hälfte der Befragten können hier Erfahrungen von mehr als drei Jahren aufweisen.

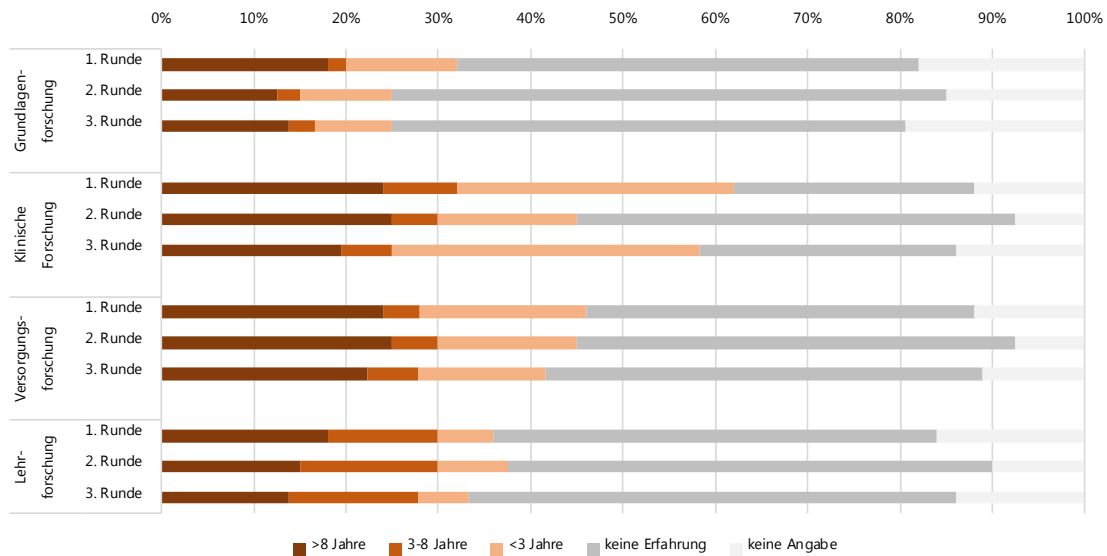


Abbildung 5. Erfahrungen im Bereich Forschung

Erhebung in der ersten Delphi-Runde (N=50), Berechnung für die zweite (N=40) und dritte Runde (N= 36.), Frage: *Wie ist Ihre praktische Berufserfahrung in folgenden Forschungsbereichen?*

Mindestens 20 % der Teilnehmenden haben einschlägige Erfahrungen in der klinischen Forschung, Versorgungs- und Lehrforschung. Möglicherweise spiegelt sich hier die hohe Beteiligung von promovierten und habilitierten Ärztinnen und Ärzte wider. Um ein Bild davon zu bekommen, inwieweit Befragte mehrere Forschungsbereiche angaben, wurden die Daten diesbezüglich analysiert: In der ersten Befragungsrunde gaben 31 Personen (62 %) an, in mindestens einem dieser Forschungsbereiche mindestens drei Jahre Erfahrung zu haben. 18 Personen (36 %) hatten in keinem dieser Bereiche drei oder mehr Jahre Erfahrung, vier davon gaben an, in keinem dieser Bereiche Erfahrung zu haben. Eine Person machte keine Angaben.

Mittels der Frage: *Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie insgesamt?* wurden folgende Daten ermittelt:

für die erste Runde: Mittelwert: 21,5 (SD:12,27), Spannweite: 0,5-40

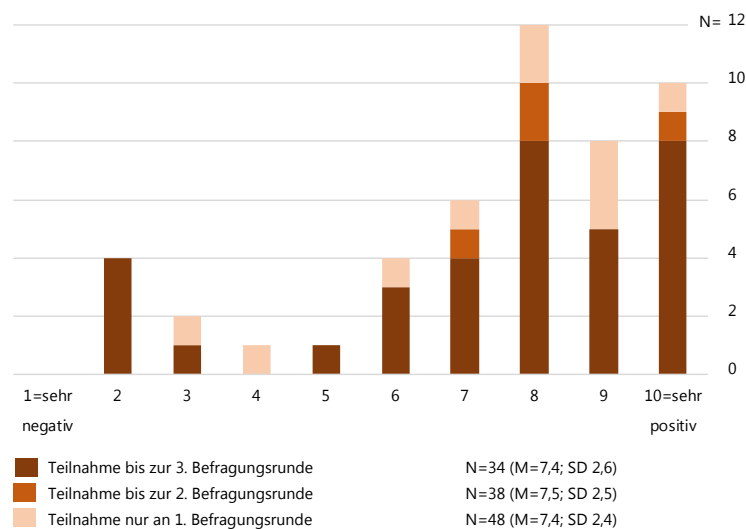
für die zweite Runde: Mittelwert: 21,9 (SD:11,91), Spannweite: 0,5-40

für die dritte Runde: Mittelwert: 22,3 (SD:12,10), Spannweite: 0,5-40

Insgesamt zeigten sich keine nennenswerten Veränderungen im Bereich Berufserfahrung über den Verlauf der Befragung, das heißt, die Zusammensetzung des Expertenpanels blieb über alle drei Befragungsrunden nahezu konstant.

Einstellungen und Berufspraxis in Bezug auf KIM

Von der Monitoringgruppe wurde explizit festgelegt, sowohl Teilnehmende, die erwartungsgemäß positiv gegenüber KIM eingestellt sind, als auch Teilnehmende, die vermutlich eine kritische Meinung gegenüber KIM haben, für diese Studie zu rekrutieren. Da die Einstellungen vorab nicht erhoben wurden, dient die Darstellung in erster Linie dazu, zu überprüfen, inwieweit hier die angestrebte Heterogenität erreicht werden konnte. Die in der ersten Delphi-Runde erhobenen Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden bezüglich der Einstellung gegenüber KIM sind in Abbildung 6 dargestellt. Die Angaben wurden auch für die Teilnehmenden der Folgerunden berechnet, um feststellen zu können, ob die Einstellung die Bereitschaft zur fortlaufenden Teilnahme beeinflusst. Die Ergebnisse bekunden insgesamt eine überwiegend positive Einstellung der Teilnehmenden zu KIM. Sowohl Teilnehmende mit positiver als auch mit negativer Einstellung zu KIM brachen die Teilnahme nach der ersten Befragungsrunde ab, nach der zweiten Runde nur welche mit positiver Einstellung. Die Mittelwerte zeigen keinen relevanten Unterschied über die drei Befragungsrunden hinweg.

**Abbildung 6.** Einstellungen gegenüber KIM

Erhebung in der ersten Delphi-Runde (N= 50), Frage: *Wie ist Ihre grundlegende Einstellung gegenüber der Komplementärmedizin? Bitte ordnen Sie sich auf der hier aufgeführten Skala von 1-10 ein.*

Zusätzlich wurde erfragt, welche KIM-Verfahren im beruflichen Kontext angewandt werden, um entsprechende Beeinflussung der Einschätzungen durch eigene Erfahrungen abschätzen zu können. Die Angaben wurden kategorisiert und sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4. Anwendungen im Bereich Komplementärmedizin

Frage: *Wenn Sie komplementärmedizinische Verfahren im beruflichen Kontext anwenden, geben Sie hier bitte die Oberbegriffe bzw. die Klassifizierung der jeweiligen Verfahren an (z. B. Phytotherapie, TCM, Ayurveda).*

	Runde 1 N= 50 (%)	Runde 2 N= 40 (%)	Runde 3 N= 36 (%)
Phytotherapie	17 (34)	14 (35)	14 (39)
TCM, Akupunktur	10 (20)	9 (23)	9 (25)
Mind-Body-Medizin, Ordnungstherapie	9 (18)	8 (20)	7 (19)
Hydrotherapie	8 (16)	6 (15)	6 (17)
Homöopathie	6 (12)	5 (13)	5 (14)
Bewegungstherapie	6 (12)	5 (13)	4 (11)
Aromatherapie	5 (10)	3 (8)	3 (8)
Anthroposophische Medizin	4 (8)	3 (8)	3 (8)
Ernährungstherapie	3 (6)	3 (8)	2 (6)
Manuelle Medizin	3 (6)	2 (5)	2 (6)
Massage	3 (6)	2 (5)	2 (6)
Akupressur	2 (4)	1 (3)	1 (3)
Weitere Methoden ¹	7 (14)	4 (10)	3 (8)
Keine KIM Anwendung	24 (28)	21 (53)	17 (47)

¹Folgende Einmal-Nennungen wurden unter *Weitere Methoden* zusammengefasst: Bachblüten, Lichttherapie, Atemtherapie, Eigenbluttherapie, Orthomolekulartherapie, Neuraltherapie, Ausleitverfahren; TCM: Traditionelle Chinesische Medizin, KIM: Komplementäre und Integrative Medizin.

3.1.3 Evaluation des Befragungsprozesses

Bei jeder der drei Befragungsrunden gab es am Ende des Fragebogens die Möglichkeit, weitere Kommentare einzubringen. Bei der dritten Befragungsrunde wurden zusätzlich zwei offene Fragen gestellt, um den Gesamtprozess zu evaluieren. Insgesamt wurde durch die Evaluation bestätigt, dass die Teilnehmenden ein großes Interesse an der Thematik hatten. Zwei Teilnehmende kritisierten die methodische Vorgehensweise als zu stark gelenkt bzw. *zu sehr auf bestimmte Schemata ausgerichtet*. Jeweils eine teilnehmende Person kritisierte, dass *Personen aus verschiedenen Lagern miteinbezogen wurden* und dass *von Anfang an die Prämisse, alle Verfahren anhand ihrer wissenschaftlichen Evidenz vorzustellen und ggf. zu unterrichten*, hätte gegeben werden müssen. Eine weitere Person nannte die Befürchtung, durch die Thematisierung von KIM in einem akademischen Curriculum könnten die einzelnen Verfahren *geadelt* werden. Kritik wurde hauptsächlich daran geübt, dass die Befragung sehr lang, mühsam zu bearbeiten, trocken und detailliert sei und einige Passagen genau überdacht werden mussten. Positiv hervorgehoben wurden der Aufbau und die Anwenderfreundlichkeit des Fragebogens, die sachliche Formulierung der Fragestellungen, die Zurverfügungstellung der Ergebnisberichte, die Dreistufigkeit sowie die wertschätzende Kommunikation während des Befragungsprozesses.

3.2 Inhaltliche Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang der Forschungsfragen gegliedert in die Themenbereiche *Kompetenzen, Rollenkompetenzen, Curriculare Inhalte, Didaktische Ausrichtung, Gefahren und Chancen bei der Implementierung*. Da die Themenbereiche sich über zwei bzw. drei Befragungsrunden erstrecken, wird jeweils zu Beginn des Kapitels anhand einer Abbildung oder Tabelle dargestellt, in welchen Delphi-Runden die entsprechenden Fragen gestellt wurden und ggf. wie viele Aussagen den jeweiligen Relevanzgruppen zugeordnet werden konnten.

3.2.1 Kompetenzen

Die Einschätzung der durch die Literaturrecherche ermittelten und der von den Befragten vorgeschlagenen Kompetenzen erfolgte in den ersten beiden Befragungsrunden. Auf Grundlage der als *relevant* und *sehr relevant* eingestuften Kompetenzen wurden im Abschlussworkshop Kernkompetenzen gebildet (Abbildung 7).

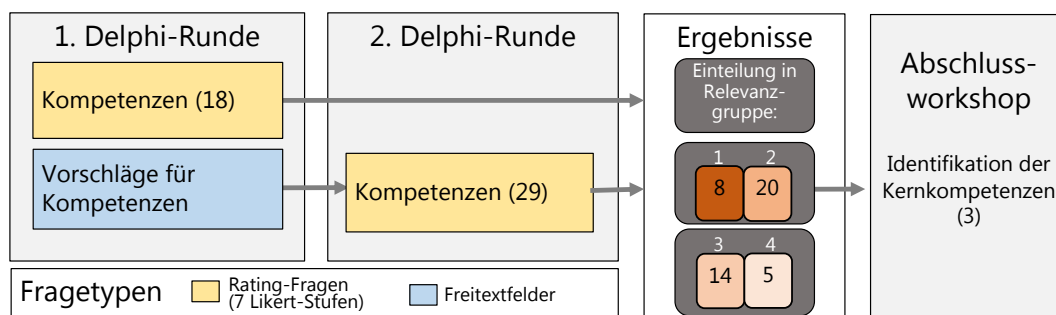


Abbildung 7. Ermittlung und Einschätzung der Allgemeinen Kompetenzen

Die Zahlen in Klammer geben die Anzahl der Kompetenzen an, welche beurteilt bzw. identifiziert wurden.

In der ersten Runde wurden insgesamt 18 vorgegebene Kompetenzen von den Befragten bewertet. Darüber hinaus wurden von 21 Befragten weitere 52 Kompetenzen in dem dafür vorgesehenen Freitextfeld vorgeschlagen. Aus dem Textmaterial wurden induktiv folgende acht Kategorien gebildet: 1. Reflexion über die Rolle der konventionellen und Komplementären Medizin in der Patientenversorgung, 2. Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, 3. Diagnostische Kompetenzen, 4. Beratungsexpertise, 5. Bewertungskompetenzen, 6. Teamkompetenzen und interprofessionelle Zusammenarbeit, 7. Kenntnisse

über die Möglichkeiten und Grenzen praktischer KIM-Anwendungen, 8. KIM-Anwendungen für einzelne Krankheitsbilder. Inhaltlich übereinstimmende Kompetenzbeschreibungen wurden zusammengeführt und stichwortartig formulierte Kompetenzen wurden modifiziert. Vorschläge, die curriculare Inhalte betrafen, z. B. der Bezug zu einzelnen Krankheitsbildern, flossen in den entsprechenden Themenblock der Folgerunde ein. Daraus resultierten insgesamt 29 Kompetenzbeschreibungen, die in der zweiten Runde zur Bewertung vorgelegt wurden. Die bewerteten Kompetenzen der ersten beiden Runden wurden auf Grundlage der zuvor definierten Kriterien den vier Relevanzgruppen zugeordnet (Tabelle 5) (Homberg et al. 2020c).

Tabelle 5. Relevanzzuordnung der allgemeinen Kompetenzen

Erste Delphi-Runde (N= 50), max. drei fehlende Antworten pro Item; zweite Delphi-Runde (N= 40), max. vier fehlende Antworten pro Item. Frage: *Bitte beurteilen Sie die folgenden Kompetenzen hinsichtlich ihrer Relevanz für ein interprofessionelles KIM-Curriculum auf einer 7-stufigen Antwortskala.*

Delphi-Runde	Relevanzgruppen und zugeordnete Kompetenzen	Kon-sens ⁵	Adress-ierung ⁶
Gruppe 1: Sehr relevant¹			
	Studierende ...		
2	können Gesprächstechniken respektvoll anwenden und Patienten zuhören.	95	explizit ⁸
2	können dem Patienten Wertschätzung und Empathie entgegenbringen.	92	explizit
2	können eine umfassende und erweiterte Anamnese erheben.	92	explizit
2	können aus dem Anamnesegespräch wichtige Informationen identifizieren.	89	explizit
1	zeigen Offenheit für die Wünsche und Haltungen des Patienten und gehen damit respektvoll um.	88	explizit
1	lernen Patientensichtweisen und subjektives Krankheitserleben zu respektieren und zu berücksichtigen.	86	-
1	können eigene Haltungen und Einstellungen in Bezug auf KIM kritisch reflektieren und begründen.	84	explizit
2	können seriöse und nicht-seriöse KIM-Verfahren voneinander abgrenzen.	82	-
Gruppe 2: Relevant²			
	Studierende ...		
2	wenden Beratungsstrategien an, die zur Stärkung der Patientenautonomie führen.	92	explizit
1	können Begriffe und Methoden zu KIM einordnen.	92	explizit
1	können sich selbst eine Meinung über die jeweiligen Verfahren bilden.	92	-
1	erkennen ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen im interprofessionellen Versorgungsteam.	91	-
2	können sowohl die konventionelle Medizin als auch KIM kritisch beurteilen und Interessenkonflikte und merkantile Strukturen identifizieren.	90	explizit
2	können auf Basis der gewonnenen Informationen eine umfassende Diagnose erstellen.	89	explizit
2	können die vegetative Reaktionslage und die Konstitution des Patienten einschätzen.	89	explizit
1	können im interprofessionellen Team über KIM diskutieren.	88	-
1	können Veröffentlichungen zu KIM kritisch beurteilen.	88	explizit
1	erfragen und erkennen den physischen, psychischen und sozialen Versorgungsbedarf eines Patienten an.	87	-
2	können auch dann den Patienten respektvoll und kompetent beraten, wenn die vom Patienten angewandten Methoden unwirksam, mit Nebenwirkungen behaftet oder gefährlich sind.	87	-
2	können in der interprofessionellen Kommunikation Stereotype überwinden und Rollen klären.	86	-
1	respektieren unterschiedliche therapeutische Perspektiven und Praktiken	86	-
1	können KIM-Methoden hinsichtlich ihrer Evidenzlage durch entsprechende Literaturrecherche beurteilen.	84	explizit
2	können in der interprofessionellen Kommunikation über KIM diskutieren und Entscheidungen treffen.	82	-
1	können Patienten und Angehörige im interprofessionellen Team zu KIM beraten.	82	-
2	werden dafür sensibilisiert, dass für die Anwendung bestimmter KIM-Methoden und -Verfahren eine eigene solide Ausbildung benötigt wird.	82	-

Delphi-Runde	Relevanzgruppen und zugeordnete Kompetenzen	Kon-sens ⁵	Adressierung ⁶
2	können Veränderungsmöglichkeiten im konventionellen medizinischen Versorgungssystem aufzeigen.	82	-
1	erweitern ihre Kenntnisse zu KIM-Verfahren.	81	-
2	erkennen unterschiedliche Motivationsgründe für KIM-Anwendungen und überdecken Ängste der Patienten nicht mit KIM-Therapien.	81	-
Gruppe 3: Teilweise relevant³			
Studierende ...			
2	erkennen früh den Beratungs- und Informationsbedarf des Patienten in Bezug auf KIM und können diesen entsprechend adressieren.	90	-
2	können eine Risiko-Nutzen-Abwägung in Bezug auf KIM-Verfahren durchführen.	89	-
1	werden sensibilisiert, mit ihrer eigenen Gesundheit sorgsam umzugehen.	87	implizit ⁸
2	können die angewandten KIM-Methoden ordnungsgemäß evaluieren.	87	-
2	erlernen einfache KIM-Methoden und erweitern dadurch ihre Handlungskompetenz.	87	-
1	kennen die Handlungskompetenzen aller an der Versorgung beteiligten Professionen hinsichtlich der KIM-Versorgung.	86	-
2	können auf Grundlage eines interprofessionellen multidisziplinären Konzepts zu KIM beraten.	85	explizit
2	werden dafür sensibilisiert, dass für die Anwendung bestimmter KIM-Methoden und -Verfahren eine eigene solide Ausbildung benötigt wird.	84	-
1	haben einen Überblick über KIM-Datenbanken und können Veröffentlichungen zu KIM recherchieren.	82	-
2	finden Vereinbarkeit von und Gemeinsamkeiten zwischen konventioneller Medizin und KIM heraus.	82	-
1	können im interprofessionellen Team passende Handlungen aus dem Versorgungsbedarf für die eigene Profession ableiten.	81	-
2	wägen ab, wie Methoden der KIM zu den jeweils angewandten konventionellen Therapien passen.	81	explizit
2	entwickeln im Team interprofessionell anwendbare KIM-Assessments.	81	-
2	erkennen in den jeweiligen Versorgungssituationen eigenständig erweiterte KIM-Therapiemöglichkeiten.	81	-
Gruppe 4: Nicht relevant⁴			
Studierende ...			
2	können die Grundlagen der Evidenzbasierten Medizin in Bezug auf KIM erklären.	79	-
2	lernen die soziopsychologischen und historischen Hintergründe des Medizinbetriebs kennen.	78	-
2	können konventionelle (schulmedizinische) und komplementärmedizinische Medizin als zeitgleich ablaufende Versorgungs- und Therapieoptionen aufeinander abstimmen.	77	explizit
1	können ausgewählte Methoden eigenständig in der Patientenversorgung anwenden.	67	-
2	können alte und neue Therapieverfahren im historischen Kontext darstellen.	65	-

¹≥ 80 % auf Skalenniveau 6 oder 7 (Likert-Skala 1= überhaupt nicht relevant, 7= sehr relevant); ²≥ 80 % auf Skalenniveau 5; ³≥ 80 % auf Skalenniveau 4; ⁴< 80 % auf Skalenniveau 4; ⁵prozentualer Anteil der Bewertungen auf Likert-Stufe 6-7 in Relevanzgruppe 1, Likert-Stufe 5-7 in Relevanzgruppe 2, Likert-Stufe 4-7 in Relevanzgruppe 3 und 4; ⁶Frage: *Bitte geben Sie weiterhin an, ob diese Kompetenzen eher explizit (ausdrücklich thematisiert) oder implizit ("zwischen den Zeilen") adressiert werden sollten*; ⁷≥ 67 % der Befragten wählten diese Option. KIM: Komplementäre und Integrative Medizin.

Auffallend bei der Eingruppierung ist, dass die Kompetenz *Studierende können ausgewählte Methoden eigenständig in der Patientenversorgung anwenden* sowie evidenzbasierte, konzeptionelle und historische Kontexte eher als *nicht relevant* eingestuft wurden, während das Erheben einer umfassenden Anamnese und das Wahrnehmen und Erfassen von Wünschen und Sichtweisen von Patientinnen und Patienten als *sehr relevant* erachtet wird. Weiterhin ist festzustellen, dass nur eine einzige Kompetenz von mindestens zwei Dritteln der Befragten als implizit zu unterrichten eingeschätzt wurde und zwar die Sensibilisierung der Studierenden, mit der eigenen Gesundheit sorgsam umzugehen.

Bildung der Kernkompetenzen

Aus den als relevant und sehr relevant eingruppierten Kompetenzen wurden im Abschlussworkshop drei Kernkompetenzen extrahiert. Der Workshop fand am 30. Juli 2019 statt. Die Autorin moderierte den Workshop, drei weitere Mitarbeiterinnen aus der Monitoringgruppe unterstützten bei der Durchführung, bei den Gruppendiskussionen und führten das Protokoll. Nach einer Einführung wurden die elf eingeladenen Teilnehmerinnen in drei Gruppen aufgeteilt, so dass innerhalb der Gruppen eine möglichst große Heterogenität hinsichtlich der Berufserfahrung bestand. Die Teilnehmerinnen aus denselben Berufsfeldern wurden getrennt. Jede Gruppe hatte die Aufgabe, aus den insgesamt 28 Kompetenzen, die den Relevanzgruppen *sehr relevant* und *relevant* zugeordnet wurden, drei Kernkompetenzen zu extrahieren. Jede Gruppe erhielt ein Set an Moderationskarten mit den entsprechenden Kompetenzbeschreibungen, um das Verschieben und Sortieren der Beschreibungen während der Gruppenarbeit zu ermöglichen. Dabei ging es nicht darum, zusätzliche Kompetenzen zu identifizieren, sondern die Kernaussagen aus den bereits gewichteten Kompetenzen herauszuarbeiten (Anhang H). Da sich die Kompetenzbeschreibungen teilweise überlappten, begannen die Teilnehmerinnen in allen drei Gruppen mit der Neuformulierung der Beschreibungen. Die Ergebnisse der drei Gruppen wurden im Anschluss im Plenum diskutiert, bis ein Konsens unter allen Teilnehmenden über die folgenden drei Kernkompetenzbeschreibungen erreicht wurde:

1. Studierende erwerben Basiswissen über KIM: Sie können KIM-Begriffe und Methoden einordnen und wissenschaftlich fundiert beurteilen.
2. Studierende können unter Wahrnehmung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen im interprofessionellen Team wertschätzend, respektvoll und patientenzentriert zusammenarbeiten. Patientinnen und Patienten werden hierbei als Teil des interprofessionellen Teams verstanden.
3. Studierende können Patientinnen und Patienten und Angehörige respektvoll und empathisch in den gesamten Entscheidungs- und Versorgungsprozess einbinden. Hierbei nehmen das Anamnesegespräch und die beratende Begleitung einen zentralen Stellenwert ein.

Zu Punkt zwei wurde ergänzt, dass dies konkret bedeutet, dass nicht interprofessionell über die erkrankte Person, sondern gemeinsam mit der erkrankten Person geredet werden soll.

3.2.2 Rollenkompetenzen

Die CanMEDS-Rollenkompetenzen wurden in der ersten Befragungsrunde beurteilt, die Teilkompetenzen zu den als *relevant* oder *sehr relevant* eingestuften Rollenkompetenzen in der zweiten Runde und die als *teilweise relevant* eingestuften in der dritten (Abbildung 8) (Homborg et al. 2020a).

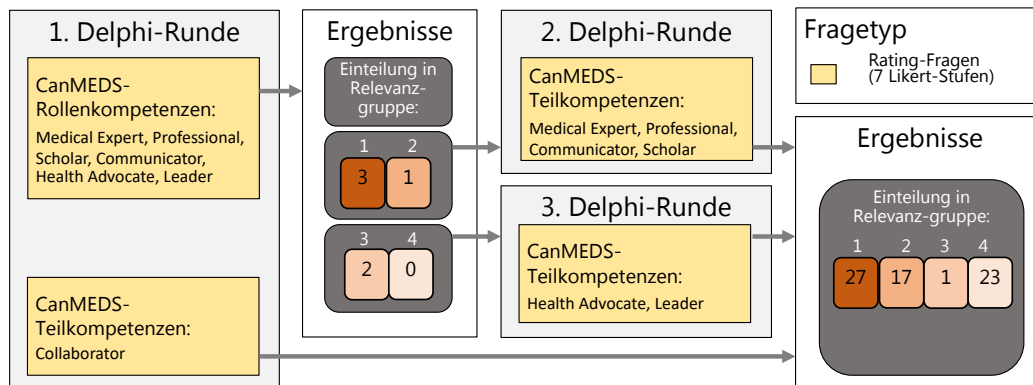


Abbildung 8. Einschätzung der CanMEDS-Rollenkompetenzen und -Teilkompetenzen

Eine teilnehmende Person bewertete in der ersten Befragungsrunde die CanMEDS-Rollenkompetenzen nicht, so dass für die Auswertung die Einschätzungen von 49 Expertinnen und Experten zugrunde gelegt wurden. Hierbei zeigte sich, dass die Rollen *Medical Expert* und *Professional* die Einstufung in die Gruppe *sehr relevant* gerade so mit einer Übereinstimmung von 80 % erreichten, während die Rolle *Communicator* von 88 % der Experten mindestens auf Skalenstufe sechs bewertet wurde und damit ein sehr hohes Maß an Zustimmung erfuhr. Die Rollen *Health Advocate* und *Leader* wurden beide als nur *teilweise relevant* eingeschätzt. Die Rolle *Collaborator* wurde nicht auf Ebene der CanMEDS-Rollenbeschreibung erfasst, da diese bereits in der ersten Befragungsrunde auf Ebene der Teilkompetenzen eingeschätzt wurde.

Um alle Rollen im Hinblick auf die Relevanzzuordnungen der Teilkompetenzen miteinander vergleichen zu können, wurden in der zweiten Runde die als mindestens *relevant* und in der dritten Befragungsrunde die verbleibenden Teilkompetenzen der als *teilweise relevant* eingestuften CanMEDS-Rollen zur Bewertung vorgelegt. Die Analyse der Teilkompetenzen erfolgte nach Abschluss der drei Befragungsrunden. Ausgeschlossen wurden die Ergebnisse der Teilnehmenden, die nicht an allen drei Runden teilnahmen oder die mehr als drei Teilkompetenzen je Befragungsrunde nicht beantwortet hatten. Insgesamt konnten die Daten von 30 Teilnehmenden ausgewertet werden (Tabelle 6).

Tabelle 6. Relevanzzuordnung der CanMEDS-Rollenkompetenzen

Erste Delphi-Runde (N= 49), max. zwei fehlende Antworten pro Item.

CanMEDS-Rolle	Beschreibung ¹	Relevanzgruppe	Konsens ²
Communicator	Rolle als Kommunikator/-in: Aufbau einer gelungenen Patienten-Beziehung ggf. unter Einbindung der Angehörigen und beteiligten Professionen.	Sehr relevant	88 % Likert-Skala 6-7
Medical Expert	Rolle als Experte/-in: Integration aller CanMEDS-Rollen; Wissen, Fertigkeiten und Haltungen unterstützen die patienten-zentrierte Versorgung.	Sehr relevant	80 % Likert-Skala 6-7
Professional	Rolle als professionell Handelnde/-r: selbstlose Haltung, ethische Entscheidungsfindung, Übernahme von Verantwortung.	Sehr relevant	80 % Likert-Skala 6-7
Scholar	Rolle als Gelehrte/-r: Bereitschaft zum lebenslangen Lernen, Anwendung und Verbreitung medizinischen Wissens.	Relevant	88 % Likert-Skala 5-7
Health Advocate	Rolle als Gesundheitsberater/-in und -fürsprecher/-in: Eintreten für die Bedürfnisse und Zufriedenheit der Patienten, Gemeinschaften und Bevölkerungsgruppen.	Teilweise relevant	88 % Likert-Skala 4-7
Leader	Rolle als Verantwortungsträger/-in und Manager/-in: Sorgsamer Umgang mit Ressourcen, Beitrag zur Steigerung der Effektivität im Gesundheitswesen.	Teilweise relevant	88 % Likert-Skala 4-7

¹Übersetzung der Beschreibungen nach CanMEDS 2015 (Frank et al. 2015) durch die Autorin; ² Prozentualer Anteil der Bewertungen innerhalb der angegebenen Spanne auf der 7-stufigen Likert-Skala (7= sehr relevant, 1= überhaupt nicht relevant).

Auffallend bei den Eingruppierungen der Teilkompetenzen ist, dass alle der Rolle *Medical Expert* als *sehr relevant* eingestuft wurden und alle Teilkompetenzen der Rollen *Health Advocate* und *Leader* als *nicht relevant* eingestuft wurden. Bei der Rolle *Scholar* wurden die meisten Teilkompetenzen als *relevant* eingeschätzt (Tabelle 7).

Tabelle 7. Anzahl der CanMEDS-Teilkompetenzen in den jeweiligen Relevanzgruppen

Erste bis dritte Delphi-Runde (N= 30). Nur Befragte, die nicht mehr als drei Kompetenzbeschreibungen pro Runde nicht bewertet haben und an allen Befragungsrunden teilnahmen, wurden eingeschlossen.

Delphi-Runde	CanMEDS-Rolle	Sehr relevant (≥ 80 % Likert-Skala 6-7)	Relevant (≥ 80 % Likert-Skala 5-7)	Teilweise relevant (≥ 80 % Likert-Skala 4-7)	Nicht relevant (verbleibende Kompetenzen)
2	Medical Expert	4	0	0	0
1	Collaborator	7	3	0	0
2	Communicator	4	2	0	0
2	Professional	9	6	0	0
2	Scholar	3	6	1	0
3	Health Advocate	0	0	0	7
3	Leader	0	0	0	16
	Summe	27	17	1	23

Somit bestätigen die Ergebnisse der Teilkompetenzen die Einschätzungen in Bezug auf die CanMEDS-Rollenkompetenzen, welche in der ersten Befragungsrunde eingeschätzt wurden. Insgesamt lässt sich bei der gegenüberstellenden Betrachtung der Einschätzungen der CanMEDS-Rollen und der Teilkompetenzen eine Dreiteilung hinsichtlich der Relevanz erkennen:

1. Die Rollen *Medical Expert*, *Professional*, *Communicator* wurden insgesamt als *sehr relevant* eingestuft. Bei diesen drei Rollen und bei der Rolle *Collaborator* wurden auch alle Teilkompetenzen mindestens als *relevant* eingestuft.
2. Die Rolle *Scholar* nimmt eine Zwischenposition ein, da nur diese als *relevant* eingestuft und ein geringerer Anteil an Teilkompetenzen als *sehr relevant* eingestuft wurden. Einige Teilkompetenzen wurden nur als *teilweise relevant* eingestuft.
3. Die Rollen *Health Advocate* und *Leader* wurden sowohl in Bezug auf ihre Gesamteinschätzung als auch in Bezug auf die Einschätzungen der Teilkompetenzen nur als *teilweise relevant* oder *nicht relevant* eingestuft.

Bei Betrachtung der Bewertungen der Teilkompetenzen im Einzelnen (Tabelle 8) lässt sich erkennen, dass zwei Teilkompetenzen von 100 % der Befragten auf Skalenniveau sechs oder sieben eingestuft wurden. Alle Befragten nehmen somit die Fähigkeiten, eine angemessene Diagnostik durchführen zu können und die Zusammenarbeit wertschätzend zu gestalten, als sehr relevant für die spätere Berufsausübung wahr. Auch der Einsatz von vorbeugenden therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen, die sachorientierte Zusammenarbeit und die Berücksichtigung ethischer Prinzipien werden als sehr relevant erachtet. So werden beispielsweise bei der Rolle *Professional* die Teilkompetenzen stärker gewichtet, welche ethische Fähigkeiten, das Herstellen von Vertrauen und die Fähigkeit zur Selbstkritik und den Umgang mit Unsicherheit betreffen, und solche, die Rahmenbedingungen, Qualitätssicherung und den eigenen beruflichen Stand betreffen.

Im Hinblick auf den *Scholar* werden die Teilkompetenzen als wichtig erachtet, die das kritisch reflektierte und ethische Handeln unterstützen, und weniger die, welche sich auf Lernprozesse oder die wissenschaftliche Forschung als solche beziehen.

Tabelle 8. Relevanzzuordnung der CanMEDS-Teilkompetenzen

Erste bis dritte Delphi-Runde (N= 30), max. drei Personen pro Item gaben keine Bewertung ab; Frage: *Bitte geben Sie an, welche der aufgeführten Teilkompetenzen Sie im Rahmen einer interprofessionellen KIM-Versorgung für alle akademischen Gesundheitsberufe als relevant einschätzen!*

Teilkompetenzen	CanMEDS-Rolle	K ¹
Gruppe 1: Sehr relevant²		
Die Absolventinnen und Absolventen ...		
führen eine angemessene Diagnostik ihrer Patientinnen und Patienten durch.	Medical expert	100
verhalten sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit wertschätzend und tragen so zu einer guten Patientenversorgung bei.	Collaborator	100
wenden ihre Kenntnisse, ihre Fertigkeiten und ihr professionelles Verhalten (Haltungen) an und halten diese auf aktuellem Stand.	Medical expert	97
setzen vorbeugende, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen effektiv ein.	Medical expert	97
arbeiten mit verschiedenen Gesundheitsberufen und Disziplinen sachgemäß, wertschätzend und effizient zusammen	Collaborator	97
verfügen über grundlegende ethische Fähigkeiten und Fertigkeiten.	Professional	97
kennen und berücksichtigen die rechtlichen Rahmenbedingungen und Verpflichtungen sowie die ethischen Prinzipien beruflichen Handelns.	Professional	93
kennen Voraussetzungen und Maßnahmen, um Vertrauen herzustellen.	Professional	93
kennen und berücksichtigen die Anforderungen an gute klinische und wissenschaftliche Praxis.	Professional	93
reflektieren ihre Aufgaben in Bezug auf eine kontinuierliche Patientenversorgung.	Collaborator	93
verfügen über eine berufsspezifische Rollenidentität und kennen die Rollen, Kompetenzen und Verantwortungsbereiche der anderen beteiligten Berufsgruppen.	Collaborator	93
gestalten eine vertrauensvolle, stabile Arzt-Patienten-Beziehung und beherrschen eine professionelle und patientenzentrierte Gesprächsführung unter Berücksichtigung der spezifischen Gesprächstypen, Gesprächsphasen und Gesprächsaufgaben.	Communicator	90
führen unter Integration aller beruflichen Rollen eine ihrem Ausbildungsgrad entsprechende, ethisch fundierte und patientenzentrierte medizinische Versorgung durch.	Medical expert	90
sind zur Selbsterkenntnis, Selbstreflexion, Selbstkritik und Selbstentwicklung fähig.	Professional	90
erkennen die zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für ihren Beruf und die Gesundheitsversorgung an und wissen, dass Kommunikation erlernbar ist.	Communicator	87
reflektieren typische sensible Themenfelder im beruflichen Alltag und gestalten ihre Kommunikation auch in emotional herausfordernden Situationen angemessen.	Communicator	87
orientieren ihr Handeln an für das berufliche Handeln zentralen Werten.	Professional	83
wenden die Prinzipien der kritischen Bewertung wissenschaftlicher Quellen an.	Scholar	83
erkennen interprofessionelle Konflikte und tragen aktiv zu produktiven und sachgemäßen Lösungen bei	Collaborator	83
sind in der Lage, mit verschiedenen Formen von Unsicherheit umzugehen.	Professional	83
beteiligen sich aktiv und konstruktiv an der Teamarbeit zur gemeinsamen Aufgabenbewältigung.	Collaborator	80
kennen die ethischen und rechtlichen Prinzipien der Forschung.	Scholar	80
evaluieren mit den anderen Teammitgliedern die Qualität der gemeinsamen Arbeit und vereinbaren ggf. Maßnahmen zur Verbesserung.	Collaborator	80
erkennen und berücksichtigen die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung.	Professional	80
gestalten ihr kommunikatives Handeln durch den gezielten Einsatz von Kommunikationsstrategien auch in herausfordernden klinischen Kontexten und Konstellationen erfolgreich.	Communicator	80
integrieren auf kritischer Bewertung basierende Schlussfolgerungen in den beruflichen Alltag.	Scholar	80
beachten die eigene Gesundheit und das eigene Wohlergehen als Voraussetzung einer professionellen Berufsausübung.	Professional	80
Gruppe 2: Relevant³		
Die Absolventinnen und Absolventen ...		
können ihre Rollenidentität (Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten) anderen erläutern.	Collaborator	93
kennen und berücksichtigen Strategien des Fehlermanagements.	Professional	93
berücksichtigen bei ihrem Handeln kultur-, kontext- und lebensweltliche Aspekte.	Professional	93
analysieren in Interaktionen mit anderen Gesundheitsberufen bestehende Strukturen der Gesundheitsversorgung und bewerten diese im Hinblick auf ihre Effektivität und Effizienz.	Collaborator	90
kennen Grundlagen der ökonomischen Rahmenbedingungen und der Gesundheitspolitik.	Professional	90
tragen zur Qualitätssicherung bei.	Professional	90
nehmen eine Erhebung und kritische Bewertung von insbesondere primärer, aber auch sekundärer Evidenz zu einer medizinischen Fragestellung vor.	Scholar	90
entwickeln in Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen Konzepte, Leitlinien, Behandlungspfade etc., welche die Qualität der Versorgung unterstützen und weiterführen können	Collaborator	87
analysieren und reflektieren soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Kommunikation und kommunizieren entsprechend.	Communicator	87

Teilkompetenzen	CanMEDS-Rolle	K ¹
reflektieren die spezifischen Anforderungen der mündlichen, schriftlichen und elektronischen Kommunikation sowie der öffentlichen Kommunikation und interagieren unter Einhaltung des Datenschutzes kontextspezifisch.	Communicator	87
kennen und berücksichtigen die Charakteristika, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Entwicklung des beruflichen Standes.	Professional	87
beherrschen Prinzipien des Lernens im Sinne der Erkennung, Reflexion und Deckung des eigenen Lernbedarfs sowie der Umsetzung von Lernergebnissen.	Scholar	87
erkennen die Prinzipien des Lernens in ihrer Relevanz für die Ausbildung in der Medizin und in anderen Gesundheitsberufen und wenden sie dort an.	Scholar	87
reflektieren und evaluieren Lehr-Lern-Situationen.	Scholar	87
verinnerlichen die Prinzipien von Forschung und wissenschaftlicher Fragestellung.	Scholar	87
sind in der Lage, mit rollenbedingten Herausforderungen umzugehen.	Professional	83
können ausgehend von einer Lernfrage einen adäquaten Lernprozess gestalten und dokumentieren.	Scholar	83

Gruppe 3: Teilweise relevant⁴

Die Absolventinnen und Absolventen ...

leisten einen Beitrag zur Entstehung neuer Erkenntnisse.	Scholar	93
--	---------	----

Gruppe 4: Nicht relevant⁵

Die Absolventinnen und Absolventen ...

demonstrieren einen angemessenen Umgang mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern.	Leader	67
erkennen den Gesundheitszustand von individuellen Personen als Ganzes sowie Ungleichgewichte und Missverhältnisse im Gesundheitszustand, deren Ursachen und Folgen.	Health Advocate	63
reflektieren die eigene Rolle als Verantwortungsträgerin und Managerin bzw. Verantwortungsträger und Manager im Gesundheitssystem.	Leader	63
betreiben individuelle Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und Leistungsträgern.	Health Advocate	60
betreiben individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens.	Health Advocate	57
beschreiben die grundlegenden gesundheitsökonomischen Strukturen und Zusammenhänge und sind in der Lage, diese Kenntnisse im konkreten Kontext der Patientenversorgung anzuwenden und an Problemlösungen mitzuwirken.	Leader	57
erkennen Situationen in der Patientenversorgung, in denen Entscheidungen über die Verteilung von Ressourcen getroffen werden müssen, und beteiligen sich an der Entscheidungsfindung.	Leader	57
thematizieren wesentliche Aspekte im Umgang mit Fehlern und nutzen Strategien zur Umsetzung von Patientensicherheit.	Leader	57
kennen wesentliche Aspekte des Komplikationsmanagement, der Risikokommunikation, das CIRS, erkennen kritische Ereignisse und sind eingewiesen in den Umgang mit falschen Entscheidungen.	Leader	57
beherrschen effektives und effizientes ärztliches Arbeiten, zeigen und definieren Probleme und erarbeiten Lösungsansätze.	Leader	53
haben Kenntnis über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung und deren Anwendungsbereiche.	Leader	50
identifizieren und analysieren soziale Versorgungsstrukturen.	Leader	47
kennen die Methoden der Ressourcenallokation (auf verschiedenen Ebenen und für verschiedene Leistungserbringer).	Leader	47
kennen Führungsstile und übernehmen Führungsaufgaben.	Leader	47
wirken auf eine Reduktion von Ungleichgewichten und Missverhältnissen im Gesundheitszustand von individuellen Personen hin.	Health Advocate	43
erkennen den Gesundheitszustand von Patienten- und Bevölkerungsgruppen sowie Ungleichgewichte und Missverhältnisse im Gesundheitszustand, deren Ursachen und Folgeerscheinungen.	Health Advocate	43
entwickeln berufliche Ziele am Beginn der Berufs- und Karriereplanung und berücksichtigen und kommunizieren die Work-Life-Balance bei der Umsetzung der Ziele.	Leader	43
planen die eigene Karriere und identifizieren den persönlichen Qualifizierungsbedarf.	Leader	43
wirken auf eine Reduktion von Ungleichgewichten und Missverhältnissen im Gesundheitszustand von Patienten und Bevölkerungsgruppen hin.	Health Advocate	40
entwickeln Strategien zur Prioritätensetzung und effektiver Zeiteinteilung.	Leader	40
setzen sich mit der Rolle als junges Teammitglied und ihrer zukünftigen Entwicklung einer Führungspersönlichkeit auseinander.	Leader	40
betreiben bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und Leistungsträgern.	Health Advocate	37
nutzen die Informationstechnologie (IT) zur Beschaffung und Transferierung von Informationen sowie zur Dokumentation von Behandlungsprozessen.	Leader	37

¹K: Konsens, prozentualer Anteil der Bewertungen auf Skalenniveau 6-7 in Relevanzgruppe 1 (Likert-Skala 1= sehr relevant, 7= überhaupt nicht relevant), auf Skalenniveau 5-7 in Relevanzgruppe 2, auf Skalenniveau 4-7 in Relevanzgruppe 3 und 4; ²≥ 80 % der Befragten bewerteten die angegebene Kompetenz mit Likert-Stufe 6 oder 7; ³≥ 80 % der Befragten bewerteten mit mindestens Likert-Stufe 5; ⁴≥ 80 % der Befragten bewerteten mit mindestens Likert-Stufe 4, ⁵ verbleibende Kompetenzen. CIRS: Critical Incident Reporting System.

Bei der Rolle *Leader* fällt auf, dass vor allem die Teilkompetenzen, die den Umgang mit Fehlern betreffen, weiter oben rangieren als solche, die die künftige eigene Berufsentwicklung oder die eigene Führungsverantwortung betreffen. Obwohl alle Teilkompetenzen der Rolle *Leader* in die Relevanzgruppe *nicht relevant* eingestuft wurden, wurden einzelne Items von einigen Befragten auch auf Skalenniveau sieben gewichtet. Beim Vergleich der Antwortungsmuster zeichnet sich ab, dass 18 Befragte (60 %) fast durchgehend alle einzelnen Teilkompetenzen auf Skalenniveau sechs oder sieben, zwölf Befragte (40 %) fast alle einzelnen Items auf Skalenniveau eins bis drei bewerteten. Somit lassen sich die Befragten im Hinblick auf ihr Antwortverhalten in zwei Gruppen unterteilen. Beim deskriptiven Vergleich der soziodemographischen Daten dieser beiden Gruppen lässt sich erkennen, dass die Berufserfahrung und Qualifikation einen Einfluss auf die Antworttendenzen haben könnten. Befragte, die mehr Berufserfahrung vorweisen und keine ärztliche Qualifikation haben, schätzten die Teilkompetenzen der Rolle *Leader* im Allgemeinen als relevanter ein.

Beim Vergleich der Bewertungen der Teilkompetenzen der Rolle *Health Advocate* ist zu erkennen, dass die Kompetenzen, die die patientenzentrierte Versorgung oder die Gesundheitsförderung aufgreifen, positiver bewertet wurden als die Teilkompetenzen, die eine stärkere Bevölkerungsorientierung oder Public-Health-Perspektive adressieren. Letztere wurden häufiger auf Skalenstufe eins oder überhaupt nicht bewertet. Bei genauerer Betrachtung der Beurteilungsmuster der Teilkompetenzen des *Health Advocate* (Abbildung 9) zeigt sich, dass die meisten Befragten die einzelnen Items entweder auf Skalenniveau sieben oder Skalenniveau zwei, also entweder als *sehr relevant* oder nahezu *überhaupt nicht relevant*, einschätzten. Auffällig ist auch, dass Skalenstufe sechs und fünf kaum genutzt wurden. Beispielsweise wurde die Kompetenz, *Die Absolventinnen und Absolventen erkennen den Gesundheitszustand von individuellen Personen als Ganzes sowie Ungleichgewichte und Missverhältnisse im Gesundheitszustand, deren Ursachen und Folgen*, von mehr als der Hälfte der Befragten auf Skalenniveau sieben, von neun Personen auf Skalenstufe zwei und von keiner Person auf Skalenniveau sechs oder fünf bewertet. Das heißt, dass die Befragten hier sehr unterschiedliche Gewichtungen vornehmen. Beim deskriptiven Vergleich der Expertinnen und Experten mit hohen Bewertungen für die Teilkompetenzen der Rolle *Health Advocate* mit denjenigen, die die Teilkompetenzen eher niedrig eingestuft haben, fällt auf, dass diejenigen, die selbst langjährige Berufserfahrung in der Patientenberatung haben, diese Teilkompetenzen als wichtiger einstufen als diejenigen ohne entsprechende Erfahrungen.

Merkmale, wie beruflicher Hintergrund oder Geschlecht, ließen jedoch keine Tendenzen zu unterschiedlichen Gewichtungen erkennen.

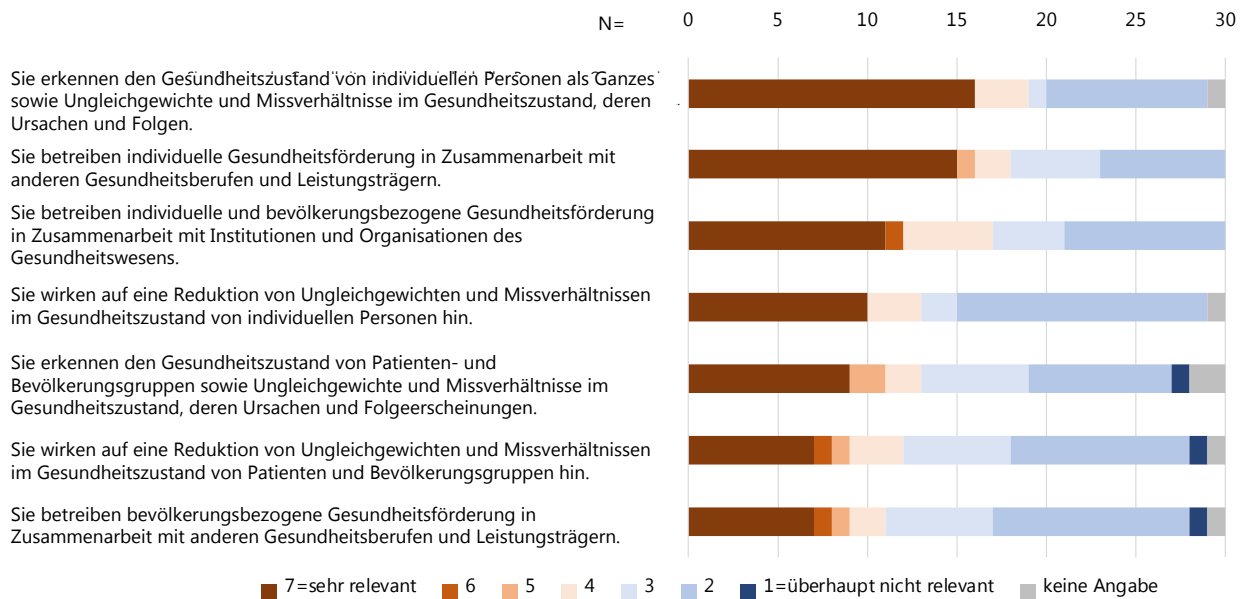


Abbildung 9. Einschätzung der CanMEDS-Teilkompetenzen des Health Advocate

Einschätzung in der dritten Delphi-Runde (N= 30).

Insgesamt lässt sich erkennen, dass die Teilkompetenzen, die sich direkt auf die Patientenversorgung oder das interprofessionelle Handeln beziehen, stärker gewichtet werden als die, welche sich auf Fragestellungen aus den Bereichen Organisation, Qualitätssicherung, gesellschaftliche Verantwortung und Public Health beziehen (Homberg et al. 2020a).

3.2.3 Curriculare Inhalte

Insgesamt wurden in der ersten und zweiten Befragungsrunde 16 allgemeine Inhalte und 45 Therapiemethoden evaluiert. In der ersten Runde wurde Folgendes angemerkt:

Das Curriculum sollte sich nicht an Verfahren, sondern an der Behandlung von Patienten mit bestimmten Erkrankungen orientieren. Bei der Behandlung von Erkrankungen kommen dann bestimmte Verfahren zur Anwendung (Teilnehmerin oder Teilnehmer (TN) 1. Runde).

Um die Vorstellungen aller Teilnehmenden zur Strukturierung eines Curriculums zu erfassen, wurde in der zweiten Runde eine entsprechende Multiple-Choice-Frage aufgenommen. Darüber hinaus wurden die Befragten mit einer offenen Fragestellung aufgefordert,

Vorschläge für weitere Behandlungsanlässe zu nennen. Die Vorschläge wurden kategorisiert, ggf. modifiziert und in der dritten Befragungsrunde zur Bewertung vorgelegt (Abbildung 10) (Homborg et al. 2020b).

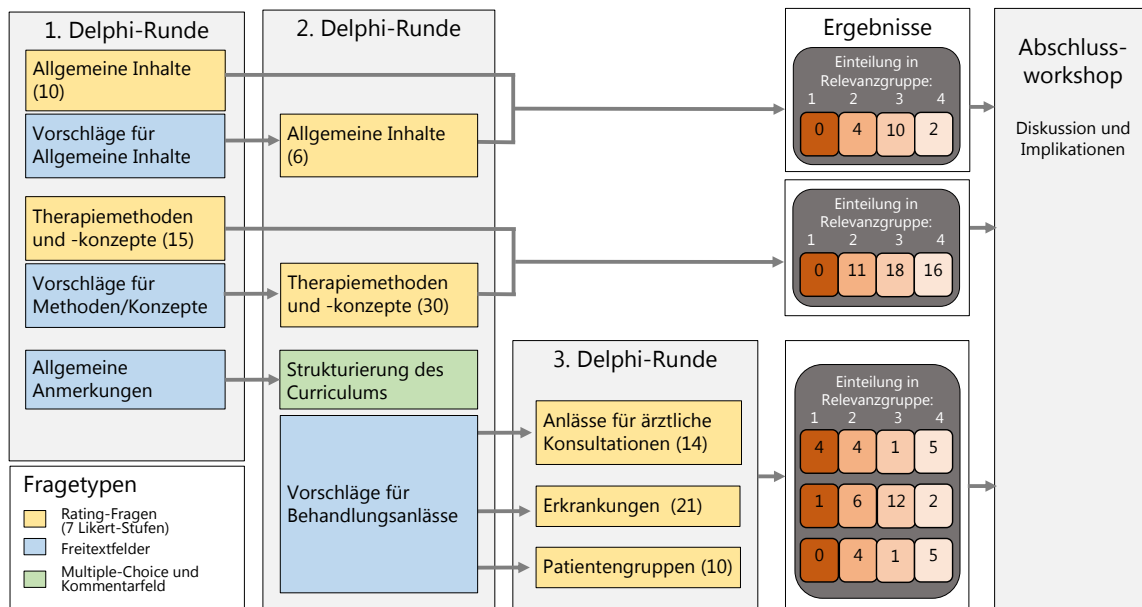


Abbildung 10. Ermittlung und Einschätzung der curricularen Inhalte

Die Zahlen in Klammer geben die Anzahl der Kompetenzen an, welche beurteilt bzw. identifiziert wurden.

Allgemeine curriculare Inhalte

In der ersten Runde schlugen vierzehn Befragte weitere allgemeine curriculare Inhalte vor, davon konnten jedoch acht Nennungen nicht für die Generierung neuer curricularer Inhalte verwendet werden. Die eingeschlossenen Nennungen betrafen die Bereiche 1. Placebo, 2. Versorgung und Inanspruchnahme, 3. Gesundheitsförderung und 4. Kommunikation. Vier der ausgeschlossenen Nennungen betrafen Vorschläge für Kompetenzen, drei weitere bezogen sich auf didaktische Aspekte. Diese wurden an den entsprechenden Stellen aufgegriffen. Durch eine Angabe wurde der interprofessionelle Ansatz dahingehend kritisiert, dass dieser der Befragung als gegeben zugrunde gelegt und nicht weiter kritisch diskutiert wurde.

Die eingeschlossenen Vorschläge wurden teilweise sprachlich modifiziert und in der zweiten Befragungsrunde zur Bewertung vorgelegt. In Tabelle 9 sind alle bewerteten curriculare Inhalte und ihre Eingruppierung dargestellt.

Weder ein vorgegebener noch ein von den Expertinnen und Experten in der zweiten Runde vorgeschlagener allgemeiner Inhalt konnte in die Gruppe *sehr relevant* eingeordnet werden. Bei den als *relevant* eingestuften Inhalten finden sich in erster Linie solche wieder, die den Studierenden einen Überblick über die Begrifflichkeiten, die einzelnen Verfahren und deren Wirkungen und Wechselwirkungen vermitteln. Als weniger relevant schätzten die Befragten Inhalte in Bezug auf die Bereitstellung der einzelnen Verfahren und in Bezug auf den geschichtlichen und philosophischen Hintergrund einzelner Therapiekonzepte ein.

Tabelle 9. Relevanzzuordnung der allgemeinen curricularen Inhalte

Erste (N= 50) und zweite (N= 40) Delphi-Runde.

Delphi-Runde	Curriculare Inhalte	Kon-sens ¹	n. b.	k. A.
Gruppe 2: Relevant²				
1	Überblick über klassische Naturheilverfahren	94	1	1
1	Begriffsklärung: Naturheilkunde, Komplementärmedizin, Alternativmedizin, Integrative Medizin, etc.	88	1	-
1	Überblick über nicht-klassische Naturheilverfahren	88	1	1
1	Überblick über Wirkungen und Wechselwirkungen ausgewählter KIM-Verfahren	84	-	-
Gruppe 3: Teilweise relevant³				
1	Rechtliche Bestimmungen hinsichtlich Delegation, Substitution und vorbehaltenen Tätigkeiten innerhalb der KIM-Patientenversorgung	92	1	-
1	Vertiefung der Beurteilung von KIM-Evidenz anhand ausgewählter Studien	92	-	-
2	Placebo-Effekt (Wirkung und Möglichkeiten)	92	2	1
2	Motivation und Beweggründe für die Nachfrage nach KIM-Versorgungsangeboten in der Bevölkerung	89	1	2
1	Inanspruchnahme von KIM-Therapien	89	2	2
2	KIM in Leitlinien: Information und kritische Reflexion	89	1	3
2	Motive und Beweggründe für die Inanspruchnahme von KIM-Verfahren	87	-	2
1	Versorgungsstrukturen und Leistungserbringer	86	2	-
2	Gesundheit der Berufsangehörigen von Gesundheitsberufen, Resilienz und Burn-out-Prophylaxe	81	1	3
1	Überblick über KIM-Datenbanken und Literatursuche über das Internet	80	-	-
Gruppe 4: Nicht relevant⁴				
2	Hürden und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von KIM aus Versorgungsperspektive	78	-	3
1	Geschichtlicher und philosophischer Hintergrund von KIM-Therapiekonzepten	77	2	0

¹Prozentualer Anteil der Einschätzungen auf 7-stufiger Likert-Skala (7= sehr relevant, 1= überhaupt nicht relevant), Skalenniveau 5-7 in Relevanzgruppe 2, Skalenniveau 4-7 in Gruppe 3 und 4; ²Inhalte wurden der Relevanzgruppe 2 zugeordnet wenn $\geq 80\%$ der Befragten mit Skalenniveau 5-7 bewerteten; ³Inhalte wurden der Relevanzgruppe 3 zugeordnet wenn $\geq 80\%$ der Befragten mit Skalenniveau 4-7 bewerteten; ⁴Inhalte wurden der Relevanzgruppe 4 zugeordnet wenn $< 80\%$ der Befragten mit Skalenniveau 4-7 bewerteten. n. b.: Angabe: *kann ich nicht beurteilen*, k. A.: *keine Angabe*, KIM: Komplementäre und Integrative Medizin.

Therapiemethoden

Die Zuordnung der Therapiemethoden zu den Relevanzgruppen ist in Tabelle 10 dargestellt. Unter den als *relevant* eingeschätzten Verfahren finden sich ausschließlich klassische NHV. Akupunktur, Yoga und Tai Chi rangieren bei den *teilweise relevanten* Verfahren weit oben.

Tabelle 10. Relevanzzuordnung der Inhalte in Bezug auf Therapiemethoden

Ergebnisse der ersten (N= 50) und zweiten (N= 40) Delphi-Runde.

Runde	Curriculare Inhalte	Konsens ¹	n. b.	k. A.
Gruppe 2: Relevant²				
1	Überblick: Bewegungstherapie	91	3	1
2	Allgemeine Ernährungsempfehlungen zu Nährstoffzufuhr, Vitaminen und Spurenelementen	89	1	3
1	Überblick: Phytotherapie	87	2	1
1	Überblick: Ordnungstherapie/Mind-Body-Medizin	87	4	1
1	Überblick: Ernährungstherapie	85	4	1
2	Progressive Muskelrelaxation	83	2	3
2	Achtsamkeit und Meditation	82	3	3
2	Belastungs- und Ausdauertraining	82	3	4
1	Überblick: Hydrotherapie	81	4	1
2	Ernährung bei Lebensmittelunverträglichkeiten und -Allergien	81	1	3
2	Stressmanagement	80	2	3
Gruppe 3: Teilweise relevant³				
1	Akupunktur	89	4	1
1	Yoga	89	2	3
1	Manuelle Medizin	87	4	1
2	Tai Chi	87	7	3
1	Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)	86	6	1
2	Tanz- und Musiktherapie	86	2	3
2	Ernährungsempfehlungen bei besonderen Wünschen wie mediterran, vegan, halal, kosher, paleo, low-carb ...	86	2	3
2	Aromatherapie, Einreibungen	85	3	3
2	Wickel und Kompressen	85	3	3
2	Kneipp-Verfahren wie Bäder, Waschungen und Güsse	85	3	3
2	Klassische Massagen	85	1	5
2	Kunsttherapie	84	5	3
2	Digitale Entspannungsformen wie My headspace zur Einschlaftherapie	84	11	4
2	Faszientherapie	84	5	4
2	Heilpflanzen, Tees, Tinkturen	83	1	4
2	Shiatsu	83	7	4
2	Osteopathie	82	3	3
2	Fasten (Heilfasten, Intervallfasten, ...)	80	2	3
Gruppe 4: Nicht relevant⁴				
1	Neuraltherapie	79	14	3
1	Homöopathie	76	4	1
1	Anthroposophische Medizin	74	7	1
2	Hochdosierte Vitamine (Orthomolekulartherapie)	73	6	4
2	(Fußzonen-) Reflextherapie	71	7	5
1	Cranio-Sacral-Therapie	70	8	2
1	Ausleitverfahren	68	8	1
1	Ayurveda	67	7	1
1	Tibetische Medizin	66	12	3
2	Kinesiologie	57	6	6
2	Schüssler Salze	45	6	5
2	Hildegard-Medizin	41	8	5
2	Farbtherapie	38	6	5
2	Bachblüten	37	5	5
2	Reiki	30	5	5
2	Irisdiagnostik	27	9	5

¹Prozentualer Anteil der Einschätzungen auf 7-stufiger Likert-Skala (7= sehr relevant, 1= überhaupt nicht relevant), Skalenniveau 5-7 in Relevanzgruppe 2, Skalenniveau 4-7 in Gruppe 3 und 4; ²Inhalte wurden der Relevanzgruppe 2 zugeordnet wenn $\geq 80\%$ der Befragten mit Skalenniveau 5-7 bewerteten; ³ Inhalte wurden der Relevanzgruppe 3 zugeordnet wenn $\geq 80\%$ der Befragten mit Skalenniveau 4-7 bewerteten; ⁴ Inhalte wurden der Relevanzgruppe 4 zugeordnet wenn $< 80\%$ der Befragten mit Skalenniveau 4-7 bewerteten. n. b.: Angabe: *kann ich nicht beurteilen*. k. A.: *keine Angabe*.

Bei den als *nicht relevant* eingeschätzten Verfahren finden sich einige paramedizinische und weniger bekannte Verfahren wieder. Die Homöopathie wurde von neun Befragten aus Skalenniveau sieben und von weiteren sechs auf Skalenniveau sechs eingeschätzt. Folgendes wurde hierzu von den Befragten angemerkt.

[Die Homöopathie ist] besonders relevant in Bezug auf die Aufklärung über die Nicht-Wirksamkeit (TN 1. Runde).

Ich würde aber Verfahren als "relevant" bezeichnen, die viel in der allgemeinen Presse bedacht werden, wie Ayurveda und Homöopathie (TN 1. Runde).

In Bezug auf [die nicht klassischen NHV] wäre es aus meiner Sicht besonders wichtig, sachlich und wissenschaftlich an die Themen heranzugehen. Ausführungen von Dozierendenseite über etwaige Verschwörungstheorien, z. B. dass Homöopathie-positive Studien aktiv von der Wissenschaftscommunity unterdrückt werden, sollten durch die Lehrplangestaltung und die Dozierendenauswahl unterbunden werden (TN 1. Runde).

Die Option *kann ich nicht beurteilen* wurde bei einigen Therapiemethoden sehr häufig gewählt, wie beispielsweise bei der *Neuraltherapie*, der *Tibetischen Medizin* und den *digitalen Entspannungsformen*, insgesamt betrachtet, bei den Items der Relevanzgruppe vier häufiger als bei denen in Relevanzgruppe zwei.

Behandlungsanlässe

Bei der Frage: *Welche weiteren Lernziele und Kompetenzen halten Sie für relevant?*, wurden in der ersten Runde bereits folgende Behandlungsanlässe seitens der Befragten unterbreitet: *Infektionserkrankungen, wie Harnwegsinfektionen und Bronchitis, Infektanfälligkeit, arterielle Hypertonie, Rückenschmerzen, klimakterische Beschwerden, bei Chemotherapie.*

In der zweiten Befragungsrunde wurden diese Vorschläge aufgegriffen und nach weiteren Behandlungsanlässen gefragt. 24 Befragte nannten daraufhin insgesamt 45 weitere Behandlungsanlässe. Diese wurden in die Kategorien: 1. Anlässe für ärztliche Konsultationen, 2. Krankheitsbilder und 3. Behandlungs- und Beratungsbedarfe spezifischer Patientengruppen geordnet, gegebenenfalls sprachlich modifiziert und in der dritten Runde zur Bewertung vorgelegt. Die Items und deren Eingruppierung in die jeweiligen Relevanzgruppen sind in Tabelle 11 dargestellt.

Die Befragten stufen komplexe Behandlungsanlässe und Erkrankungen mit multiplen Ursachen, welche für die Betroffenen mit einem hohen Leidensdruck einhergehen, wie beispielsweise Schlafstörungen, Rückenschmerzen und Reizdarmsyndrom, als relevanter für ein KIM-Curriculum ein als Erkrankungen, welche eher harmlos sind, wie Halsschmerzen oder Husten. In Bezug auf die spezifischen Personengruppen zeigt sich, dass die Thematisierung onkologischer Erkrankungen unabhängig von dem jeweiligen Versorgungsbedarf als *relevant* eingeschätzt wird, hingegen finden sich die pädiatrischen und frauenheilkundlichen Themen in der Gruppe der *nicht relevanten* curricularen Inhalte wieder. An letzter Stelle ist die Unterstützung von Gesunden bei Infektanfälligkeit und die Unterstützung des Heilungsprozesses bei Verletzungen und Wunden genannt. Gerade im Hinblick auf die Versorgung von Gesunden wurden im Freitextfeld unterschiedliche Vorstellungen deutlich.

Gesunde sollte man so ziemlich grundsätzlich in Ruhe lassen (TN 3. Runde).

Selbst- und Gesundheitskompetenz insbesondere in der Prävention haben obere Priorität (TN 3. Runde)

Während von einem Teil der Befragten der professionelle Auftrag in erster Linie in der Versorgung von Erkrankten gesehen wird, steht für andere die Selbst- und Gesundheitskompetenz im Vordergrund.

Tabelle 11. Relevanzzuordnung der Inhalte in Bezug auf Behandlungsanlässe

Ergebnisse der dritten Delphi-Runde (N= 36); Frage: *Welche Behandlungsanlässe sind Ihrer Meinung nach besonders geeignet, um exemplarisch die Indikation, Anwendung und Auswirkungen von KIM zu beleuchten?*

Behandlungsanlässe	Kon- sens¹	n. B.	k. A.
Gruppe 1: Sehr relevant²			
<i>Anlässe für ärztliche Konsultationen</i>			
Müdigkeit, Erschöpfung, Allgemeine Schwäche	83	3	2
Generalisierter Schmerz, Schmerz an multiplen Lokalisationen	81	2	2
Schlafstörungen	81	2	1
Rückenschmerzen	80	4	1
<i>Erkrankungen</i>			
Reizdarmsyndrom	80	4	2
Gruppe 2: Relevant³			
<i>Anlässe für ärztliche Konsultationen</i>			
Kopfschmerzen	90	3	1
Angst und Ängstlichkeit	84	2	1
Schmerzen der Extremitäten und Gelenke	84	3	1
Somatisch nicht erklärbare Beschwerden (Beschwerden ohne erklärbare körperliche Ursachen)	83	3	2
<i>Erkrankungen</i>			
Chronische Rückenschmerzen	93	4	1
Burnout	90	3	2
Migräne	86	4	3
Depression	83	4	1
Menopause, Klimakterium (Wechseljahre)	83	4	1
Angststörungen	80	4	2
<i>Behandlungs- und Beratungsbedarfe spezifischer Personengruppen</i>			
Onkologische Erkrankte, Survivors: Unterstützung bei Cancer related Fatigue	93	5	3
Onkologisch Erkrankte: Unterstützung während der Bestrahlung	81	5	3
Onkologisch Erkrankte: Unterstützung nach der Operation	80	5	2
Onkologisch Erkrankte: Unterstützung bei Beschwerden durch Chemotherapie	80	5	3
Gruppe 3: Teilweise relevant⁴			
<i>Anlässe für ärztliche Konsultationen</i>			
Abnorme Menstruationen und Zyklus-Unregelmäßigkeiten	87	3	1
<i>Erkrankungen</i>			
Adipositas	94	3	1
Metabolisches Syndrom	89	7	1
Fibromyalgiesyndrom	87	3	1
Atopisches Ekzem/Neurodermitis	84	3	1
Akute und chronische Bronchitis	84	3	1
Arthrose	83	3	2
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	83	3	2
Essentielle Hypertonie	82	6	1
Asthma bronchiale	81	2	2
Arthritiden (Gelenkentzündungen)	81	3	1
Infektionen der Niere und ableitenden Harnwege (z. B. Blasenentzündung)	80	4	1
Diabetes mellitus Typ 2	80	5	1
<i>Behandlungs- und Beratungsbedarfe spezifischer Personengruppen</i>			
Gesunde: Unterstützung bei der Entwicklung von Selbst- und Gesundheitskompetenz	90	3	1

Behandlungsanlässe ¹	Kon- sens ²	n. B.	k. A.
Gruppe 4: Nicht relevant⁵			
<i>Anlässe für ärztliche Konsultationen</i>			
Husten	77	4	1
Fieber	71	3	1
Risikoschwangerschaft und Schwangerschaftsprobleme wie Hyperemesis (Erbrechen)	70	6	2
Halschmerzen	69	5	1
Schwangerschaft (ohne bekannte Beschwerden)	61	5	2
<i>Erkrankungen</i>			
Allergische Rhinokonjunktivitis/allergische Rhinosinusitis (Heuschnupfen)	72	2	1
Diabetes mellitus Typ 11	61	6	1
<i>Behandlungs- und Beratungsbedarfe spezifischer Personengruppen</i>			
Pädiatrie: Kindererkrankungen	76	5	1
Wochenbett: Unterstützung beim Stillen, Milchstau	76	5	1
Wochenbett: Unterstützung der Rückbildung	75	6	1
Verletzungen und Wunden: Unterstützung des Heilungsprozesses	74	3	1
Gesunde: Unterstützung bei Infektanfälligkeit	74	3	1

¹Prozentualer Anteil der Einschätzungen auf 7-stufiger Likert-Skala (7= sehr relevant, 1= überhaupt nicht relevant), Skalenniveau 5-7 in Relevanzgruppe 2, Skalenniveau 4-7 in Gruppe 3 und 4; ²Inhalte wurden der Relevanzgruppe 2 zugeordnet wenn $\geq 80\%$ der Befragten mit Skalenniveau 5-7 bewerteten; ⁴ Inhalte wurden der Relevanzgruppe 3 zugeordnet wenn $\geq 80\%$ der Befragten mit Skalenniveau 4-7 bewerteten; ⁵ Inhalte wurden der Relevanzgruppe 4 zugeordnet wenn $< 80\%$ der Befragten mit Skalenniveau 4-7 bewerteten. n. b.: Angabe: *kann ich nicht beurteilen*. k. A.: *keine Angabe*.

Strukturierung des Curriculums

In der zweiten Befragungsrunde wurde zusätzlich nach der Strukturierung des Curriculums gefragt (Abbildung 11). Hier wurde bestätigt, dass mehr Befragte die Inhalte des Lehrmoduls eher an Behandlungsanlässen orientieren würden als an Therapieansätzen. Unter *sonstige Angaben* wurde auch angemerkt, dass es dann unterschiedlicher praktizierender Personen für die Lehre bedürfe, um die jeweiligen Behandlungsoptionen vorzustellen, und dass es auch wichtig sei, die zugrunde liegenden Konzepte zu vermitteln:

Jedoch liegen den unterschiedlichen komplementären/integrativen Behandlungsmethoden ja wichtige ‚Konzepte‘ zugrunde (was etwas anders bzw. weiter gefasst als ‚Therapieansätze‘ ist). Diese gilt es zu verstehen, um ihre Möglichkeiten und Grenzen einschätzen zu können (TN 2. Runde).

Einige Befragte würden eine Ausrichtung der Inhalte an Versorgungsprozessen oder an Behandlungszielen orientieren. Diese insgesamt sehr kontrovers geführte Diskussion wurde im Abschlussworkshop aufgegriffen.

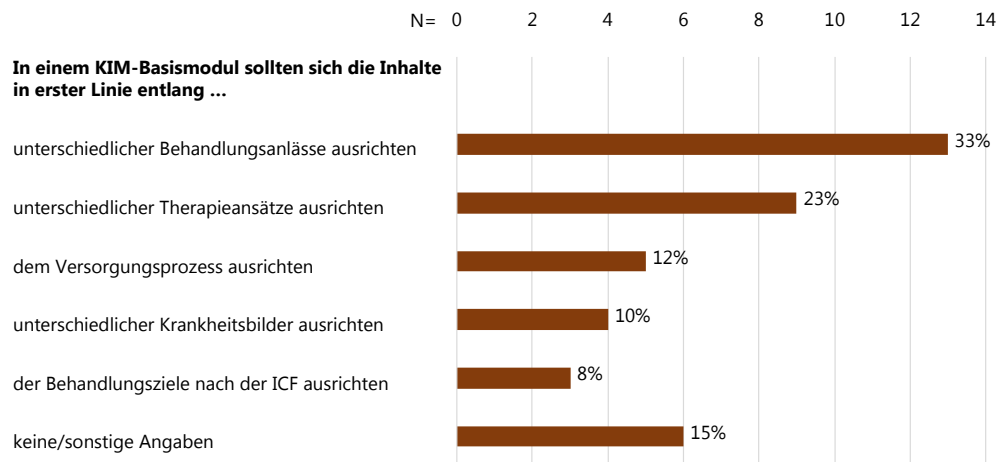


Abbildung 11. Strukturierung der Inhalte

Zweite Delphi-Runde (N= 40), Frage: *Wählen Sie aus folgender Liste die strukturelle Ausrichtung der Inhalte eines interprofessionellen KIM-Curriculums aus, die nach Ihren Vorstellungen am ehesten geeignet ist.* ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. KIM: Komplementäre und Integrative Medizin.

Diskussion der curricularen Inhalte im Abschlussworkshop

Im Abschlussworkshop wurde diskutiert, welche Inhalte geeignet sind, um die ermittelten Kernkompetenzen umsetzen zu können (Anhang H).

Folgende Punkte wurden in Bezug auf die Inhalte herausgearbeitet:

1. Der fallbasierte Einstieg in ein Thema über eine Diagnose ist einfacher als der Einstieg über allgemeine Symptome. Bei vielen Symptomen, wie z. B. bei Müdigkeit, müsste zuerst eine ordentliche Diagnostik und Differenzialdiagnostik erfolgen, um vorschnelle Behandlungen zu vermeiden. Gegebenenfalls könnten aber sogenannte Pflegediagnosen bzw. Begleitsymptome einer schon diagnostizierten Erkrankung, wie Schmerzen oder Obstipation, als Ausgangspunkt dienen.
2. Bei der Auswahl von Krankheitsbildern, Begleitsymptomen und den jeweiligen Therapieverfahren sollten die Leitlinien beachtet werden. Gegebenenfalls sind Fragestellungen zu thematisieren, für die in den Leitlinien bereits komplementäre Anwendungen empfohlen werden.
3. Der Begriff der Evidenz könnte in seiner ursprünglichen Form (Sackett et al. 1996) aufgenommen werden. Das heißt, dass eine Schnittmenge zwischen den Erfahrungen und Fähigkeiten des Behandlungsteams, den Vorstellungen und Präferenzen der Patientinnen oder Patienten und der wissenschaftlichen, internen Evidenz in die fallbasierte Diskussion einfließen. Hierbei wäre auch die Frage zu klären, wie entsprechende Qualitätskriterien sichtbar gemacht werden können.

3.2.4 Didaktische Ausrichtung

Aus den Kommentaren in den Freitextfeldern ließ sich schließen, dass Inhalte und Kompetenzen nicht isoliert von allgemeinen Rahmenbedingungen und didaktischen Methoden diskutiert werden können. Zum einen entstand nach der ersten Befragungsrunde der Eindruck, dass die Befragten teilweise unterschiedliche Lernszenarien vor Augen hatten, andererseits wurden Freitextfelder genutzt, um beispielsweise neben Kompetenzen oder Inhalten auch geeignete didaktische Methoden vorzuschlagen. Entsprechende Vorstellungen und Vorschläge wurden hinsichtlich ihres inhaltlichen Potentials für die weitere Befragung geprüft. Konstruktive Aspekte und widersprüchliche Aussagen wurden in der zweiten Runde aufgegriffen und in der dritten Befragungsrunde mittels Rating-Fragen weiter ausdifferenziert. Um die Komplexität des Fragebogens zu reduzieren, wurden in der zweiten Runde Multiple-Choice-Fragen und in der dritten Runde Ratingfragen mit einer fünfstufigen Likert-Skala verwendet (Abbildung 12) (Homberg et al. 2020c).

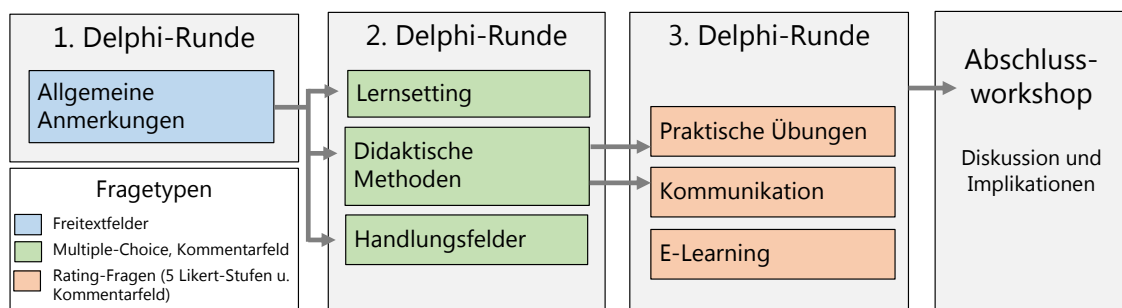


Abbildung 12. Ermittlung und Einschätzung der didaktischen Ausrichtung

Im Folgenden werden die Generierung der Fragenblöcke aus dem Datenmaterial und die Ergebnisse der einzelnen Themenbereiche beschrieben.

Didaktische Methoden und das Einbinden praktischer Übungen

In der ersten Runde nutzten viele Befragte die offenen Fragen für Vorschläge zum didaktisch-methodischen Ansatz im Lehrplan, obwohl dies nicht explizit gefordert wurde. Beispielsweise wurde *Problemorientiertes Lernen* und das eigene Erfahren und Erlernen von praktischen Anwendungen bei der Aufforderung, weitere Kompetenzen vorzuschlagen, genannt. Da die

Vermittlung von Kompetenzen von der verwendeten didaktischen Methodik abhängig, wurden diese Vorschläge in der zweiten Runde mit der Frage aufgegriffen, welche Methoden die Befragten für ein entsprechendes KIM-Seminar bevorzugen würden (Abbildung 13).

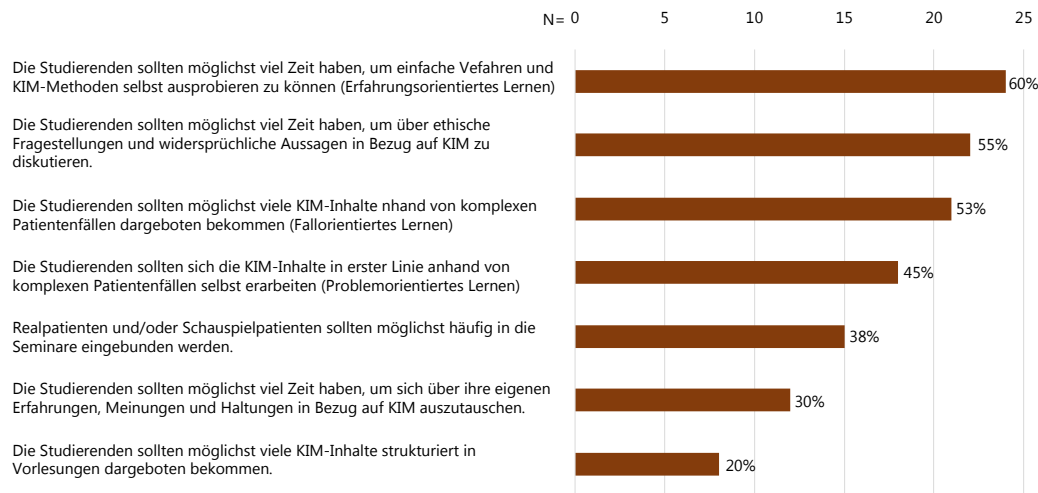


Abbildung 13. Didaktische Methoden

Zweite Delphi-Runde (N= 40), Frage: *Bitte wählen Sie aus folgender Liste aus, welche didaktischen Methoden in einem KIM-Curriculum vorrangig zum Einsatz kommen sollen!* KIM: Komplementäre und Integrative Medizin.

Ein Großteil der Befragten schätzte es als sehr wichtig ein, den Studierenden in einem KIM-Seminar die Möglichkeit zu geben, einfache Verfahren und Methoden selbst ausprobieren zu können. In der ersten und zweiten Delphi-Runde wurde das Ziel für die Einbindung praktischer Übungen zu den KIM-Verfahren und -Methoden von einigen Teilnehmenden kontrovers diskutiert. Es wurde angemerkt, dass die Durchführung von praktischen Übungen nur dann sinnvoll sei, wenn die Studierenden die jeweilige Methode in ihrer täglichen Arbeit anwenden können. Andere kommentierten, dass es sehr wichtig sei, den Studierenden die Möglichkeit einzuräumen, die Auswirkungen der Methoden selbst zu erfahren.

Sofern das Ziel die Anwendung von KIM-Methoden ist (und nicht nur die kritische Reflexion), dann sollte auch ausreichend Zeit für das praktische Üben eingeplant werden (TN 2. Runde).

Zudem finde ich es gut, wenn man als Studierender auch therapeutische Anwendungen erlernt. Nur so versteht man später als Arzt viel besser, was dahintersteckt und für welchen Patienten welche Anwendung sinnvoll wäre (TN 1. Runde).

Um ein besseres Meinungsbild zu erhalten, wurde dieser Punkt in der dritten Fragerunde aufgegriffen (Abbildung 14).

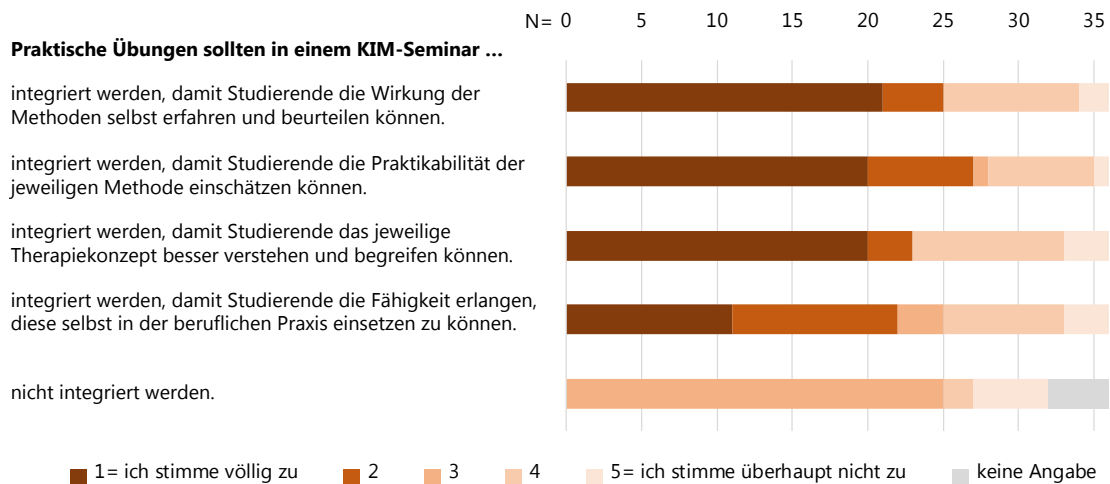


Abbildung 14. Einbindung von praktischen Übungen

Dritte Delphi-Runde (N= 36), Ratingfrage: *Die Einbindung von praktischen Übungen und das Ausprobieren einfacher KIM-Verfahren und -Methoden wurde in den ersten beiden Befragungsrunden mehrfach für ein KIM-Seminar gewünscht. Auf der anderen Seite wurde angemerkt, dass dies nur dann sinnvoll ist, wenn diese jeweils auch später im beruflichen Alltag eingesetzt werden. Bitte nehmen Sie zu folgenden Aussagen Stellung! KIM: Komplementäre und Integrative Medizin.*

Nach Aussage der Befragten (Abbildung 14) sollten Studierende die Möglichkeit haben, durch praktische Übungen die Wirkung und Praktikabilität der jeweiligen Therapiemethode zu erfahren und die Idee des Therapiekonzeptes zu begreifen. Im entsprechenden Freitextfeld wurden folgende Aspekte hervorgehoben:

*KIM-Verfahren leben von der praktischen Unterrichtung/Anwendung
(TN 3. Runde).*

*Praktische Übungen [...] bieten eine gute Möglichkeit zur Reflexion
(TN 3. Runde).*

*Erst mit eigener Erfahrung kann ein Therapiekonzept vollständig erfasst
werden (TN 3. Runde).*

Diese drei Anmerkungen unterstreichen, dass praktischer Übungen unabhängig davon, ob die Studierenden diese später in ihrer beruflichen Praxis selbst anwenden, in die KIM-Lehre integriert werden sollten. Keiner der Befragten stimmte der Aussage zu, dass praktische Übungen nicht in die Lehre integriert werden sollten.

Geeignete Therapieverfahren für praktische Übungen

In der dritten Befragungsrunde wurden die Expertinnen und Experten mittels einer offenen Fragestellung gebeten, geeignete Therapieverfahren für praktische Übungen in der Lehre zu nennen. Insgesamt wurden von 28 (78 %) Personen Therapieverfahren vorgeschlagen. Folgende wurden am häufigsten genannt:

- Entspannungsverfahren und -übungen einschließlich Meditation, Autogenes und Mentales Training und Progressive Muskelentspannung,
- Wickel, Auflagen,
- Akupunktur, einschließlich Ohrakupunktur,
- Massage, einschließlich Fußzonenreflexmassage, Tuina, Shiatsu,
- Kneipp-Anwendungen und Güsse.

Weniger häufig genannt wurden: Schröpfen und Neuraltherapie, Achtsamkeitsübungen und Ordnungstherapie, Phytotherapie, Aromatherapie einschließlich Einreibungen, Bewegungstherapie, Ernährungsberatung, Manuelle Medizin, Physikalische Verfahren, Akupressur, Chirotherapie, Homöopathie. Angemerkt wurde, dass die Verfahren nicht willkürlich festgelegt, sondern in Abhängigkeit des Interesses der Studierenden oder hinsichtlich der Evidenzlage ausgewählt werden sollten. Ein weiterer Vorschlag war, interdisziplinäre Fallkonferenzen und Visiten praktisch in die Lehre einzubinden.

Schwerpunktsetzungen im Bereich kommunikativer Kompetenzen

In der zweiten Befragungsrunde wurden unterschiedliche Ansichten darüber geäußert, welche Rolle das explizite Erlernen und Einüben von Kommunikation in einem KIM-Seminar spielen sollte. So wurde von einer Person angemerkt:

Ich finde, hier wird sehr viel Kommunikationsunterricht mit KIM vermischt und es gibt zu viele Differenzierungen. Klar ist Kommunikation und gute Anamnese und Wertschätzung immer wichtig, ganz unabhängig vom Fach. Da Kommunikation meistens der Dreh- und Angelpunkt unserer Arbeit ist, sollte das Erlernen von Strategien auf jeden Fall in den Vordergrund rücken (TN 2. Runde).

In der dritten Befragungsrunde wurde deshalb eine Frage integriert, die die Rolle der kommunikativen Kompetenzen in einem KIM-Seminar untersucht. Die einzelnen Items dieser Frage wurden sehr unterschiedlich beurteilt (Abbildung 15).

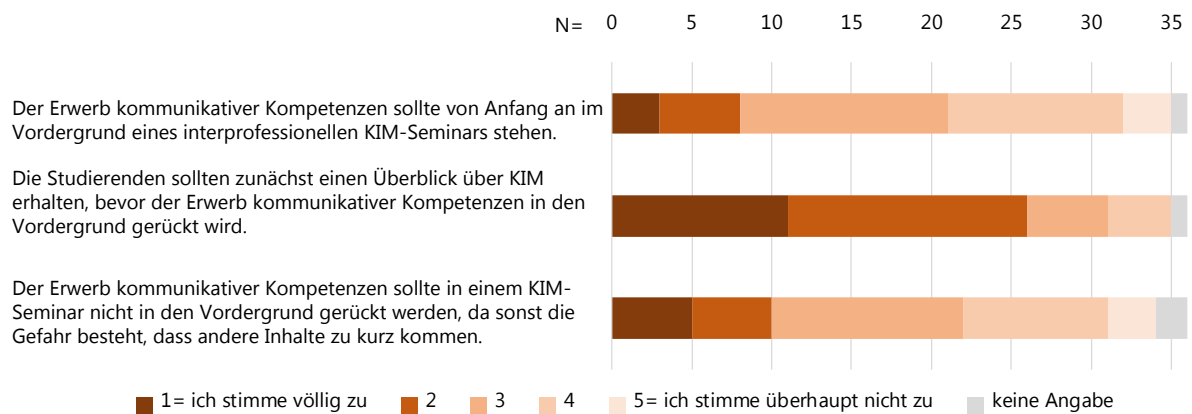


Abbildung 15. Kommunikative Kompetenzen

Dritte Delphi-Runde (N= 36), Ratingfrage: *Auf der einen Seite wurde die Förderung kommunikativer Kompetenzen als zentral für ein interprofessionelles KIM-Seminar angesehen, auf der anderen Seite wurde die Gefahr benannt, dass bei einer Schwerpunktsetzung in diesem Bereich die Inhalte zu sehr mit anderen Inhalten im Curriculum vermischt werden. Bitte nehmen Sie zu folgenden Aussagen Stellung!* KIM: Komplementäre und Integrative Medizin.

In den Freitextfeldern wurden unterschiedliche Aspekte der kommunikativen Kompetenzen hervorgehoben. So wurde beispielsweise angemerkt, dass kommunikative Kompetenzen eher *mitlaufen* sollen, da es sich hierbei um Basiskompetenzen handle, die schon früh im Studium erworben werden sollten:

Angesichts des zeitlichen Umfangs im KIM-Seminar sollte jedoch nicht der Schwerpunkt auf allgemein kommunikative Kompetenzen gelegt werden, da diese auch in den jeweiligen Studiengängen vermittelt werden (TN 3. Runde).

Hier bezogen sich die Befragten explizit auf allgemeine kommunikative Kompetenzen, während andere Befragte die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten oder die interprofessionelle Kommunikation im Blick hatten. So hoben einige insbesondere das Gespräch mit Patientinnen und Patienten über mögliche KIM-Behandlungsoptionen hervor, wie beispielsweise: Die Vor- und Nachteile von KIM kommunizieren zu können und zu klären, was Patientinnen und Patienten wirklich brauchen; deren Motivation in Erfahrung zu bringen, da häufig Ängste und schlechte Erfahrungen mit konventionellen Methoden hinter dem Wunsch nach KIM stecken, oder über die Wirkungsweise und Nicht-Wirkungsweise und über erwartete erwünschte und unerwünschte Wirkungen zu kommunizieren.

Kommunikation stellt einen entscheidenden Pfeiler für KIM dar, die Kommunikation ist in besonderer Weise patientenzentriert, erfordert besondere persönliche und fachliche Voraussetzungen (TN 3. Runde).

Andere hoben stärker die interprofessionelle Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen hervor. Hier wurde unter anderem betont, dass die Kommunikation zur Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und für den Austausch unterschiedlicher Perspektiven genutzt werden sollte:

Gerade durch die Kommunikation, wie z. B. unterschiedliche Anamneseerhebung der Professionen, unterschiedliche Besprechung des Vorgehens und der Beleuchtung der Therapie von allen Perspektiven, kommen die verschiedenen Sichtweisen zutage und ermöglichen einen guten Austausch (TN 3. Runde).

Handlungsfelder

Aus den Kommentaren der ersten Runde ging hervor, dass die einzelnen Befragten unterschiedliche Patientengruppen und Versorgungsstrukturen für eine interprofessionelle KIM-Versorgung vor Augen haben. Bei den Kommentaren zu den CanMEDS-Rollen wurde beispielsweise folgender Kommentar eingefügt:

Die interprofessionelle KIM-Versorgung spielt im ambulanten Sektor nur eine untergeordnete Rolle. [...] In der ambulanten Versorgung wird KIM in der Regel von einem Therapeuten (Arzt, Heilpraktiker) angeboten, der gelegentlich zu anderen Therapeuten (Physio-, Ergo-, Kunst-, Psychotherapeuten, etc.) überweist. Der KIM Therapeut/Die Therapeutin ist selbst multiprofessionell tätig. Nur im stationären Bereich (der für die Lehre wenig relevant ist), ist die multiprofessionelle Betreuung im Team typisch (TN 1. Runde).

Möglicherweise sind die jeweiligen Sichtweisen sehr stark geprägt von den eigenen beruflichen Erfahrungen. Deshalb wurde in der zweiten Befragungsrunde die Frage aufgenommen, für welche Handlungsfelder ein interprofessionelles KIM-Seminar vorrangig qualifizieren sollte (Abbildung 16).

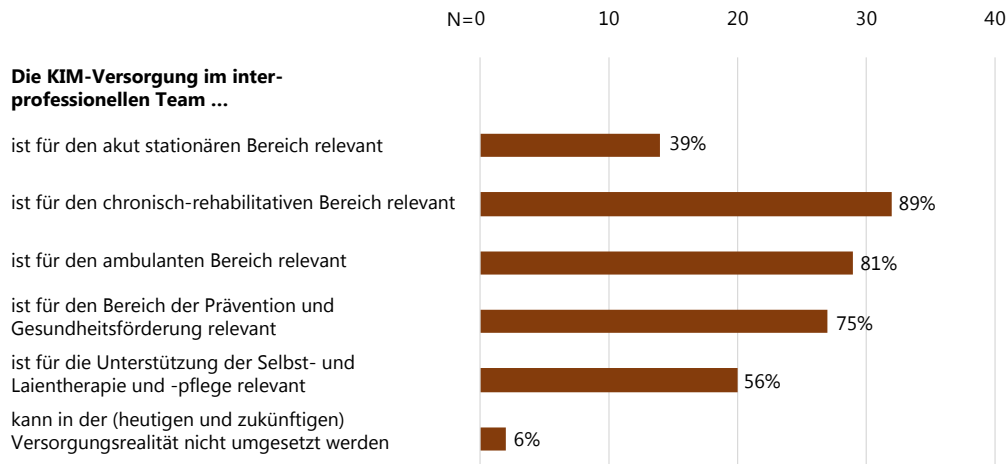


Abbildung 16. Handlungsfelder

Zweite Delphi-Runde (N= 40), Frage: *Bitte wählen Sie aus folgender Liste aus, für welche Handlungsfelder ein interprofessionelles KIM-Seminar vorrangig qualifizieren soll.* Mehrfachauswahl. KIM: Komplementäre und Integrative Medizin.

Der größte Anteil der Befragten sah die interprofessionelle Lehre im Bereich KIM hinsichtlich der Qualifikation für die Versorgung im chronisch-rehabilitativen Bereich. Der ambulante Bereich und der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung werden von etwas mehr als der Hälfte der Befragten als künftiges Handlungsfeld gesehen; der akut stationäre Bereich nur von wenigen. Zwei Befragte gaben an, dass aus ihrer Sicht die KIM-Versorgung im interprofessionellen Team nicht umgesetzt werden kann.

Eine teilnehmende Person merkt für den ambulanten Bereich der KIM-Versorgung an:

So weit sind wir mit der interprofessionellen Versorgung in Deutschland noch nicht, oder? Wäre aber sicher auch dort [ambulanter Bereich] nützlich (TN 2. Runde).

Weitere Kommentare zeigten, dass KIM als *schwierig zu integrieren* und als *selten relevant* für den akut stationären Bereich eingeschätzt wurde. Eine Person äußerte: *wenn sich jemand damit auskennt*, und signalisiert damit, dass bei dem Personal im stationären Bereich kaum Wissen über KIM vorhanden sei.

Beim deskriptiven Vergleich der Einschätzungen in Bezug auf den erhobenen aktuellen Tätigkeitsschwerpunkt der Befragten lassen sich keine Antworttendenzen für eine stärkere Gewichtung der Relevanz von bestimmten Handlungsfeldern erkennen.

Methodische Implikationen, Ergebnisse des Workshops

Die Lehrmethoden wurden im Abschlussworkshop im Hinblick auf ihre Eignung zum Erwerb der zuvor definierten Kernkompetenzen diskutiert. Hierbei wurden auf Grundlage der Kernkompetenzen und der in der Delphi-Befragung diskutierten Aspekte folgende Punkte hervorgehoben:

1. Studierende sollten mit authentischen Patientenfällen konfrontiert werden und diese im interprofessionellen Team erarbeiten, um berufsspezifische Fähigkeiten in der Anamnese zu erwerben und geeignete evidenzbasierte Versorgungsoptionen zu entwickeln. Hierbei könnte eine wertschätzende und einfühlsame Kommunikation unter den einzelnen Berufsgruppen eingeübt werden. Ebenso könnten Fallszenarien auch für Prüfungssituationen genutzt werden.
2. Um die Patientenkommunikation entsprechend einzuüben, seien insbesondere Übungen mit Realpatientinnen und -patienten geeignet. Hier ließen sich empathisches Verhalten (was empfindet die Patientin oder der Patient?) und interprofessionelles Lernen (welche Fragen sind für die anderen Professionen interessant?) besonders gut fördern.
3. Praktische Übungen könnten anhand von Krankheitsbildern eingeführt werden, wobei hier schrittweise im zeitlichen Verlauf des Seminars neue Therapieverfahren hinzukommen könnten. Hierbei solle auch die Verzahnung der Diagnostik und Therapie aufgezeigt werden (Angemessenheit und Grenzen der Behandlung).
4. Der theoretische Hintergrund könnte als Video- oder Online-Training vermittelt werden, um die Anwesenheitszeiten für den interprofessionellen Austausch, Fallbearbeitung und Diskussion sowie für praktische Übungen zu nutzen. Wichtig bei der Erstellung der digitalen Medien sei, dass das interprofessionelle Setting berücksichtigt werde.

3.2.5 Gefahren und Chancen interprofessioneller Lehre zu KIM

In der dritten Befragungsrunde wurden die Befragten gleich zu Beginn aufgefordert, Gefahren und Chancen zu nennen, die sich aus dem Angebot von interprofessioneller Lehre zu KIM ergeben könnten. Alle Teilnehmenden kamen dieser Aufforderung nach. Insgesamt konnten aus den Freitextantworten induktiv vier Leitkategorien und jeweils zwei bis vier Subkategorien gebildet werden.

Aussagen aus beiden Fragestellungen konnten den Leitkategorien *Lehren und Lernen* und *Fakultätsentwicklung* zugeordnet werden. Der Leitkategorie *Implementierung* konnten nur Zitate aus dem Bereich Gefahr/Herausforderung zugeordnet werden, der Leitkategorie *Patientenversorgung* nur Zitate aus dem Bereich Chancen/Gewinn (Homberg und Stock-Schröer 2020).

Gefahr/Herausforderung

Insgesamt nimmt im Bereich Gefahr/Herausforderung die Kategorie *Lehren und Lernen* den größten Raum ein. Viele der Befragten sehen eine Gefahr darin, dass eine offene, kritische und wissenschaftlich-evidenzbasierte Herangehensweise von Dozierenden an die Thematik KIM nicht gewährleistet werden könne. Diese Sorge lässt sich sowohl in den Zitaten der Subkategorie *Unkritische Lehre*, als auch auf der Ebene der Fakultätsentwicklung (*Mangelnde Akzeptanz, Verlust des wissenschaftlichen Denkens*) und bei der Implementierung (*Rekrutierung der Lehrenden*) erkennen. Weitere Äußerungen betreffen Schwierigkeiten, die interprofessionelles Lernen per se mit sich bringt, wie beispielsweise unterschiedliche Vorkenntnisse der Studierenden und schwierige Planung bei der Berücksichtigung unterschiedlicher Studiengänge. Darüber hinaus wurde artikuliert, dass die Themenzusammenstellung eine Herausforderung sein könne (*Informationsflut und Beliebigkeit*). Drei Aussagen konnten nicht eingeordnet werden, weil die Befragten an dieser Stelle die positiven Aspekte eines interprofessionellen Settings betonten. In Tabelle 12 sind alle wörtlichen Zitate dargestellt.

Tabelle 12. Gefahr und Herausforderung bei interprofessioneller KIM-Lehre

Dritte Delphi-Runde (N= 36); Frage: *Worin besteht Ihrer Meinung nach die größte Gefahr und/oder Herausforderung beim Angebot eines interprofessionellen KIM-Seminars an einer medizinischen Universität/Hochschule?*; die Nummern in Klammer: Identifikationsnummer der Befragten; Kategorien sind absteigend nach Häufigkeit geordnet.

Kategorien	Zitate
Lehren und Lernen	
Unkritische Lehre	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Herangehensweise an das Thema, keine Vorurteile seitens der Dozenten (4) • Die Vielfalt der komplementärmedizinischen Angebote darzustellen und die Studierenden befähigen, sich ein eigenes Urteil zu bilden (6) • Fehlende wissenschaftsbasierte Auseinandersetzung (11) • Inhalte zu vermitteln, die nicht evidenzbasiert sind (12) • Nicht sachliche und objektive Darstellung von KIM, da letztlich immer nur auf klinische Studien rekurriert wird, jedoch nicht auf die Datenlage generell (17) • Es muss ein deutlicher Unterschied gemacht werden zwischen den Möglichkeiten und potenziellen Vorzügen wie Nachteilen der Naturheilkunde und den reinen Placebo-Methoden. So dürfte solch ein Seminar zwar die Existenz von Homöopathie und Bachblüten etc. nicht leugnen, müsste aber vor allem auf deren Gefahren für die Gesellschaft und die Medizin eingehen, anstatt "die Wirkungsweise" oder Geschichte unnötig zu beleuchten. Es besteht die Gefahr, dass Dozierende, die z. B. Homöopathie selbst anwenden, bei den Studierenden den Eindruck hinterlassen, dass in diesem Feld Anekdoten zählen und nicht die Erkenntnisse der Wissenschaft. Das Seminar muss sachlich und emotional neutral die wissenschaftlichen Fakten bzw. Erkenntnisse darlegen und den Aspekt der Patienten-Wertschätzung in der evidenzbasierten Medizin hervorheben. Ein aggressives "Anti-Homöopathie-Seminar" wäre potenziell nämlich Wasser auf die Mühlen derer (auch Studierende), die "der Schulmedizin" vorwerfen, komplementärmedizinische Methoden einfach an den Rand drängen zu wollen (24) • Ein zu unkritischer Umgang mit den verschiedenen Behandlungsmethoden (27) • Dass nicht-validierte oder nicht-evidence-basierte Verfahren als Alternative dargestellt werden. Dies stellt hohe Ansprüche u. setzt ein großes Maß an Neutralität des Dozenten voraus (34) • Vermittlung eines offenen aber auch kritischen Umganges mit KIM-Methoden (36)
Informationsflut und Beliebigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Zu trockener Unterricht (6) • Ein Curriculum zusammenzustellen, das möglichst alle wichtigen komplementäre Gebiete abdeckt, und auch die Grenzen der komplementären Methoden klar darlegt (9) • Viel zu viel Inhalte/Kompetenzen vermitteln zu wollen (10) • Der großen Informationsflut, die hinter dem Begriff Komplementärmedizin steht, gerecht zu werden (14) • Dass die Inhalte zu oberflächlich behandelt werden und dadurch zu den angebotenen Themenbereichen nur ein Halbwissen erzielt wird (15) • Oberflächlichkeit in der Behandlung der Thematik. Daher müssen die Zielsetzungen sehr scharf herausgearbeitet sein (22) • Dieser Bereich ist sehr breit und es kann nicht über alles informiert werden (23)
Unterschiedliche Vorkenntnisse und Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> • KIM-Inhalte so zu gestalten, dass jede*r Studierende gefordert wird und profitiert, ohne überfordert zu sein. Die Studierenden aus den verschiedenen Bereichen haben unterschiedliche Vorkenntnisse entsprechend der jeweiligen Studiengänge mit ihren Schwerpunkten. Somit befinden sich die Studierenden auf unterschiedlichen Ausgangsniveaus (1). • Umgang mit den unterschiedlichen beruflichen Hintergründen und dem daraus resultierenden Blick. Es ist darauf zu achten, dass die unterschiedlichen beruflichen Verständnisse nicht unreflektiert "gegeneinander ausgespielt" werden, sondern eine Offenheit und gemeinsame Basis hergestellt wird (7) • Unterschiedliche Vorkenntnisse, Lernvoraussetzungen. Professionsspezifische Vorbehalte gegenüber den anderen Berufsgruppen. Unterschiedlicher Erfahrungsstand hinsichtlich Lehr-Lern-Methoden und dadurch ggf. Vorbehalte gegenüber bestimmten Formaten (13) • Einige Studenten haben evtl. privat oder beruflich schon Erfahrung in komplementärmedizinischer Behandlung (14) • Den interprofessionellen Anspruch zu bedienen und dabei die Bedürfnisse der verschiedenen Berufsgruppen adäquat zu berücksichtigen und adressieren (25)
Wenig Interesse und Motivation	<ul style="list-style-type: none"> • Die Motivation der Studierenden wird sehr unterschiedlich sein (10) • Je nach Ausbildungsstand vor allem der Medizinstudierenden unter Umständen schwierig, da das schulmedizinische Denken schon stark geprägt. Komplementärmedizin schwierig von der Akzeptanz her (16) • Offenheit hierfür v.a. der Medizinstudenten (18) • Dass die verschiedenen Berufsgruppen nichts miteinander "anfangen" können und trotz gemeinsamen Unterrichts keine große Kommunikation stattfindet (20) • Dass die Mehrzahl der Studierenden das Angebot eines solchen Seminars als nicht wichtig einstuft und die Akzeptanz eines solchen Seminars nicht so hoch ausfällt (25)

Kategorien	Zitate
Fakultätsentwicklung	
Mangelnde Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> • Untergehen mit dem bisschen KIM-Stoff wegen des überwältigenden und nicht adäquaten Überhangs an "Schulmedizin" im Curriculum (2) • Überzeugung von konservativen Lehrenden für eine Implementierung (3) • Fehlende Akzeptanz durch die naturwissenschaftlichen Disziplinen (28) • Dass dieses von vielen Dozenten belächelt wird/ nicht ernst genommen wird (31) • Dass die Institution/Fakultät nicht hinter dem Angebot steht, dieses nicht unterstützt, keine promotionsrelevanten Credits spricht und demzufolge das Angebot nicht genutzt wird (32)
Keine Verständigung	<ul style="list-style-type: none"> • Bisher häufig noch bestehende gegenseitige Stereotype in allen Ebenen, die eine Barriere darstellen können (1) • Relevanz von KIM kann in den Bereichen unterschiedlich sein (8) • Ein Curriculum zusammenzustellen, das für die beteiligten Studiengänge relevant und interessant ist (9) • Kompetenzrängeleien der verschiedenen Professionen, Verwässerung (viele Köche verderben den Brei), mangelndes Profil, mangelnde Strukturierung, Beliebigkeit (26) • K-/eine gemeinsame Sprache mit der Universität zu finden, über die sich diskutieren lässt (33)
Verlust des wissenschaftlichen Denkens	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von kritischer Reflexion auf Medizin, Pflege und Versorgung allgemein, weil KIM zum größten Teil nicht evidenzbasiert ist (21) • Dass versehentlich Zweifel an den Grundsätzen der so genannten "Schulmedizin" geschürt werden könnten zugunsten der Hinwendung zu pseudo- bzw. nicht-wissenschaftlichen medizinischen Theorien und Praktiken (24) • Bewerbung von Verfahren und Methoden, die ohne Nutzenbeleg auf wissenschaftlicher Ebene vermittelt würden und damit dem Auftrag von Lehre und Forschung qualitativ evtl. nicht gerecht werden (29)
Implementierung	
Schwierige Planung	<ul style="list-style-type: none"> • In der Koordination der Termine (3) • Gemeinsame Terminplanung mit unterschiedlichen Studiengängen (18) • Dass es möglicherweise auch zulasten anderer medizinisch relevanter und bewiesener Methoden erfolgen würden (29) • Dass es eine zusätzliche Zeitbelastung darstellt und für interessierte Studenten die Arbeitsbelastung zu groß (35)
Ungleiche Zusammensetzung der Teilnehmenden	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn zu wenige von einer Berufsgruppe teilnehmen, kann dies zur Bestätigung von Stereotypen führen oder die Durchführung von Lernen mit-von-übereinander erschweren (3) • Dass bei einer starken Besetzung durch Medizinstudenten das Seminar zu stark auf die Medizin ausgerichtet wird und die therapeutisch-pflegerischen Berufe zu kurz kommen (22)
Rekrutierung der Lehrenden	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeit, geeignete Dozenten/in zu finden, die einen Hochschulabschluss und ausreichend Erfahrung besitzen (10) • Es ist somit unbedingt davon abzusehen, jegliche "homöopathischen Ärzte", Heilpraktiker oder irgendwelche Gurus als Dozierende zu gewinnen (24) • Dozierende mit Expertise und Evidenzbasierung zu finden (31) • Auswahl geeigneter Dozenten, die die Datenlage kritisch evaluieren und ausgewogen an die Studenten übermitteln (36)
Sonstiges	
	<ul style="list-style-type: none"> • Die interprofessionelle Zusammensetzung ist nicht herausfordernd (3) • Ich sehe in einem gemeinsamen interprofessionellen Seminar keine Gefahr, sondern einen Gewinn! Diagnostische und therapeutische Aspekte einer anderen ärztlichen oder therapeutischen Profession zu erfahren und zu diskutieren ist ein Gewinn sowohl für die Behandler selbst als auch für die Patienten. Das gleiche gilt für die beiden Gebiete der Schulmedizin und komplementären Medizin (9) • Die Interprofessionalität sehe ich nicht als Gefahr, eher im Gegenteil (11)

Chancen/Gewinn

Im Bereich Chancen bzw. Gewinn nimmt die Leitkategorie *Patientenversorgung* den größten Raum ein. Es werden sowohl positive Effekte auf die patientenzentrierte Versorgung, auf die interprofessionelle Zusammenarbeit als auch auf die Implementierung von KIM in der Patientenversorgung und die Stärkung der evidenzbasierten Medizin erwartet. Die Befragten gingen davon aus, dass sich sowohl auf der Ebene des *Lehrens und Lernens* als auch im Bereich der *Fakultätsentwicklung* neue Möglichkeiten ergeben könnten (*Horizontenerweiterung, Eröffnung neuer Perspektiven*). Inwieweit es gelingt, durch die Implementierung die wissenschaftliche Orientierung der Fakultät zu stärken oder gar die Lehre zu reformieren, machten die Befragten davon abhängig, ob die Interprofessionalität gelungen aufgegriffen und die Befähigung zum wissenschaftlichen Denken gefördert werden.

Zwei Zitate aus dem Bereich Chancen/Gewinn konnten nicht eingeordnet werden. Eine Person nimmt an, dass viele Studierende kein Interesse für ein entsprechendes Lehrangebot aufbrächten. Eine weitere Person äußerte, nicht zu wissen, was als Gewinn eines solchen Seminars zu nennen wäre. Die gleiche Person befürchtet den Verlust einer kritischen Reflexion von Medizin, Pflege und Versorgung allgemein, aufgrund der fehlenden Evidenz bei KIM. In Tabelle 13 sind alle wörtlichen Zitate dargestellt.

Beim Vergleich der beiden Bereiche Gefahr/Herausforderung und Chancen/Gewinn fällt insgesamt auf, dass die Anzahl der einzelnen Nennungen in etwa gleich hoch ist und somit in einem ausgewogenen Verhältnis stehen (Homberg und Stock-Schröer 2020).

Tabelle 13. Chancen und Gewinn bei interprofessioneller KIM-Lehre

Dritte Delphi-Runde (N= 36); Frage: *Worin besteht Ihrer Meinung nach die größte Chance und/oder Gewinn beim Angebot eines interprofessionellen KIM-Seminars an einer medizinischen Universität/Hochschule?*; die Nummern in Klammer: Identifikationsnummer der Befragten; Kategorien sind absteigend nach Häufigkeit geordnet.

Kategorien	Zitate
Patientenversorgung	
Stärkung der ganzheitlichen und patientenzentrierten Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Bestmögliche ganzheitliche Patientenversorgung als Outcome (1) • Praxisrealität abbilden und damit "die wirkliche Patientenwelt" und deren Bedürfnisse kennenlernen (2) • Der Aktivierung von Patienten/-innen und die Sicht des ganzen Menschen und nicht nur des Fachgebiets (5) • Besseres Verständnis für die Patienten (6) • Kennenlernen unterschiedlicher Patient-Therapeut-Beziehungen, da nicht-ärztliche Therapeuten eher auf Augenhöhe arbeiten können (8) • Die Möglichkeit, Erkrankungen und Therapien aus dem Blickwinkel eines anderen ärztlichen oder therapeutischen Berufes zu erfahren und die Chance, ergänzende diagnostische und therapeutische Verfahren aus unterschiedlichen komplementärmedizinischen und schulmedizinischen Gebieten in einer vertieften Sichtweise kennenzulernen, zu beurteilen und selbst anzuwenden (9) • Einen ganzheitlichen Blick auf Gesundheit zu erlangen (15) • In der patientenzentrierten Darstellung, weil nur der Patient aus seinem Umfeld berichten kann, wie Anlass, Verlauf und Ergebnis sich darstellen (17) • Der Ansatz ist grundsätzlich wunderbar, denn Komplementärmedizin lebt von der Interprofessionalität. Die Berufsgruppen haben verschiedene Schwerpunkte in der Behandlung/Betreuung von Patienten. Durch die Interdisziplinarität können die Beteiligten ein umfassenderes Bild der Behandlungsoptionen bekommen (22) • Kompetenzerwerb zur ganzheitlichen Versorgung (28) • Erwerb des ganzheitlichen Verständnisses von Medizin (30)
Stärkung der Interprofessionellen Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Stereotype überwinden, Erreichen eines interprofessionellen „Wir-Gefühls“ (1) • Förderung der interprofessionellen/interdisziplinären Zusammenarbeit (5) • Offenheit für die Zusammenarbeit (6) • Vorbereitung auf eine (v. a. im Sinne der Patienten) erfolgreiche, gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit in der Berufspraxis. Besseres Verständnis für die jeweiligen anderen Berufsgruppen und dadurch Abbau/Überwindung professionsspezifischer Konflikte (13) • Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit (18) • Aufweichung althergebrachter hierarchischer Strukturen in den Kliniken (19) • Brücken zwischen den verschiedenen Berufsgruppen werden bereits im Studium gebaut und ein vertieftes gegenseitiges Verständnis entwickelt werden (22) • Es fördert den interprofessionellen Austausch und die Kommunikationskompetenz in der Patientenversorgung, evtl. auch die Teamfähigkeit (25) • Abbau von Berührungängsten (28)
Implementierung von KIM in die Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung von KIM in die Gesundheitsversorgung (3) • Entwicklung integrativer Ansätze (6) • Anderes Bild und mehr Gehör für die KIM zu schaffen (31) • Schaffen einer breiten Basis für die Umsetzung von KIM in der Praxis (36)
Stärkung der evidenzbasierten Medizin/Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Sich mit der Evidenzbasierung der KIM auseinanderzusetzen (11) • Es fördert den Umgang mit Evidenz basierter Medizin im Sinne der ursprünglichen Definition von David Sackett (25) • Die Anforderungen im medizinischen Alltag zu bestehen und wissenschaftlich vorzugehen, zumal Aufklärung und Informationen immer bedeutsamer werden auch dazu (29) • Der Blick über den Tellerrand der schulmedizinischen Verfahren kann bei der Beurteilung der Verfahren selbst hilfreich sein und ermöglicht die Einschätzung neuer Verfahren bezüglich der Evidenz und der Wirksamkeit (34)
Lehren und Lernen	
Gemeinsames Lernen	<ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitiges und gemeinsames Lernen, Kennenlernen der Kompetenzen und Grenzen der verschiedenen Berufe, Interprofessionalität als Selbstverständlichkeit schon in der Ausbildung anlegen und festigen (1) • Im gemeinsamen Lernen, Austausch und Kennenlernen (3) • Ein interprofessionelles Seminar ist immer ein Gewinn (4) • Interprofessionelle Ansatz, gemeinsames Lernen usw. (10) • Gemeinsames, interdisziplinäres und anwendungsbezogenes Lernen (12) • Lernen von-, mit- und übereinander durch das Erlernen gemeinsamer Skills (16) • In der interprofessionellen Vermittlung. Die Studierenden haben Gelegenheit, sich bereits während des Studiums kennenzulernen (32)

Kategorien	Zitate
Horizont- erweiterung	<ul style="list-style-type: none"> • Das medizinische Team wird über KIM informiert und bei Interesse und Bedarf können sie sich in verschiedene Richtungen weiterbilden (23) • Historische Aspekte zu bestimmten Naturheilverfahren können den Studierenden helfen, alte wie moderne Ansätze in der Medizin besser zu verstehen (24) • Es könnte einen Überblick über die Vielfältigkeit von Versorgungsangeboten neben der klassischen Schulmedizin geben (27) • Da Komplementäre und Integrative Medizin durchaus mit philosophisch ethischen Fragestellungen konnotiert ist, können wichtige Diskussionen stattfinden (32) • Zusätzliche Behandlungsansätze und Philosophien kennenzulernen (Es ist horizontweiternd ...) (35)
Fakultätsentwicklung	
Eröffnen neuer Perspektiven	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung und Reflexion unterschiedlicher Systeme und Paradigmen von Heilverfahren (6) • Erweiterung des Horizonts (neue Lehrinhalte, professionelle Aufarbeitung von naturheilkundlichem Wissen) (20) • Zeigen, dass man den Patienten und die gesellschaftliche Gesundheit in den Mittelpunkt stellt und dabei alle Optionen betrachtet (24) • Verschiedene Blickweisen, Dialog (26) • Mechanistisch reduktionistisches Denken zu überwinden (33)
Stärkung der wissen- schaftlichen Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Professionelle Mediziner und Gesundheitsberufe auszubilden, die den 'Hokuspokus' von der evidenzbasierten Komplementärmedizin trennen können und dies auch begründen können. Auf diese Weise besteht ein solides Wissen, welches auch von der deutschen Bevölkerung gefragt und gewollt ist (14) • Hochschulen können gegenüber den Studierenden klar Stellung beziehen, dass erfolgreiche Medizin auf der Erlangung und Überprüfung wissenschaftlicher Erkenntnisse fußt. Das Seminar ist eine große Chance, wissenschaftliches Denken und Handeln bei zukünftigen Ärzten zu fördern und diese auch dazu zu befähigen, ihr Wissen anzuwenden (24)
Reformierung der Lehre	<ul style="list-style-type: none"> • Modernisierung der Ausbildungen der Health Professionals (3) • Interdisziplinäre und interprofessionelle Lehrveranstaltungen entsprechen der modernen Sichtweise einer Medizinischen Fakultät in der Gestaltung von Lehre und Weiterbildung (19)
Sonstiges	
	<ul style="list-style-type: none"> • Es sollte kein Pflichtmodul sein, da es wahrscheinlich viele Studierende gibt, die hier definitiv kein Interesse haben (4) • Weiß ich nicht (21)

4 Diskussion

4.1 Methodenkritik

4.1.1 Diskussion der Fragestellung

Vor dem Hintergrund der hohen Inanspruchnahme von KIM in der deutschen Bevölkerung und des derzeitigen Fehlens aufeinander abgestimmter Ausbildungskonzepte für die einzelnen Gesundheitsberufe kann die Thematik dieser Studie als sehr relevant angesehen werden. Die zentralen Forschungsfragen dieser Studie zielen darauf, Kompetenzen, Rollen und Inhalte für ein interprofessionelles KIM-Curriculum im Grundstudium zu identifizieren und zu gewichten sowie sich daraus ergebende didaktische Aspekte, Gefahren und Chancen bei der Implementierung zu erfassen. Mit den Ergebnissen wird erstmalig ein für den deutschsprachigen Raum systematisch erarbeiteten Curriculumsentwurf vorgelegt, der dazu dienen kann, entsprechende Lehrangebote an Medizinischen Fakultäten und Hochschulen für Gesundheit zu etablieren.

Die zeitgleiche Erfassung von Kompetenzen, Rollenkompetenzen, Inhalten und didaktischen Methoden im Rahmen der Delphi-Befragung zeigte sich als hochkomplex und facettenreich. Möglicherweise wäre es für die Befragten und für die Autorin einfacher gewesen, sich auf eine dieser Fragestellungen zu fokussieren. Auf der anderen Seite konnte gerade durch die Beleuchtung und Diskussion dieser voneinander abhängigen curricularen Strukturelemente ein in sich stimmiges Gesamtgefüge herausgearbeitet werden. Die Triangulation der Ergebnisse der einzelnen Forschungsfragen leistet hierbei einen Beitrag zu deren Validierung (Flick 2019). Prüfungsformate stellen ein weiteres wichtiges Strukturelement eines Curriculums dar. Dennoch wurde eine entsprechende Fragestellung außer Acht gelassen. Bei dieser Dissertation wird davon ausgegangen, dass die Thematisierung dieses sehr wichtigen, aber von vielen Regularien abhängigen Elementes zum jetzigen Zeitpunkt nicht hätte fruchtbar diskutiert werden können. Zum einen, weil die Ausbildungsgänge im Umbruch sind und Strukturen für interprofessionelle Module erst aufkeimen (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen 2019; Jünger 2018), zum anderen, weil sich Prüfungen primär an den Lernzielen bzw. Kompetenzen orientieren sollten und nicht umgekehrt (Bonse-Rohmann 2008). Darüber hinaus muss ein Curriculum für ein bestimmtes Umfeld konzipiert und einzelne Module einer Ausbildung aufeinander abgestimmt werden.

4.1.2 Diskussion der Methode

Die Delphi-Methode zeigte sich insgesamt als gut geeignet, um in einem mehrstufigen Prozess die Fragestellungen dieser Studie zu beantworten. Nach Häder geht es bei Delphi-Befragungen um ein *Finden von Urteilen unter suboptimalen Bedingungen* (Häder 2014, S. 200), da die Teilnehmenden komplexe Sachverhalte unter Zeitdruck bewerten müssen, zu welchen zu diesem Zeitpunkt unvollständige Informationen vorhanden sind. An die Teilnehmenden werden dadurch hohe Ansprüche gestellt, da sie mit dieser Unsicherheit umgehen müssen. Umso mehr ist die aktive und engagierte Teilnahme der Befragten über den mehrstufigen Prozess zu würdigen. Die anonyme Befragung erwies sich als vorteilhaft, um den Einfluss von Hierarchiestrukturen und die Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten zu minimieren. Im Verlauf der schriftlichen Befragung zeigte sich jedoch, dass das feingliedrige aufeinander abstimmen der einzelnen curricularen Strukturelemente mit einer schriftlichen Befragung kaum zu meistern war. Aus diesem Grund wurde zusätzlich zur schriftlichen Erhebung ein eintägiger Abschlussworkshop einberufen, um die Ergebnisse in Bezug zueinander diskutieren zu können. Im Workshop konnte aufgrund der zuvor in der schriftlichen Befragung geführten Diskussionen und der gewonnenen Ergebnisse zielführend und konstruktiv gearbeitet werden. Hinsichtlich der im Workshop erarbeiteten Kernkompetenzen und der darauf bezogenen Implikationen für Inhalte und Methoden konnte eine Übereinkunft unter allen Teilnehmerinnen erzielt werden. Somit trug die Kombination aus der klassischen, anonymen und schriftlich geführten Delphi-Befragung mit einem vereinfachten Gruppen-Delphi maßgeblich zum Erfolg dieser Studie bei.

Die Fragen der einzelnen Befragungsbögen bezogen sich auf ein fiktives Seminar von ca. 30 bis 60 Unterrichtseinheiten, das an einer Medizinischen Fakultät im interprofessionellen Setting für unterschiedliche Gesundheitsberufe einschließlich der Humanmedizin im Grundstudium angeboten wird. Dieses Setting entspricht in etwa dem Wahlpflichtmodul *InterKIM*, welches in Heidelberg im Umfang von zwei Semesterwochenstunden für Studierende der Humanmedizin und Studierende der Interprofessionellen Gesundheitsversorgung seit 2018 jährlich durchgeführt wird. Die Evaluation dieses Moduls zeigt, dass das Seminar von Studierenden und Lehrenden gut angenommen wird (Homborg et al. 2019a). Zwei Jahre nach Einreichung des Studienprotokolls für diese Dissertation wurde ein Artikel veröffentlicht, welcher die erfolgreiche Durchführung eines nahezu identischen Settings an einer australischen Hochschule darstellt und ebenfalls positive

Evaluationsergebnisse aufweist (Kutt et al. 2019). Diese beiden Beispiele belegen, dass das zugrunde gelegte Szenario sowohl realistisch als auch interprofessionell durchführbar ist.

Die siebenstufige Likert-Skala erwies sich als geeignet, um die einzelnen Items zu bewerten. Entgegen den Befürchtungen der Pretest-Personen konnte bei der Eingruppierung der Kompetenzen, Rollenkompetenzen und curricularen Inhalte weitgehend die Bandbreite der vier Relevanzgruppen ausgeschöpft werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Relevanzgruppen ist jedoch darauf zu achten, dass die Relevanzgruppen anzeigen, ob ein Konsens über die Relevanz gefunden werden konnte. Die Gruppe *nicht relevant* kann demnach auch Items beinhalten, die von einigen Befragten als *sehr relevant* eingestuft wurden. Die Festlegung eines Wertes von mindestens 80 % der Bewertungen auf Likert-Stufe fünf oder sechs für die Einstufung in die Gruppe *relevant* oder *sehr relevant* mag einige wichtige Kompetenzen oder Inhalte ausgeschlossen haben. Insbesondere die Kompetenzen und Inhalte, für die kein Konsens erzielt wurde, hätten im Verlauf der Datenerhebung oder im Abschlussworkshop noch eingehender diskutiert werden können.

Nicht alle Kriterien eines klassischen Delphi-Verfahrens wurden strikt eingehalten. Den Befragten wurde beispielsweise nicht die Möglichkeit eingeräumt, einmal getätigte Aussagen oder Einschätzungen in einer Folgerunde zu revidieren. Die zunächst geplante und in der zweiten Runde noch durchgeführte Darbietung der eingruppierten Kompetenzen und Inhalte als Hypothesen, welche auch eine Zusammenfassung der Anmerkungen inkludierte, zeigte sich zu komplex, um tatsächlich eine Revidierung der Einschätzungen auf Grundlage der Ergebnisse der Vorrunde herbeizuführen. Daher wurde diese Fragetechnik in der Folgerunde nicht erneut eingesetzt und die daraus gewonnenen Daten wurden nicht analysiert.

Die Auflistung von vorgegebenen Kompetenzen und Inhalten in der ersten Befragungsrunde ist ebenfalls kritisch zu diskutieren. Der Zusammenstellung lag ein narratives und kein systematisches Review zugrunde, so dass nicht alle in der Literatur zu diesem Zeitpunkt veröffentlichten Kompetenz- und Inhaltsbeschreibungen berücksichtigt wurden. Die Befragten könnten durch die Auswahl in eine bestimmte Richtung gelenkt worden sein. Die Befragten hatten jedoch die Möglichkeit, weitere Vorschläge einzubringen und den Verlauf der Befragung mitzubestimmen. Dennoch ist es möglich, dass eine andere Vorauswahl an Kompetenzen und Inhalten und andere Fragestellungen zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt hätten. Die Stärken dieser Befragung können jedoch im Austausch neuer Ideen und Impulse und dem Zusammenführen von unterschiedlichen Perspektiven gesehen werden und

darin, dass den Befragten über die drei Runden hinweg ausreichend Möglichkeiten eingeräumt wurden, den Befragungsprozess zu steuern.

4.1.3 Diskussion der Expertenauswahl und des Expertenpanels

Expertenauswahl und Rekrutierung

Eine weitere mögliche Einschränkung dieser Delphi-Studie liegt in der Zusammensetzung des Expertenpanels. Um die Intersubjektivität zu gewährleisten, wurde eine Monitoringgruppe einberufen, um die entsprechenden Quotenmerkmale für das Panel festzulegen. Die Merkmale wurden in einem zweiten Schritt im Rahmen einer Tagungswerkstatt diskutiert und modifiziert (Thierfelder und Wild 2018). Ein möglicher Kritikpunkt ist, dass nicht alle für die Versorgung relevanten Berufsgruppen eingeschlossen wurden, und beispielsweise der hohe Anteil der ärztlichen Berufsgruppe im Vergleich zur Pflege nicht die Versorgungsrealität abbildet. Die Auswahl erfolgte unter dem Gesichtspunkt, dass innerhalb der Ärzteschaft eine höhere Bandbreite an Erfahrungen, Versorgungsangeboten und Fachrichtungen abzubilden ist als bei den anderen Gesundheitsberufen. Ziel war nicht, eine Auswahl hinsichtlich der Repräsentativität einer Gesamtpopulation herzustellen, sondern möglichst unterschiedliche Expertisen im Bereich von KIM und Interprofessionalität einzuschließen (Häder 2000). Kritisch ist ebenfalls zu sehen, dass weder Vertreter aus den Bereichen Ergotherapie, Logopädie noch des Heilpraktikerwesens eingeschlossen wurden. Die Begründung für dieses Vorgehen findet sich in Kapitel 2.2.2. Insbesondere in Bezug auf die Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker gilt abzuwarten, welche Entscheidungen im Hinblick auf die weiteren Regularien in Bezug auf den Berufsstand und dessen Handlungsspielraum durch den Bundestag getroffen wird (Deutscher Bundestag 2020). Die Involvierung weiterer Berufsgruppen, wie beispielsweise aus den Bereichen Ökotrophologie, Dolmetschwissenschaft, Psychotherapie und Sozialarbeit, wurde im interprofessionellen Kontext bislang wenig diskutiert. Dieser Punkt hätte zumindest innerhalb der schriftlichen Befragung thematisiert werden können und bietet Potential für weitere Erhebungen. Von den Teilnehmenden wurde die Zusammensetzung des Expertenpanels hinsichtlich des Einschusses von Expertinnen und Experten, die nicht positiv gegenüber KIM eingestellt sind, kritisiert und diskutiert. Dieses Einschlusskriterium wurde jedoch explizit von der Monitoringgruppe festgelegt, da die zukünftige Implementierung eines solchen Curriculums nur gelingen kann, wenn auch diese Personengruppe berücksichtigt wird.

Auf eine pre-Delphi-Studie zur Ermittlung der Charakteristik, Kompetenzen und Teilnahmebereitschaft der vorausgewählten Expertinnen und Experten wurde verzichtet, daher konnte das Abbilden ausbalancierter Quotenmerkmale, wie beispielsweise unterschiedliche Einstellungen zu KIM oder Anwendung bzw. Nichtanwendung von KIM-Verfahren in der beruflichen Praxis, bei der Auswahl nicht sichergestellt werden. Die Auswahl erfolgte vielmehr auf Grundlage von Vorannahmen und aufgestellten Hypothesen über die jeweilige Expertise der einzelnen Expertinnen und Experten. Der Nutzen einer pre-Delphi-Studie wird in der Literatur im Verhältnis zu dem Aufwand als gering eingeschätzt (Häder 2000). Die Merkmale der Teilnehmenden in Bezug auf ihre Expertise wurden in der ersten Befragungsrunde erfasst, um mögliche Verzerrungen aufgrund falscher Vorannahmen, die zu einer unzureichenden Ausbalancierung bei den Teilnehmenden führen könnten, zu identifizieren. Hierbei zeigte sich, dass fast alle Expertenfelder ausreichend besetzt waren und die Quotenmerkmale weitgehend erfüllt werden konnten.

Probleme bei der Rekrutierung gab es für die beiden Bereiche *Pharmazie* und *Vertreter der Krankenkassen*. Obwohl auf vorhandene Netzwerkstrukturen in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung zurückgegriffen werden konnte, waren die Rekrutierungsbemühungen für diese zwei Expertenfelder wenig erfolgreich. Möglicherweise konnten die angefragten Personen den Nutzen dieser Studie weniger gut erkennen oder hatten weniger Bezugspunkte zur Curriculumsentwicklung. Auch bei dem Expertenfeld *Schlüsselpersonen* war die Teilnahmebereitschaft relativ gering (siehe Tabelle 1). Dies könnte daran liegen, dass bei den angefragten Personen zwar Interesse für den Zweck und die Inhalte dieser Studie vorhanden war, jedoch die persönliche Motivation nicht ausreichte, um die zeitliche Belastung der Teilnahme an den Befragungen in Kauf zu nehmen.

Zusammensetzung der Teilnehmenden

Der Anteil der weiblichen Teilnehmenden war deutlich höher als der der männlichen. Hierbei ist zu beachten, dass generell der weibliche Anteil an Gesundheitspersonal in Deutschland relativ hoch ist und aktuell mit 75,6 % in etwa dem hier in dieser Studie vorliegenden Anteil entspricht (DESTATIS Statistisches Bundesamt 2020). In der deutschen Bevölkerung wenden mehr Frauen als Männer KIM-Verfahren an (Härtel und Volger 2004), was allgemein auf eine größere Akzeptanz des Themenbereichs KIM unter der weiblichen Bevölkerung schließen lässt.

Bei Betrachtung der länderspezifischen Zusammensetzung ist ein besonders hoher Anteil an Teilnehmenden aus Baden-Württemberg augenfällig sowie die fehlende Teilnahme von Expertinnen oder Experten aus Österreich. Dies ist dem Zurückgreifen auf soziale Netzwerke und auf bestehende Kontakte der Monitoringgruppe bei der Rekrutierung der Expertinnen und Experten geschuldet. Immerhin waren etwa die Hälfte der Teilnehmenden nicht aus Baden-Württemberg und es konnten Teilnehmende aus der Schweiz und aus den neuen Bundesländern rekrutiert werden. Inwieweit die Ergebnisse auch auf die Schweiz oder Österreich übertragen werden können, kann aufgrund des geringen oder fehlenden Einschlusses von Teilnehmenden aus diesen Ländern nicht beantwortet werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Einfluss des Quotenmerkmals *Herkunft* auf die Ergebnisse geringer ist als beispielsweise die berufliche Expertise (*Häder 2000*).

Die erhobenen Qualifikations- und Tätigkeitsprofile zeigen, dass viele der Teilnehmenden Expertise in mehreren Expertenfeldern aufwiesen. Darüber hinaus wurden in den Freitextfeldern noch weitere Expertisen aufgeführt, wie beispielsweise Qualifikationen im Bereich Umweltmedizin, Psychoonkologie, Qualitätsmanagement, Ernährungsmedizin, so dass insgesamt ein breites Spektrum an Erfahrungen und Qualifikationen vorlag. Auffällig ist der sehr hohe Anteil der Personen, die einen ihrer aktuellen Tätigkeitsbereiche in der Forschung sehen. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Befragten unter anderem über Fachgesellschaften und universitäre Netzwerke rekrutiert wurden. In Abbildung 5 wird ersichtlich, dass die Lehrforschung dabei einen größeren Bereich einnimmt als die Grundlagenforschung. Der Tätigkeitsbereich *Lehre an der Hochschule/Universität* wird am zweithäufigsten genannt. Darüber hinaus spiegelt der hohe Anteil der Befragten, die Erfahrungen in der Curriculumsentwicklung angeben (Tabelle 3), wider, dass die Expertise zur Beantwortung der für die in dieser Studie zentralen Fragestellungen unter den Teilnehmenden gegeben war.

Ein Ziel bei der Rekrutierung war, Expertinnen und Experten mit Erfahrungen im ambulanten und stationären Sektor in einem ausgewogenen Verhältnis einzubeziehen. Während in Tabelle 1 etwa die doppelte Anzahl der Expertinnen und Experten ihren aktuellen Tätigkeitsschwerpunkt in der ambulanten Patientenversorgung sieht, zeigt die Abbildung 4, dass im Hinblick auf die Erfahrungen ein ausbalanciertes Verhältnis zwischen dem stationären und ambulanten Versorgungsbereich vorlag. Möglicherweise ist das darauf zurückzuführen, dass die Karrierewege nach der grundständigen Ausbildung in der Regel im stationären Bereich beginnen (Steger et al. 2014). Gemäß den Quotenmerkmalen ist es

gelingen, Ärztinnen oder Ärzte aus den Bereichen Pädiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin zu rekrutieren. Im Bereich der Pflege konnten auch die Bereiche der Kinder- und Altenpflege eingeschlossen werden.

Die Einstellung zu KIM ist bei den Teilnehmenden weitgehend positiv, obwohl explizit auch Expertinnen und Experten eingeladen wurden, von denen eine eher neutrale oder negative Einstellung gegenüber KIM zu erwarten war. Möglicherweise war die Bereitschaft zur Teilnahme bei Personen mit positiver Einstellung gegenüber KIM höher. Gegebenenfalls ist aber auch die Einstellung gegenüber KIM unter Lehrenden und Praktizierenden im Gesundheitsbereich eher positiv. So zeigen im deutschsprachigen Raum durchgeführte Studien durchweg eher positive Einstellungen gegenüber KIM, beispielsweise bei Entscheidungsträgern an medizinischen Hochschulen (Brinkhaus et al. 2005), bei unterschiedlichen Berufsgruppen in der onkologischen Palliativversorgung (Conrad et al. 2014), unter Allgemeinmedizinern (Joos et al. 2008b; Linde et al. 2015) und unter Medizinstudierenden (Nicolao et al. 2010b).

Bei der Rekrutierung wurde angestrebt, dass die von den Ärztinnen und Ärzten angewandten KIM-Methoden möglichst breit gefächert sein sollten, um mögliche Verzerrungen zu vermeiden. In Tabelle 4 ist ersichtlich, dass der größte Anteil der Befragten, die KIM anwenden, Phytotherapie benennen, gefolgt von TCM/Akupunktur, Mind-Body-Medizin, Hydrotherapie, Homöopathie und Bewegungstherapie. Dies entspricht auch weitgehend dem Inanspruchnahmeverhalten im deutschsprachigen Raum (Härtel und Volger 2004), beispielsweise werden für den ambulanten Bereich in Deutschland Akupunktur, Phytotherapie und Homöopathie als die am häufigsten eingesetzten Verfahren angegeben (Thanner et al. 2014).

Ein Kritikpunkt einer teilnehmenden Person betraf den Einschluss von Personen aus *verschiedenen Lagern*. Dies wurde jedoch im Vorfeld seitens der Monitoringgruppe diskutiert und als Quotenmerkmal angestrebt. Es kann nach Auffassung der Autorin eher als Stärke dieser Studie gewertet werden, dass trotz des Einbezugs von Personen unterschiedlicher Grundüberzeugungen über viele Bereiche der Curriculumsentwicklung ein Konsens gefunden werden konnte. Es ist davon auszugehen, dass sich unter Lehrenden und Fakultätsvertretern und -vertreterinnen ein ähnliches Spektrum an Grundhaltungen finden lässt. Darüber hinaus sollte ein allgemeines Curriculum nicht einseitig die Interessen bestimmter Personengruppen widerspiegeln.

Insgesamt zeigen die erfassten soziodemographischen Daten, dass die vierzehn zuvor festgelegten Quotenmerkmale (Kapitel 2.2) von den tatsächlich teilgenommenen Expertinnen und Experten weitgehend abgebildet wurden. Die Stichprobengröße war jedoch zu klein und zu heterogen, um Antworttendenzen zwischen den verschiedenen Gruppen zuverlässig zu ermitteln. Es wäre beispielsweise interessant gewesen, ob sich 1. die Einschätzungen von Ärztinnen und Ärzten von denen der Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe unterscheiden, 2. ob sich die zwischen den Teilnehmenden mit Tätigkeitsschwerpunkt im stationären Bereich von denen mit Schwerpunkt im ambulanten Bereich unterscheiden und 3. ob die Einstellung zu KIM einen Einfluss auf das Antwortverhalten hat. Die Darstellung dieser Unterschiede war nicht die Zielsetzung dieser Studie und könnte in einer weiteren Untersuchung aufgegriffen werden.

4.1.4 Diskussion des Befragungsprozesses

Rücklauf- und Abbruchquote

Bei Delphi-Studien ist es schwierig, die Rücklaufquote im Voraus einzuschätzen. Im Allgemeinen ist von etwa 30 % für die erste Befragungsrunde und von 70 % bis 75 % Rücklauf unter den verbleibenden Teilnehmenden für die jeweiligen Folgerunden auszugehen (Häder 2000, S. 12). Die bei dieser Studie erzielte hohe Rücklaufquote über den langen Befragungszeitraum hinweg und die umfangreiche Nutzung von Freitextfeldern sprechen für ein hohes Maß an Engagement und Interesse der Teilnehmenden an der Thematik dieser Studie. Möglicherweise sind auch die gezielte Auswahl und individualisierte Einladung zur ersten Befragungsrunde ausschlaggebend für die hohe Beteiligung.

Erhöhte Abbruchquoten sind bei Personen ohne oder mit geringer Qualifikation im Bereich Lehre zu finden (siehe Tabelle 3). Gegebenenfalls waren diese Personen durch die recht anspruchsvollen Fragstellungen, insbesondere im Bereich der Kompetenzeinschätzungen, eher überfordert. Die weiteren erhobenen individuellen Merkmale, wie aktuelle Tätigkeitsschwerpunkte, berufliche Qualifikation, Berufserfahrung oder Einstellungen gegenüber KIM, lassen keinen Einfluss auf höhere Abbruchquoten erkennen, so dass insgesamt die Zusammensetzung der Teilnehmenden über die drei Befragungsrunden relativ konstant blieb. Eine Nachrekrutierung von Teilnehmenden war im Studienprotokoll nicht vorgesehen und aufgrund der stabilen Zusammensetzung auch nicht notwendig.

Verlauf des Befragungsprozesses

Nach der ersten Runde äußerten zwei Teilnehmende, dass die Befragung zu stark gelenkt bzw. zu sehr auf bestimmte Schemata ausgerichtet sei. Aus den weiteren Anmerkungen dieser Teilnehmenden geht hervor, dass die Kritik sich auf die Vorgaben Interprofessionalität und KIM-Verfahren bezieht. Die Vorgabe eines bestimmten Settings ist der Delphi-Methodik inhärent, das heißt, es muss das Gegenstandsfeld, das untersucht werden soll, zuvor klar definiert werden. Das Thema dieser Delphi-Befragung lehnt sich an ein Förderprojekt der *Karl und Veronica Carstens-Stiftung* an, in welchem die Interprofessionalität und die KIM-Lehre im Grundstudium als Fixpunkte vorgegeben wurden. Häufig wird zu Beginn einer Delphi-Befragung ein Expertenworkshop durchgeführt, bei dem eben diese Prämissen festgelegt oder vorgestellt werden. Möglicherweise wäre es hilfreich gewesen, den Teilnehmenden ohne Erfahrungen im interprofessionellen Bereich vor der ersten Befragungsrunde entsprechende Informationen zukommen zu lassen oder im Glossar neben der Definition der *Interprofessionellen Zusammenarbeit* auch den erwarteten Nutzen der interprofessionellen Lehre darzustellen.

Die starke Gewichtung der Therapieverfahren entstammt der zur Fragebogenentwicklung herangezogenen Literatur. Auch in der internationalen Literatur werden curriculare Inhalte zu KIM häufig mit Therapiemethoden gleichgesetzt (Cowen und Cyr 2015). Die Gewichtung von Therapieverfahren im Curriculum wurde in den Folgerunden entsprechend aufgegriffen und weitere, nicht therapiebezogene curriculare Inhalte wurden vorgeschlagen und diskutiert, so dass dieser Kritik in den Folgerunden gut begegnet werden konnte.

Die meisten geäußerten Kritikpunkte am Ende des Befragungsprozesses bezogen sich auf die Dauer und den Anspruch der Befragungsrunden. Die Entwicklung eines neuen Curriculums für einen noch wenig abgesteckten Bereich stellt per se hohe Anforderungen an das Abstraktionsvermögen und die Vorstellungskraft der Teilnehmenden. Die tatsächliche Bearbeitungszeit der Teilnehmenden wurde über den erfassten Start- und Einreichungszeitpunkt ermittelt. Der Median betrug für die erste und dritte Befragungsrunde 31,5 Minuten, für die zweite 44,5 Minuten, obwohl die Fragebögen der ersten beiden Runden etwa gleich lang waren, und der der dritten Runde etwas kürzer war. Möglicherweise bearbeiteten bei der ersten Befragungsrunde die Personen mit einem geringeren Interesse an der Befragung den Bogen in einer kürzeren Zeit und waren dann auch eher geneigt, die Befragung nach der ersten Runde abubrechen. Dies würde die Annahme bestätigen, dass bei mehrstufigen Delphi-Verfahren die Antwortqualität eher zunimmt (Linstone und Turoff

1975). Eine weitere Erklärung ist, dass die in der zweiten Runde zur Bewertung vorgelegten Hypothesen sehr komplex waren und daher mehr Zeit zur Beantwortung benötigten. Die relativ kurz veranschlagte Bearbeitungszeit der dritten Runde sollte zur Teilnahme motivieren und signalisieren, dass die dritte Befragungsrunde weniger komplex ist als die vorausgegangenen. Möglicherweise hat dies zur hohen Rücklaufquote beigetragen, andererseits aber auch einige Teilnehmende veranlasst, Kritik an der langen Bearbeitungszeit zu üben.

Die Befragten nutzten unerwartet häufig und umfangreich die angebotenen Freitextfelder, was zu einer enormen Datenmenge führte. Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte im Befragungsverlauf unter pragmatischen Gesichtspunkten, da es galt, den Befragungsprozess aufrechtzuerhalten. Daher stand nur ein begrenzter zeitlicher Spielraum zur Verfügung. Zudem musste in den Zeitintervallen zwischen den einzelnen Ergebnisrunden auf Grundlage der Daten der jeweils neue Befragungsbogen entwickelt und getestet sowie ein Ergebnisbericht erstellt werden. Aufgrund der begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen war es nicht möglich, die umfangreichen Freitextantworten vollständig und systematisch mit mehreren Forschenden, beispielsweise in der Monitoringgruppe auszuwerten, wie es bei qualitativen Auswertungen empfohlen wird, um die Objektivität zu gewährleisten (Kruse und Schmieder 2015). Um den Befragungsprozess dennoch transparent zu gestalten und Aussagen nicht vorschnell zu selektieren, wurden im Ergebnisbericht die Aussagen vollumfänglich und wörtlich dargestellt. Darüber hinaus wurde die dritte Runde mit zwei offenen Fragen eröffnet, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, die für sie wichtigen Aspekte in Bezug auf die Gefahren/Herausforderungen und Chancen/Gewinn eines interprofessionellen KIM-Curriculums zu artikulieren. Diese Aussagen wurden entsprechend den Standards der qualitativen Forschung in mehreren Schritten von zwei unabhängigen Forscherinnen induktiv inhaltsanalytisch ausgewertet, zusammengeführt und analysiert (Kuckartz 2016) und bilden auf diese Weise fokussiert die aus Sicht der Befragten wichtigen Aspekte eines interprofessionellen KIM-Curriculums ab.

Insgesamt ist es gelungen, die Teilnehmenden aktiv und konstruktiv über den langen Erhebungszeitraum einzubinden und unterschiedliche Standpunkte aufzugreifen und gegeneinander abzuwägen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse der Forschungsfragen

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Befragungsprozesses im Hinblick auf die Forschungsfragen diskutiert.

4.2.1 Diskussion der Kompetenzen

Einschätzungen der Kompetenzen in den Delphi-Runden

In den ersten beiden Delphi-Runden konnte, entsprechend der ersten Forschungsfrage, eine Vielzahl relevanter Kompetenzen identifiziert und gewichtet werden. Die Kompetenzen, die nach den Einschätzungen der Expertinnen und Experten als *sehr relevant* eingestuft wurden, zeigen, dass das Führen eines Anamnesegesprächs, die offene und einfühlsame Haltung und der respektvolle Umgang mit den Präferenzen und Perspektiven der Patientin oder des Patienten in einem interprofessionellen KIM-Curriculum besonders stark zu gewichten sind. Diese Fähigkeiten sollten nach Meinung der Befragten explizit vermittelt werden. Darüber hinaus sollten die Studierenden auch befähigt werden, zwischen seriösen und nicht-seriösen Therapieoptionen zu unterscheiden. Beim Vergleich dieser Kompetenzen mit entsprechenden Beschreibungen des schweizerischen Lernzielkatalogs Swiss PROFILES können Übereinstimmungen im Hinblick darauf gefunden werden, dass Studierende dort in der Lage sein sollten, Patientinnen und Patienten über mögliche KIM-Behandlungen zu informieren und unter Berücksichtigung von Nutzen, Risiken und Wechselwirkungen mit den Patientinnen und Patienten unterschiedliche Optionen zu diskutieren (Michaud et al. 2017, S. 17, 34). Kutt et al. postulieren in Bezug auf ein interprofessionelles Curriculum in der grundständigen KIM-Ausbildung in Kanada, dass Studierende lernen sollten, evidenzbasierte Ressourcen zu identifizieren und von Patientinnen und Patienten häufig verwendete Therapien zu evaluieren. Um diese Kompetenzen zu erlangen, sollten die Studierenden in der Lage sein, Patientinnen und Patienten nach ihren Präferenzen zu befragen und die Vorschriften für komplementäre Therapie- und Behandlungsmethoden sowie Fragen der Zulassung und Patientensicherheit kennen (Kutt et al. 2019).

Kompetenzen in Bezug auf rechtliche Vorschriften, Zulassungen und Fragen der Patientensicherheit wurden von den Teilnehmenden dieser Delphi-Studie jedoch als weniger relevant eingeschätzt, obwohl dies in international vorliegenden Kompetenzbeschreibungen in der KIM-Lehre einen festen Bestandteil ausmacht. Auch die ACIH (Academic Collaborative

for Integrative Health 2018) schließt bei ihren übergeordneten Kompetenzbeschreibungen für die KIM-Lehre die Auseinandersetzung mit rechtlichen und berufspolitischen Fragen ein. Die ACIH benennt weiterhin ausdrücklich die Fähigkeit aller Gesundheitsfachkräfte zur *Integration aller Praktizierenden in das Versorgungssystem* als Lernziel. Die in der vorliegenden Delphi-Studie diskutierten Kompetenzen zielen nicht auf die Einbindung von nicht-staatlich oder nicht-akademisch ausgebildeten Gesundheitsdienstleistern im Bereich der KIM-Versorgung. Dies könnte daran liegen, dass die Regelungen in den deutschsprachigen Ländern für die Zusammenarbeit mit Angehörigen der Heilberufe ohne akademische Ausbildung, wie beispielsweise mit Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern, und auch die Regelung für die Durchführung komplementärer Behandlungsmethoden restriktiver sind als beispielsweise in den nordamerikanischen Ländern (Dixon et al. 2003). Die Befragten konzentrierten sich daher eher auf aktuell veränderbare Themen, wie z. B. die stärkere Einbindung von Patientinnen und Patienten in interprofessionelle Teams. Um potentielle Möglichkeiten einer künftigen Zusammenarbeit mit Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern oder Leistungserbringern aus nicht staatlich anerkannten Gesundheitsberufen besser zu beleuchten, wäre es notwendig gewesen, auch diese Personengruppen in den Befragungsprozess einzubeziehen.

In Bezug auf das Expertenpanel könnte darüber hinaus der relativ hohe Anteil der Befragten mit einschlägigen Erfahrungen im Bereich der Patientenberatung (siehe Abbildung 5) dazu führen, dass Kompetenzen, welche die Offenheit, die Wertschätzung und den Respekt gegenüber Patientinnen und Patienten thematisieren, für wichtiger erachtet werden als beispielsweise Kompetenzen, welche sich auf historische Aspekte beziehen. Beim Vergleich mit weiteren Kompetenzbeschreibungen in KIM-Curricula wird ersichtlich, dass dort die Bereitstellung von Informationen über KIM und eine evidenzbasierte, patientenzentrierte Beratung einen hohen Stellenwert einnehmen (Lee et al. 2007; Pearson und Chesney 2007) und bei manchen Kompetenzprofilen auch die Vermittlung historischer und kultureller Aspekte einen zentralen Punkt darstellt (Lee et al. 2007; Smith 2009; van der Riet et al. 2011). Die Art und Weise, wie ein Patientengespräch geführt und eine gemeinsame, interprofessionelle Anamneseerhebung erfolgen sollte, wird in den bisher veröffentlichten Curricula weniger stark fokussiert. Die stärkere Gewichtung der Kompetenzen im Bereich *Haltungen und Einstellungen* in dieser Befragung kann daher durchaus einen Diskurs hin zu einer stärkeren Patientenzentrierung aufzeigen.

Ermittlung der Kernkompetenzen

Basierend auf den Erhebungen der schriftlichen Befragung wurden Kernkompetenzen im Workshop erarbeitet. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, 1. KIM-Grundkenntnisse als gemeinsame Basis für unterschiedliche Gesundheitsberufe zu vermitteln und die gleichen Begriffe professionsübergreifend zu verwenden und 2. darauf aufbauend eine respektvolle Teamarbeit zu fördern, die sowohl die vielfältigen berufsspezifischen Kompetenzen als auch die Wünsche und Interessen der Patientin oder des Patienten als anerkanntes Teammitglied einschließt. 3. Diese Fähigkeiten fördern letztlich den respektvollen Umgang mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sowie deren verantwortliche Einbindung in den gesamten Versorgungsprozess, angefangen mit der ersten Begegnung und der Anamneseerhebung. Diese drei Kernkompetenzen können als aufeinander aufbauende Schritte betrachtet werden und sollen nun nacheinander diskutiert werden.

Zu 1.: Frenkel et al. untersuchten den Prozess der effektiven Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient über den Einsatz von KIM in der Krebsbehandlung. Er teilte den Kommunikationsprozess in zwei Teile: das *Wie* und das *Was*. Während sich das *Wie* auf die technische Informationsübermittlung bezieht, bezieht sich das *Was* auf den Prozess des Informationsaustausches, welcher Patientinnen und Patienten bei der Entscheidung über den Einsatz von KIM unterstützt (Frenkel und Cohen 2014). Für Gesundheitsfachberufe ist es wichtig, nicht nur Grundkenntnisse über KIM zu haben, sondern auch die gleichen Begriffe zu verwenden, um miteinander und mit der Patientin oder dem Patienten verständlich zu kommunizieren. Bei der Versorgung von chronisch Erkrankten, die über einen längeren Zeitraum von verschiedenen Personen behandelt und betreut werden, ist es zum Beispiel besonders wichtig, dass die einzelnen Angehörigen unterschiedlicher Gesundheitsberufe die gleichen Begriffe verwenden (Witt et al. 2015). Innerhalb der Berufe hat sich eine technische und narrative Terminologie entwickelt (Clark 2014), die, wenn sie uneinheitlich verwendet wird, auch zur Verunsicherung der Patientinnen und Patienten beitragen kann (Ortiz et al. 2018). Auch weitere Studien belegen, dass sich hinter berufsspezifisch verwendeten Begriffen theoretische Konstrukte verbergen können, und der Austausch über Begriffe und Prozesse nicht nur einen gemeinsamen Sprachduktus fördert, sondern auch das grundlegende Verständnis der einzelnen Berufsgruppen füreinander und der jeweiligen Handlungsstrategien (Homberg et al. 2019c). So wenden beispielsweise die Angehörigen der Gesundheitsberufe bislang unterschiedliche Strategien zur Meinungsbildung in Bezug auf

KIM an: Ärztinnen und Ärzte verlassen sich stärker auf wissenschaftliche Evidenz, während z. B. Krankenpflegende und Hebammen sich stärker von persönlichen Erfahrungen leiten lassen (Aveni et al. 2017). Die sprachliche Verständigung schließt somit auch den Austausch über die Evidenzbeurteilung von Verfahren bzw. deren Unterscheidung in seriös und nicht-seriös ein. Um eine gemeinsame Basis zu finden und entsprechend mit Patientinnen und Patienten übereinstimmend zu kommunizieren, sollten die Studierenden aus den einzelnen Professionen in der Lage sein, die Evidenz von KIM-Therapien anhand vergleichbarer Kriterien zu beurteilen.

Zu 2.: Um in einem interprofessionellen Curriculum auf eine gemeinsame gelungene Teamarbeit vorzubereiten, welche die Patientin oder den Patienten inkludiert, sollte ein breites Wissen über die verschiedenen, auch berufsspezifischen, Behandlungsoptionen in der Patientenversorgung vermittelt werden (Cowen und Cyr 2015; Kutt et al. 2019). In dem von Rivera et al. evaluierten interprofessionellen KIM-Lehrmodul schätzten die Studierenden die Möglichkeit, Lernende aus anderen Gesundheitsberufen bei der Interaktion mit Patientinnen und Patienten zu beobachten und dabei die Integration verschiedener Perspektiven und Fachkenntnisse wahrzunehmen. Die Studierenden erstellten in interprofessionell zusammengesetzten Gruppen einen gemeinsamen umfassenden Versorgungsplan, wobei auch die durch die vorausgegangene Beobachtung gemachten Erfahrungen vertieft wurden (Rivera et al. 2018). Die Integration der Patientin oder des Patienten als vollwertiges Mitglied in das interprofessionelle Team kann den Lernprozess dabei zusätzlich unterstützen. Es zeigt sich beispielsweise, dass Gesundheitsfachkräfte dann besser in der Lage sind, die Probleme der Patientinnen und Patienten zu erkennen, ihre Erwartungen zu klären, ihnen Zeit zum Nachdenken zu geben und Interesse an ihrer Situation zu zeigen (Bilodeau et al. 2015). Bilodeau et al. betonen darüber hinaus, dass es beispielsweise in der interprofessionellen, patientenzentrierten onkologischen Versorgungspraxis wichtig sei, Patientinnen und Patienten von Anfang an als einzigartige Individuen wahrzunehmen. Durch die verantwortliche Einbindung wird darüber hinaus auch deren Autonomie unterstützt (Crockett et al. 2019).

Zu 3.: Bei der ersten Begegnung mit Patientinnen und Patienten ist es wichtig, deren Vorstellungen und Präferenzen zu erfassen, weil so Prioritäten für den weiteren Verlauf der Behandlung gesetzt werden können. Verschiedene Berufsgruppen können hierbei sehr unterschiedliche Fragen aufwerfen (Hayward und Willcock 2015), weil sie die Patientin und den Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven wahrnehmen (Owen und Lewith 2001). Die

interprofessionelle Zusammenarbeit trägt dazu bei, dass der gesamte Anamnese- und Versorgungsprozess umfassender und patientenzentrierter gestaltet werden kann.

Gegenwärtig fehlt es jedoch an Konzepten, wie ein solcher erster interprofessioneller Kontakt und eine solche Anamnese aussehen könnte und welche konkreten Rollen die verschiedenen Berufsgruppen in diesem Zusammenhang einnehmen. Erste Studien weisen jedoch darauf hin, dass eine frühe Sozialisierung der unterschiedlichen Gesundheitsberufe in einem interprofessionellen Setting bei der Anamneseerhebung die spätere Zusammenarbeit fördern kann (Arnold et al. 2020). Im Kompetenzkatalog PROFILES wird als Ziel festgelegt, dass die Studierenden in der medizinischen Grundausbildung in die Lage versetzt werden sollen, Entscheidungen gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung komplementärmedizinischer Optionen zu treffen. Dies wird artikuliert als

Adopt a shared decision-making approach in establishing the management plan [...] take into account an indication or request for complementary medicine (Michaud et al. 2017, S. 44).

Die KIM-Lehre könnte den Studierenden die Möglichkeit bieten, unterschiedliche berufliche Rollen in der patientenzentrierten Versorgung auszuhandeln und einzuüben. Dieser Aushandlungsprozess in beruflichen Arbeitsgruppen wird durch das Konzept der *Communities of practice* anschaulich beschrieben (Wenger et al. 2002). Unter *Communities of practice* wird hier eine Gruppe von Menschen verstanden, die sich durch eine ständige Beziehung, gegenseitige Unterstützung, Austausch von Wissen und Anliegen und Interaktion zur Lösung eines Problems auszeichnet. Als mögliche Akteure solcher Gemeinschaften im Gesundheitssystem werden alle Berufsgruppen definiert, die in der Patientenversorgung Verantwortung übernehmen können. Ausgehend von dieser Theorie muss die Rollen- und Verantwortungsteilung in der praktischen Umsetzung interaktiv ausgehandelt werden (Lave und Wenger 2011). Das heißt konkret, dass der Erwerb dieser Kompetenz, Patientinnen und Patienten wertschätzend in den Versorgungsprozess zu integrieren, in praktischen Übungen mit anderen Berufsgruppen einzuüben ist.

4.2.2 Diskussion der Rollenkompetenzen

Die zweite Forschungsfrage zielte auf die Ermittlung und Gewichtung möglicher beruflicher Rollen, die im Rahmen eines KIM-Seminars vermittelt werden sollen. Die Untersuchung der CanMEDS-Rollenkompetenzen gibt Aufschluss darüber, auf welche Rollen Studierende

schwerpunktmäßig während der Ausbildung vorbereitet werden sollen. Die Ergebnisse werden in der Reihenfolge der ermittelten Relevanz der jeweiligen Rollen diskutiert.

Die Rolle *Medical Expert* wurde von den Befragten hinsichtlich der Teilkompetenzen am stärksten gewichtet. In der Literatur wird diese zentrale Rolle kontrovers diskutiert. Für einige Autoren (Whitehead et al. 2011) sind von vorne herein alle anderen Rollen dem *Medical Expert* untergeordnet und werden als nicht-medizinische Expertenrollen bezeichnet. Andere Autoren (Sherbino et al. 2011) widersprechen dieser Ansicht und ordnen die anderen Rollen als intrinsische Rollen neben dem *Medical Expert* ein. Dies unterstreicht die besondere Stellung dieser Rolle, da diese zu allen anderen CanMEDS-Rollen Überschneidungen aufweist. Ein wesentliches Merkmal der Rolle *Medical Expert* ist es, eine patientenzentrierte und gelungene Versorgung während des gesamten Gesundheitsversorgungsprozesses von der Prävention, Diagnostik und Therapie bis hin zur Rehabilitation zu gewährleisten. Hierbei ist zu beachten, dass die Rolle *Medical Expert* von jeder Berufsgruppe übernommen werden kann, da diese Rolle die Summe des Wissens, der Einstellungen und des Verhaltens umfasst, die für eine patientenzentrierte Versorgung erforderlich sind. Möglicherweise zeigen die hohen Relevanzbewertungen für diese Rolle in dieser Studie, dass die Integration und Koordination der verschiedenen Rollen und Aufgaben eine zentrale Herausforderung für alle Teammitglieder sowohl in der interprofessionellen KIM-Ausbildung als auch in der beruflichen Praxis ist. Booth-Laforce et al. beschreiben, dass Krankenpflegeschülerinnen und -schüler am Ende ihrer Ausbildung in der Lage sein sollten, bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten verschiedene Versorgungs- und Behandlungswege gegeneinander abzuwägen, um die am besten geeigneten in ihren Pflegeplan einbeziehen zu können (Booth-Laforce et al. 2010). Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Studierenden in der Lage sein, alle CanMEDS-Rollen in ihr Handeln zu integrieren. Die dafür erforderlichen Kompetenzen können unter der Rolle *Medical Expert* subsummiert werden.

An zweiter Stelle steht die Rolle *Communicator*. In der Literatur wird diese Rolle zunehmend als sehr wichtig für die praktische Ausbildung von Medizinstudierenden und den späteren Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten angesehen (Windish et al. 2005). Bennett et al. forderten 108 Studierende im dritten Studienjahr auf, über ihre beruflichen Rollen während ihrer Praktika im Krankenhaus und im ambulanten Bereich nachzudenken. Die schriftlichen Berichte wurden mittels thematischer Inhaltsanalyse mit Kategorien auf der Grundlage des CanMEDS-Frameworks analysiert (Bennett et al. 2013). Hierbei wurde die Rolle *Communicator*

am häufigsten eingenommen (*Communicator* 40 %, *Professional* 29 % und *Scholar* 15 %, *Manager (Leader)* 7 %, *Collaborator* 4 %, *Medical Expert* 3 % und *Health Advocate* 1 %).

Die weiteren Ergebnisse zeigen, dass die Häufigkeit der Rollenübernahme weitgehend mit den Relevanzeinschätzungen der Delphi-Studie übereinstimmt, mit Ausnahme der Rollen *Medical Expert* und *Collaborator*. Die Studierenden beschrieben, dass sie von der Komplexität der praktischen Situation überfordert waren und deshalb die Rolle *Medical Expert* nicht angemessen ausüben konnten. Sie fühlten sich in der Rolle *Communicator* sicherer. In einer weiteren Studie (Bugaj et al. 2017) wurden die CanMEDS-Rollen in Bezug auf alle stationären Tätigkeiten untersucht, die von 34 Studierenden der Inneren Medizin ausgeübt wurden. Hier wurde ermittelt, dass bei den meisten Tätigkeiten die Rolle *Communicator* (42 %), gefolgt von der Rolle *Professional* (38 %), eingenommen wurde. Diese Ergebnisse lassen sich auch mit Studien zur Lehre im Bereich KIM in Einklang bringen, in welchen beispielsweise beschrieben wird, dass Studierende lernen sollten, mit Patientinnen und Patienten auf eine neutrale Weise über KIM zu sprechen (Joos et al. 2008a; Templeman et al. 2015a), eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation zu gestalten (Nicolao et al. 2010a) und Patientinnen und Patienten über KIM zu informieren und beraten (Frenkel und Cohen 2014). In einem Systematic Review im Bereich der interprofessionellen Kommunikation über KIM wurden Einflussfaktoren auf das Gelingen der Kommunikation ermittelt. Hier konnten vier Schlüsselthemen identifiziert werden: medizinische Dominanz, Klarheit über die Rollen der einzelnen Gesundheitsberufe, eine gemeinsame Vision und die entsprechende Aus- und Weiterbildung (Nguyen et al. 2019). Hierdurch wird gezeigt, wie wichtig es ist, Gesundheitsfachkräfte frühzeitig durch interprofessionelle Lehrangebote zu sozialisieren, um bestehende Hierarchiestrukturen abzubauen, Rollen zu klären und gemeinsame Zielstellungen zu entwickeln. Darüber hinaus ist die Förderung der Kommunikation in einem interprofessionellen KIM-Curriculum in zweierlei Hinsicht von Bedeutung: erstens innerhalb des Gesundheitsteams, um ein Klima des gegenseitigen Respekts zu schaffen; zweitens mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Die interprofessionelle Patienten-Kommunikation über KIM bietet den einzelnen Berufsgruppen die Möglichkeit, ihre eigenen Sichtweisen zu erweitern, neue Zugänge zu den Situationen der Patientinnen und Patienten zu finden und kann dadurch zu verbesserten Behandlungsergebnissen führen (Hayward und Willcock 2015).

Die Rolle *Professional* wird ebenfalls als *sehr relevant* gewichtet. Ihr könnte in der KIM-Lehre eine korrigierende Funktion zukommen, da im Bereich der KIM-Versorgung noch wenig Routine vorhanden ist, auf die die Gesundheitsfachkräfte zurückgreifen können. Rollenverteilungen und Versorgungswege müssen ausgehandelt werden. Dabei ist es wichtig, dass Studierende lernen, Entscheidungen zu treffen und kritisch zu hinterfragen, Verantwortung zu übernehmen und ihre eigenen Interessen einem gemeinsamen Ziel unterzuordnen, das sich am Wohl einzelner Patientinnen und Patienten oder der gesamten Bevölkerung orientiert. Dies schließt die Auseinandersetzung mit der eigenen Person und mit eigenen Wertvorstellungen ein. Teilkompetenzen des *Professionals*, welche die ethische Grundhaltung und die Selbstreflexion betreffen, wurden von den Expertinnen und Experten dieser Delphi-Befragung am stärksten gewichtet. Auch Nicolai formuliert explizit als Kompetenzziel, dass Studierende befähigt werden sollen, KIM professionell zu praktizieren (Nicolao et al. 2010a S. 57). Darüber hinaus beschreiben Mahapatra et al. eine Verbesserung der persönlichen Gesundheitspraxis der Studierenden durch einen in der grundständigen Ausbildung durchgeführten KIM-Kurs (Mahapatra et al. 2017). Auch die am NCCIH angesiedelte Arbeitsgruppe erkannte die Bedeutung von persönlichen und ethischen Fragestellungen in der Lehre zu KIM und führte die Kompetenzdomäne *Werte (Values)* in die entsprechenden Curricula ein. Folgende Bereiche werden hier unter anderem dieser Domäne zugeordnet: die Berücksichtigung von eigenen Gefühlen, Überzeugungen und Lebenserfahrungen, die Rolle der persönlichen Präsenz und des eigenen Strebens nach Sinn im Umgang mit Patientinnen und Patienten, der Umgang mit unbekanntem Faktoren (Kligler et al. 2004). Diese Aspekte finden sich weitgehend auch in den Teilkompetenzen der CanMEDS-Rolle *Professional* wieder.

Der teamorientierte Ansatz (*Collaborator*) wird angesichts des interprofessionellen Umfelds als wichtig eingeschätzt. In Studien, die keinen interprofessionellen Kontext aufweisen, wird der *Collaborator* im Vergleich zu den anderen CanMEDS-Rollen als weniger wichtig erachtet (Bennett et al. 2013; Bugaj et al. 2017). Es wird beschrieben, dass eine gute Zusammenarbeit einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter selbst hat (Berger et al. 2012). Dies könnte in Bezug auf eine KIM-Versorgung wichtig sein, da hier der Beziehungsaufbau von Patientinnen und Patienten zu Ärztinnen, Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften eine wichtige Rolle spielt. Kutt et al. evaluierten anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse einen Kurs für Studierende des Gesundheitswesens im Grundstudium, welcher KIM-Lernziele und interprofessionelle Ausbildungsziele verbindet. Die Ergebnisse zeigen, dass die

Studierenden für die Notwendigkeit von Kooperation und Kommunikation durch den Kurs sensibilisiert wurden und die Bereitschaft für ein patientenzentriertes Handeln gestärkt wurde (Kutt et al. 2019).

Die Teilkompetenzen der Rolle *Scholar* wurden von den Experten zumeist als *relevant* eingestuft. Bei dem *Scholar* handelt es sich um eine facettenreiche Rolle, welcher sowohl Aspekte des lebenslangen Lernens, der Lehre und des kritischen Denkens zugeordnet werden können (Kampmeyer 2010). In vielen KIM-Ausbildungsprogrammen ist als Ziel formuliert, dass die Studierenden einen Überblick über die KIM-Therapieoptionen auf der Grundlage der klinischen Entscheidungsfindung und der verfügbaren Evidenz erhalten sollen. Dieses neu erworbene Wissen soll für die Anwendung in der Patientenversorgung kritisch hinterfragt werden (Booth-Laforce et al. 2010; Joos et al. 2008a; Klafke et al. 2016; Templeman et al. 2015a). Die Einschätzungen der Teilkompetenzen zeigen eher eine Fokussierung auf das kritische Hinterfragen und Entscheiden als auf den Erwerb theoretischer wissenschaftlicher Kompetenzen oder Lernprozess-bezogener Kompetenzen. Der Rolle *Scholar* wird somit eher eine unterstützende Funktion bei der Förderung der Professionalität in der klinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten zugewiesen.

Die Literatur beschreibt den *Health Advocate* und den *Leader* (Manager) als schwierig zu unterrichten (Verma et al. 2009), schwierig zu beurteilen (Rosenfield et al. 2011) und in der Lehre weniger integriert (Griewatz et al. 2020; Whitehead et al. 2011). Dem *Health Advocate* werden inhaltlich Aspekte der öffentlichen Gesundheit und Aufklärung zugeordnet, dem *Leader* Managementfunktionen und Verantwortungsübernahme (Kampmeyer 2010). Es wird beschrieben, dass es für Medizinstudierende nur wenige Möglichkeiten gibt, diese beiden Rollen, beispielsweise während der praktischen Ausbildungsphasen, auszuüben (Bennett et al. 2013; Bugaj et al. 2017). Vermutlich zeichnet sich bei den anderen Gesundheitsberufen ein vergleichbares Muster ab.

Im Hinblick auf die Rolle *Health Advocate* überrascht die geringe Relevanzbewertung, da im Bereich KIM ein hoher Anspruch an die Gesundheitsfachkräfte besteht, auf Patientenpräferenzen einzugehen. Dies wird in der klinischen Praxis sichtbar und erfordert dort entsprechende Beratungskompetenzen. Vielleicht wurden Strategien für den Umgang mit solchen Situationen von den Teilnehmenden in dieser Studie eher der Rolle *Communicator* zugeordnet. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der Schwerpunkt des interprofessionellen Curriculums auf der Begleitung von Menschen mit lebensstilbedingten und chronischen Erkrankungen liegen sollte und nicht auf gesunden Menschen. Auch hier

kann ein Widerspruch zu den Grundsätzen der IM gesehen werden, die ausdrücklich den Schwerpunkt auf Gesundheit und Heilung und nicht auf Krankheit und Behandlung legt (Gonzalez et al. 2000; Rees und Weil 2001).

Womöglich ist die schwache Gewichtung des *Health Advocate* darin begründet, dass sich diese Rolle eher auf Fragen der öffentlichen Gesundheit konzentriert. Dies ist zwar für die globale KIM-Gesundheitsversorgung und Präventionsmedizin wichtig (Burton et al. 2015; Hollenberg et al. 2008; Ring et al. 2020; Wells et al. 2015), könnte aber die Zielsetzung eines bereits sehr komplexen interprofessionellen KIM-Curriculums für Studierende im Grundstudium, das eher auf die individualisierte Patientenversorgung ausgerichtet ist, überstrapazieren.

Die geringere Einschätzung der Relevanz der Rolle *Leader*, insbesondere durch die Befragten mit ärztlicher Qualifikation, könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese sich im Bereich der interprofessionellen KIM-Versorgung weniger in der Leitungsrolle sehen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die ärztliche Qualifikation nach dem Grundstudium noch nicht abgeschlossen ist und daher der Erwerb von Leitungskompetenzen erst im Rahmen der Weiterbildung angestrebt wird. Die geringe Relevanzbewertung der Rolle *Leader* insgesamt könnte auch auf den patientenzentrierten Ansatz innerhalb von KIM zurückzuführen sein. In der KIM-Versorgung agieren die Gesundheitsfachkräfte eher unterstützend und begleitend und weniger führend, da Patientinnen oder Patienten und Gesundheitsfachkräfte im Idealfall auf partnerschaftlicher Ebene in die Versorgungs- und Entscheidungsprozesse eingebunden sind (Nguyen et al. 2019). Die Rollen *Leader* und *Health Advocate* könnten in der Weiterbildung stärker gewichtet werden als in der grundständigen Ausbildung.

Insgesamt zeigen die Bewertungen der Rollenkompetenzen, dass die Befragten einen Schwerpunkt darauf legen, Studierende dafür auszurüsten, Patientinnen und Patienten angemessen über den ganzen Versorgungsprozess begleiten zu können. Deshalb ist die patientenzentrierte (*Medical Expert*), teamorientierte (*Collaborator*), wertebasierte (*Professional*) und kommunikative (*Communicator*) Ausrichtung des Curriculums besonders wichtig. Hier zeigen sich Überschneidungen mit den interprofessionellen Kompetenzen des IPEC-Kompetenzrahmens, da auch hier Werte und Ethik, Rollen und Verantwortung in der Patientenversorgung, Kommunikation und Teamarbeit in den Vordergrund gerückt werden (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2016). Dies könnte als Hinweis dafür interpretiert werden, dass die Lehre zu KIM sehr gut geeignet ist, um interprofessionelle Kompetenzen einzuüben.

4.2.3 Diskussion der curricularen Inhalte

Die dritte Forschungsfrage beschäftigt sich mit der Identifikation und Gewichtung geeigneter curricularer Inhalte. Neben den in der ersten Delphi-Runde vorgegebenen allgemeinen curricularen Inhalten und Therapieverfahren wurden einige weitere von den Teilnehmenden benannt. Gleichzeitig wurde die starke Gewichtung der Therapieverfahren in der ersten Runde in Frage gestellt. Im Verlauf der Befragung konnten neue Vorschläge, wie z. B. die inhaltliche Strukturierung nach Behandlungsanlässen, aufgegriffen und evaluiert werden. Im Abschluss-Workshop konnten schließlich die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen in Bezug auf die Kernkompetenzen diskutiert werden. Die Ergebnisse geben Orientierung, welchen Inhalten in einem interprofessionellen KIM-Curriculum Priorität eingeräumt werden sollte.

Allgemeine curriculare Inhalte

Was die allgemeinen Inhalte betrifft, so konnte keines der bewerteten Items der Relevanzgruppe *sehr relevant* zugeordnet werden. Die Einordnung in die Relevanzgruppe *relevant* bedeutet, dass mindestens 80 % der Befragten das entsprechende Item auf einer siebenstufigen Likert-Skala positiv bewerteten (Bewertung von 5-7), so dass auch diese Eingruppierung als Konsens über die Relevanz gewertet werden kann. Die Items in dieser Gruppe weisen darauf hin, dass es aus Sicht der Befragten für die Studierenden nicht nur wichtig sei, einen Überblick über unterschiedliche Methoden und Konzepte zu erhalten, sondern auch über die Effekte und Nebenwirkungen. Diese Aspekte sind für die Umsetzung der in dieser Studie ermittelten Kernkompetenzen von großer Bedeutung, da Patientinnen und Patienten nicht entsprechend begleitet werden können, wenn das Versorgungsteam nicht über das entsprechende Grundlagenwissen verfügt. Auch die als *nicht relevant* eingestuften allgemeinen curricularen Inhalte unterstreichen und bestätigen die Ergebnisse im Bereich der allgemeinen Kompetenzen. So werden auch hier historische Aspekte und beispielsweise Hürden bei der Inanspruchnahme als weniger relevant bewertet und der Fokus wird eher auf das gelegt, was gegenwärtig in der Patientenversorgung schon umgesetzt werden kann als auf Restriktionen oder weniger versorgungsrelevante Aspekte.

Therapiemethoden

Auch in Bezug auf die Therapiekonzepte und -methoden konnte kein Item der Relevanzgruppe *sehr relevant* zugeordnet werden. Bei Betrachtung der als *relevant* eingestuften Items zeigt sich, dass hier nur klassische NHV zu finden sind. Diese Verfahren sind traditionell im deutschsprachigen Kulturraum verankert, gehen weitgehend auf das Konzept der Kneippkuren zurück und prägen maßgeblich den Kur- und Rehabilitationsbereich in Deutschland (Ko 2016). Es ist wahrscheinlich, dass die Gewichtung in anderen Kulturräumen, in denen andere traditionelle Methoden angewendet werden, anders ausgefallen wäre. Gleichzeitig sind die klassischen NHV gut geeignet, um Patientinnen und Patienten aktiv in den Versorgungsprozess einzubeziehen, was angesichts des sich wandelnden Gesundheitssystems immer wichtiger werden wird (Barnett 2007).

Unter den als *nicht relevant* eingeschätzten Verfahren finden sich einige, die als Paramedizin eingestuft werden und damit auch im Hinblick auf ihre Seriosität angezweifelt werden (Joos et al. 2008b). *Nicht relevant* heißt, dass für diese Themen auf der Likert-Skala kein Anteil von mindestens 80 % neutraler oder positiver Bewertung gefunden werden konnte (Bewertung von 4-7). Dies schließt jedoch nicht aus, dass einzelne Befragte diese Themen als *sehr relevant* einstufen. Insbesondere Verfahren wie die Homöopathie, bei denen die biologische Wirksamkeit nicht bewiesen ist (Rutten et al. 2013), werden sehr kontrovers diskutiert. Bei anderen Methoden dieser Relevanzgruppe kann davon ausgegangen werden, dass die Befragten weniger damit vertraut sind und diese daher eher als *nicht relevant* einstufen. So gaben beispielsweise bei den Items *digitale Entspannungsformen*, *Neuraltherapie* und *Tibetische Medizin* jeweils über zehn der Befragten an, diese Methode nicht einschätzen zu können. Die Äußerung, dass auch durchaus Verfahren thematisiert werden können, die wenig anerkannt sind oder für die keine Evidenz vorliegt, um das kritische Denken zu schärfen und die Beurteilungskriterien für solche Verfahren entsprechend interprofessionell zu diskutieren, zeigt letztendlich, dass es für die Befragten weniger entscheidend ist, welche konkreten Verfahren in den Seminaren thematisiert und vertieft werden, sondern vielmehr die Art und Weise der Vermittlung ausschlaggebend ist.

Behandlungsanlässe

In der ersten Befragungsrunde wurde vorgeschlagen, die Inhalte eines KIM-Curriculums an Behandlungsanlässen auszurichten. Zahlreiche Vorschläge für mögliche Behandlungsanlässe

wurden in der zweiten Runde genannt. Im Hinblick auf die Bewertung der entsprechenden Items in der dritten Runde ist auffällig, dass hier, entgegen den Einschätzungen der allgemeinen curricularen Inhalte, für einige ein Konsens für die Einstufung in die Relevanzgruppe *sehr relevant* erzielt wurde, und zwar für *allgemeine Schmerzen, Rückenschmerzen, Müdigkeit, Schlaflosigkeit* und *Reizdarmsyndrom*. Diese Symptome bzw. Krankheitsbilder weisen folgende gemeinsame Merkmale auf: ein hohes Maß an Komplexität, eine hohe psychische Belastung für die Erkrankten, begrenzte konventionelle Behandlungsmöglichkeiten und die Möglichkeit, dass viele verschiedene Berufsgruppen etwas zur Versorgung und Therapie der Erkrankten beitragen können. Nach Härtel und Volger gehören Rückenschmerzen, Erkältungen, Kopfschmerzen, Spannungszustände und gastrointestinale Leiden zu den Symptomkomplexen, die am häufigsten mit komplementären Verfahren behandelt werden (Härtel und Volger 2004). Unter den als *nicht relevant* eingestuften Erkrankungen finden sich allgemeine und weniger komplexe Symptome wie Husten, Fieber und Halsschmerzen wieder, sowie der insulinpflichtige Diabetes mellitus Typ 1 als auch Behandlungs- und Beratungsbedarfe für bestimmte Personengruppen. Inwieweit beispielsweise Kindererkrankungen oder Beschwerden im Wochenbett dennoch in der Lehre eines KIM-Lehrangebots aufgegriffen werden sollten, hängt sicherlich von der Zusammensetzung der Studierenden und der Einbettung des Seminars im Gesamtcurriculum ab. Onkologisch Erkrankte werden als Zielgruppe als *relevant* eingestuft. Für diese Patientengruppe existieren auch explizite Curricula und komplementärmedizinische Versorgungskonzepte (Bilodeau et al. 2015; Dhruva et al. 2018; Witt et al. 2020). Eher bemerkenswert ist, dass Gesunde als Zielgruppe, je nach Anlass, als *nicht relevant* oder *teilweise relevant* eingestuft wurden. Dies bestätigt auch das Ergebniss der Einschätzungen in Bezug auf die CanMEDS-Teilkompetenzen (siehe Tabelle 8), bei welchen die auf Gesunde ausgerichteten Teilkompetenzen des *Health Advocate* als weniger relevant eingeschätzt wurden, als beispielsweise die des *Medical Expert*, welche eher auf die Versorgung von Erkrankten ausgerichtet sind.

Ergebnisse des Abschlussworkshops zu den curricularen Inhalte

Die Ergebnisse der schriftlichen Delphi-Befragung wurden im Abschlussworkshop weitgehend bestätigt und weiter ausdifferenziert. So wurde beispielsweise deutlich, dass die Bearbeitung von Patientenfällen, bei denen noch keine Erstdiagnose vorliegt, für die interprofessionelle Lehre weniger geeignet sei, da die Gefahr bestünde, dass ohne eine

umfangreiche differenzialdiagnostische Abklärung Behandlungsverfahren thematisiert würden. Dies könne dann in der späteren beruflichen Praxis zu vorschnellem Handeln verleiten. Um das zu vermeiden, sollte den im Seminar vorgestellten Patientenfällen eine differentialdiagnostische Abklärung vorausgegangen sein. Gerade bei chronischen und komplexen Krankheitsbildern erscheint die interprofessionelle Betrachtung der Symptome, der Pflegebedürftigkeit und der unterstützenden Therapiemöglichkeiten einer bereits bestehenden und diagnostizierten Erkrankung für eine ganzheitliche Betrachtung der Patientin oder des Patienten wertvoll. Sogenannte Pflegediagnosen können z. B. das Bewusstsein für die Begleitsymptome und auch für die Selbstpflegefähigkeit der Erkrankten schärfen (Brokel 2016).

Des Weiteren könnten klinische Leitlinien aufgegriffen werden, da hier die Evidenz für Behandlungsempfehlungen bereits von Expertengremien geprüft wurde und auch ergänzende Verfahren berücksichtigt werden. Die klinischen Leitlinien enthalten auch Empfehlungen für supplementäre Therapiemethoden und Anwendungen, die in der Regel nicht von ärztlichen Gesundheitsberufen durchgeführt werden, beispielsweise Massage und Lymphdrainage bei Brustkrebs (Greenlee et al. 2017) oder Musik- und Bewegungstherapie bei Lähmungen (DGNR-LL 2020). Im Abschlussworkshop wurde auch betont, dass es für Studierende wichtig sei, sich mit dem umfassenden Konzept der Evidenz auseinanderzusetzen, und zwar nicht nur im Hinblick auf die wissenschaftliche externe Evidenz, sondern auch im Hinblick auf die interne Evidenz, welche die Präferenzen der Patientinnen und Patienten und die Erfahrung des Behandlers mit einschließt (Sackett et al. 1996). Die WHO unterstützt die Integration der Traditionellen Medizin in die nationalen Gesundheitssysteme unabhängig davon, ob diese Methoden auf Theorien, Überzeugungen oder Erfahrungen beruhen und ob sie erklärbar sind oder nicht (World Health Organization 2013, S. 17). Wie schon in Kapitel 4.2.1 beschrieben sollte ein entsprechendes interprofessionelles Seminar ausreichend Gelegenheit für Diskussionen zur Bewertung der Evidenzbasis und für eine gemeinsame Entscheidungsfindung bieten und so auch zur Verwendung eines gemeinsamen Sprachgebrauches und vergleichbarer Vorgehensweisen beitragen (Homberg et al. 2020b).

Die Ergebnisse zu den curricularen Inhalten zeigen, dass im nächsten Schritt geeignete Fallbeispiele erarbeitet werden sollten, die komplexe Krankheitsbilder aufgreifen und komplementärmedizinische Handlungsoptionen für die im Seminar beteiligten Berufsgruppen bieten. Hierbei können die einzelnen Einschätzungen Orientierung geben, welche Behandlungsanlässe thematisiert, unter welchen Gesichtspunkten diese zu bearbeiten

sind und welche komplementärmedizinischen Verfahren exemplarisch aufgegriffen werden können. Die Ergebnisse zeigen auch, wie eng diese Fragestellung mit der Ermittlung geeigneter didaktischer Methoden verwoben ist.

4.2.4 Diskussion der didaktischen Ausrichtung

Die vierte Forschungsfrage entfaltete sich im Laufe der Befragung und beschäftigte sich damit, welche didaktischen Methoden geeignet sind, um die entsprechend gewichteten Kompetenzen und Inhalte vermitteln zu können. Die in diesem Bereich erhobenen Daten sind allesamt auf Grundlage der durch die Befragten angestoßenen Fragen in den jeweils vorausgegangenen Fragerunden zurückzuführen und daher weniger systematisch. Die einzelnen Aussagen und Ergebnisse wurden nicht in Relevanzgruppen klassifiziert. Dennoch lassen sich hier mögliche Tendenzen, Anregungen und noch zu klärende Fragen für die Umsetzung der KIM-Lehre erkennen.

Didaktische Methoden

Ein Großteil der Befragten befürwortete das Einbinden von praktischen Übungen in das Curriculum, wobei das Ziel nicht das Erlernen und eigenständige spätere Anwenden bestimmter Therapieverfahren sein sollte, sondern das Erfahren und Begreifen der jeweiligen Verfahren, deren Wirkung und Praktikabilität. Die Gewichtung der einzelnen didaktischen Ansätze kann gut mit den als *relevant* gewichteten Kompetenzen in Einklang gebracht werden, da hier auch das Erlernen von Haltungen und Einstellungen stärker in den Fokus gerückt wurde als der Erwerb von Wissen über die Hintergründe von KIM oder das Erlernen der Fähigkeit, Therapieverfahren eigenständig anwenden zu können. Bei einer Studie von Nicolao begrüßten KIM-praktizierende Ärztinnen und Ärzten die Implementierung von entsprechenden praktischen Übungen stärker als Praktizierende, die KIM nicht in ihre berufliche Praxis einbinden (Nicolao et al. 2010a). Möglicherweise kann gerade bei geringer oder fehlender Evidenz die Selbsterfahrung zeigen, dass eine bestimmte Anwendung dennoch eine Wirkung erzielen kann. Auf die Frage, welche Verfahren für praktische Übungen herangezogen werden könnten, kamen zahlreiche Vorschläge. Die korrespondierenden Inhalte für die am häufigsten genannten Verfahren finden sich in der Relevanzgruppe *teilweise relevant* wieder. Die praktischen Übungen könnten dazu dienen, einzelne Verfahren exemplarisch herauszugreifen und/oder das theoretische Wissen über die jeweilige Methodik

zu vertiefen. Des Weiteren sind viele der genannten Verfahren sehr einfach und schnell anzuwenden, wie beispielsweise Wickel und Auflagen, Güsse, Aromatherapie. Von den Befragten wurde auch vorgeschlagen, dass Studierende selbst wählen sollten, was sie ausprobieren möchten. Auch in anderen Curricula werden praktische Übungen optional eingebunden. In einem von Kutt et al. beschriebenen Lehrmodul können Studierende einen Workshop ihrer Wahl belegen, z. B. für Musiktherapie, Qui Gong, Tai Chi oder Yoga (Kutt et al. 2019). Joos et al. streben an, dass Studierende nach Abschluss des QB12 *durch Selbsterfahrung und Reflexion eine ‚authentische‘ Haltung zum Thema NHV entwickelt haben* (Joos et al. 2008a). Auch Kligler et al. betonen, dass es nicht ausreichend sei, das Wissen über einzelne Verfahren im Rahmen von Vorlesungen zu vermitteln. Vielmehr sollen ein *real understanding* und *clinical awareness* durch das Erfahren einzelner Anwendungen am eigenen Leib erreicht werden (Kligler et al. 2000, S. 525).

Den Befragten war es wichtig, dass den Studierenden viel Zeit zur Kommunikation eingeräumt wird, und zwar nicht in erster Linie, um sich über Erfahrungen und Meinungen auszutauschen, sondern eher, um ethische Fragestellungen und kritische Aussagen zu diskutieren. Möglich wäre hier beispielsweise ein Austausch über die Beurteilung der Evidenz oder Seriosität eines Verfahrens oder auch über den Umgang mit Patientinnen und Patienten, die eine konventionelle Therapie ablehnen. Aus den Anmerkungen der zweiten und dritten Delphi-Runde ging hervor, dass möglicherweise die Formulierung *kommunikative Kompetenzen* zu weit gefasst war, da unterschiedliche Schwerpunkte hervorgehoben wurden, wie beispielsweise Grundlagen zu Kommunikationstechniken, Kommunikation mit Patienten und Patientinnen und Kommunikation mit anderen Gesundheitsprofessionen. Einige der Befragten gaben an, dass es günstig wäre, wenn die Studierenden bereits vor einem KIM-Seminar Grundkenntnisse zu Kommunikationstechniken und Gesprächsführung erwerben, um im Seminar die spezifischen Anforderungen der Kommunikation über KIM mit anderen Gesundheitsfachkräften und mit Patientinnen oder Patienten und deren Angehörigen einüben zu können.

Das Fallorientierte Lernen wurde von den Befragten dem Problemorientierten Lernen vorgezogen. Beim Problemorientierten Lernen arbeiten die Studierenden sehr eigenständig, so dass den Lehrenden eher eine begleitende als eine steuernde Funktion zukommt (Iwasiw 1987). Vielleicht ziehen die Befragten eine stärkere Steuerung durch die Dozierenden vor, um mehr Kontrolle über den Lehr-Lern-Prozess zu haben. Gerade bei Themen, die noch unscharf begrenzt sind und für die es noch keine klaren Handlungsempfehlungen gibt, kann die

gemeinsame und durch Dozierende geleitete Entwicklung von Handlungsoptionen eher das Erreichen der Lernziele gewährleisten.

Handlungsfelder

Im Verlauf der Befragung eröffnete sich eine Diskussion darüber, für welche Versorgungsbereiche ein interprofessionelles KIM-Seminar vorrangig qualifizieren sollte. Für die Erarbeitung von authentischen Fallbeispielen für den praxisnahen Unterricht muss im Vorfeld das Setting, in welches die jeweilige Patientengeschichte eingebettet ist, herausgearbeitet und im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit reflektiert werden. Zunächst erscheint es widersprüchlich, dass 65 % der Befragten vorrangig den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention als künftiges Handlungsfeld sehen, obwohl dieser Versorgungsbereich sowohl bei den Kompetenzbeurteilungen als auch bei den Beurteilungen der curricularen Inhalte weniger stark gewichtet wurde. Im Bereich Rehabilitation haben KIM-Verfahren, wie beispielsweise Kneipp-Anwendungen, Entspannungs- und Bewegungsübungen, einen festen Platz. Ebenso sind neben den Ärztinnen und Ärzten auch weitere Gesundheitsberufe, wie beispielsweise Physiotherapeuten, in die entsprechenden Versorgung und Therapieangebote eingebunden. Im Hinblick auf den akut-stationären und ambulanten Bereich kann aus den Anmerkungen der Befragten die Hypothese aufgestellt werden, dass die Interprofessionalität in der ambulanten Versorgung und KIM in der stationären Versorgung kaum umgesetzt werden kann. Dies ist insofern restriktiv, als dass ein interprofessionelles KIM-Curriculum sich auf die Versorgung im chronisch-rehabilitativen Bereich begrenzen müsste, da sich in der beruflichen Bildung die kompetenzorientierte Lehre an den späteren beruflichen Aufgabenfeldern auszurichten hat (Kultusministerkonferenz 1999). Diese Aufgaben- bzw. Lernfelder bilden die Grundlage für das Arbeiten mit praxisnahen Fallbeispielen, wobei das ganzheitliche Erfassen der beruflichen Wirklichkeit erlernt werden soll. Hierbei spielt auch die Reflexion der während der Handlungen gemachten Erfahrungen der Lernenden in Bezug auf die gesellschaftlichen Auswirkungen eine Rolle (Kultusministerkonferenz 2011). Der theoriegeleitete, pragmatische Ansatz zum Entwickeln von Lernfeldern und Lernsituationen beginnt mit dem Erfassen des Zusammenhangs zwischen dem Beruf und den Arbeitsprozessen (Bader 2003). Aus beruflicher Perspektive sind Verwertungsansprüche inhärent, das heißt, bestimmte Tätigkeiten werden in die Ablaufstruktur eines sozio-technischen Handlungssystems eingeordnet, strukturiert und analysiert. Dieses

Handlungssystem wird dabei als theoretische Konzeptualisierung des gesamten Arbeitsprozesses begriffen. Diese eher bildungstheoretische Debatte wurde bislang in der Literatur im Hinblick auf die interprofessionelle KIM-Versorgung noch nicht aufgegriffen. Es ist davon auszugehen, dass in Ländern, in denen ein Großteil der Gesundheitsberufe auf akademischem Niveau ausgebildet werden, mehr Handlungsfelder identifiziert werden können, die sowohl Interprofessionalität als auch KIM abbilden. Beispielsweise wurde bereits in den USA ein interprofessionelles Curriculum für die integrativmedizinische Primärversorgung entwickelt, in welches auch Pflegekräfte, Pharmazeuten und Chiropraktiker involviert sind (Kligler et al. 2015). Im deutschsprachigen Gesundheitssystem ist derzeit die entsprechende Versorgung hausarztzentriert organisiert. Möglicherweise eröffnen hier die Entwicklungen hin zu Praxisgemeinschaften und Verbundnetzwerken neue Möglichkeiten für die Erbringung von Versorgungsleistungen im interprofessionellen Team. Bezogen auf die Schweiz beschreiben Schoeb und Staffoni, dass durch die vermehrte Verlagerung von bisher stationär durchgeführten Behandlungen in den ambulanten Bereich, künftig die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit im ambulanten Bereich zunehmen wird. Im Gegensatz zu der eher *koordinativen* und *ko-kreativen* Zusammenarbeit im stationären Bereich würde aber im ambulanten Sektor die Zusammenarbeit sich eher *ad hoc* und *projektähnlich* gestalten und wäre eher als eine *integrative Praxis* zu verstehen, bei der die Form und Funktion der Zusammenarbeit jeweils zunächst gemeinschaftlich definiert und dann auf die Bedürfnisse aller daran Beteiligten abgestimmt werden muss (Schoeb und Staffoni 2019, S. 188). Im stationären Bereich zeigt sich, dass neben den weltanschaulich ausgerichteten Krankenhäusern, wie beispielsweise die anthroposophisch erweiterten Häuser, spezialisierte Kliniken mit individualisierten Angeboten und Fachabteilungen in großen konventionellen Krankenhäusern mit KIM-Angeboten entstehen. Best-Practice-Beispiele zeigen, dass in der Grundversorgung und im akutmedizinischen Bereich eine stationäre KIM-Versorgung umgesetzt werden kann (Hoefert et al. 2014). Ebenso wurden für den Bereich der Chirurgie typische prä- und postoperative Problemstellungen identifiziert, wie Umgang mit Angst, Schmerzen, gastrointestinale Dysfunktionen oder Übelkeit, welche anhand von KIM behandelt werden können (Lederer et al. 2018). Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Bedeutung der Interprofessionalität im ambulanten Bereich künftig an Bedeutung gewinnt und auch die Nachfrage nach KIM im stationären Bereich zunimmt. Voraussichtlich eröffnen sich künftig neue Möglichkeiten für die interprofessionelle KIM-Versorgung in beiden Bereichen. Für die Einübung von Kommunikationsstrukturen anhand

von Fallbeispielen ist dann aber der Versorgungsbereich und somit auch die Art und Weise der interprofessionellen Zusammenarbeit zu klären.

Ergebnisse des Abschlussworkshops zu didaktischen Implikationen

Authentische Fallbeispiele und praktische Übungen scheinen gute Konzepte zu sein, um die Studierenden schrittweise mit den vielfältigen Möglichkeiten von KIM vertraut zu machen. So integrierten beispielsweise Kutt et al. Fallbeispiele in die interprofessionelle Lehre, bei denen die Patientinnen oder Patienten gezielt nach komplementären Behandlungsmethoden fragen. Die Studierenden fühlten sich dadurch motiviert, selbst zu recherchieren, welche Möglichkeiten es für die Betroffenen gibt und welche Quellen geeignet sind, um mögliche Optionen zu prüfen. Dadurch wird auch der interprofessionelle Austausch unter den Studierenden angeregt (Kutt et al. 2019). Rivera et al. betonen, dass die Integration von Schauspielpatientinnen und -patienten in die Lehre den Lernenden die Möglichkeit eröffnet, die unterschiedlichen Rollen der an der Versorgung beteiligten Professionen zu diskutieren, welche benötigt werden, um Patientinnen und Patienten mit dem Wunsch nach KIM adäquat zu beraten und zu versorgen (Rivera et al. 2018). Um eine respektvolle Kommunikation zu praktizieren, scheint die Integration von realen Patientinnen und Patienten gewinnbringend zu sein (Graungaard und Andersen 2014; Nasir et al. 2017). Auch wenn in der dritten Delphi-Befragungsrunde nur 38 % der Befragten die Integration von Realpatientinnen oder -patienten für ein KIM-Curriculum für wichtig erachten (Abbildung 13), wurde im Workshop betont, dass Verhaltens- und Einstellungsänderungen hin zu einer respektvollen und umsichtigen Gesprächsführung am besten über den Einsatz von Realpatientinnen oder -patienten erreicht werden kann. Darüber hinaus gibt es auch allgemeine Empfehlungen zu interprofessionellen Lehrmethoden, die ebenfalls mit den Ergebnissen dieser Studie verknüpft werden können (Barr et al. 2017a; Berger et al. 2017). Ein frühes interprofessionelles Lernen auf der Grundlage konkreter Patientenfallstudien wird für eine spätere teambasierte und patientenzentrierte Zusammenarbeit als notwendig erachtet (Barr et al. 2017a; Rivera et al. 2018). Auch andere aktuelle Studien zur interprofessionellen Lehre zu KIM konzentrieren sich auf interaktive Lehrmethoden, wie z. B. simulationsbasiertes Lernen (Cunningham et al. 2018).

Die Workshopteilnehmerinnen griffen die Möglichkeit des Einbindens von E-Learning-Einheiten als geeignet auf, um den Präsenzunterricht für den interaktiven Austausch unter

den Studierenden und für das Einbinden praktischer Übungen zu nutzen. Hier könnte ein Blended-Learning-Konzept geeignet sein, in welchem sich Studierende nach und nach unterschiedliche Therapie- und Behandlungskonzepte als Video- oder Online-Tutorial selbst erarbeiten und in den Präsenzzeiten dann anhand von Fallbeispielen und praktischen Übungen aufgreifen und diskutieren. Die Erstellung interprofessioneller digitaler Medien, die sowohl theoretisch fundiert als auch praxisnah sind, könnte hierbei eine Herausforderung darstellen. Zukünftig ist mehr Forschung zur KIM-Ausbildung erforderlich, die sich sowohl auf die Lehrmethoden als auch auf den Vergleich von Informationen und akademischen Perspektiven innerhalb und zwischen KIM-Institutionen und Medizinischen Fakultäten konzentriert (Gray et al. 2020). McCabe et al. führten ein narratives Review durch, um herauszufinden ob Online-Kurse zum Thema Management chronischer Krankheiten für ein interprofessionelles Lehrangebot erfolgreich sind (McCabe et al. 2020). Die Ergebnisse zeigen, dass die in die Auswertung eingeschlossenen Online-Angebote von den Studierenden sehr gut angenommen wurden. Der Erfolg hinge aber davon ab, ob Studierende motiviert sind und die nötigen technischen Skills für ein Online-Angebot mitbringen. Gegebenenfalls seien Online-Formate für Wahlfächer besser geeignet als für Pflichtmodule. Darüber hinaus wird betont, dass es notwendig sei, Moderierende oder Dozierende zu haben, welche die Online-Seminare anleiten und Diskussionen ermöglichen und koordinieren können. Aktuell werden interprofessionelle Online-Kurse und Blended-Learning-Kurse entwickelt und evaluiert, die Themen wie Kommunikation in den Fokus rücken (Simpson et al. 2020) oder die Rolle *Facilitator* genauer untersuchen (Evans et al. 2019). Es ist davon auszugehen, dass sich hier künftig neue Möglichkeiten auftun, Online-Lehre so zu gestalten, dass ein gelungener Austausch unter den Teilnehmenden und nachhaltige Effekte auf die Versorgungspraxis ermöglicht werden. Gegebenenfalls könnten durch die Zusammenarbeit verschiedener Fakultäten entsprechende vorhandene Expertisen gebündelt und aufzuwendende Ressourcen effektiv genutzt werden.

Die Ergebnisse in Bezug auf die didaktischen Methoden zeigen insgesamt, dass es zielführend ist, praktische Übungen einzubinden, um einzelne Therapieverfahren begreifbarer zu machen. Die Erarbeitung von digitalen Medien, welche KIM-Verfahren reflektiert aus unterschiedlichen professionellen Perspektiven beleuchten, sowie die Erarbeitung von Kommunikationsstrategien, Fallbeispielen, Szenarien für Real- und Schauspielpatientinnen und -patienten für bestimmte Handlungsfelder, bedarf weiterer, im besten Fall fakultätsübergreifender Anstrengungen.

4.2.5 Diskussion der Gefahren und Chancen interprofessioneller Lehre zu KIM

Die fünfte und letzte Forschungsfrage zielte auf die Ermittlung der Gefahren und Chancen, die die Befragten bei der Implementierung und Umsetzung eines entsprechenden Lehrangebots vermuten. Die zahlreichen Anmerkungen zu den beiden zu Beginn der dritten Befragungsrunde gestellten Fragen bündeln auch weitgehend die Kommentare, welche im Verlauf der Befragung an unterschiedlichen Stellen angemerkt wurden. Die explizite Aufforderung und systematische Erhebung erlaubten es nun, die Antworten inhaltsanalytisch aufzuarbeiten. Im Folgenden werden die Ergebnisse anhand der Leitkategorien diskutiert.

Für die Leitkategorie *Patientenversorgung* wurden die meisten positiven Aussagen identifiziert. Die Befragten gehen davon aus, dass sich ein KIM-Seminar positiv auf die ganzheitliche und die teamorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten auswirke und dass diese beiden Aspekte sich gegenseitig positiv beeinflussen. Es könne ein gewinnbringender Austausch zwischen den Berufsgruppen stattfinden. Jeder Gesundheitsberuf setze andere Schwerpunkte in der Behandlung von Patientinnen und Patienten, somit können bei einer interprofessionellen Versorgung unterschiedliche berufsspezifische Expertisen eingebracht werden. Dies resultiere in einem umfassenderen Bild der Situation des oder der Erkrankten und an geeigneten Behandlungsmöglichkeiten. In Templemans qualitativer Studie über die interprofessionelle Ausbildung zu KIM unter Studierenden wird die interprofessionelle Zusammenarbeit als ein Instrument hervorgehoben, das die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen verbessert, eine effektive Patientenversorgung koordiniert und Angehörigen verschiedener Disziplinen hilft, die Prioritäten, Bedürfnisse und Herausforderungen ihrer Kollegen zu verstehen und so auch zu einem besseren Ergebnis für die Patientensicherheit beiträgt (Templeman et al. 2016).

In Bezug auf das *Lehren und Lernen* äußern die Expertinnen und Experten jedoch auch klar die Notwendigkeit einer interprofessionellen Ausbildung, um bestehende Stereotypen zu überwinden und eine gemeinsame Basis zu schaffen. Es wird davon ausgegangen, dass eine Zusammenarbeit in der Patientenversorgung nur gelingen könne, wenn bereits während des Studiums gemeinsam gelernt wird (Reeves et al. 2017). Während das interprofessionelle Lehren und Lernen im Bereich KIM ganz klar als Chance gesehen wird, werden auch viele *Gefahren* dieser Kategorie zugeordnet. Neben den Herausforderungen des

interprofessionellen Lernens im Allgemeinen (Schwarzbeck et al. 2019) haben die Studierenden bereits sehr unterschiedliche Erfahrungen und Einstellungen im Bereich KIM. Dies erfordert eine offene Herangehensweise seitens der Lehrenden, um diese unterschiedlichen Vorerfahrungen konstruktiv in den Lehrprozess zu integrieren. Um die Studierenden der Medizin und des Gesundheitswesens auf die Versorgungspraxis vorzubereiten, ist es notwendig, sie in die Lage zu versetzen, mit multiplen Perspektiven und Behandlungsoptionen umzugehen. Studierende sind gerade im Bereich KIM mit Unsicherheiten konfrontiert, da sich in der Praxis meist bereits ein Mosaik verschiedener Kulturen und damit auch unterschiedlicher Erwartungen und Gepflogenheiten finden lässt (Witt et al. 2015). Dies stellt hohe Anforderungen an die Dozierenden. Die Befragten gehen davon aus, dass es schwierig sein könne, geeignete Dozierende zu finden, die sowohl den interprofessionellen als auch den komplementären Bereich angemessen adressieren können. Entgegen der Aussage von Hansen et al., es bedürfe keiner speziellen Expertise der Lehrenden in Bezug auf komplementärmedizinische Inhalte (Hansen 1991), sehen bei dieser Studie die Befragten gerade hierin eine besondere Herausforderung. Es ist daher nicht verwunderlich, dass für die Umsetzung der Lehre an den einzelnen Fakultäten Schwierigkeiten vermutet werden. Es ist möglich, dass es sowohl unter den Befragten als auch generell nur wenige Dozierende gibt, die sowohl Erfahrung im Bereich KIM als auch in der interprofessionellen Lehre haben. Da sich KIM im deutschsprachigen Raum noch nicht als eigenständige Disziplin etabliert hat, fehlt es auch an Strukturen, um einen entsprechenden Pool von Personen aus der Wissenschaft und Versorgungspraxis bereitzustellen, und auch, um das Fachgebiet klar zu definieren und abzugrenzen. Das bedeutet, dass wegbereitende Personen gebraucht werden, die das Feld aufgreifen und evidenzbasiert begründen. Es hat sich bereits gezeigt, dass evidenzbasierte Medizin und KIM konzeptionell gut kombiniert werden können (Leach et al. 2018). Die evidenzbasierte Ausrichtung der Lehre erscheint auch im Hinblick auf die genannten Bedenken der Befragten wichtig, dass durch die Lehre im Bereich der KIM der wissenschaftliche Anspruch der universitären Lehre nicht erfüllt werden könne.

Die Leitkategorie *Fakultätsentwicklung* enthält sehr kontroverse Aussagen. Die Befragten vermuteten, dass es an den Fakultäten wenig Offenheit und Akzeptanz für ein solches Seminar geben könne und die Befürchtung besteht, dass der Ruf und die wissenschaftliche Ausrichtung der Fakultät gefährdet werden könnten. Daher ist es wichtig, für die Implementierung eines KIM-Curriculums auf Fakultätsebene bestehende Widerstände und Bedenken abzubauen (Chitindingu et al. 2014). Die Integration von KIM in den Lehrplan der

Medizinischen Fakultät erfordert ein engagiertes Team (Frenkel et al. 2007). Es müssen auf Fakultätsebene mehrere Hürden überwunden werden, wie z. B. die Überzeugung skeptischer Dozierender von KIM, eine unzureichende Anzahl von Dozierenden für die Lehre des Faches, überfüllte Curricula, erhöhte Kosten in Forschung und Entwicklung zur Erstellung von Evidenzdaten, der mögliche Einfluss von Pharmaunternehmen sowie potenzielle Konflikte aufgrund einer unterschiedlichen Vorstellung von kulturellen Gepflogenheiten und Werten (Mwaka et al. 2018). Darüber hinaus stellt die Implementierung von interprofessionellen Lernsettings einen größeren organisatorischen Aufwand dar als die von monoprofessionellen (Nock 2016). Umso wichtiger ist es, einen Konsens darüber zu erzielen, welche Ziele in einem interprofessionellen KIM-Curriculum erreicht werden sollen und welchen Mehrwert es bietet.

Die Befragten sehen in der Durchführung einer interprofessionellen KIM-Ausbildung die Chance, traditionelle Strukturen zu überwinden, den wissenschaftlichen Ansatz kritisch zu hinterfragen und die Lehre generell zu modernisieren. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Befragten positive Effekte auf allen Ebenen erwarten: bei den Lernenden, bei den Lehrenden, innerhalb der Fakultätsentwicklung und für die Patientenversorgung. Es werden keine negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung erwartet. Die Implementierung der interprofessionellen Lehre im Bereich KIM erscheint aufgrund dieser Effekte vielversprechend, auch wenn für die curriculare Umsetzung noch viel strukturelle Arbeit geleistet werden muss.

Die Curriculumentwicklung wird inzwischen als ein dynamischer Prozess gesehen, welcher sich im Spannungsfeld unterschiedlicher Erwartungen und Interessen bewegt (Lee et al. 2013; Moran et al. 2015). Die Anforderungen entfalten sich zwischen den Perspektiven der Lehrenden, der Lernenden, der Praktizierenden und der Absolventinnen und Absolventen. Diese Anforderungen werden als miteinander verbunden und voneinander abhängig beschrieben. In ihrer Gesamtheit vermitteln sie ein umfassendes Bild des dynamischen Zusammenspiels der jeweiligen Interessen. Durch die Ergebnisse dieser Fragestellung konnten die jeweiligen Interessen und Befürchtungen offengelegt werden. Dies kann dabei helfen, die Ziele eines KIM-Seminars und die Ausrichtung auf eine Verbesserung der Patientenversorgung zu artikulieren, den Bedarf an Lehrkräften, die Notwendigkeit die KIM-Versorgung und die Handlungsfelder der Gesundheitsberufe als Gegenstandsbereiche in wissenschaftlichen Diskursen abzubilden und daraus Kenntnisse, Fähigkeiten und Eigenschaften abzuleiten, die erforderlich sind, um künftigen beruflichen Herausforderungen gerecht zu werden. Neben den Fragen nach geeigneten Lehr-, Lern- und Prüfungsformaten ist

auch die Frage zu stellen, welchen lokalen Einfluss die Universitätsstruktur und -kultur auf die Gestaltung und Umsetzung eines solchen Curriculums hat. Nicht zuletzt wird hierbei auch aufgezeigt, wie vielschichtig und dynamisch der Prozess der Curriculumsentwicklung ist.

4.3 Schlussfolgerungen

Das Ziel dieser Studie war die Ermittlung von Kompetenzen, beruflichen Rollen und curricularen Inhalten, welche von Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen beruflichen Hintergründen als wichtig und relevant für ein interprofessionelles Curriculums zu KIM im Grundstudium eingeschätzt werden, sowie die Erarbeitung geeigneter didaktischer Methoden und Identifizierung von Gefahren und Chancen bei der Umsetzung eines solchen Curriculums. Aus den Beurteilungen, Einschätzungen und Kommentaren der Befragten konnte trotz der Heterogenität des Expertenpanels und deren unterschiedlichen Einstellungen zu KIM eine Übereinkunft über entsprechende Schwerpunktsetzungen gefunden und wesentliche Aspekte aus unterschiedlichen Perspektiven herausgearbeitet werden. Es ist gelungen, alle fünf Forschungsfragen differenziert zu beantworten.

Zunächst konnten Kompetenzen identifiziert werden, die von den Expertinnen und Experten als sehr relevant für ein interprofessionelles KIM-Curriculum eingeschätzt wurden. Besonders hervorgehoben wurde, dass Studierende Basiswissen zu KIM-Verfahren und deren Evidenz benötigen und zur respektvollen und wertschätzenden Zusammenarbeit unter Einbindung der Patientinnen und Patienten in das Versorgungsteam während des gesamten Versorgungsprozesses befähigt werden sollten. Dies verweist auf eine praxis- und patientenorientierte Ausrichtung der Lehre. Hierbei nimmt die Entwicklung der CanMeds-Rollen: *Medical Expert*, *Communicator*, *Professional* und *Collaborator* eine zentrale Stellung ein, wobei die Rollen *Leader* und *Health Advocate* eher in den Hintergrund rücken. Durch das Einüben dieser Rollen werden die Fähigkeiten zur patientenzentrierten Versorgung und Kommunikation, interprofessionellen Zusammenarbeit und zur Einnahme einer professionellen Haltung gefördert. In Bezug auf die Inhalte sei es nach Meinung der Expertinnen und Experten sinnvoll, wenn die Studierenden vor Seminarbeginn bereits über Grundkenntnisse zur Kommunikation verfügten. Grundlagenwissen zu einzelnen komplementärmedizinischen Verfahren könne über interprofessionell gestaltete digitale Medien bereitgestellt werden. Hierbei sollen hauptsächlich Verfahren aus dem Bereich der klassischen Naturheilkunde und häufig angewandte Verfahren wie Akupunktur aufgegriffen

werden. Im Verlauf des Präsenzunterrichts sei darauf zu achten, dass die Studierenden Gelegenheit haben, sich auszutauschen, um eine gemeinsame Terminologie und Umgangsweise mit KIM und mit der Bewertung der Evidenz zu finden. Im Verlauf des Seminars könnten, basierend auf authentischen Fallbeispielen, Handlungsoptionen erarbeitet werden. Hierbei könnten häufige und komplexe Krankheitsbilder zugrunde gelegt werden, wie beispielsweise Schmerzen, Schlafstörungen oder Reizdarmsyndrom. Das Ausprobieren einzelner KIM-Verfahren könne dabei unterstützen, die Wirkungsweise selbst zu erleben und die jeweiligen Verfahren besser zu begreifen. Durch die Einbindung von Realpatientinnen und -patienten könnten Studierende eine respektvolle und offene Gesprächsführung lernen und einüben. Hierbei solle der ganze Versorgungsprozess der Patientinnen und Patienten im Blick behalten werden, beginnend beim Erstkontakt und Anamnesegespräch. Für die Erstellung von geeigneten Szenarien und Fallbeispielen sei es notwendig, Versorgungsbereiche zu identifizieren, welche sowohl die Interprofessionalität als auch KIM abbilden. Darüber hinaus sei es wichtig, Dozierende zu rekrutieren, die sowohl zur kritischen, reflektierten Lehre in Bezug auf KIM als auch zur Einbindung aller beteiligten Berufsgruppen im interprofessionellen Setting in der Lage sind.

Im Verlauf der Befragung wurde ein Diskurs in Bezug auf alle drei Gestaltungsprinzipien der Curriculumsentwicklung ermöglicht (Reetz und Seyd 2003). In Bezug auf das *Wissenschaftsprinzip* wurde die Notwendigkeit artikuliert, die Lerngegenstände an den Fachstrukturen der Wissenschaft auszurichten. Wenn, wie zu dieser Thematik, keine verbindlichen Fachstrukturen vorhanden sind, obliegt es im universitären Bereich nach Reetz und Seyd den Studiengangsverantwortlichen, eine Analyse durchzuführen und das Fachwissen in einen Anwendungszusammenhang zu stellen. Die vorliegende Studie kann hierbei Orientierung geben. Mit der Diskussion um künftige Handlungsfelder wurde das *Situationsprinzip* aufgegriffen, welches der Idee folgt, dass die zu fördernden Kompetenzen aus künftigen Handlungssituationen heraus zu entwickeln sind. Auch hier liefert die Studie mögliche Anknüpfungspunkte. Mit der Förderung von Kritikfähigkeit und Entscheidungsfähigkeit wurde der Blick auf die Bedürfnisse der Studierenden gerichtet und somit die Zielsetzung des *Persönlichkeitsprinzips* als curriculare Entwicklungsarbeit eingelöst. Dass diese drei Gestaltungsprinzipien im Verlauf der Studie in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander diskutiert wurden, ist nicht zuletzt der umfassenden und vielfältigen Expertise der Teilnehmenden geschuldet. Dennoch wurde sichtbar, dass die interprofessionelle Lehre zu KIM noch sehr fragil ist und es weiterer Anstrengungen bedarf,

die Thematik auf ein solides Fundament zu stellen. So bedarf es beispielsweise Fachgesellschaften, welche den Bereich der KIM fachwissenschaftlich strukturieren, Best-Practice-Beispiele aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen zur interprofessionellen Umsetzung der KIM-Versorgung, aus welchen heraus Handlungssituationen entwickelt werden können, und nicht zuletzt auch eine ergebnisorientierte Evaluation entsprechender Unterrichtsmodule, die aufzeigt, ob und unter welchen Bedingungen entsprechende Lehrangebote das Potential haben, die Persönlichkeitsentwicklung von Studierenden zu fördern und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Um Ressourcen für die aufwändige Entwicklung von interprofessionellen, praxisnahen, kritischen und theoretisch fundierten Lehrmaterialien und Unterrichtskonzepten zu bündeln, könnte eine fakultätsübergreifende Zusammenarbeit zielführend sein. Bei der Analyse und Diskussion der Ergebnisse in dieser Arbeit konnten sowohl Überschneidungen mit bereits im internationalen Raum existierenden Curricula zu KIM aufgezeigt, als auch auf die lokalen Besonderheiten im deutschsprachigen Raum aufmerksam gemacht werden. Im Hinblick auf den *six-step approach* nach Kern (Thomas et al. 2016) wurde in der Einleitung dieser Arbeit die Notwendigkeit einer umfassenden Patientenversorgung unter Einbezug der Patientenpräferenzen durch die Beteiligung aller Gesundheitsfachberufe und Berücksichtigung von KIM dargelegt. Im zweiten Schritt wurde aufgezeigt, dass gegenwärtig weder Studierende der Humanmedizin noch Studierende weiterer Gesundheitsfachberufe ausreichend und aufeinander abgestimmt in Bezug auf KIM qualifiziert werden. Im dritten und vierten Schritt wurden durch die durchgeführte Befragung mögliche Ziele und curriculare Inhalte identifiziert sowie mögliche Strategien für die Implementierung erarbeitet. Letztendlich steht nun der letzte Schritt an, die Umsetzung entsprechender Lehrangebote zu evaluieren, um die Durchführbarkeit und die Effekte auf Studierende, Lehrende, die Medizinischen Fakultäten und Hochschulen sowie auf die Patientenversorgung zu erkunden und einen Prozess der Weiterentwicklung, sowohl in der Lehre als auch in der Patientenversorgung, anzustoßen.

Der Nutzen dieser Studie liegt darin, dass die Zielsetzung und Ausgestaltung eines möglichen KIM-Curriculums systematisch in einem interprofessionellen Expertenteam durch einen mehrstufigen Prozess entwickelt wurde. Die Ergebnisse können dazu beitragen, die Planung und Durchführung von interprofessionellen KIM-Angeboten in medizinischen und gesundheitsberuflichen Studiengängen zu unterstützen. Des Weiteren kann durch die Ergebnisse die Entwicklung patientenzentrierter und teamorientierter Lehr- und Versorgungskonzepte vorangetrieben werden.

5 Zusammenfassung

Chronische Erkrankungen, Multimorbidität sowie der Wunsch von Erkrankten nach einer umfassenden Versorgung im ganzen Behandlungsverlauf prägen die wachsenden Anforderungen an die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe. Gegenwärtig fühlen sich die Angehörigen der einzelnen Gesundheitsfachberufe nicht ausreichend qualifiziert, um Patientinnen und Patienten im Hinblick auf komplementäre Behandlungsoptionen zu beraten und zu begleiten. Interprofessionelle Ausbildungskonzepte sind vielversprechend, da sie die Möglichkeit bieten, die eigene berufliche Rolle zu reflektieren, kommunikative Kompetenzen zu erwerben, die Zusammenarbeit einzuüben und gemeinsame Werte zu entwickeln. Während sich in den letzten Jahren im nordamerikanischen Raum staatlich geförderte Programme zur Entwicklung interprofessioneller Ausbildungskonzepte für Komplementäre und Integrative Medizin entwickelten, sind diese für den deutschsprachigen Raum praktisch nicht vorhanden. Aufgrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme, Ausbildungswege und Patienteninteressen können entsprechende Konzepte nicht unverändert übernommen werden. Das Ziel dieser Studie war, einen Konsensfindungsprozess zwischen Expertinnen und Experten im deutschsprachigen Raum herbeizuführen, um relevante Kompetenzen, Rollenprofile, curriculare Inhalte und didaktische Methoden zu identifizieren und Herausforderungen und Chancen in Bezug auf die Implementierung eines solchen Curriculums zu diskutieren.

Von März 2018 bis März 2019 wurde eine Delphi-Studie in drei Runden durchgeführt. Fünfundsechzig Expertinnen und Experten aus Deutschland und der deutschsprachigen Schweiz mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen, Erfahrungen und Einstellungen wurden schriftlich zur Online-Befragung eingeladen. Im Verlauf wurden vordefinierte und von den Teilnehmenden vorgeschlagene Kompetenzen und curriculare Inhalte bewertet. Darüber hinaus wurden alle CanMEDS-Rollen und deren Teilkompetenzen hinsichtlich ihrer Relevanz eingeschätzt. Anhand von Freitextfeldern und Multiple-Choice-Fragen wurden geeignete Lehrmethoden identifiziert sowie erwartete Herausforderungen und Chancen bei der Implementierung eines interprofessionellen Seminars für Komplementäre und Integrative Medizin benannt. Für die Analyse wurden die bewerteten Kompetenzen, Rollenkompetenzen und curricularen Inhalte in vier Relevanzgruppen geordnet. Als Konsens wurde eine Übereinstimmung von mindestens 80 % festgelegt. Die Aussagen der Freitextfelder wurden induktiv inhaltsanalytisch ausgewertet. Der Prozess der schriftlichen Datengenerierung wurde durch einen Workshop abgeschlossen, in dem die Ergebnisse in Beziehung zueinander diskutiert und konsentiert wurden.

Die Rücklaufquoten für die drei Runden betragen 76 % (N= 50), 80 % (N= 40), 90 % (N= 36) und für den Abschlussworkshop 21 % (N= 11). Über folgende Aussagen konnte eine Übereinkunft getroffen werden: In Bezug auf den Kompetenzerwerb stellen Kenntnisse zu komplementär- und integrativmedizinischen Begriffen und Methoden und die Fähigkeit, einzelne Methoden hinsichtlich ihrer Evidenz beurteilen zu können, die Grundlage dar. Darüber hinaus sollten die Studierenden lernen, kollaborativ mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten, Erkrankte in das interprofessionelle Team zu integrieren und diese respektvoll und einfühlsam in alle Entscheidungsprozesse der Gesundheitsversorgung, ausgehend von einer umfassenden Anamnese, einzubeziehen. Neben den CanMEDS-Rollen *Collaborator* und *Medical Expert* sind auch die Rollen *Communicator* und *Professional* von zentraler Bedeutung. Hingegen spielt der Erwerb von Management- und Beratungsfähigkeiten in der Grundausbildung zur Komplementären Medizin eine untergeordnete Rolle. Um die Lehre patientenzentriert auszurichten, sollten unterschiedliche Therapieoptionen diskutiert und die Inhalte entlang der häufigsten Behandlungsanlässe in interprofessionellen Gruppen anhand von Fallbeispielen erarbeitet werden. Studierende sollten Wirkungen und Wechselwirkungen einzelner komplementärmedizinischer Verfahren kennen lernen. Hierbei sollte der Fokus insbesondere auf die klassischen Naturheilverfahren und häufig angewandte Methoden, wie Akupunktur, gerichtet werden. Im Hinblick auf die didaktische Umsetzung wurde betont, dass die Studierenden die Möglichkeit haben sollten, einfache Therapiemethoden selbst auszuprobieren. Darüber hinaus könnte durch die Einbindung von Patienten oder Patientinnen in die Lehre das Aufgreifen komplementärmedizinischer Aspekte in der interprofessionellen Patientenkommunikation eingeübt werden. Die Befragten erwarten von der interprofessionellen Lehre zur Komplementären und Integrativen Medizin positive Effekte sowohl auf die ganzheitliche und teamorientierte Patientenversorgung als auch auf die Fakultätsentwicklung. Es könnte eine Herausforderung sein, geeignete Lehrkräfte zu finden, welche die Inhalte kritisch und wissenschaftlich fundiert vermitteln und dem interprofessionellen Setting gerecht werden.

Die Delphi-Technik erwies sich als geeignetes Instrument zur Beantwortung der Forschungsfragen. Trotz des heterogenen Expertenpanels konnte ein Konsens über wesentliche Elemente eines interprofessionellen Curriculums zu Komplementärer und Integrativer Medizin erzielt werden. Die Ergebnisse können dazu beitragen, entsprechende Lehrangebote im deutschsprachigen Raum zu implementieren, die eine hohe Akzeptanz bei Lehrenden und Studierenden erreichen. Dadurch könnte langfristig die Entwicklung einer patientenzentrierten, teambasierten und wertorientierten Patientenversorgung vorangetrieben werden.

6 Literaturverzeichnis

- Abu-Rish, E., Kim, S., Choe, L., Varpio, L., Malik, E., White, A. A., Craddick, K., Blondon, K., Robins, L., Nagasawa, P., Thigpen, A., Chen, L. L., Rich, J. und Zierler, B. (2012). **Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review.** *J Interprof Care* 26, 444-451, doi: 10.3109/13561820.2012.715604.
- Academic Collaborative for Integrative Health (2018). **Competencies for optimal practice in integrated environments**, Los Angeles. URL: <https://integrativehealth.org/competencies-integrated-practices> [Stand: 01.11.2020].
- Academic Consortium for Integrative Medicine & Health (2018). **‘Definition of integrative medicine and health’.** URL: <http://www.imconsortium.org/about/home.html>. [Stand:01.11.20].
- Adam, D., Keller, T., Muhlbacher, A., Hinse, M., Icke, K., Teut, M., Brinkhaus, B. und Reinhold, T. (2019). **The value of treatment processes in Germany: A discrete choice experiment on patient preferences in complementary and conventional medicine.** *Patient* 12, 349-360, doi: 10.1007/s40271-018-0353-1.
- American Holistic Nurses Association (2006). URL: <https://www.ahna.org/> [Stand:01.11.2020].
- Arnold, C., Berger, S., Gronewold, N., Schwabe, D., Götsch, B., Mahler, C. und Schultz, J. H. (2020). **Exploring early interprofessional socialization: A pilot study of student's experiences in medical history taking.** *J Interprof Care*, 1-8, doi: 10.1080/13561820.2019.1708872.
- Aveni, E., Bauer, B., Ramelet, A. S., Decosterd, I., Ballabeni, P., Bonvin, E. und Rodondi, P. Y. (2017). **Healthcare professionals' sources of knowledge of complementary medicine in an academic center.** *PLoS One* 12, e0184979, doi: 10.1371/journal.pone.0184979.
- Bader, R. (2003). **Lernfelder konstruieren - Lernsituationen entwickeln. Die berufsbildende Schule (BbSch).** 7-8, 210-217.
- Barnett, H. (2007). **Complementary and alternative medicine and patient choice in primary care.** *Qual Prim Care* 15, 207-212.
- Barnsteiner, J. H., Disch, J. M., Hall, L., Mayer, D. und Moore, S. M. (2007). **Promoting interprofessional education.** *Nurs Outlook* 55, 144-150, doi: 10.1016/j.outlook.2007.03.003.
- Barr, H., Ford, J., Gray, R., Helme, M., Hutchings, M., Low, H., Machin, A. und Reeves, S. (2017a). **Interprofessional education guidelines.** CAIPE: Centre for the Advancement of Interprofessional Education, URL: <https://www.caipe.org/news/guidance-on-global-interprofessional-education-and-collaborative-practice-research> [Stand: 01.11.2020].
- Barr, N., Vania, D., Randall, G. und Mulvale, G. (2017b). **Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management: A systematic review.** *J Health Serv Res Policy* 22, 250-257, doi: 10.1177/1355819617714292.

- Benjamin, P. J., Phillips, R., Warren, D., Salveson, C., Hammerschlag, R., Snider, P., Haas, M., Barrett, R., Chapman, T., Kaneko, R., Martin, M., Myer, S. N., Nedrow, A., Niemiec, C., O'Bryon, D., Ochoa, S., Peterson, D., Weeks, J. und Force, A. O. T. (2007). **Response to a proposal for an integrative medicine curriculum.** *J Altern Complement Med* 13, 1021-1033, doi: 10.1089/acm.2006.6388.
- Bennett, D., McCarthy, M., O'Flynn, S. und Kelly, M. (2013). **In the eye of the beholder: Student perspectives on professional roles in practice.** *Med Educ* 47, 397-407, doi: 10.1111/medu.12114.
- Berger, E., Chan, M.-K., Kuper, A., Albert, M., Jenkins, D., Harrison, M. und Harris, I. (2012). **The CanMEDS role of Collaborator: How is it taught and assessed according to faculty and residents?** . *Paediatr Child Health* 17, 557-560.
- Berger, S., Götz, K., Leowardi-Bauer, C., Schultz, J. H., Szecsenyi, J. und Mahler, C. (2017). **Anchoring interprofessional education in undergraduate curricula: The Heidelberg story.** *J Interprof Care* 31, 175-179, doi: 10.1080/13561820.2016.1240156.
- Berman, B. M. (2001). **Complementary medicine and medical education.** *BMJ* 322, 121-122, doi: 10.1136/bmj.322.7279.121.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W. und Whittington, J. (2008). **The triple aim: Care, health, and cost.** *Health Aff (Millwood)* 27, 759-769, doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759.
- Bibliographisches Institut GmbH (2020). **Duden.** URL: <https://www.duden.de/> [Stand:01.11.2020].
- Biggs, J. B. und Tang, C. (2011). **Teaching for quality learning at university: What the student does,** 4. Aufl., Open Univ. Pr., Maidenhead, 389 S.
- Bilodeau, K., Dubois, S. und Pepin, J. (2015). **Interprofessional patient-centred practice in oncology teams: Utopia or reality?** *J Interprof Care* 29, 106-112, doi: 10.3109/13561820.2014.942838.
- Bogner, A., Littig, B. und Menz, W. (2009). **Interviewing experts,** Palgrave Macmillan, Basingstoke England, New York, 281 S.
- Bonse-Rohmann, M. (2008). **Kompetenzorientiert prüfen: Lern- und Leistungsüberprüfungen in der Pflegeausbildung,** 1. Aufl., Urban & Fischer, München, Jena, 174 S.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D. und Findlay, B. (2004). **From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework.** *BMC Health Serv Res* 4, 15, doi: 10.1186/1472-6963-4-15.
- Booth-Laforce, C., Scott, C. S., Heitkemper, M. M., Cornman, B. J., Lan, M. C., Bond, E. F. und Swanson, K. M. (2010). **Complementary and alternative medicine (CAM) attitudes and competencies of nursing students and faculty: Results of integrating CAM into the nursing curriculum.** *J Prof Nurs* 26, 293-300, doi: 10.1016/j.profnurs.2010.03.003.
- Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A. und Chioreso, C. (2014). **A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim.** *J Interprof Care* 28, 393-399, doi: 10.3109/13561820.2014.906391.

- Breiner, S., Cuhls, K., Jaeckel, G., Georgief, P., Koschatzky, K., Reiß, T., Schmoch, U. und Grupp, H. (1993). **Deutscher Delphi-Bericht zur Entwicklung von Wissenschaft und Technik**, Bundesministerium für Forschung und Technologie, Hrsg. (Bonn).
- Brett, J., Brimhall, J., Healey, D., Pfeifer, J. und Prenguber, M. (2013). **Competencies for public health and interprofessional education in accreditation standards of complementary and alternative medicine disciplines**. *Explore (NY)* 9, 314-320, doi: 10.1016/j.explore.2013.06.001.
- Brinkhaus, B., Joos, S., Lindner, M., Kohnen, R., Witt, C., Willich, S. N. und Hahn, E. G. (2005). **Integration of complementary and alternative medicine into German medical school curricula: Contradictions between the opinions of decision makers and the status quo**. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 12, 139-143, doi: 10.1159/000085227.
- Brinkhaus, B., Witt, C. M., Jena, S., Bockelbrink, A., Ortiz, M. und Willich, S. N. (2011). **Integration of complementary and alternative medicine into medical schools in Austria, Germany and Switzerland: Results of a cross-sectional study**. *Wien Med Wochenschr* 161, 32-43, doi: 10.1007/s10354-010-0834-x.
- Brokaw, J. J., Tunnicliff, G., Raess, B. U. und Saxon, D. W. (2002). **The teaching of complementary and alternative medicine in U.S. medical schools: A survey of course directors**. *Acad Med* 77, 876-881.
- Brokel, J. M. (2016). **Nurses and nurse practitioners diagnose to plan evidence-based care and treatments**. *Int J Nurs Knowl* 27, 59-60, doi: 10.1111/2047-3095.12134.
- Brundin-Mather, R., Verhoef, M. und Epstein, M. (2003). **Development of a CAM curriculum in Canadian undergraduate medical schools**. *Focus on Alternative and Complementary Therapies* 8, 487-488, doi: 10.1111/j.2042-7166.2003.tb03987.x.
- Bugaj, T. J., Schmid, C., Köchel, A., Stiepak, J., Gröner, J. B., Herzog, W. und Nikendei, C. (2017). **Shedding light into the black box: A prospective longitudinal study identifying the CanMEDS roles of final year medical students' on-ward activities**. *Med Teach* 39, 883-890, doi: 10.1080/0142159X.2017.1309377.
- Bullock, K. (1997). **Complementary medicine in the medical curriculum**. *J R Soc Med* 90, 239, doi: 10.1177/014107689709000433.
- Bundesgesundheitsministerium Bund-Länder-Arbeitsgruppe (2020). **Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe**. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/gesamtkonzept-gesundheitsberufe.html> [Stand:01.11.2020].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung, Hrsg. (2014). **Bestandsaufnahme der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe im europäischen Vergleich**, Vol 15 der Reihe Berufsbildungsforschung, Bonn.
- Burton, D., Trask, J., Sandvold, I., Amr, S., Chaudry, S. S. und Debay, M. (2015). **Integrative medicine in preventive medicine education: Implementation analysis**. *Am J Prev Med* 49, 241-248, doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.026.

- Candian Integrative Medicine Association (2016). **The CAM in UME Project**. URL: <https://www.cimadoctors.ca/the-cam-in-ume-project/> [Stand:01.11.2020].
- Carlston, M. (1998). **The revolution in medical education: Complementary medicine joins the curriculum**. *Healthc Forum J* 41, 25-26, 30-21.
- Carraccio, C., Wolfsthal, S. D., Englander, R., Ferentz, K. und Martin, C. (2002). **Shifting paradigms: From Flexner to competencies**. *Acad Med* 77, 361-367, doi: 10.1097/00001888-200205000-00003.
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (2002). URL: <http://www.caipe.org>. [Stand:01.11.2020].
- Chalmers, A. (2013). **What Is this thing called science?**, 4. Aufl., Open University Press, Berkshire, 304 S.
- Chiaromonte, D. R., D'Adamo, C. und Amr, S. (2015). **Implementation of an integrative medicine curriculum for preventive medicine residents**. *Am J Prev Med* 49, S249-256, doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.018.
- Chitindingu, E., George, G. und Gow, J. (2014). **A review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine into the curriculum of South African medical schools**. *BMC Med Educ* 14, 40, doi: 10.1186/1472-6920-14-40.
- Clark, P. G. (2014). **Narrative in interprofessional education and practice: Implications for professional identity, provider-patient communication and teamwork**. *J Interprof Care* 28, 34-39, doi: 10.3109/13561820.2013.853652.
- Clarke, T. C., Black, L. I., Stussman, B. J., Barnes, P. M. und Nahin, R. L. (2015). **Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002-2012**. *Natl Health Stat Report*, 1-16, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25671660> [Stand: 01.11.2020].
- Colquhoun, D. und Foreman, J. (1997). **Complementary medicine in the medical curriculum**. *J R Soc Med* 90, 178.
- Conrad, A. C., Muenstedt, K., Micke, O., Prott, F. J., Muecke, R. und Huebner, J. (2014). **Attitudes of members of the German Society for Palliative Medicine toward complementary and alternative medicine for cancer patients**. *J Cancer Res Clin Oncol* 140, 1229-1237, doi: 10.1007/s00432-014-1656-9.
- Corbin Winslow, L. und Shapiro, H. (2002). **Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients**. *Arch Intern Med* 162, 1176-1181, doi: 10.1001/archinte.162.10.1176.
- Coulter, I. (2004). **Integration and paradigm clash: The practical difficulties of integrative medicine**. In: *The mainstreaming of complementary and alternative medicine: Studies in social context*, Hrsg. Tovey, P., Easthope, G. und Adams, J., Routledge, London, S. 103-122.

- Cowen, V. S. und Cyr, V. (2015). **Complementary and alternative medicine in US medical schools.** *Adv Med Educ Pract* 6, 113-117, doi: 10.2147/amep.s69761.
- Cowen, V. S., Thomas, P. A., Gould-Fogerite, S. E., Passannante, M. R. und Mahon, G. M. (2015). **Interprofessional integrative medicine training for preventive medicine residents.** *Am J Prev Med* 49, 257-262, doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.035.
- Crockett, C., Joshi, C., Rosenbaum, M. und Suneja, M. (2019). **Learning to drive: Resident physicians' perceptions of how attending physicians promote and undermine autonomy.** *BMC Med Educ* 19, 293, doi: 10.1186/s12909-019-1732-6.
- Cunningham, S., Foote, L., Sowder, M. und Cunningham, C. (2018). **Interprofessional education and collaboration: A simulation-based learning experience focused on common and complementary skills in an acute care environment.** *J Interprof Care* 32, 395-398, doi: 10.1080/13561820.2017.1411340.
- Cutshall, S. M., Khalsa, T. K., Chon, T. Y., Vitek, S. M., Clark, S. D., Blomberg, D. L., Mustafa, R. und Bhagra, A. (2019). **Curricular development and implementation of a longitudinal integrative medicine education experience for trainees and health-care professionals at an academic medical center.** *Glob Adv Health Med* 8, 2164956119837489, doi: 10.1177/2164956119837489.
- D'Amour, D. und Oandasan, I. (2005). **Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept.** *J Interprof Care* 19, 8-20, doi: 10.1080/13561820500081604.
- DESTATIS Statistisches Bundesamt (2020). **Gesundheitspersonal.** URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html [Stand:01.11.2020].
- Deutsche Hochschulmedizin e.V. (2017). **Akademisierung der Gesundheitsfachberufe: Aufgabe der Deutschen Hochschulmedizin,** Vol. 4 Faktenblätter, Berlin. URL: https://www.uniklinika.de/fileadmin/user_upload/DHM_Faktenblaetter_Nr._4_Akademisierung.pdf [Stand: 01.11.2020].
- Deutscher Bundestag (2020). **Heilpraktiker in Deutschland: Rechtsgrundlagen und aktuelle Diskussion.** In WD 9 - 3000 - 043/20 (Berlin).
- DGNER-LL (2020). **AWMF-Register No. 080/003 S3 Leitlinie: Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall.** AWMF. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/080-0011_S3_Rehabilitative_Therapie_bei_Armparese_nach_Schlaganfall_2020-07.pdf. [Stand: 01.11.2020]
- Dhruva, A., Atreya, C. E. und Chao, M. T. (2018). **Applying New Models of Care to Meet Patient Needs in Integrative Oncology.** *J Altern Complement Med* 24, 1010-1011, doi: 10.1089/acm.2018.0151.
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M. und Wales, P. W. (2014). **Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies.** *J Clin Epidemiol* 67, 401-409, doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.002.

- Diekmann, A. (2020). **Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen**, 13. Aufl., Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 783 S.
- Dixon, A., Riesberg, A., Weinbrenner, S., Saka, O., Le Grand, J. und Busse, R. (2003). **Complementary and alternative medicine in the UK and Germany: Research and evidence on supply and demand**. Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society, 114.
- Dossey, B. M., Keegan, L., Guzzetta, C. E. und Kolkmeier, L. G. (1996). **Holistic nursing: A handbook for practice**, Bd. 21, 2. Aufl., Williams & Wilkins, 142 S.
- Duffield, C. (1993). **The Delphi technique: A comparison of results obtained using two expert panels**. *Int J Nurs Stud* 30, 227-237, doi: 10.1016/0020-7489(93)90033-q.
- Dutta, A. P., Dutta, A. P., Bwayo, S., Xue, Z., Akiyode, O., Ayuk-Egbe, P., Bernard, D., Daftary, M. N. und Clarke-Tasker, V. (2003). **Complementary and alternative medicine instruction in nursing curricula**. *J Natl Black Nurses Assoc* 14, 30-33.
- Engels, T. C. E. und Powell Kennedy, H. (2007). **Enhancing a Delphi study on family-focused prevention**. *Technol. Forecast. Soc. Change* 74, 433-451, doi: 10.1016/j.techfore.2005.11.008.
- Esch, T. und Brinkhaus, B. (2020). **Neue Definitionen der Integrativen Medizin: Alter Wein in neuen Schlauchen?** *Complement Med Res* 27, 67-69, doi: 10.1159/000506224.
- Evans, S. M., Ward, C. und Reeves, S. (2019). **Online interprofessional education facilitation: A scoping review**. *Med Teach* 41, 215-222, doi: 10.1080/0142159X.2018.1460656.
- Fenton, M. V. und Morris, D. L. (2003). **The integration of holistic nursing practices and complementary and alternative modalities into curricula of schools of nursing**. *Altern Ther Health Med* 9, 62-67.
- Fichtmüller, F. und Walter, A. (2007) **Pflegen lernen: Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns**. V&R unipress, Dissertation Humboldt-Universität Berlin.
- Fischer, F. H., Lewith, G., Witt, C. M., Linde, K., von Ammon, K., Cardini, F., Falkenberg, T., Fonnebo, V., Johannessen, H., Reiter, B., Uehleke, B., Weidenhammer, W. und Brinkhaus, B. (2014). **High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: Guidelines for future research**. *BMC Complement Altern Med.* 14, 46, doi: 10.1186/1472-6882-14-46.
- Flaiz, B., Winkelmann, C. und Simon, A. (2016). **Entwicklung eines Kompetenzprofils?! Systematische Kompetenzprofilentwicklung auf Basis des CanMEDS Rahmenkonzepts für die Qualifikation von Gesundheitsfachberufen auf Masterniveau**. *Padua* 11, 275, doi: 737386 de-38m.
- Flick, U. (2019). **An introduction to qualitative research**, 6. Aufl., Sage, Los Angeles, 696 S.
- Foley, H., Steel, A., Cramer, H., Wardle, J. und Adams, J. (2019). **Disclosure of complementary medicine use to medical providers: A systematic review and meta-analysis**. *Sci Rep* 9, 1-17, doi: 10.1038/s41598-018-38279-8.

- Frank, J. (2005). **The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework: Better standards. Better physicians. Better care**, Ottawa. URL: http://www.ub.edu/medicina_unitatededucaciomedica/documentos/CanMeds.pdf [Stand: 01.11.2020].
- Frank, J., Jabbour, M., Tugwell, P., Boyd, D., Frechette, D., Labrosse, J., MacFadyen, J., Marks, M., Neufeld, V., Polson, A., Shea, B., Turnbull, J. und van Rosendaal, G. (1996). **For the Societal Needs Working Group. Skills for the new millenium: Report of the societal needs working group, CanMEDS 2000 Project.**, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Hrsg. (Ottawa)206-216.
- Frank, J., Snell, L. und Sherbino, J. (2015). **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**, Ottawa. URL: <http://canmeds.royalcollege.ca/en/framework> [Stand: 01.11.2020].
- Frank, J. R., Mungroo, R., Ahmad, Y., Wang, M., De Rossi, S. und Horsley, T. (2010). **Toward a definition of competency-based education in medicine: A systematic review of published definitions**. *Med Teach* 32, 631-637, doi: 10.3109/0142159x.2010.500898.
- Frass, M., Strassl, R. P., Friehs, H., Mullner, M., Kundi, M. und Kaye, A. D. (2012). **Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: A systematic review**. *Ochsner J* 12, 45-56.
- Frenkel, M. und Cohen, L. (2014). **Effective communication about the use of complementary and integrative medicine in cancer care**. *J Altern Complement Med* 20, 12-18, doi: 10.1089/acm.2012.0533.
- Frenkel, M., Frye, A., Heliker, D., Finkle, T., Yzaguirre, D., Bulik, R. und Sierpina, V. (2007). **Lessons learned from complementary and integrative medicine curriculum change in a medical school**. *Med Educ* 41, 205-213, doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02654.x.
- Friedrichs, A. und Schaub, H. A. (2011). **Academisation of the health professions: Achievements and future prospects**. *GMS Z Med Ausbild* 28, Doc50, doi: 10.3205/zma000762.
- Gaydos, H. L. (2001). **Complementary and alternative therapies in nursing education: Trends and issues**. *Online J Issues Nurs* 6, 5.
- Geigle, P. R. und Galantino, M. L. (2009). **Complementary and alternative medicine inclusion in physical therapist education in the United States**. *Physiother Res Int* 14, 224-233, doi: 10.1002/pri.437.
- Gesellschaft für Medizinische Ausbildung e.V., B. (2019). **Position des Beirats und Vorstands der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) zum „Masterplan Medizinstudium 2020“** *GMS J Med Educ* 36, 1-10, doi: 10.3205/zma001254.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019). **Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern: Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen**. URL: <http://www.gbe-bund.de/> [Stand:01.11.2020].
- Gnahn, D. (2010). **Kompetenzen - Erwerb, Erfassung, Instrumente**, 2., aktualisierte und überarb. Aufl., Bertelsmann, Bielefeld, 129 S.

- Gold, J. und Anastasi, J. (1995). **Education opportunities in alternative/complementary medicine for nurses.** *J Altern Complement Med* 1, 399-401, doi: 10.1089/acm.1995.1.399.
- Gonzalez, M. J., Miranda-Massari, J. R., Mora, E. M., Cruzado, N. A., Jimenez, I., Rosa, M., Matos Vera, M. I., Santiago, C., Roman-Eyxarch, M. I., Rodriguez, J. R., Perez Cortes, C., Riordan, N. H., Riordan, H. D. und Ricart, C. M. (2000). **Integrative medicine: A paradigm shift in medical education and practice.** *P R Health Sci J* 19, 389-392.
- Goodman, C. M. (1987). **The Delphi technique: A critique.** *J Adv Nurs* 12, 729-734, doi: 10.1111/j.1365-2648.1987.tb01376.x.
- Graungaard, A. H. und Andersen, J. S. (2014). **Meeting real patients: A qualitative study of medical students' experiences of early patient contact.** *Educ Prim Care* 25, 132-139, doi: 10.1080/14739879.2014.11494263.
- Gray, A. C., Steel, A. und Adams, J. (2020). **Attitudes to and uptake of learning technologies in complementary medicine education: Results of an international faculty survey.** *J Altern Complement Med*, doi: 10.1089/acm.2019.0319.
- Green, B. N. und Johnson, C. D. (2015). **Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: Working together for a better future.** *J Chiropr Educ* 29, 1-10, doi: 10.7899/JCE-14-36.
- Greenlee, H., DuPont-Reyes, M. J., Balneaves, L. G., Carlson, L. E., Cohen, M. R., Deng, G., Johnson, J. A., Mumber, M., Seely, D., Zick, S. M., Boyce, L. M. und Tripathy, D. (2017). **Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment.** *CA Cancer J Clin* 67, 194-232, doi: 10.3322/caac.21397.
- Griewatz, J., Yousef, A., Rothdiener, M., Lammerding-Köppel, M. und Collaborators of the MERlin Mapping Group (2020). **Are we preparing for collaboration, advocacy and leadership? Targeted multi-site analysis of collaborative intrinsic roles implementation in medical undergraduate curricula.** *BMC Med Educ* 20, 35, doi: 10.1186/s12909-020-1940-0.
- Grossman, P., Hammerness, K. und McDonald, M. (2009). **Redefining teaching, re-imagining teacher education.** *Teachers and Teaching* 15, 273-289, doi: 10.1080/13540600902875340.
- Häder, M. (2000). **Die Expertenauswahl bei Delphi-Befragungen.** In *How-to-Reihe*, ZUMA (Mannheim)15.
- Häder, M. (2014). **Delphi-Befragungen: Ein Arbeitsbuch**, 3. Aufl., Springer VS, Wiesbaden, 244 S.
- Hall, H., Brosnan, C., Frawley, J., Wardle, J., Collins, M. und Leach, M. (2018). **Nurses' communication regarding patients' use of complementary and alternative medicine.** *Collegian* 25, 285-291, doi: 10.1016/j.colegn.2017.09.001.
- Hansen, P. A. (1991). **A suggested medical curriculum for learning about complementary medicine.** *J R Soc Med* 84, 702-703.

- Haramati, A., Adler, S. R., Wiles, M., Sierpina, V. S. und Kreitzer, M. J. (2013). **Innovation and collaboration: The first international congress for educators in complementary and integrative medicine.** *Explore (New York, N.Y.)* 9, 118-120, doi: 10.1016/j.explore.2012.12.012.
- Härtel, U. und Volger, E. (2004). **Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland -- Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie.** *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 11, 327-334, doi: 10.1159/000082814.
- Hayward, C. und Willcock, S. (2015). **General practitioner and physiotherapist communication: How to improve this vital interaction.** *Prim Health Care Res Dev* 16, 304-308, doi: 10.1017/s1463423614000103.
- Hean, S., Green, C., Anderson, E., Morris, D., John, C., Pitt, R. und O'Halloran, C. (2018). **The contribution of theory to the design, delivery, and evaluation of interprofessional curricula: BEME Guide No. 49.** *Med Teach* 40, 542-558, doi: 10.1080/0142159X.2018.1432851.
- Hochschulrektorenkonferenz (Juni 2017). **Interprofessionelles Lehren und Lernen in hochschulisch qualifizierten Gesundheitsfachberufen und der Medizin: Impulspapier des Runden Tisches Medizin und Gesundheitswissenschaften des Projekt nexus der HRK,** Bundesministerium für Bildung und Forschung, Hrsg. (Berlin).
- Hoefert, H.-W., Michalsen, A. und Uehleke, B. (2014). **Komplementärmedizin im Krankenhaus: Strategien, Konzepte, Umsetzung,** 1. Aufl., Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 264 S.
- Hollenberg, D. und Bourgeault, I. L. (2011). **Linking integrative medicine with interprofessional education and care initiatives: Challenges and opportunities for interprofessional collaboration.** *J Interprof Care* 25, 182-188, doi: 10.3109/13561820.2011.552133.
- Hollenberg, D., Zakus, D., Cook, T. und Xu, X. W. (2008). **Re-positioning the role of traditional, complementary and alternative medicine as essential health knowledge in global health: Do they still have a role to play?** *World Health Popul* 10, 62-75.
- Homberg, A. (2018). **Delphi-Befragung zur Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für komplementäre und integrative Medizin.** In: *Interprofessionelles Lehren und Lernen im Berufsfeld Gesundheit - eine Tagung vom und für den bildungswissenschaftlichen Nachwuchs-Inflight*, Hrsg. Thierfelder, I. und Wild, H., Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Berlin, URL: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/24147> 27.
- Homberg, A., Klafke, N., Glassen, K., Loukanova, S. und Mahler, C. (2020a). **Role competencies in interprofessional undergraduate education in complementary and integrative medicine: A Delphi study.** *Complement Ther Med* 54, doi: 10.1016/j.ctim.2020.102542.
- Homberg, A., Klafke, N., Glassen, K., Mahler, C. und Loukanova, S. (2018a). **Identifying competencies for teaching complementary and integrative medicine within an interprofessional setting: Report on the first round of a Delphi study.** Beitrag präsentiert bei: European congress for integrative Medicine (Ljubljana, Slovenia).

- Homberg, A., Klafke, N., Loukanova, S. und Glassen, K. (2019a). **Eine Brücke zwischen wissenschaftlicher Expertise und patientenzentrierter Versorgung schlagen: Ein interprofessionelles Wahlfachangebot Komplementäre und Integrative Medizin (InterKIM)**. In Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ) und der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft der Lehre (CAL). (Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House, Frankfurt am Main), doi: 10.3205/19gma033.
- Homberg, A., Klafke, N., Loukanova, S. und Glassen, K. (2020b). **Findings from a three-round Delphi study: Essential topics for interprofessional training on complementary and integrative medicine**. BMC Complement Altern Med, doi: 10.1186/s12906-020-03140-x.
- Homberg, A., Krug, K., Klafke, N., Glassen, K., Mahler, C. und Loukanova, S. (2020c). **Consensus views on competencies and teaching methods for an interprofessional curriculum on complementary and integrative medicine: A Delphi study**. Publikation in Vorbereitung.
- Homberg, A., Krug, K. und Loukanova, S. (2018b). **Delphi-Befragung zur Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für Komplementäre und Integrative Medizin**. Beitrag präsentiert bei: Tagung Delphiverfahren in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften (Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd).
- Homberg, A., Mahler, C., Glassen, K., Loukanova, S. und Klafke, N. (2019b). **Which competencies and contents are essential to be integrated in an interprofessional CIM-Curriculum? Findings from a three round Delphi study**. In 14th International Congress on Complementary Medicine Research (ICMMR) (Advances in Integrative Medicine, Brisbane), doi: doi.org/10.1016/j.aimed.2019.03.065, S. 23-24.
- Homberg, A., Mink, J., Karstens, S. und Mahler, C. (2019c). **Learning about professional theories, models and concepts within an interprofessional seminar for undergraduate healthcare students**. Journal of Interprofessional Education & Practice 17, doi: 10.1016/j.xjep.2019.100272.
- Homberg, A. und Stock-Schröer, B. (2020). **Interprofessional Education on Complementary and Integrative Medicine**. Clin Teach, doi: 10.1111/tct.13280.
- Homberg, A. und Witt, C. (2021). **Stärkung der Interprofessionalisierung und der vernetzten Zusammenarbeit im Kontext der Integrativen Medizin**. In: Integrative Medizin und Gesundheit, Hrsg. Brinkhaus, B. und Esch, T., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. zur Publikation angenommen.
- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (2019). **Berufsübergreifend Denken - Interprofessionell Handeln: Empfehlungen zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten**. (Mainz).
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011). **Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel** (Washington, D.C.).
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2016). **Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 Update** (Interprofessional Education Collaborative, Washington, DC).

- Iwasiw, C. L. (1987). **The role of the teacher in self-directed learning**. Nurse Educ Today 7, 222-227, doi: 10.1016/0260-6917(87)90005-0.
- Johnson, T. (1972). **Professions and power**, Macmillan, London, 96 S.
- Jonas, W. B., Eisenberg, D., Hufford, D. und Crawford, C. (2013). **The evolution of complementary and alternative medicine (CAM) in the USA over the last 20 years**. Forsch Komplementmed 20, 65-72, doi: 10.1159/000348284.
- Joos, S., Eicher, C., Musselmann, B. und Kadmon, M. (2008a). **Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines "Curriculums Naturheilverfahren" an der Universität Heidelberg**. Forsch Komplementmed 15, 251-260, doi: 10.1159/000152678.
- Joos, S., Musselmann, B., Miksch, A., Rosemann, T. und Szecsenyi, J. (2008b). **The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany: A focus group study of GPs**. BMC Health Serv Res 8, 127, doi: 10.1186/1472-6963-8-127.
- Jung, B., Salfi, J., Konigsberg, E., Patterson, C., Schaible, G. und Shkimba, M. (2017). **Bridging the divide: Interprofessional education in complementary and alternative healthcare**. Explore (NY) 13, 129-131, doi: 10.1016/j.explore.2016.12.007.
- Jünger, J. (2018). **Kompetenzorientiert prüfen im Staatsexamen Medizin**. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 61, 171-177, doi: 10.1007/s00103-017-2668-9.
- Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L. und Brearley, S. G. (2017). **Guidance on Conducting and Reporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review**. Palliat Med 31, 684-706, doi: 10.1177/0269216317690685.
- Jütte, R. (1996). **Geschichte der alternativen Medizin: Von der Volksmedizin zu der unkonventionellen Therapie von heute**, Beck Verlag, München, 341 S.
- Kampmeyer, D. (2010). **Studienaufbau: Neuer Lernzielkatalog Medizin**. Deutsches Ärzteblatt Studierende.de 1, 20.
- Keene, M. R., Heslop, I. M., Sabesan, S. S. und Glass, B. D. (2019). **Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review**. Complement Ther Clin Pract 35, 33-47, doi: 10.1016/j.ctcp.2019.01.004.
- Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T. und Vuolanto, P. H. (2018). **Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants**. Scand J Public Health 46, 448-455, doi: 10.1177/1403494817733869.
- Kern, D. E. (2016). **Overview: A six-step approach to curriculum development**. In: Curriculum development for medical education : A six-step approach, Hrsg. Thomas, P. A., Kern, D. E., Hughes, M., T., et al., 3. Aufl., Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore, MD, S. 5-10.

- Khalili, H., Thistlethwaite, J., El-Awaisi, A., Pfeifle, A., Gilbert, J., Lising, D., MacMillan, K., Maxwell, B., Grymonpre, R., Rodrigues, F., Snyman, S. und Xyrichis, A. (2019). **Guidance on global interprofessional education and collaborative practice research: Discussion paper**, A joint publication by InterprofessionalResearch.Global, & Interprofessional.Global. URL: www.research.interprofessional.global [Stand: 01.11.2020].
- Klafke, N., Homberg, A., Glassen, K. und Mahler, C. (2016). **Addressing holistic healthcare needs of oncology patients: Implementation and evaluation of a complementary and alternative medicine (CAM) course within an elective module designed for healthcare professionals**. *Complement Ther Med* 29, 190-195, doi: 10.1016/j.ctim.2016.10.011.
- Klafki, W. (2007). **Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik: Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik**, 6., neu ausgestattete. Aufl., Beltz, Weinheim ; Basel, 327 S.
- Klapper, B. und Schirlo, C. (2016). **Special edition booklet: Interprofessional Training. Published by the Robert Bosch Stiftung and the Gesellschaft für Medizinische Ausbildung**. *GMS J Med Educ* 33, Doc38, doi: 10.3205/zma001037.
- Kligler, B., Brooks, A. J., Maizes, V., Goldblatt, E., Klatt, M., Koithan, M. S., Kreitzer, M. J., Lee, J. K., Lopez, A. M., McClafferty, H., Rhode, R., Sandvold, I., Saper, R., Taren, D., Wells, E. und Lebensohn, P. (2015). **Interprofessional competencies in integrative primary healthcare**. *Glob Adv Health Med* 4, 33-39, doi: 10.7453/gahmj.2015.064.
- Kligler, B., Gordon, A., Stuart, M. und Sierpina, V. (2000). **Suggested curriculum guidelines on complementary and alternative medicine: Recommendations of the Society of Teachers of Family Medicine Group on Alternative Medicine**. *Fam Med* 32, 30-33.
- Kligler, B., Maizes, V., Schachter, S., Park, C. M., Gaudet, T., Benn, R., Lee, R. und Remen, R. N. (2004). **Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: A proposal**. *Acad Med* 79, 521-531, doi: 10.1097/00001888-200406000-00006.
- Ko, Y. (2016). **Sebastian Kneipp and the natural cure movement of germany: Between naturalism and modern medicine**. *Uisahak* 25, 557-590, doi: 10.13081/kjmh.2016.25.557.
- Krause, B. (2002). **Bewertung von Schätzurteilen: Ratingskalen und Präferenzskalen zur Erfassung der Lebensqualität**. In: Empirische Evaluationsmethoden, Band 6, Hrsg. Krause, B. und Metzler, P., ZeE-Publikationen, Berlin, S. 53-68.
- Kreitzer, M. J., Mann, D. und Lumpkin, M. (2008). **CAM competencies for the health professionals**. *Complement Health Pract Rev* 13, 63-72.
- Kruse, J. und Schmieder, C. (2015). **Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz**, 2., überarb. und erg. Aufl., Beltz Juventa, Weinheim ; Basel, 707 S.
- Kuckartz, U. (2016). **Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung**, 3. Aufl., Beltz Juventa, Weinheim ; Basel, 240 S.

- Kultusministerkonferenz (1999). **Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe**, Referat Berufliche Bildung Weiterbildung und Sport, Hrsg. (Berlin).
- Kultusministerkonferenz (2011). **Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe**, Referat Berufliche Bildung Weiterbildung und Sport, Hrsg. (Berlin).
- Kutt, A., Mayan, M., Bienko, I., Davies, J., Bhatt, H. und Vohra, S. (2019). **An undergraduate course combining interprofessional education and complementary health approaches learning objectives: Successful integrative learning that improves interest and reduces redundancy**. *Explore* 15, 273-282, doi: 10.1016/j.explore.2019.02.002.
- Lanzerath, D. (2000). **Der Umgang mit prädiktivem Wissen in der genetischen Diagnostik: Ethische Aspekte unter besonderer Berücksichtigung des Krankheitsbegriffs**, Bd. 14, Enquête-Kommission "Recht und Ethik der Modernen Medizin", Berlin.
- Lave, J. und Wenger, E. (2011). **Situated learning: Legitimate peripheral participation**, 24. Aufl., Cambridge University Press, Cambridge, 140 S.
- Leach, M. J., Canaway, R. und Hunter, J. (2018). **Evidence based practice in traditional & complementary medicine: An agenda for policy, practice, education and research**. *Complement Ther Clin Pract* 31, 38-46, doi: 10.1016/j.ctcp.2018.01.011.
- Lebensohn, P., Kligler, B., Dodds, S., Schneider, C., Sroka, S., Benn, R., Cook, P., Guerrero, M., Low Dog, T., Sierpina, V., Teets, R., Waxman, D., Woytowicz, J., Weil, A. und Maizes, V. (2012). **Integrative medicine in residency education: Developing competency through online curriculum training**. *J Grad Med Educ* 4, 76-82, doi: 10.4300/JGME-04-01-30.
- Lederer, A.-K., Schmucker, C., Kousoulas, L., Fichtner-Feigl, S. und Huber, R. (2018). **Naturopathic treatment and complementary medicine in surgical practice**. *Deutsches Arzteblatt Online*, doi: 10.3238/arztebl.2018.0815.
- Lee, A., Stekete, C., Rogers, G. und Moran, M. (2013). **Towards a theoretical framework for curriculum development in health professional education**. *Focus On Health Professional Education: A Multi-Disciplinary Journal* 14, 70-83.
- Lee, M. Y., Benn, R., Wimsatt, L., Cornman, J., Hedgecock, J., Gerik, S., Zeller, J., Kreitzer, M. J., Allweiss, P., Finklestein, C. und Haramati, A. (2007). **Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: Organizational and instructional strategies**. *Acad Med* 82, 939-945, doi: 10.1097/ACM.0b013e318149ebf8.
- Linde, K., Alscher, A., Friedrichs, C., Wagenpfeil, S., Karsch-Volk, M. und Schneider, A. (2015). **Belief in and use of complementary therapies among family physicians, internists and orthopaedists in Germany: Cross-sectional survey**. *Fam Pract* 32, 62-68, doi: 10.1093/fampra/cm071.

- Linstone, H. A. und Turoff, M. (1975). **The Delphi method: Techniques and applications**, Reading, Mass, Addison-Wesley, 608 S.
- Mahapatra, S., Bhagra, A., Fekadu, B., Li, Z., Bauer, B. A. und Wahner-Roedler, D. L. (2017). **Incorporation of integrative medicine education into undergraduate medical education: A longitudinal study**. *J Integr Med* 15, 442-449, doi: 10.1016/S2095-4964(17)60367-4.
- McCabe, C., Patel, K. D., Fletcher, S., Winters, N., Sheaf, G., Varley, J. und McCann, M. (2020). **Online interprofessional education related to chronic illness for health professionals: a scoping review**. *J Interprof Care*, 1-10, doi: 10.1080/13561820.2020.1749575.
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (2015). **Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin**. URL: <https://www.nklm.de> [Stand:01.11.2020].
- Melland, H. I. und Clayburgh, T. L. (2000). **Complementary therapies: Introduction into a nursing curriculum**. *Nurse Educ* 25, 247-250.
- Menold, N. und Boger, K. (2015). **Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen**. In *SDM Survey Guidelines*, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Hrsg. (Manheim), doi: 10.15465/sdm-sg_015, S.
- Michaud, P. A., Jucker-Kupper, P. und and members of the Profiles working group (2017). **PROFILES: Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland**. Joint Commission of the Swiss Medical Schools, Bern.
- Moran, M. C., Steketee, C., Forman, D. und Dunston, R. (2015). **Using a research-informed interprofessional curriculum framework to guide reflection and future planning of interprofessional education in a multi-site context**. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education* 5, doi: 10.22230/jripe.2015v5n1a187.
- Muths, S. (2009). **Curriculumentwicklung**. In: *Handbuch Qualitätsmanagement für Schulen im Gesundheitswesen*, Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, S. 8-12.
- Mwaka, A. D., Tusabe, G., Orach Garimoi, C. und Vohra, S. (2018). **Turning a blind eye and a deaf ear to traditional and complementary medicine practice does not make it go away: A qualitative study exploring perceptions and attitudes of stakeholders towards the integration of traditional and complementary medicine into medical school curriculum in Uganda**. *BMC Med Educ* 18, 310, doi: 10.1186/s12909-018-1419-4.
- Nasir, J., Goldie, J., Little, A., Banerjee, D. und Reeves, S. (2017). **Case-based interprofessional learning for undergraduate healthcare professionals in the clinical setting**. *J Interprof Care* 31, 125-128, doi: 10.1080/13561820.2016.1233395.
- National Center for Complementary and Integrative Health (2016). **Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?** URL: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> [Stand:01.11.2020].

- Nguyen, J., Smith, L., Hunter, J. und Harnett, J. E. (2019). **Conventional and complementary medicine health care practitioners' perspectives on interprofessional communication: A qualitative rapid review**. *Medicina (Kaunas)* 55, doi: 10.3390/medicina55100650.
- Nicolao, M., Tauber, M. G. und Heusser, P. (2010a). **How should complementary and alternative medicine be taught to medical students in Switzerland? A survey of medical experts and students**. *Med Teach* 32, 50-55, doi: 10.3109/01421590902825123.
- Nicolao, M., Tauber, M. G., Marian, F. und Heusser, P. (2010b). **Complementary medicine courses in Swiss medical schools: Actual status and students' experience**. *Swiss Med Wkly* 140, 44-51, doi: smw-12760.
- Niederberger, M. und Renn, O. (2018). **Das Gruppendelphi-Verfahren: Vom Konzept bis zur Anwendung**, Springer VS, Wiesbaden, 207 S.
- Niederberger, M. und Renn, O., Hrsg. (2019). **Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften: Konzept, Varianten und Anwendungsbeispiele**, Springer VS, Wiesbaden.
- Nock, L. (2016). **Interprofessional teaching and learning in the health care professions: A qualitative evaluation of the Robert Bosch Foundation's grant program "Operation Team"**. *GMS J Med Educ* 33, Doc16, doi: 10.3205/zma001015.
- O'Carroll, V., McSwiggan, L. und Campbell, M. (2016). **Health and social care professionals' attitudes to interprofessional working and interprofessional education: A literature review**. *J Interprof Care* 30, 42-49, doi: 10.3109/13561820.2015.1051614.
- Ono, R. und Wedemeyer, D. J. (1994). **Assessing the validity of the Delphi technique**. *Futures* 26, 289-304.
- Ortiz, M., Teut, M., Ben-Arye, E., Reshef, A., Kaffman, M., Arnon, Z., Stockigt, B., Bahr, V., Meoded-Danon, L., Brinkhaus, B. und Schiff, E. (2018). **Can complementary medicine enhance doctor-patient communication skills? Insights from an international medical student project**. *Complement Ther Med* 41, 283-286, doi: 10.1016/j.ctim.2018.10.012.
- Owen, D. und Lewith, G. T. (2001). **Complementary and alternative medicine (CAM) in the undergraduate medical curriculum: The Southampton experience**. *Med Educ* 35, 73-77.
- Panfil, E. und Sottas, B. (2009). **Woher kommen die Besten?: Globaler Wettbewerb in der Ausbildung - wer bildet zukunftsfähige Health Professionals aus?**, Careum-Verlag, Zürich. URL: <https://www.careum.ch/documents/20181/75972//Careum+Working+Paper+2+%28deutsch%29> [Stand: 01.11.2020].
- Pearson, N. J. und Chesney, M. A. (2007). **The CAM Education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: An overview**. *Acad Med* 82, 921-926, doi: 10.1097/ACM.0b013e31814a5014.
- Peterßen, W. H. (2001). **Lehrbuch Allgemeine Didaktik**, 6., völlig veränd., aktualisierte und stark erw. Aufl., Oldenbourg, München, 287 S.

- Prajapati, S. H., Kahn, R. F., Stecker, T. und Pulley, L. (2007). **Curriculum planning: A needs assessment for complementary and alternative medicine education in residency.** *Fam Med* 39, 190-194.
- Prognos AG Europäisches Zentrum für Wirtschaftsforschung und Strategieberatung (2016). **Forschung zu chronischen Krankheiten und Patientenorientierung,** Berlin. URL: https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/VnF_Broschuere_barrierefrei.pdf [Stand: 01.11.2020].
- Putnam, J. W. und Bruininks, R. H. (1986). **Future directions in deinstitutionalization and education: A Delphi investigation.** *Except Child* 53, 55-62, doi: 10.1177/001440298605300106.
- Rampes, H., Sharples, F. und Fisher, P. (1997). **Complementary medicine in the medical curriculum.** *J R Soc Med* 90, 357.
- Rankin-Box, D. (1995). **Aims and Scope.** *Complement Ther Nurs Midwifery* 1.
- Rees, L. und Weil, A. (2001). **Integrated medicine.** *BMJ* 322, 119-120, doi: 10.1136/bmj.322.7279.119.
- Reetz, L. und Seyd, W. (2003). **Prinzipien der Ermittlung, Auswahl und Begründung relevanter Lernziele und Inhalte.** In: *Wirtschaftsdidaktik*, Hrsg. Kaiser, F.-J. und Kaminiski, H., Bad Heilbrunn, S. 99-124.
- Reeves, G. und Jauch, L. R. (1978). **Curriculum development through depi.** *Research in Higher Education* 8, 157-168.
- Reeves, S. (2016). **Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: An update.** *J Interprof Care* 30, 405-407, doi: 10.1080/13561820.2016.1197735.
- Reeves, S., Boet, S., Zierler, B. und Kitto, S. (2015). **Interprofessional education and practice guide No. 3: Evaluating interprofessional education.** *J Interprof Care* 29, 305-312, doi: 10.3109/13561820.2014.1003637.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J. und Kitto, S. (2016). **A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39.** *Med Teach* 38, 656-668, doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663.
- Reeves, S. und Hean, S. (2013). **Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care.** *J Interprof Care* 27, 1-3, doi: 10.3109/13561820.2013.751293.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. und Zwarenstein, M. (2017). **Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 6, CD000072, doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
- Reeves, S., Tassone, M., Parker, K., Wagner, S. J. und Simmons, B. (2012). **Interprofessional education: An overview of key developments in the past three decades.** *Work* 41, 233-245, doi: 10.3233/WOR-2012-1298.

- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I. und Hammick, M. (2010). **The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review.** *J Interprof Care* 24, 230-241, doi: 10.3109/13561820903163405.
- Riley, D. S., Anderson, R., Blair, J. C., Crouch, S., Meeker, W., Shannon, S., Sudak, N., Thornton, L. und Low Dog, T. (2016). **The Academy of Integrative Health and Medicine and the evolution of integrative medicine practice, education, and fellowships.** *Integr Med (Encinitas)* 15, 38-41.
- Ring, M., Majd, I. und Mehta, D. H. (2020). **Keeping Integrative medicine continuing medical education on the cutting edge-and compliant.** *J Altern Complement Med* 26, 166-171, doi: 10.1089/acm.2020.0037.
- Rivera, J., de Lisser, R., Dhruva, A., Fitzsimmons, A., Hyde, S., Reddy, S., Tsourounis, C. und Adler, S. R. (2018). **Integrative health: An interprofessional standardized patient case for prelicensure learners.** *MedEdPORTAL* 14, 10715, doi: 10.15766/mep_2374-8265.10715.
- Rommel, A., von der Lippe, E., Plass, D., Wengler, A., Anton, A., Schmidt, C., Schüssel, K., Brückner, G., Schröder, H., Porst, M., Leddin, J., Tobollik, M., Baumert, J., Scheidt-Nave, C. und Ziese, T. (2018). **BURDEN 2020-Burden of disease in Germany at the national and regional level.** *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 61, 1159-1166, doi: 10.1007/s00103-018-2793-0.
- Rosenfield, D., Oandasan, I. und Reeves, S. (2011). **Perceptions versus reality: A qualitative study of students' expectations and experiences of interprofessional education.** *Med Educ* 45, 471-477, doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03883.x.
- Rowe, G., Wright, G. und Bolger, F. (1991). **Delphi: A reevaluation of research and theory.** *Technol. Forecast. Soc. Change* 39, 235-251, doi: 10.1016/0040-1625(91)90039-I.
- Rutten, L., Mathie, R. T., Fisher, P., Goossens, M. und van Wassenhoven, M. (2013). **Plausibility and evidence: The case of homeopathy.** *Med Health Care Philos* 16, 525-532, doi: 10.1007/s11019-012-9413-9.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. und Richardson, W. S. (1996). **Evidence based medicine: What it is and what it isn't.** *BMJ* 312, doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.
- Sackman, H. (1974). **Delphi assessment: Expert opinion, forecasting, and group process**, Santa Monica, CA. URL: <https://www.rand.org/pubs/reports/R1283.html> [Stand: 01.11.2020].
- Samuriwo, R., Laws, E., Webb, K. und Bullock, A. (2019). **"I didn't realise they had such a key role." Impact of medical education curriculum change on medical student interactions with nurses: A qualitative exploratory study of student perceptions.** *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, doi: 10.1007/s10459-019-09906-4.

- Sanft, T., Denlinger, C. S., Armenian, S., Baker, K. S., Broderick, G., Demark-Wahnefried, W., Friedman, D. L., Goldman, M., Hudson, M., Khakpour, N., Koura, D., Lally, R. M., Langbaum, T. S., McDonough, A. L., Melisko, M., Mooney, K., Moore, H. C. F., Moslehi, J. J., O'Connor, T., Overholser, L., Paskett, E. D., Peterson, L., Pirl, W., Rodriguez, M. A., Ruddy, K. J., Smith, S., Syrjala, K. L., Tevaarwerk, A., Urba, S. G., Zee, P., McMillian, N. R. und Freedman-Cass, D. A. (2019). **NCCN guidelines insights: Survivorship, Version 2.2019**. *J Natl Compr Canc Netw* 17, 784-794, doi: 10.6004/jnccn.2019.0034.
- Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. und Soares, C. B. (2017). **Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review**. *JBIS Database System Rev Implement Rep* 15, 2723-2788, doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003016.
- Sasse, R. (2011). **Der Heilpraktiker : ein Gesundheitsberuf ohne Berufsausübungsrecht?**, 1. Aufl., Nomos, Baden-Baden, 242 S.
- Schoeb, V. und Staffoni, L. (2019). **Interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Versorgungssektor**. In: *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*, Hrsg. Ewers, M., Paradis, E. und Herinek, D., Beltz Juventa, Weinheim, S. 186-200.
- Schot, E., Tummers, L. und Noordegraaf, M. (2019). **Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration**. *J Interprof Care*, 1-11, doi: 10.1080/13561820.2019.1636007.
- Schwarzbeck, V., Hundertmark, J., Wipfler, K., Mahler, C., Frankenhauser, S. und Schultz, J. H. (2019). **Suggestions for interprofessional educational courses from a students' perspective: A qualitative study**. *GMS J Med Educ* 36, Doc4, doi: 10.3205/zma001212.
- Sherbino, J., Frank, J. R., Flynn, L. und Snell, L. (2011). **"Intrinsic Roles" rather than "armour": Renaming the "non-medical expert roles" of the CanMEDS framework to match their intent**. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 16, 695-697, doi: 10.1007/s10459-011-9318-z.
- Simpson, W., Patel, K. D. und Reeves, S. (2020). **Investigating online interprofessional learning and communication using social network analysis: A study protocol**. *J Interprof Care* 34, 566-568, doi: 10.1080/13561820.2019.1674258.
- Singer, J. und Adams, J. (2014). **Integrating complementary and alternative medicine into mainstream healthcare services: The perspectives of health service managers**. *BMC Complement Altern Med* 14, 167, doi: 10.1186/1472-6882-14-167.
- Smith, G. D. (2009). **The need for complementary and alternative medicine familiarisation in undergraduate nurse education**. *J Clin Nurs* 18, 2113-2115, doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02930.x.
- Smith, K. R. (2011). **Factors influencing the inclusion of complementary and alternative medicine (CAM) in undergraduate medical education**. *BMJ Open* 1, e000074, doi: 10.1136/bmjopen-2011-000074.

- Steel, A., Wardle, J., Diezel, H., Johnstone, K. und Adams, J. (2014). **Educating for collaboration: The outcomes of an interprofessional education workshop for complementary and alternative maternity care providers.** *Advances in Integrative Medicine* 1, 17-24, doi: 10.1016/j.aimed.2013.05.001.
- Steger, A., Giesler, M., Streitlein-Böhme, I., Agostini, H., Dorner, S. und Biller, S. (2014). **Nach welchen Kriterien wählen künftige PJ-Studierende die ausbildende Klinik aus? Umfrageergebnisse aus Freiburg.** In Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) (German Medical Science GMS Publishing House, Hamburg), doi: 10.3205/14gma094.
- Steinke, I. (1999). **Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung,** Juventa, Weinheim ; München, 288 S.
- Stock-Schröer, B., Huber, R., Joos, S. und Klose, P. (2017). **Evaluation of the current status of rehabilitation, physical medicine and naturopathy education 10 years after the reform of the Medical Licensure Act: A nationwide survey of German Medical Universities.** *GMS J Med Educ* 34, Doc3, doi: 10.3205/zma001080.
- Stuttard, P. und Walker, E. (2000). **Integrating complementary medicine into the nursing curriculum.** *Complement Ther Nurs Midwifery* 6, 87-90, doi: 10.1054/ctnm.1999.0452.
- Templeman, K., Robinson, A. und McKenna, L. (2015a). **Integrating complementary medicine literacy education into Australian medical curricula: Student-identified techniques and strategies for implementation.** *Complement Ther Clin Pract* 21, 238-246, doi: 10.1016/j.ctcp.2015.09.001.
- Templeman, K., Robinson, A. und McKenna, L. (2015b). **Student identification of the need for complementary medicine education in Australian medical curricula: A constructivist grounded theory approach.** *Complement Ther Med* 23, 257-264, doi: 10.1016/j.ctim.2015.02.002.
- Templeman, K., Robinson, A. und McKenna, L. (2016). **Advancing medical education: Connecting interprofessional collaboration and education opportunities with integrative medicine initiatives to build shared learning.** *J Complement Integr Med* 13, 347-355, doi: 10.1515/jcim-2016-0002.
- Thanner, M., Nagel, E. und Loss, J. (2014). **Komplementäre und alternative Heilverfahren im vertragsärztlichen Bereich: Ausmaß, Struktur und Gründe des ärztlichen Angebots.** *Gesundheitswesen* 76, 715-721, doi: 10.1055/s-0033-1364013.
- Thierfelder, I. und Wild, H. (2018). **Interprofessionelles Lehren und Lernen im Berufsfeld Gesundheit: Eine Tagung vom und für den bildungswissenschaftlichen Nachwuchs-Inflight,** Vol. 18-01, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,, Berlin. URL: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/24147> [Stand: 01.11.2020].
- Thomas, P. A., Kern, D. E., Hughes, M., T. und Chen, B. Y., Hrsg. (2016). **Curriculum development for medical education: A six-step approach,** 3. Aufl., Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore, MD.

- Tiran, D. (1995). **Complementary therapies education in midwifery**. *Complement Ther Nurs Midwifery* 1, 41-43, doi: 10.1016/s1353-6117(05)80033-2.
- Turoff, M. (2002). **The Policy Delphi**. In: *The Delphi method: Techniques and applications*, Hrsg. Linstone, H. A. und Turoff, M., New Jersey Institute of Technology, S. 80-96.
- van der Riet, P., Francis, L. und Levett-Jones, T. (2011). **Complementary therapies in healthcare: Design, implementation and evaluation of an elective course for undergraduate students**. *Nurse Educ Pract* 11, 146-152, doi: 10.1016/j.nepr.2010.10.002.
- Verhoef, M., Brundin-Mather, R., Jones, A., Boon, H. und Epstein, M. (2004). **Complementary and alternative medicine in undergraduate medical education. Associate deans' perspectives**. *Can Fam Physician* 50, 847-849, 853-845.
- Verhoef, M. J. und Brundin-Mather, R. (2007). **A national approach to teaching complementary and alternative medicine in Canadian medical schools: The CAM in UME project**. *Proc West Pharmacol Soc* 50, 168-173.
- Verma, S., Broers, T., Paterson, M., Schroder, C., Medves, J. M. und Morrison, C. (2009). **Core competencies: The next generation. Comparison of a common framework for multiple professions**. *J Allied Health* 38, 47-53.
- Viranim, T. (2012). **Interprofessional collaborative teams**, Canadian Health Services Research Foundation., Canadian. URL: [https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/interprofteams-virani-en-web.pdf? \[Stand: 01.11.2020\]](https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/interprofteams-virani-en-web.pdf? [Stand: 01.11.2020]).
- Vogler, E. und Brinkhaus, B. (2017). **Kursbuch Naturheilverfahren**, 2. Aufl., Urban & Fischer, München, 552 S.
- von der Gracht, H. A. (2012). **Consensus measurement in Delphi studies: Review and implications for future quality assurance**. *Technol. Forecast. Soc. Change* 79, 1525-1536, doi: 10.1016.
- Weber, T. und Hoffmann, H. (2016). **The subjective experience of collaboration in interprofessional tutor teams: A qualitative study**. *GMS J Med Educ* 33, Doc25, doi: 10.3205/zma001024.
- Webler, T., Levine, D., Rakel, H. und Renn, O. (1991). **A novel approach to reducing uncertainty: The group Delphi**. *Technological Forecasting and Social Change* 39, 253-263, doi: 10.1016/0040-1625(91)90040-M.
- Weil, A. (2000). **The significance of integrative medicine for the future of medical education**. *Am J Med* 108, 441-443, doi: 10.1016/s0002-9343(00)00334-x.
- Weinert, F. E. (2001). **Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – Eine umstrittene Selbstverständlichkeit**. In: *Leistungsmessungen in Schulen*, Hrsg. Weinert, F. E., Beltz, Weinheim, Basel, S. 17-31.

- Wells, E. V., Benn, R. K. und Warber, S. L. (2015). **Public health and preventive medicine meet integrative health: Applications of competency mapping to curriculum education at the University of Michigan.** *Am J Prev Med* 49, 270-277, doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.009.
- Wenger, E., MCDermott, R. und Snyder, W. (2002). **Cultivating communities of practice**, Harvard Business school press, Boston, 304 S.
- Wetzel, M. S., Eisenberg, D. M. und Kaptchuk, T. J. (1998). **Courses involving complementary and alternative medicine at US medical schools.** *J Am Med Ass* 280, 784-787, doi: 10.1001/jama.280.9.784.
- White, A., Boon, H., Alraek, T., Lewith, G., Liu, J.-P., Norheim, A.-J., Steinsbekk, A., Yamashita, H. und Fønnebo, V. (2014). **Reducing the risk of complementary and alternative medicine (CAM): Challenges and priorities.** *Eur. J. Integr. Med.* 6, 404-408, doi: 10.1016/j.eujim.2013.09.006.
- Whitehead, C. R., Boucher, A., Martin, D., Fernandez, N., Younker, M., Kouz, R., Jason, F. und Boucher, A. (2011). **Integration of CanMEDS expectations and outcomes.** *Adv Health Sci Educ* 16, 547-551.
- Willison, K. D. (2008). **Advancing integrative medicine through interprofessional education.** *Health Sociology Review* 17, 342-352, doi: 10.5172/hesr.451.17.4.342.
- Windish, D. M., Price, E. G., Clever, S. L., Magaziner, J. L. und Thomas, P. A. (2005). **Teaching medical students the important connection between communication and clinical reasoning.** *J Gen Intern Med* 20, 1108-1113, doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0244.x.
- Witt, C. M., Balneaves, L. G., Carlson, L. E., Cohen, M., Deng, G., Fouladbakhsh, J. M., Kinney, A. Y., Mehta, A., Mailman, J., Pole, L., Rogge, A. A., O'Toole, C., Zick, S. M. und Helmer, S. M. (2020). **Education Competencies for Integrative Oncology-Results of a Systematic Review and an International and Interprofessional Consensus Procedure.** *J Cancer Educ*, doi: 10.1007/s13187-020-01829-8.
- Witt, C. M., Perard, M., Berman, B., Berman, S., Birdsall, T. C., Defren, H., Kummel, S., Deng, G., Dobos, G., Drexler, A., Holmberg, C., Horneber, M., Jutte, R., Knutson, L., Kummer, C., Volpers, S. und Schweiger, D. (2015). **Using the framework of corporate culture in "mergers" to support the development of a cultural basis for integrative medicine: Guidance for building an integrative medicine department or service.** *Patient Prefer Adherence* 9, 113-120, doi: 10.2147/PPA.S66778.
- Wong, L. Y., Toh, M. P. und Kong, K. H. (2010). **Barriers to patient referral for complementary and alternative medicines and its implications on interventions.** *Complement Ther Med* 18, 135-142, doi: 10.1016/j.ctim.2010.05.034.
- World Health Organization (1988). **Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on multiprofessional education of health personnel: The team approach.** *World Health Organ Tech Rep Ser* 769, 1-72.
- World Health Organization (2010). **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**, World Health Organization., Geneva. URL: https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ [Stand: 01.11.2020].

- World Health Organization (2013). **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92455> [Stand: 01.11.2020].
- World Health Organization (2018). **World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO)**, World Health Organization, Geneva. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596> [Stand: 01.11.20].
- Wyatt, G. und Post-White, J. (2005). **Future direction of complementary and alternative medicine (CAM) education and research**. *Semin Oncol Nurs* 21, 215-224, doi: 10.1016/j.soncn.2005.04.011.
- Yan, J., Gilbert, J. und Hoffman, S. (2007). **World Health Organization Study Group on interprofessional education and collaborative practice**. *J Interprof Care* 21, 588-589, doi: 10.1080/13561820701775830.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2018). **ZQP-Übersicht: Komplementäre Pflegeanwendungen und -konzepte**. URL: www.zqp.de/portfolio/uebersicht-komplementaere-natuerliche-pflegeangebote [Stand:01.11.2020].
- Zwarenstein, M., Goldman, J. und Reeves, S. (2009). **Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes**. *Cochrane Database Syst Rev*, doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

7 Eigenanteil an Datenerhebung und -auswertung und eigene Veröffentlichungen

Die Studie wurde an das von der *Karl und Veronica Carstens-Stiftung* geförderte Projekt *InterKIM* angelehnt, welches sich aber primär auf die Entwicklung und Implementierung eines interprofessionellen Lehrmoduls an der Medizinischen Fakultät Heidelberg zum Themenbereich Komplementäre und Integrative Medizin konzentrierte. Die Delphi-Studie wurde unabhängig von diesem Lehrmodul eigenständig von mir durchgeführt. Das Projekt *InterKIM* trug maßgeblich für die Bereitstellung entsprechender Ressourcen, wie die Teilnahme an Kongressen und Vernetzung mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern anderer Fakultäten, bei. Die Fragestellung und das Erhebungsdesign wurden vollumfänglich eigenständig von mir entwickelt und ich habe auch selbstständig und eigenverantwortlich alle hier in dieser Studie dargestellten Daten erhoben und ausgewertet. Lediglich die Auswertung der qualitativen Daten der dritten Befragungsrunde erfolgte in Zusammenarbeit mit Frau Dr. rer. medic. Beate Stock-Schröer.

Publikationen zu Teilergebnissen der vorliegenden Dissertation in Erstautorenschaft

Homberg, A., Krug, K., Klafke, N., Glassen, K., Mahler, C. und Loukanova, S. (2020c). **Consensus views on competencies and teaching methods for an interprofessional curriculum on complementary and integrative medicine: A Delphi study.** Publikation in Vorbereitung.

Homberg, A., Klafke, N., Loukanova, S. und Glassen, K. (2020b). **Findings from a three-round Delphi study: Essential topics for interprofessional training on complementary and integrative medicine.** BMC Complement Altern Med, doi: 10.1186/s12906-020-03140-x.

Homberg, A., Klafke, N., Glassen, K., Loukanova, S. und Mahler, C. (2020a). **Role competencies in interprofessional undergraduate education in complementary and integrative medicine: A Delphi study.** Complement Ther Med 54, doi: 10.1016/j.ctim.2020.102542.

Homberg, A. und Stock-Schröer, B. (2020). **Interprofessional Education on Complementary and Integrative Medicine.** Clin Teach, doi: 10.1111/tct.13280.

Homberg, A. und Witt, C. (2021). **Stärkung der Interprofessionalisierung und der vernetzten Zusammenarbeit im Kontext der Integrativen Medizin.** In: Integrative Medizin und Gesundheit, Hrsg. Brinkhaus, B. und Esch, T., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. zur Publikation angenommen.

Bei **Publikation 1** handelt es sich um einen Artikel, der sich auf Kapitel 3.2.1 und Abschnitte aus Kapitel 3.2.4 bezieht. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4.2.1 und 4.2.4 diskutiert (*Forschungsfragen eins und vier*). Die Daten wurden vollständig von mir erhoben, ausgewertet und diskutiert (90 %). Der Manuskriptentwurf wurde weitgehend von mir erstellt (80 %).

Publikation 2 basiert auf den Ergebnissen aus den Dissertationskapiteln 3.2.2. Auch die Diskussion der CanMEDS-Rollen in Bezug auf die interprofessionelle Lehre zu KIM (Kapitel 4.2.2) wurde in dieser Publikation inhaltlich abgebildet (*Forschungsfrage zwei*). Mein Eigenanteil an der Publikation erstreckt sich auf die Konzeption, vollständige Erhebung und Auswertung der Daten, sowie die Ergebnisdarstellung (je 100 %) und je einem Eigenanteil von 80 % bei der Literaturrecherche und Diskussion.

Publikation 3 basiert auf den Ergebnissen aus den Dissertationskapiteln 3.2.3. Auch die Diskussion der Kompetenzen in Bezug auf die interprofessionelle Lehre zu KIM (Kapitel 4.2.3) wurde in dieser Publikation inhaltlich abgebildet (*Forschungsfrage drei*). Mein Eigenanteil an der Publikation erstreckt sich zu 90 % jeweils auf die Konzeption, Erhebung und Auswertung der Daten einschließlich der Ergebnisdarstellung und zu 80 % auf die Diskussion.

Publikation 4 handelt es sich um einen Artikel, der sich auf eine qualitative Erhebung der dritten Befragungsrunde bezieht. Die Ergebnisse sind in Kapitel 3.2.5 dargestellt und in Kapitel 4.2.5 diskutiert (*Forschungsfrage fünf*). Die Konzipierung und die Datenerhebung wurden vollständig in Eigenarbeit geleistet (100 %), die Auswertung und Diskussion erfolgte gemeinsam mit Beate Stock-Schröer (Eigenanteil 65 %). Mein Eigenanteil an der Publikation umfasste die Einleitung und Methodik inklusive der Literaturrecherche zu 90 %, die Darstellung der Ergebnisse und der Diskussion zu 65 %.

Bei **Publikation 5** handelt es sich um einen state-of-the-art Artikel in einem Grundlagenwerk. Die theoretische Darstellung wurde im Kapitel 1.4.1 übernommen. Diese wurde in vollständig eigenständiger Leistung erbracht, inklusive der Literaturrecherche. Die Best-Practice-Beispiele im Artikel wurden von Prof. Dr. med. Claudia Witt hinzugefügt, werden aber in dieser Dissertation nicht aufgegriffen. Der Eigenanteil am Manuskript insgesamt erstreckt sich auf 75 %.

Weitere Publikationen des Projektes in Ko-Autorenschaft

- Klafke, N., Homberg, A., Glassen, K. und Mahler, C. (2016). **Addressing holistic healthcare needs of oncology patients: Implementation and evaluation of a complementary and alternative medicine (CAM) course within an elective module designed for healthcare professionals.** *Complement Ther Med* 29, 190-195, doi: 10.1016/j.ctim.2016.10.011.
- Klafke, N., Homberg, A., Loukanova, S., Glassen, K. **Interprofessional education on complementary and integrative medicine: Exploring the concept of tandem teaching and learning within an elective module.** Publikation in Vorbereitung.

Weitere eigene Publikationen zu Teilaspekten der vorliegenden Dissertation

- Homberg, A., Hundertmark, J., Krause, J., Brunnee, M., Neumann, B. und Loukanova, S. (2019). **Promoting medical competencies through a didactic tutor qualification programme: A qualitative study based on the CanMEDS Physician Competency Framework.** *BMC Med Educ* 19, 187, doi: 10.1186/s12909-019-1636-5.
- Homberg, A., Oberhauser, H. und Kaap-Fröhlich, S. (2019). **Clinical Reasoning als Konzept der klinischen Entscheidungsfindung in Aus- und Weiterbildung in der biomedizinischen Analytik.** *GMS Journal for Medical Education* 36, doi:10.3205/zma001289.
- Ulrich, G., Homberg, A., Karstens, S. und Mahler, C. (2019). **Attitudes towards interprofessional collaboration in young healthcare professionals.** *J Interprof Care*, 1-6, doi: 10.1080/13561820.2019.1597839.
- Homberg, A., Mink, J., Karstens, S. und Mahler, C. (2019). **Learning about professional theories, models and concepts within an interprofessional seminar for undergraduate healthcare students.** *Journal of Interprofessional Education & Practice* 17, doi: 10.1016/j.xjep.2019.100272.
- Hundertmark, J., Homberg, A., Alvarez, S., Lauber, H., Berger, S., Büscher, C., Schultz, J. H. und Mahler, C. (2017). **Practice Report / Bericht aus der Praxis: Tutor training for a peer-assisted interprofessional communication seminar: A work in progress.** *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen* 122, 61-63, doi: 10.1016/j.zefq.2017.04.003.

Kongressbeiträge zu Teilaspekten der vorliegenden Dissertation

Vorträge

- Homberg, A., Klafke, N., Loukanova, S. und Glassen, K. (2019a). **Eine Brücke zwischen wissenschaftlicher Expertise und patientenzentrierter Versorgung schlagen: Ein interprofessionelles Wahlfachangebot Komplementäre und Integrative Medizin (InterKIM)**. In Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ) und der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft der Lehre (CAL). (Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House, Frankfurt am Main), doi: 10.3205/19gma033.
- Homberg, A., Mahler, C., Glassen, K., Loukanova, S. und Klafke, N. (2019b). **Which competencies and contents are essential to be integrated in an interprofessional CIM-Curriculum? Findings from a three round Delphi study**. In 14th International Congress on Complementary Medicine Research (ICMMR) (Advances in Integrative Medicine, Brisbane), doi: doi.org/10.1016/j.aimed.2019.03.065, S. 23-24.
- Homberg, A., Glassen, K., Mahler, C., Eicher, C., Loukanova, S. und Klafke, N. (2018). **Förderung der patientenzentrierten Versorgung durch ein kompetenzorientiertes Prüfungsformat im interprofessionellen Lehrmodul Komplementäre und Integrative Medizin (InterKIM)**. Beitrag präsentiert bei: 52. Kongress der Allgemeinmedizin und Familienmedizin; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Innsbruck, Österreich: Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House). doi: 10.3205/18degam158.
- Homberg, A., Klafke, N., Glassen, K., Mahler, C. und Loukanova, S. (2018a). **Identifying competencies for teaching complementary and integrative medicine within an interprofessional setting: Report on the first round of a Delphi study**. Beitrag präsentiert bei: European congress for integrative Medicine (Ljubljana, Slovenia).
- Homberg, A., Klafke, N. und Mahler, C. (2017). **Kompetenzorientiertes Prüfen in der interprofessionellen Lehre: Praxisbeispiel aus dem Modul Komplementärmedizin mit Schwerpunkt onkologische Versorgung**, Beitrag präsentiert bei: Gesundheitsberufe - Wege in die Zukunft. (FH Campus Wien), Book of Abstracts, 53.

Workshops

- Homberg, A. (2020). **Learning by listening on patient's history – an interprofessional teaching approach**. Symposium: Learning by Contributing to Patient Care - Envisioning a New Role for Students, November 2020, Medizinische Fakultät Witten-Herdecke, Witten.
- Homberg, A. (2018). **Delphi-Befragung zur Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für komplementäre und integrative Medizin**. In: Interprofessionelles Lehren und Lernen im Berufsfeld Gesundheit: Eine Tagung vom und für den bildungswissenschaftlichen Nachwuchs-Inflight, Hrsg. Thierfelder, I. und Wild, H., Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Berlin, URL: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/24147> 27 [Stand: 01.11.2020].

Poster

- Homberg, A. (2020) **Delphi-Befragungen zur Curriculumsentwicklung: Eine Balance zwischen Steuerung und offenem Diskurs finden.** Erstes Netzwerktreffen zum Thema: Konzept, Typen und Anwendungsbeispiele, November 2020, Wissenschaftliches Netzwerk: Delphi-Verfahren in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften. Konzept, methodologische Fundierung und Güte, DFG Projektnummer 429572724, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd. <https://delphi.ph-sg.de/> [Stand: 01.11.2020].
- Homberg, A., Krug, K. und Loukanova, S. (2018b). **Delphi-Befragung zur Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für Komplementäre und Integrative Medizin.** Beitrag präsentiert bei: Tagung Delphiverfahren in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften (Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd).
- Homberg, A., Mahler, C., Glassen, K. und Klafke, N. (2018). **Which competencies need to be considered in Curriculums teaching integrative oncology to health professions.** In Oncology Research and Treatment. 33. Deutscher Krebskongress (Oncol Res Treat 2018; 41(suppl):1-221, Berlin).
- Homberg, A., Glassen, K., Klafke, N., Mahler, C., Eicher, C. und Loukanova, S. (2017). **Kompetenzentwicklung im Interprofessionellen Wahlfach Komplementäre und Integrative Medizin,** Beitrag präsentiert bei: Gesundheitsberufe – Wege in die Zukunft 2017 (FH Campus Wien), Book of Abstracts, 85.
- Homberg, A., Hundertmark, J., Alvarez, S., Mahler, C. und Schultz, J. H. (2017). **Aus monoprofessionell wird interprofessionell: Öffnung einer basisdidaktischen Tutorenschulung im Studiengang der Humanmedizin für Studierende der Interprofessionellen Gesundheitsversorgung B.Sc. .** Beitrag präsentiert bei: Gesundheitsberufe – Wege in die Zukunft 2017. (FH Campus Wien), Book of Abstracts, 86-7. (3. Posterpreis)

8 Anhang

A	Informationsblatt	165
B	Einwilligungserklärung	169
C	Glossar	170
D	Fragebogen der ersten Delphi-Runde	172
E	Fragebogen der zweiten Delphi-Runde	177
F	Fragebogen der dritten Delphi-Runde	182
G	Programm des Abschlussworkshops	187
H	Gruppenarbeitsaufträge des Abschlussworkshops	188

Die umfangreichen Ergebnisberichte der drei Delphi-Runden, welche neben den Relevanzeinschätzungen alle wörtlichen Zitate enthalten, sowie der nach der zweiten Befragungsrunde erstellte Kurzbericht sind nicht im Anhang enthalten, können aber über die Autorin bezogen werden.

A Informationsblatt



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Informationsblatt

**Delphi-Befragung zur Entwicklung eines
interprofessionellen komplementärmedizinischen Curriculums**

Sehr geehrte/r Herr/Frau N.N.,

wir möchten Sie im Rahmen des InterKIM-Projektes (Interprofessionelle Komplementäre und Integrative Medizin) zur Teilnahme an einer Delphi-Befragung einladen. Bevor Sie sich entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen, ist es wichtig, dass Sie darüber informiert werden, warum und wie genau diese Studie durchgeführt wird, was von Ihnen erwartet wird und was mit den erhobenen Daten gemacht wird. Wir bitten Sie deshalb, folgende Informationen sorgfältig zu lesen.

Was ist eine Delphi-Befragung?

Eine Delphi-Befragung ist ein systematisches mehrstufiges Befragungsverfahren. Nach jeder Befragungsstufe werden die Daten ausgewertet und fließen in die nächste Befragungswelle ein. Auf diese Weise ist es möglich, viele verschiedene Experten an unterschiedlichen Orten pseudonymisiert¹ an einem dynamischen Entwicklungsprozess teilhaben zu lassen.

Was ist der Hintergrund dieser Befragung?

Komplementärmedizinische² Maßnahmen und Behandlungsmethoden werden von Patienten zunehmend eingefordert und das kommerzielle Angebot auf dem Gesundheitsmarkt wächst. Fragen bezüglich Vorsorge- und Behandlungsmöglichkeiten, Wirkungen und Nebenwirkungen werden an unterschiedliche Berufsgruppen gestellt und fordern eine adäquate Qualifikation aller in der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen. Bislang werden entsprechende Lehrinhalte nicht systematisch und berufsgruppenübergreifend in den jeweiligen Studiengängen und Berufsausbildungen angeboten. Es gibt bisher keine Empfehlungen, welche Kompetenzen und Ziele durch eine solche Lehrinhalte vorrangig adressiert werden sollten.

¹ Pseudonymisierung bedeutet Verschlüsselung von Daten ohne Namensnennung. Die Daten werden nur mit einer Identifikationsnummer codiert. Die Zuordnung der Daten zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten pseudonymisiert wurden.

² Der Begriff Komplementärmedizin wird verwendet für Therapien, die nicht zur konventionellen Medizinischen Behandlung gezählt werden, aber diese ergänzen können.

**Was ist das Ziel dieser Studie?**

Im Rahmen des InterKim Projektes wird an der Medizinischen Fakultät Heidelberg ein Wahlfach Komplementärmedizin für Studierende der Humanmedizin und des Studiengangs Interprofessionelle Gesundheitsversorgung B.Sc. entwickelt, welches ab dem Wintersemester 2017/18 startet. Das InterKIM-Projekt wird gefördert durch die Karl und Veronica Karstens-Stiftung.

Darüber hinaus ist das Ziel dieser Delphi-Befragung, die Identifikation relevanter Lehrinhalte und Kompetenzen für die Erarbeitung eines allgemeinen interprofessionellen komplementärmedizinischen Curriculums (Lehrplans). Hierfür ist Ihre Expertise gefragt. Das allgemeine Curriculum soll auf den künftigen Bedarf und die damit einhergehenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung ausgerichtet sein und unter Experten eine bestmögliche Akzeptanz finden. Die Anwendbarkeit dieses Curriculums soll diskutiert und soweit wie möglich in entsprechenden Forschungs- und Lehrinstitutionen implementiert werden.

Warum werden Sie zur Teilnahme eingeladen?

Sie wurden durch ein Monitoringteam vor dem Hintergrund Ihrer spezifischen Erfahrung und beruflichen Qualifikation ausgewählt. Das Monitoringteam setzt sich aus Projektmitarbeitern des InterKIM-Projekts und Patientenvertretern zusammen. Sie können durch Ihre individuelle Sichtweise wesentlich zur Curriculumsentwicklung beitragen.

Was wird von Ihnen erwartet, wenn Sie teilnehmen?

Wir laden Sie ein, an dem Delphi-Befragungs-Panel teilzunehmen. Dies beinhaltet die Teilnahme an voraussichtlich drei, maximal vier Befragungswellen, die jeweils etwa 30 min Zeit in Anspruch nehmen werden. Die gesamte Befragung soll in einem Zeitraum von 12 Monaten abgeschlossen sein. Über E-Mail erhalten Sie jeweils einen Link zu einem Online-Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen zu möglichen Lehr-Lerninhalten und adressierten Kompetenzen. Sie werden gebeten, den jeweiligen Fragebogen innerhalb von vier Wochen auszufüllen. Sie erhalten jeweils zwei und drei Wochen nach Versand eine Erinnerungsmail. Wir behalten uns vor, bei für uns unklaren oder widersprüchlichen Aussagen telefonisch mit Ihnen in Kontakt zu treten, um weitere Fragen innerhalb kurzer Zeit mündlich klären zu können. Sie sind jedoch nicht zur telefonischen Auskunft verpflichtet. Bei Studienteilnahme lassen wir Ihnen die im Rahmen der Studie ermittelten Ergebnisse sowie die damit verbundenen Veröffentlichungen zukommen. Mit der Studienteilnahme sind für Sie weder Risiken noch ein persönlicher Nutzen verbunden.

**Wer organisiert diese Studie?**

Die Studie wird organisiert durch die Projektgruppe InterKIM der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg und im Rahmen einer Promotion durchgeführt. Weitere Informationen über das Projekt InterKIM erhalten Sie auf unserer Webseite unter:

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Aus-Weiter-und-Fortbildung.120817.0.html?&L=0>

Vertraulichkeit, Datenschutz und Ethik

Während der Studie werden persönliche Informationen von Ihnen erhoben und in der Prüfstelle elektronisch gespeichert. Ihren Daten wird eine Identifikationsnummer zugeordnet, welche für die Rücklaufkontrolle notwendig ist. Die für die Studie wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisierung bedeutet, dass die Daten ohne Namensnennung, nur mit der Identifikationsnummer codiert, gespeichert werden. Die Zuordnung der Daten zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten pseudonymisiert wurden. Dieser Schlüssel wird auf einem Laufwerk der Abteilung gespeichert, auf den nur die Projektgruppe Zugang hat. Die persönlichen Daten mit der Identifikationsnummer werden stets getrennt von den mit den Fragebögen erhobenen Daten aufbewahrt.

Die Auswertung erfolgt durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg. Die Ergebnisse werden nur in pseudonymisierter Form veröffentlicht. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden alle persönlichen Informationen, die Identifikationsnummer und jeder Praxisbezug unwiderruflich gelöscht. Alle übrigen Daten werden frühestens nach Studienabschluss und spätestens zehn Jahre nach Veröffentlichung der Studie gelöscht.

Was ist, wenn Sie nicht teilnehmen wollen oder die Teilnahme abbrechen?

Ihre Teilnahme an den Studien ist freiwillig. Die Teilnahme ist mit keinerlei Risiken verbunden. Bei Nichtteilnahme entstehen für sie keine persönlichen Nachteile. Sie haben jederzeit das Recht, Ihr Einverständnis ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen. Dadurch entstehen für Sie ebenfalls keine Nachteile.

Bei Rücktritt kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet werden. Sie können sich beim Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. der Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten die Daten schon in wissenschaftliche Auswertungen bzw. in wissenschaftliche Veröffentlichungen eingeflossen sein, ist eine Löschung der verwendeten Daten nicht mehr möglich.



Was sollen Sie jetzt tun?

Seite 4

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich bereiterklären an dem Befragungs-Panel teilzunehmen. Sie leisten damit einen wertvollen Beitrag für die Weiterentwicklung des interprofessionellen Lernens und Lehrens. Bitte faxen Sie uns die Einwilligungserklärung bis zum xx.xx.xx unter der Nummer 06221 561972 zu.

Falls Sie weitere Fragen haben sollten, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ansprechpartnerin:

Angelika Homberg, Tel. 06221 56 7169,

Mail: angelika.homberg@med.uni-heidelberg.de

Priv.-Doz. Dr. med. Svetla Loukanova, MHM
Ärztliche Lehrkoordination,
Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Studienleiterin

Dipl.-Med.-Päd. Angelika Homberg
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

B Einwilligungserklärung



UniversitätsKlinikum Heidelberg

An die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg

Einwilligungserklärung

Delphi-Befragung zur Entwicklung eines interprofessionellen komplementärmedizinischen Curriculums

- Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationsschrift erhalten habe und mündlich über die Studie aufgeklärt wurde. Alle meine Fragen konnten zufriedenstellend beantwortet werden.
- Ich nehme freiwillig an den schriftlichen Befragungen teil, die im Rahmen der Delphi-Befragung zur Entwicklung eines interprofessionellen komplementärmedizinischen Curriculums durchgeführt werden. Ich bin bereit, bei der Datenanalyse auftretende Fragen telefonisch zu beantworten. Die Telefongespräche werden nicht aufgezeichnet. Bei Nichtteilnahme entstehen für mich keine persönlichen Nachteile.
- **Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine in den Studien erhobenen Daten nur pseudonymisiert* ausgewertet und auch nur in pseudonymisierter Form weitergegeben werden. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studien wird mein Name ebenfalls nicht genannt.**
- Ich bin damit einverstanden, dass die schriftlich erhobenen Daten in pseudonymisierter Form von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg ausgewertet werden. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass die Ergebnisse in pseudonymisierter Form veröffentlicht werden.
- Ich kann diese Einverständniserklärung gegenüber der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.
- Bei Rücktritt kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet werden. Ich kann mich beim Ausscheiden aus der jeweiligen Studie entscheiden, ob ich mit der Auswertung des Materials bzw. der Studiendaten einverstanden bin oder nicht. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt meine Entscheidung ändern wollen, setze ich mich mit dem Studienteam in Verbindung.
- Nach Beendigung der Studie werden alle persönlichen Informationen, Ihr Identifikationsnummer und jeder Praxisbezug unwiderruflich gelöscht. Alle restlichen Daten werden frühestens nach Studienabschluss und spätestens zehn Jahre nach Veröffentlichung der Studie gelöscht.

Ort, Datum

Name (Studienleitung)

Unterschrift

Ort, Datum

Name (Studienteilnehmer/in)

Unterschrift

* Pseudonymisierung bedeutet Verschlüsselung von Daten ohne Namensnennung. Die Daten werden nur mit einer Identifikationsnummer codiert. Die Zuordnung der Daten zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten pseudonymisiert wurden.

C Glossar



MEDIZINISCHE
FAKULTÄT
HEIDELBERG

Glossar

Delphi-Befragung Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für Integrative und Komplementäre Medizin

Delphi-Befragung

Methode für strukturierte Gruppenkommunikationsprozesse. Der Prozess ermöglicht einer Gruppe von Individuen gemeinschaftlich mit einem komplexen Problem umzugehen. Die Methode wurde in den 70er Jahren im deutschsprachigen Raum etabliert und anfangs hauptsächlich für die Zukunftsforschung eingesetzt. Inzwischen ist die Delphi-Befragung ein anerkanntes Verfahren das hauptsächlich zur Konsensfindung unter Experten verwendet wird (1).

Interprofessionelle Zusammenarbeit

existiert wenn zwei oder mehr Mitglieder von verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen Hand in Hand arbeiten, um Probleme zu lösen oder Dienstleistungen zu erbringen (2).

Akademische Gesundheitsberufe

Zu den akademischen Gesundheitsberufen zählen alle beruflichen Qualifikationen, die an Universitäten, Fachhochschulen oder Höheren Fachschulen erworben werden und unmittelbar oder mittelbar in die Patientenversorgung eingebunden sind. In Deutschland können derzeit neben der Humanmedizin, Zahnmedizin und Pharmazie für folgende fünf Berufe akademische Abschlüsse (Bachelor oder Master) erworben werden: Hebamme/Geburtshilfe, Pflege, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie.

Kompetenzen

Die bei Individuen verfügbaren oder erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen Motivationen, Haltungen, Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in unterschiedlichen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können (3).

Curriculum

Ein Lehrplan oder Lehrprogramm, das sich an Lernzielen und Lernprozessen orientiert und einen systematischen Kompetenzerwerb anstrebt. Im Curriculum wird festgehalten, welche Themenbereiche erarbeitet und welche Lernziele erreicht werden sollen und welche Kompetenzen zu erwarten sind. Darüber hinaus können geeigneten Lehr-Lernmethoden vorgeschlagen werden.

CanMEDS

Ist ein Grundgerüst zur Beschreibung von Fähigkeiten (Rollen), die Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe benötigen, um den Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden. Das Modell wurde 2005 vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) für Mediziner entwickelt und hat inzwischen international bei weiteren Gesundheitsberufen Anwendung gefunden. Das übergreifende Ziel ist die Förderung der Patientenversorgung.

Folgende Rollen werden beschrieben:

Teammitglied, Kommunikator, Verantwortungsträger, Professionell Handelnder, Gelehrter, Gesundheitsberater, Experte (4).



Komplementäre Medizin

Die Anwendung eines nicht-konventionellen Verfahrens zusammen mit einem konventionellen Verfahren (5). Unter konventionellen Verfahren werden hierbei alle Verfahren verstanden, die üblicherweise im Studium gelehrt und in der Patientenversorgung angewandt werden.

Integrative Medizin

Das Einbeziehen nicht-konventioneller und konventioneller Verfahren bei der Therapieplanung unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstands (5).

KIM

Abkürzung für komplementäre und integrative Medizin

Naturheilverfahren

Bezeichnet ein Spektrum verschiedener Verfahren, welche sich keiner technischen Hilfsmittel bedienen und die körperlichen Kräfte zur Selbstheilung nutzen sollen. Dazu bedienen sich diese Verfahren bevorzugt an den in der Natur vorkommenden Mitteln oder Reizen (6).

Klassische Naturheilverfahren

Die fünf Säulen der klassischen Naturheilverfahren sind: Phytotherapie (Einsatz von Pflanzenwirkstoffen), Hydrotherapie (Einsatz von Wasser), Bewegungstherapie, Diätik und Ordnungstherapie (Strukturierung der äußeren und inneren Lebensordnung) (6).

Nicht klassische Naturheilverfahren

im westlichen Kulturkreis übliche Einordnung aller Naturheilverfahren, die nicht zu den fünf klassischen Verfahren gezählt werden.

Literaturverzeichnis

1. Häder M. Delphi-Befragungen : Ein Arbeitsbuch. 3. Aufl. 2014 ed. Wiesbaden: Springer VS; 2014.
2. Zwarenstein M, Reeves S. Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. J Contin Educ Health Prof. 2006;26(1):46-54.
3. Weinert FE. Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – Eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE, editor. Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim, Basel2001. p. 27 f.
4. Frank J, Snell L, Sherbino J. Can Meds 2015 Physician Competency Framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Ottawa2015.
5. Health NCfCaI. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?2016 [cited Februar 2017. Available from: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
6. Vogler E, Brinkhaus B. Kursbuch Naturheilverfahren. München: Urban & Fischer; 2017.

D Fragebogen der ersten Delphi-Runde

**Delphi-Befragung zur Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für
Komplementäre und Integrative Medizin****ERSTE BEFRAGUNGSWELLE****Wir begrüßen Sie zur ersten Befragungswelle der Delphi-Befragung
"Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für Komplementäre und
Integrative Medizin"**

Herzlichen Dank, dass Sie an dieser Umfrage teilnehmen. Beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf ein potientielles Seminar für **Komplementäre und Integrative Medizin (KIM)** mit 2-4 Semesterwochenstunden (30-60 Unterrichtseinheiten zu je 45 min), das an einer universitären Einrichtung für Studierende der Humanmedizin und für Studierende weiterer akademischer Studiengänge für Gesundheitsberufe (aus den Bereichen Pflege, Therapie und Diagnostik) in der Hauptstudienphase angeboten wird. Durch die Befragung wird Ihre persönliche Meinung und Bewertung zu möglichen Inhalten und Zielsetzungen erhoben, die ein solches Curriculum enthalten sollte. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus und nutzen Sie den Freitext, um Anmerkungen und Ergänzungen vorzunehmen. Die Befragung erfolgt pseudonymisiert. Ihre Bewertungen und wörtlichen Kernaussagen aus den Freitextantworten werden in die nächste Befragungswelle und in den Ergebnisbericht aufgenommen, jedoch ohne dass ein Rückschluss auf Sie als Person möglich ist.

Die Befragung beinhaltet neben den soziodemographischen Erhebungen einen Frageblock zu den adressierten Zielen und Kompetenzen und einen Frageblock zu den möglichen Inhalten des Curriculums.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 20 bis 30 min.

Sie können die Bearbeitung des Fragebogens jederzeit unterbrechen und zu einem anderen Zeitpunkt fortsetzen. Ihre Ergebnisse werden zwischengespeichert.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung

Angelika Homberg
Tel. 06221 567169
angelika.homberg@med.uni-heidelberg.de

Weiter

Curriculare Inhalte (Teil D)

Im Folgenden sind einige Lehrinhalte aufgelistet. Bitte schätzen Sie auf einer 7-stufigen Likertskala deren Relevanz für ein interprofessionelles KIM-Curriculum ein. Zusätzlich erhalten Sie die Möglichkeit anzugeben, wenn Sie den Inhalt aufgrund fehlenden Wissens und/oder aus anderen Gründen nicht einschätzen können oder wollen.

Bitte nutzen Sie die Freifeldtextfelder, um ihre Einschätzungen zu begründen und zu ergänzen sowie um weitere mögliche Lehrinhalte aufzulisten.

Ihre Kommentare werden in der nächsten Befragungswelle aufgelistet. Die neu aufgeführten Inhalte werden in der zweiten Befragungsrunde zur Bewertung vorgelegt. Die bewerteten Inhalte werden vier Relevanzgruppen (sehr relevant - nicht relevant) zugeordnet. Sie haben dann die Gelegenheit, der erfolgten Zuordnung zuzustimmen oder diese abzulehnen sowie weitere Kommentare einzubringen.

- D1.1 Geschichtlicher und philosophischer Hintergrund von KIM-Therapiekonzepten
- D1.2 Begriffsklärung: Naturheilkunde, Komplementärmedizin, Alternativmedizin, Integrative Medizin etc...
- D1.3 Rechtliche Bestimmungen hinsichtlich Delegation, Substitution und vorbehaltener Tätigkeiten innerhalb der KIM-Patientenversorgung
- D1.4 Inanspruchnahme von KIM-Therapien
- D1.5 Versorgungsstrukturen und Leistungserbringer (z.B. Heilpraktiker, Ärzte mit Zusatzqualifikationen, Gesundheitsberufe, KIM-Einrichtungen)
- D1.6 Überblick über KIM-Datenbanken und Literatursuche über das Internet
- D1.7 Vertiefung der Beurteilung von KIM-Evidenz anhand ausgewählter Studien
- D1.8 Überblick über Wirkungen und Wechselwirkungen ausgewählter KIM-Verfahren
- D1.9 Überblick über klassische Naturheilverfahren (Bewegungs-, Ernährungs-, Hydro-, Phyto- und Entspannungstherapie)
- D1.10 Überblick über nicht-klassische Naturheilverfahren (z.B. Akupunktur, Homöopathie, Anthroposophische Medizin)

1=überhaupt nicht relevant	2	3	4	5	6	7=sehr relevant	Kann ich nicht beurteilen

Hier können Sie Ihre vorgenommenen Einschätzungen begründen und/oder aufführen, welche Aspekte Ihnen bei den aufgelisteten Inhalten besonders wichtig erscheinen.

Hier können Sie weitere allgemeine Inhalte für ein interprofessionelles KIM-Curriculum aufführen.

Klassische Naturheilverfahren

Die als relevant eingestufteten Klassischen Naturheilverfahren werden in der nächsten Befragungswelle detailliert aufgeschlüsselt und erneut zur Bewertung vorgelegt (80 % > Skalenniveau 5).

- D2.1 Hydrotherapie (z.B. Bäder, Güsse, Wickel)
- D2.2 Mind-Body-Therapie (z.B. Yoga, Tai chi, Qui gong, progressive muscle relaxation)
- D2.3 Bewegungstherapie (z.B. Belastungstraining, Walken)
- D2.4 Ernährungstherapie (z.B. Ernährungsempfehlungen, hochdosierte Vitamine, Spurenelemente)
- D2.5 Phytotherapie (z.B. Heilpflanzen, Tees, Aromatherapie, pflanzliche Medikamente)

1=überhaupt nicht relevant	2	3	4	5	6	7=sehr relevant	Kann ich nicht beurteilen

Hier können Sie Ihre vorgenommenen Einschätzungen begründen und/oder aufführen, welche Aspekte Ihnen zu den genannten Inhalten besonders wichtig erscheinen.

Nicht-klassische Naturheilverfahren

- D3.1 Neuraltherapie
- D3.2 Manuelle Medizin, Chirotherapie
- D3.3 Cranio-Sacral-Therapie
- D3.4 Homöopathie
- D3.5 Akupunktur
- D3.6 Traditionelle Chinesische Medizin
- D3.7 Anthroposophische Medizin
- D3.8 Ayurveda
- D3.9 Tibetische Medizin
- D3.10 Ausleitverfahren (z.B. Schröpfen, Blutegel)

1=überhaupt nicht relevant	2	3	4	5	6	7=sehr relevant	Kann ich nicht beurteilen

Hier können Sie Ihre vorgenommenen Einschätzungen begründen und/oder aufführen, welche Aspekte Ihnen bei den oben genannten Inhalte besonders wichtig erscheinen.

Welche weiteren nicht-klassischen Naturheilverfahren halten Sie für relevant?

Sie am Ende der Befragung angelangt. Gibt es etwas, das Sie noch mitteilen möchten?

VIelen DANK FÜR IHR ENGAGEMENT!

EINREICHEN

E Fragebogen der zweiten Delphi-Runde

**Delphi-Befragung zur Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für
Komplementäre und Integrative Medizin****ZWEITE BEFRAGUNGSWELLE****Wir begrüßen Sie zur zweiten Befragungswelle der Delphi-Befragung
"Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für Komplementäre und Integrative
Medizin"**

Herzlichen Dank, dass Sie an der ersten Umfrage teilgenommen haben. Auf Grundlage Ihrer Gewichtungen, Anregungen und konstruktiven Kritik wurde der vorliegende Fragebogen konzipiert. Alle Kommentare flossen vollumfänglich in die zweite Befragungswelle ein. Eine Zusammenstellung aller Zitate ist dem angehängten Ergebnisbericht zu entnehmen.

Die vorliegende zweite Befragung beinhaltet in Teil A: Fragen zu methodisch-didaktischen Ausrichtung, in Teil B: Fragen zu allgemeinen curricularen Kompetenzen, in Teil C: Fragen zu Rollenkompetenzen und in Teil D: Fragen zu den Inhalten eines potentiellen KIM-Curriculums. Beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen, wie bei der ersten Befragungswelle, auf ein potentielles Seminar für Komplementäre und Integrative Medizin (KIM) mit 2-4 Semesterwochenstunden (30-60 Unterrichtseinheiten zu je 45 min), das an einer universitären Einrichtung für Studierende der Humanmedizin und für Studierende weiterer akademischer Studiengänge für Gesundheitsberufe (aus den Bereichen Pflege, Therapie und Diagnostik) in der Hauptstudienphase angeboten wird.

Durch die Befragung wird Ihre persönliche Meinung und Bewertung zu möglichen Inhalten und Zielsetzungen erhoben, die ein solches Curriculum enthalten sollte. Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus und nutzen Sie den Freitext, um Anmerkungen und Ergänzungen vorzunehmen. Die Befragung erfolgt pseudonymisiert. Ihre Bewertungen und wörtliche Kernaussagen aus den Freitextantworten werden in die dritte und zugleich letzte Befragungswelle und in den Ergebnisbericht aufgenommen, jedoch ohne dass ein Rückschluss auf Sie als Person möglich ist.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 30 min.

Sie können die Bearbeitung des Fragebogens nach jeder Frage unterbrechen und zu einem anderen Zeitpunkt fortsetzen. Ihre Ergebnisse werden zwischengespeichert.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung

Angelika Homberg
Tel. 06221 567169
angelika.homberg@med.uni-heidelberg.de

Weiter

Methodisch-didaktische Ausrichtung (Teil A)

In der ersten Befragungswelle wurden einige methodisch-didaktische Aspekte für ein interprofessionelles komplementär- und integrativmedizinisches Curriculum aufgegriffen. Da die Entwicklung eines Lehr-Lernangebots nicht losgelöst davon durchgeführt werden kann (Assessment drives learning), werden zu Beginn dieser Befragungswelle Ihre Anmerkungen und Vorschläge aus der ersten Befragungswelle aufgegriffen und diskutiert.

Bitte beziehen Sie sich bei Ihrer Beurteilung auf ein potentielles Seminar zu Komplementärer und Integrativer Medizin (KIM) im Umfang von 2-4 Semesterwochenstunden (30-60 Unterrichtseinheiten zu je 45 min), das an einer universitären Einrichtung für Studierende der Humanmedizin gemeinsam mit Studierenden weiterer akademischer Studiengänge für Gesundheitsberufe (aus den Bereichen Pflege, Therapie und Diagnostik) in der Hauptstudienphase angeboten wird.

Wählen Sie aus folgender Liste das Lernsetting aus, in dem Ihrer Meinung nach ein interprofessionelles KIM-Seminar am ehesten angeboten werden sollte. (KIM=Komplementäre und Integrative Medizin)

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten!

- KIM sollte als Pflicht-Basismodul für alle Studierenden in Gesundheitsberufen im Curriculum des Hauptstudiums angeboten werden.
- KIM sollte als curricular verankertes Wahlmodul für alle Studierenden in Gesundheitsberufen angeboten werden.
- KIM-Basiswissen sollte für alle Studierenden in Gesundheitsberufen als Pflichtmodul angeboten werden. Zusätzlich sollte es die Möglichkeit geben, einzelne Bereiche in Wahlmodulen zu vertiefen.
- KIM sollte freiwillig, extracurricular angeboten werden und mit einem Zertifikat bescheinigt.
- KIM sollte nicht als ein eigenständiges interprofessionelles Modul angeboten, sondern stärker in bereits bestehende Module integriert werden.
- KIM sollte an Universitäten und Hochschulen nicht gelehrt werden.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Sonstiges
Keine Antwort

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Wählen Sie aus folgender Liste die strukturelle Ausrichtung der Inhalte eines interprofessionellen KIM-Curriculums aus, die nach Ihren Vorstellungen am ehesten geeignetsten ist.

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten!

- In einem KIM-Basismodul sollten sich die Inhalte in erster Linie entlang unterschiedlicher Therapieansätze ausrichten (Phytotherapie, Akupunktur, Mind-Body-Therapie, ...).
- In einem KIM-Basismodul sollten sich die Inhalte in erster Linie entlang unterschiedlicher Behandlungsanlässe ausrichten (Schmerzen, Fieber, Schlafstörungen, ...).
- In einem KIM-Basismodul sollten sich die Inhalte in erster Linie entlang unterschiedlicher Krankheitsbilder ausrichten (Metabolisches Syndrom, arterielle Hypertonie, Reizdarm, ...).
- In einem KIM-Basismodul sollten sich die Inhalte in erster Linie entlang dem Versorgungsprozess ausrichten (Gesundheitsförderung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, ...).
- In einem KIM-Basismodul sollten sich die Inhalte in erster Linie entlang der Behandlungsziele nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ausrichten (Körperfunktionen, Aktivitäten, Teilhabe).

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Sonstiges
Keine Antwort

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Bitte wählen Sie aus folgender Liste aus, für welche Handlungsfelder ein interprofessionelles KIM-Seminar vorrangig qualifizieren soll.

Wenn die Aussage Ihrer Meinung nach zutrifft, klicken Sie bitte das linke Kästchen an.

Wenn die Aussage nur teilweise oder unter bestimmten Bedingungen zutrifft, können Sie rechts einen Kommentar schreiben.

- Die KIM-Versorgung im interprofessionellen Team ist für den akut-stationären Bereich relevant.
- Die KIM-Versorgung im interprofessionellen Team ist für den chronisch-rehabilitativen Bereich relevant.
- Die KIM-Versorgung im interprofessionellen Team ist für den ambulanten Bereich relevant.
- Die KIM-Versorgung im interprofessionellen Team ist für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung relevant.
- Die KIM-Versorgung im interprofessionellen Team ist für die Unterstützung der Selbst- und Laientherapie und -pflege relevant.
- Die KIM-Versorgung im interprofessionellen Team kann in der (heutigen und zukünftigen) Versorgungsrealität nicht umgesetzt werden und ist daher nicht relevant.

Ich stimme zu	Freitextfeld
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Sonstiges

<input type="text"/>

Bitte wählen Sie aus folgender Liste aus, welche didaktischen Methoden in einem KIM-Curriculum vorrangig zum Einsatz kommen sollten.

Wenn die Aussage Ihrer Meinung nach zutrifft, klicken Sie bitte das linke Kästchen an.

Wenn die Aussage nur teilweise oder unter bestimmten Bedingungen zutrifft, können Sie rechts einen Kommentar schreiben.

- Die Studierenden sollten möglichst viele KIM-Inhalte strukturiert in Vorlesungen dargeboten bekommen.
- Die Studierenden sollten möglichst viele KIM-Inhalte anhand von komplexen Patientenfällen dargeboten bekommen (Fallorientiertes Lernen).
- Die Studierenden sollten sich die KIM-Inhalte in erster Linie anhand von komplexen Patientenfällen selbst erarbeiten (Problemorientiertes Lernen).
- Die Studierenden sollten möglichst viel Zeit haben, um über ethische Fragestellungen und widersprüchliche Aussagen in Bezug auf KIM zu diskutieren.
- Die Studierenden sollten möglichst viel Zeit haben, um sich über ihre eigenen Erfahrungen, Meinungen und Haltungen in Bezug auf KIM auszutauschen.
- Die Studierenden sollten möglichst viel Zeit haben, um einfache Verfahren und KIM-Methoden selbst ausprobieren können (Erfahrungsorientiertes Lernen).
- Realpatienten und/oder Schauspielpatienten sollten möglichst häufig in die Seminare eingebunden werden.

Ich stimme zu	Freitextfeld
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Sonstiges

<input type="text"/>

WEITER

Nicht-klassische Naturheilverfahren
 Folgende nicht-klassischen Naturheilverfahren wurden in der ersten Befragungswelle als mögliche weitere Inhalte (neben Akupunktur, Homöopathie, Ayurveda...) vorgeschlagen. Im Folgenden sind nun diese Verfahren aufgeschlüsselt.
 Bitte bewerten Sie die Relevanz der jeweiligen Verfahren auf einer 7-stufigen Antwortskala. Zusätzlich haben Sie die Möglichkeit anzugeben, wenn Sie die Inhalte aufgrund fehlenden Wissens und/oder anderen Gründen nicht einschätzen können oder wollen.

D5.1 Osteopathie
 D5.2 Klassische Massagen
 D5.3 Shiatsu (Manuelles Therapieverfahren, Ausübung von Druck und Reibung auf bestimmte Hautpartien)
 D5.4 Tai Chi (Ursprung in der Kampfkunst, heute eher meditativ durchgeführt)

1=über- haupt nicht relevant	2	3	4	5	6	7=sehr rele- vant	Kann ich nicht be- urteilen

Hier können Sie Ihre vorgenommenen Einschätzungen begründen und/oder aufführen, welche Aspekte Ihnen bei den oben genannten Inhalten besonders wichtig erscheinen (D5.1-D5.4).

Paramedizinische Verfahren
 Folgende paramedizinische Verfahren wurden in der ersten Befragungswelle als mögliche Inhalte vorgeschlagen. Im folgenden sind nun diese Verfahren aufgeschlüsselt.
 Bitte bewerten Sie die Relevanz der jeweiligen Verfahren auf einer 7-stufigen Antwortskala. Zusätzlich haben Sie die Möglichkeit anzugeben, wenn Sie die Inhalte aufgrund fehlenden Wissens und/oder anderen Gründen nicht einschätzen können oder wollen.

D6.1 (Fußzonen-) Reflextherapie
 D6.2 Hildegard-Medizin (Pflanzenheilkunde, Ernährung, Edelsteintherapie und Ausleitverfahren)
 D6.3 Irisdiagnostik
 D6.4 Bachblüten
 D6.5 Schüssler-Salze (homöopathisch verabreichte Mineralsalze)
 D6.6 Kinesiologie
 D6.7 Reiki (Energiearbeit, Technik des Handauflegens)
 D6.8 Farbtherapie

1=über- haupt nicht relevant	2	3	4	5	6	7=sehr rele- vant	Kann ich nicht be- urteilen

Hier können Sie Ihre vorgenommenen Einschätzungen begründen und/oder aufführen, welche Aspekte Ihnen bei den oben genannten Inhalten besonders wichtig erscheinen. Bitte geben Sie hierbei die entsprechende Nummer an (D6.1-D6.8).

Nun sind Sie am Ende der Befragung angelangt. Gibt es etwas, das Sie noch mitteilen möchten?

EINREICHEN

F Fragebogen der dritten Delphi-Runde

Delphi-Befragung zur Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für Komplementäre und Integrative Medizin

DRITTE BEFRAGUNGSWELLE

Wir begrüßen Sie zur dritten Befragungswelle der Delphi-Befragung

"Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für Komplementäre und Integrative Medizin"

Herzlichen Dank, dass Sie an der ersten und zweiten Umfrage teilgenommen haben!
 Die vorliegende dritte Befragung ist nun etwas kürzer und greift nun noch einige wenige offene Fragestellungen auf. Es ist sehr wichtig, dass Sie diese Umfrage komplett bearbeiten, da Sie am Ende die Möglichkeit haben, über Ihre weitere Einbindung zu entscheiden.
 Die Umfrage gliedert sich in vier kurze Teile: Teil A: Allgemeine Fragen, B: Fragen zu Behandlungsanlässen und Erkrankungen, Teil C: Fragen zu Rollenkompetenzen, Teil D: Fragen zur weiteren Einbindung und Entwicklung des Curriculums.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 10 -20 min.

Sie können die Bearbeitung des Fragebogens nach jeder Frage unterbrechen und zu einem anderen Zeitpunkt fortsetzen. Ihre Ergebnisse werden zwischengespeichert.
 Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung

Angelika Homberg
 Tel. 06221 567169
angelika.homberg@med.uni-heidelberg.de

Weiter

Allgemeine Fragestellungen (Teil A)

Im Folgenden werden Ihnen einige Fragen vorgelegt, die kritische Diskussionspunkte aus den ersten beiden Befragungswellen aufgreifen.

Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Beurteilungen und Kommentaren auf ein potentiell Seminar zu Komplementärer und Integrativer Medizin (KIM) im Umfang von 2-4 Semesterwochenstunden (30-60 Unterrichtseinheiten zu je 45 min), das an einer universitären Einrichtung für Studierende der Humanmedizin gemeinsam mit Studierenden weiterer akademischer Studiengänge für Gesundheitsberufe (aus den Bereichen Pflege, Therapie und Diagnostik) in der Hauptstudienphase angeboten wird.

Worin besteht Ihrer Meinung nach die größte Gefahr und/oder Herausforderung beim Angebot eines interprofessionellen KIM-Seminars an einer medizinischen Universität/Hochschule?

Worin besteht Ihrer Meinung nach die größte Chance und/oder Gewinn beim Angebot eines interprofessionellen KIM-Seminars an einer medizinischen Universität/Hochschule?

In den ersten beiden Befragungswellen wurde unter anderem angemerkt, dass es unter Umständen schwierig sein kann, Dozenten mit entsprechendem fachlichen und beruflichen Hintergrund für die Lehre von KIM zu rekrutieren. Es wäre jedoch möglich, einzelne KIM-Themen theoretisch fundiert und/oder praxisnah als E-learning-Einheiten anzubieten.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie folgenden Aussagen zustimmen.

- E-learning-Einheiten sind besonders geeignet, um theoretische Hintergründe zu KIM-Konzepten und Therapieverfahren darzustellen.
- E-learning-Einheiten sind besonders geeignet, um in einem KIM-Seminar fallbasierte Szenarien zu einzelnen Behandlungsanlässen darzustellen.
- E-learning-Einheiten sind besonders geeignet, um unterschiedliche berufliche und fachliche Perspektiven zu einem KIM-Thema darzustellen.
- In einem interprofessionellen KIM-Seminar sollten keine E-learning-Einheiten integriert werden.
- Bei der Integration von E-learning-Einheiten in ein KIM-Seminar muss darauf geachtet werden, dass für den Austausch unter den Studierenden genügend Präsenzzeiten vorhanden sind.
- Ein interprofessionelles KIM-Seminar könnte vollständig über E-learning-Einheiten abgedeckt werden.

Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme teilweise zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu

Welche weiteren Möglichkeiten und Gefahren sehen Sie beim Angebot von E-learning-Einheiten in einem interprofessionellen KIM-Seminar?

Hier besteht die Möglichkeit, Ihre Aussage zu E-learning-Einheiten in einem KIM-Seminar zu kommentieren oder zu ergänzen.

Die Einbindung von praktischen Übungen und das Ausprobieren einfacher KIM-Verfahren und Methoden wurde in den ersten beiden Befragungswellen mehrfach für ein KIM-Seminar gewünscht. Auf der anderen Seite wurde angemerkt, dass dies nur dann sinnvoll ist, wenn diese jeweils auch später im beruflichen Alltag eingesetzt werden.

Bitte nehmen Sie zu folgenden Aussagen Stellung!

- Praktische Übungen sollten in ein KIM-Seminar integriert werden, damit Studierende die Wirkung der Methoden selbst erfahren und beurteilen können.
- Praktische Übungen sollten in ein KIM-Seminar integriert werden, damit Studierende die Praktikabilität der jeweiligen Methode einschätzen können.
- Praktische Übungen sollten in ein KIM-Seminar integriert werden, damit Studierende das jeweilige Therapiekonzept besser verstehen und begreifen können.
- Praktische Übungen sollten in ein KIM-Seminar integriert werden, damit Studierende die Fähigkeit erlangen, diese selbst in der beruflichen Praxis einsetzen zu können.
- Praktische Übungen sollten in ein KIM-Seminar nicht integriert werden.

Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme teilweise zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu

Hier besteht die Möglichkeit, Ihre Aussage zum Erwerb kommunikativer Kompetenzen in einem KIM-Seminar zu kommentieren oder zu ergänzen.

Bitte nennen Sie gegebenenfalls im Folgenden einfache Therapieverfahren, die aus Ihrer Sicht besonders für die Einbindung in ein KIM-Curriculum geeignet sind.

Auf der einen Seite wurde die Förderung kommunikativer Kompetenzen als zentral für ein interprofessionelles KIM-Seminar angesehen, auf der anderen Seite wurde die Gefahr benannt, dass bei einer Schwerpunktsetzung in diesem Bereich die Inhalte zu sehr mit anderen Inhalten im Curriculum verwischen.

Bitte nehmen Sie zu folgenden Aussagen Stellung!

- Der Erwerb kommunikativer Kompetenzen sollte von Anfang an im Vordergrund eines interprofessionellen KIM-Seminars stehen.
- Die Studierenden sollten zunächst einen Überblick über KIM erhalten, bevor der Erwerb kommunikative Kompetenzen in den Vordergrund gerückt werden.
- Der Erwerb kommunikativer Kompetenzen sollten in einem KIM-Seminar nicht in den Vordergrund gerückt werden, da sonst die Gefahr besteht, dass andere Inhalte zu kurz kommen.

Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme teilweise zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu

Hier besteht die Möglichkeit, Ihre Aussage zu den kommunikativen Kompetenzen zu kommentieren.

WEITER

Persönliche Angaben und Weiterentwicklung (Teil D)

Abschließend haben Sie die Möglichkeit anzugeben, ob und in welcher Form Sie an Veröffentlichungen der Ergebnisse und Weiterentwicklung des Curriculums beteiligt werden wollen. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, den Befragungsprozess zu evaluieren.

Die in den drei Befragungswellen gewonnenen Daten werden von der Arbeitsgruppe der Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg ausgewertet und veröffentlicht. Bitte geben Sie an, ob und in welcher Form Sie hier mitwirken, genannt und/oder informiert werden möchten!

Ich möchte gerne über entsprechende Veröffentlichungen informiert werden.
 Ich kann mir vorstellen, aktiv bei Veröffentlichungen als Co-Autor bzw. Co-Autorin mitzuwirken.
 Mein Name (Vor- und Zuname) darf in der Danksagung von Veröffentlichungen genannt werden. Es dürfen jedoch keine Verbindungen zwischen einzelnen Aussagen oder Ergebnissen zu meiner Person hergestellt werden oder entsprechende Rückschlüsse gezogen werden

Ja	Nein	Keine Antwort

Sie können hier weitere Anmerkungen zum Thema "Veröffentlichungen" anbringen und/oder beschreiben, in welcher Form Sie sich konkret einbringen

Ein Curriculum besteht nicht nur aus Kompetenzen und Inhalten, sondern aus einem in sich schlüssigen Konzept, das auch Lehrmethoden integriert. Die Erarbeitung eines solchen konkreten Curriculums sprengt den Rahmen einer schriftlichen Befragung. Die Ergebnisse dieser Befragung können jedoch der Entwicklung eines konkreten Curriculums zugrunde gelegt werden.

Für Ende Juni/Anfang Juli ist ein eintägiger Workshop in Heidelberg geplant, bei dem in strukturierten Arbeitsgruppen an der Weiterentwicklung des Curriculums gearbeitet wird. Fahrt- und Übernachtungskosten werden übernommen, ein Honorar kann jedoch nicht bezahlt werden.

Ich kann mir vorstellen, an einem eintägigen Workshop zur konkreten KIM-Curriculumsentwicklung teilzunehmen.
 Unabhängig von der Teilnahme/Nicht-Teilnahme am genannten Workshop stehe ich gerne für weitere Fragen und Diskussionen im Bezug auf die Weiterentwicklung eines interprofessionellen KIM-Curriculums zur Verfügung.

Ja	Nein	Keine Antwort

Folgende Anmerkungen, Anregungen bzw. Wünsche habe ich für den Workshop beziehungsweise für die weitere Zusammenarbeit.

Mit folgenden beiden Fragen möchte ich am Ende der Befragung noch einholen, wie Sie generell mit der Delphi-Befragung zurecht kamen.

An dieser Stelle können Sie Schwierigkeiten und Verbesserungswünsche sowie wahrgenommene Verzerrungen benennen!

An dieser Stelle können Sie gelungene und positive Aspekte des Befragungsprozesses benennen!

Herzlichen Dank, dass Sie den Fragebogen bis zum Ende bearbeitet haben! Gibt es etwas, das Sie noch mitteilen möchten?

VIELEN DANK FÜR IHR ENGAGEMENT!

EINREICHEN

G Programm des Abschlussworkshops



MEDIZINISCHE
FAKULTÄT
HEIDELBERG

Workshop

Konsolidierung der Ergebnisse der Delphi-Befragung

*Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für Integrative und
Komplementäre Medizin*

31.07.2019

PROGRAMM:

- 10:00 Begrüßung
Zielgruppe und Zielstellung für die Curriculumsentwicklung, Aktuelle Herausforderungen
Vorstellungsrunde
- 10:50 Ergebnisse der Delphi-Befragung: Kompetenzen und CanMEDs
Priorisierung der relevanten Kompetenzen
- 12:00 Mittagspause
- 13:00 Diskussion und Abstimmung der Kompetenzen
Ergebnisse der Delphi-Befragung: Inhalte und Methoden
- 13:45 Struktur des Curriculums und Priorisierung der relevanten Inhalte
- 14:45 Pause
- 15:00 Festlegung der Ausgestaltung des Mustercurriculums
Konsolidierung und Abschluss
- 16:30 Ende

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universität Heidelberg

H Gruppenarbeitsaufträge des Abschlussworkshops



Arbeitsblatt 1

MATERIALIEN

- 8 Kompetenzformulierungen, Relevanzgruppe 1 (orange)
- 19 Kompetenzformulierungen, Relevanzgruppe 2 (gelb)

ZIELGRUPPE

- Studierende der Humanmedizin und der Gesundheitsberufe (Pflege, Physiotherapie, Hebammen) im interprofessionellen Setting
 - Grundstudium, Seminar mit 2 Semesterwochenstunden (30 UE)
-

AUFGABE

1. Gruppieren Sie die Kompetenzen, die sich inhaltlich teilweise überschneiden oder die gleiche CanMEDS-Rolle adressieren!
2. Diskutieren Sie in der Gruppe, welche dieser Kompetenzen für die Zielgruppe besonders wichtig sind!
3. Einigen Sie sich auf max. 3 Leitkompetenzen für ein interprofessionelles KIM-Curriculum

ANMERKUNGEN

- Sie können für die Gruppierung (Aufgabe 1) die CanMEDS-Rollen verwenden, müssen dies aber nicht!
- Falls Sie sich nicht auf drei Leitkompetenzen einigen können, können Sie zwei weitere Kompetenzen auswählen.
- Die Leitkompetenzen können sowohl nur aus einer der von Ihnen gebildeten Gruppierung gewählt werden, als auch aus unterschiedlichen Gruppierungen – das hängt davon ab, wie „breit“ Sie das Curriculum aufstellen möchten!
- Falls Sie eine Kompetenz auswählen, aber mit der Formulierung nicht ganz zufrieden sind, können Sie die Formulierung (nicht den Inhalt!) modifizieren.

Sie haben 40 min Zeit!

CanMEDS-Rollen:

- **Medizinischer Experte:** Integration aller CanMEDS-Rollen, unterstützen die patientenzentrierte Versorgung, Befähigung zur Problemlösung
 - **Scholar (Gelehrter):** Bereitschaft zum lebenslangen Lernen, Anwendung und Verbreitung medizinischen Wissens
 - **Kommunikator:** Aufbau einer gelungenen Patientenbeziehung, ggf. unter Einbindung der Angehörigen und beteiligten Professione
 - **Collaborator (Mitglied eines Teams):** Koordination und Integration der indizierten diagnostischen, beratenden und therapeutische Tätigkeiten mit allen an der Versorgung beteiligten Personen.
 - **Leader (Verantwortungsträger und Manager):** Sorgsamer Umgang mit Ressourcen, Beitrag zur Steigerung der Effektivität im Gesundheitssystem
 - **Professionell Handelnder:** Selbstlose Haltung, Ethische Entscheidungsfindung, Übernahme von Verantwortung
 - **Gesundheitsberater und – fürsprecher:** Eintreten für die Bedürfnisse und Zufriedenheit der Patienten, Gemeinschaften und Bevölkerungsgruppen
-

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universität Heidelberg



Arbeitsblatt 2

MATERIALIEN

- 4 Allgemeine Inhalte, Relevanzgruppe 2 (pink)
 - 10 Allgemeine Inhalte, Relevanzgruppe 3 (flieger)
 - 10 Inhalte: KIM-Therapien, Relevanzgruppe 2 (dunkelgrün)
 - 18 Inhalte: KIM-Therapien, Relevanzgruppe 3 (hellgrün)
 - 5 Inhalte: Behandlungsanlässe und Erkrankungen, Relevanzgruppe 1 (dunkelblau)
 - 11 Inhalte: Behandlungsanlässe und Erkrankungen, Relevanzgruppe 2 (hellblau)
-

AUFGABE

Sie sind verantwortlich, die Inhalte für ein interprofessionelles KIM-Curriculum für 30 UE (zu 45 min) im Grundstudium zusammenzustellen.

1. *Bitte diskutieren Sie zuerst, wie stark Sie die Anteile der Allgemeinen KIM-Inhalte zu den therapiespezifischen Inhalten und die Erarbeitung von KIM über Behandlungsanlässe- bzw. Erkrankungsspezifische Inhalte gewichten wollen!
Was ist aus Ihrer Sicht am sinnvollsten, um die zuvor festgelegten Leitkompetenzen optimal zu erreichen?*
2. *Wählen Sie die Inhalte aus, die für Ihre Überlegungen aus Aufgabe 1 und die Erreichung der Leitkompetenzen passend und relevant sind.*
3. *Überlegen Sie, welchen Inhalt Sie auf welcher Handlungsebene vermitteln wollen (1: reines Faktenwissen/ 2: Begründungswissen/ 3: Handlungswissen).*
4. *Reduzieren Sie die Inhalte so, dass Sie damit 30 UE füllen können. Beachten Sie hierbei, dass für die reine Wissensvermittlung in der Regel 1 UE ausreicht, für das interaktive Erarbeiten und für praktische Anwendungen aber jeweils mindestens eine weitere Unterrichtseinheit benötigt werden.*
5. *Überlegen Sie, in welcher Reihenfolge und welcher zeitlichen Taktung Sie die Inhalte darbieten wollen. Stellen Sie auf der Moderationswand einen „Stundenplan“ zusammen.*

ANMERKUNGEN

- *Wichtig ist, dass der von Ihnen erstellte Entwurf in sich stimmig ist.*
- *Die vorgegebenen Inhalte dienen als Orientierung, können aber von Ihnen auch entsprechend modifiziert oder ergänzt werden!*
- *Sie können zusätzliche methodische Vorschläge, wie beispielsweise die Einbindung von Schauspielpatienten, POL, Literaturrecherche zu bestimmten Themen diskutieren und zuweisen.*

Sie haben 60 min Zeit!

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universität Heidelberg

Danksagung

Mein aufrichtiger Dank gilt zuerst allen Expertinnen und Experten, die sich bereit erklärt haben, an den zeitaufwendigen und anspruchsvollen Befragungsrunden teilzunehmen und die mit ihren vielen Kommentaren zu einem regen und konstruktiven Austausch beigetragen haben. Einige der Expertinnen und Experten habe ich im Verlauf der Dissertation persönlich auf Tagungen und Symposien kennengelernt. Hier bedanke ich mich für die persönliche Ermutigung und Bestätigung, dieses Thema aufgenommen zu haben und weiter voranzutreiben.

Herrn Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi danke ich für die Möglichkeit, in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung promovieren zu können, in welcher eine kollegiale und förderliche wissenschaftliche Arbeitskultur etabliert ist. Weiterhin danke ich allen Kolleginnen und Kollegen der Abteilung, welche mich inhaltlich, methodisch und persönlich unterstützt und motiviert haben, insbesondere Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Katja Krug, die mir sowohl bei Stellung des Ethikantrags als auch bei der Konzeption der Methodik wertvolle Hinweise gab und meinem Projektteam, insbesondere Dr. Ph.D. Nadja Klafke und Dr. med. Katharina Glassen, mit denen ich gemeinsam das interprofessionelle Wahlfach *InterKIM* an der Medizinischen Fakultät Heidelberg entwickeln und umsetzen konnte. Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Cornelia Mahler M.A. RbP., die mit Fürsorge und ihrem Engagement für die interprofessionelle Lehre maßgeblich bei der Themenfindung für diese Dissertation beitrug und mir im Verlauf der Arbeit ermutigend und fachlich kompetent zur Seite stand. Besonders hervorzuheben ist meine Betreuerin PD Dr. med Svetla Loukanova, welche mich kontinuierlich und wertschätzend begleitete, mir den nötigen Freiraum ließ, meine eigene Ideen umzusetzen, mich aber in jeglicher Hinsicht ausgezeichnet unterstützte und an den entscheidenden Stellen half, die Weichen richtig zu stellen. Nicht zu vergessen ist Markus Qreini, der das professionelle Befragungstool *HeiSurvey* entwickelte, knifflige Befragungsmodi umsetzte und die sichere Erfassung und Bereitstellung der Daten gewährleistete.

Weiterhin möchte ich Dr. rer. medic. Beate Stock-Schröer danken, die zu Beginn meiner Dissertation das Promotionsförderprogramm der *Karl und Veronica Carstens-Stiftung* leitete und im Rahmen meiner Teilnahme an diesem Programm meine Dissertation hervorragend supervidierte. Die inhaltlich wertvollen Kolloquien und der Austausch mit den anderen Promotionsstudierenden, die ich im Rahmen des Förderprogramms kennenlernen durfte, sowie deren Hilfsbereitschaft bei Aufgaben wie Pre-Testung des Fragebogens und Korrekturlesen der Ergebnisberichte, haben die letzten drei Jahre erheblich bereichert und tragen dazu bei, dass ich gerne auf diese arbeitsreiche Zeit zurückblicke.

Ganz zum Schluss gilt mein ausdrücklicher Dank meiner jüngsten Tochter Leonie für ihr Korrekturlesen, Zuhören und ihre Kritik sowie meiner Freundin Petra für das professionelle Lektorat.

Eidesstattliche Versicherung

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema

Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums für Komplementäre und Integrative Medizin

handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.

1. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
2. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
3. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
4. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erkläre und nichts verschwiegen habe.

Heidelberg, den 09.12.2020

Ort und Datum


Unterschrift

