

**Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den
Gesundheitsprofessionen: Das Projekt interTUT**

Michael Ewers & Kathrin Reichel (Hg.)

Working Paper No. 17-01

Berlin, Februar 2017

**Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft**

Zitierhinweis:

Ewers M, Reichel K (Hg.) (2017):
Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den
Gesundheitsprofessionen: das Projekt interTUT
Working Paper No. 17-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Impressum:

Working Paper No. 17-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, Februar 2017

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://igpw.charite.de>

Inhalt

Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen – Einleitung

Michael Ewers & Kathrin Reichel

3

Interprofessionelles Lehren und Lernen – Klärung und Orientierung

Kathrin Reichel & Doreen Herinek

9

interTUT – ein peergestütztes interprofessionelles Lehr- und Lernangebot

Kathrin Reichel & Michael Ewers

27

interTUT – Manual zur Durchführung interprofessioneller Tutorien

*Johannes Abert, Juliane Bönecke, Marie-Michelle Gross,
Pauline Lippmann, Sarah Oswald, Louise Putze,
Annika Wolfsberger & Kathrin Reichel*

45

**interTUT wurde von
der Robert Bosch Stiftung gefördert.**

Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen – Einleitung

Michael Ewers & Kathrin Reichel

Das kooperative Lehren, Lernen und Arbeiten unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen zieht derzeit viel Aufmerksamkeit auf sich; davon zeugt nicht zuletzt eine wachsende Zahl an thematisch einschlägigen hochrangigen internationalen Publikationen und Konsenspapieren (ex. Frenk et al. 2010; WHO 2010; IOM 2013, 2015; Vyt et al. 2015). Dies ist weniger einem neu aufkeimenden Interesse an Grundsatzfragen der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen geschuldet oder Ausdruck medizin-, pflege- oder therapedidaktischer (Theorie-)Diskurse. Es ist auch nicht Resultat der hierzulande seit längerem und zum Teil noch immer kontrovers geführten Diskussionen um die hochschulische Qualifizierung der Pflege- und Therapieberufe (WR 2012) oder die modellhafte Umgestaltung des Studiums der Humanmedizin (WR 2014). Das wachsende Interesse an diesem Thema hat seinen Ursprung vielmehr in der Versorgungspraxis und der mittlerweile nicht mehr zu leugnenden Tatsache, dass die dort anstehenden Aufgaben von einer Gesundheitsprofession allein nicht bedarfsgerecht beantwortet werden können. Zunehmende Komplexität und Mehrdimensionalität der überwiegend zu beantwortenden Versorgungsherausforderungen machen ein kooperatives und eng aufeinander abgestimmtes Handeln verschiedener Gesundheitsprofessionen unumgänglich – sowohl bei der Beantwortung akuter wie vor allem auch chronischer Gesundheitsbeeinträchtigungen. Dem stehen jedoch zahlreiche Hindernisse im Weg; neben strukturellen, prozeduralen und ökonomischen gehört dazu auch die unzureichende Befähigung der Gesundheitsprofessionen zur vertrauensvollen, ineinandergreifenden und produktiven Zusammenarbeit (Frenk et al. 2010; WHO 2010; Benner et al. 2010; Cooke et al. 2010; Ewers/Schaeffer 2012).

Seit langem verdichten sich die Hinweise darauf, dass die Kooperation unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen positive Effekte auf die Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung, die Sicherheit und Zufriedenheit der zu betreuenden Patienten sowie schließlich auf die Arbeitszufriedenheit der beteiligten Akteure hat (vgl. Luderer et al. 2014; ICSIC 2010; Cheater et al. 2005; Rose 2011). Um diese Effekte nutzen und eine kooperative interprofessionelle Praxis (Collaborative Practice / Interprofessional Practice – kurz IPP) in allen Bereichen des Gesundheitswesens fördern zu können, werden in vielen anglo-amerikanischen und skandinavischen Ländern bereits seit vielen Jahren Angebote für das interprofessionelle Lehren und Lernen (Interprofessional Education – kurz IPE) vorgehalten (Oandasan/Reeves 2005; Vyt et al. 2015; Bluteau/Jackson 2009). Zwar finden sich derartige Qualifizierungsansätze zwischenzeitlich auf allen Ebenen der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Vielfach aber werden bewusst frühe Phasen der hochschulischen Ausbildung als Anknüpfungspunkt gewählt. Auf diese Weise soll erreicht werden, dass die traditionell meist siloartig in unterschiedlichen Fakultäten, Schulen oder Programmen ausgebildeten Gesundheitsprofessionen nicht erst in der Versorgungspraxis aufeinanderstoßen und miteinander in Kontakt treten. Vielmehr sollen frühzeitig in der beruflichen Qualifizierung gemeinsame Lehr- und Lernräume für interprofessionelle Zusammenarbeit eröffnet, die hierfür erforderlichen Kompetenzen angebahnt und im Laufe der Qualifizierung weiter gefestigt werden (Oandasan/Reeves 2005; Frenk et al. 2010; Speakman 2017; Nelson et al 2014). Diese unmittelbar einsichtige Strategie ist nicht immer und überall problemlos umzusetzen; gefordert sind zahlreiche Anpassungsmaßnahmen auf curricularer und struktureller Ebene. Auch sind Möglichkeiten zu schaffen, die Effekte der interprofessionellen Qualifizierungsmaßnahmen zu überprüfen und nachzuweisen – sowohl auf das Selbstverständnis und die Kompetenzprofile der jeweils beteiligten Gesundheitsprofessionen wie vor allem auch auf die interprofessionell gestaltete Gesundheitsversorgung (IOM 2015). Nicht zuletzt deshalb hat der Umfang an Forschungs- und Entwicklungsprojekten und in Folge dessen auch an einschlägigen Publikationen zu Fragen der IPE und IPP in den letzten Jahren international deutlich zugenommen.

In Deutschland sind aktuell Bemühungen in Gang gekommen, Anschluss an diese internationalen Entwicklungen zu finden. Doch obwohl auch hierzulande seit vielen Jahren mit Nachdruck auf die Notwendigkeit einer kooperativen und interprofessionellen Versorgungspraxis hingewiesen wird (SVR 2007, 2009, 2014) und die Qualifikationsdefizite der Gesundheitsprofessionen vielfach beklagt wurden (Ewers et al. 2012; Lehmann et al. 2014), erweist sich dieses Unterfangen als besonders schwierig. Zum einen sind Gesundheitsprofessionen hierzulande in der Versorgungspraxis traditionell streng hierarchisch zueinander strukturiert, wobei die Pflege- und Therapieberufe der Medizin meist in Assistenzrollen mit rechtlich und faktisch eng begrenzten Handlungs- und Verantwortungsspielräumen zugeordnet werden. Überkommene Heilberufsgesetze behindern eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe selbst dort, wo die Akteure dazu faktisch bereit wären (Ewers/Schaeffer 2012; Igl 2013). Übermächtige berufsständische Interessenvertretungen auf Seiten der einen und unzureichende Selbstorganisation und Selbstbestimmung auf Seiten der anderen Gesundheitsprofessionen behindern die interprofessionelle Zusammenarbeit ebenfalls. Die positiven Effekte einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit bleiben daher hierzulande in der Versorgungspraxis noch weitgehend ungenutzt (Robert Bosch Stiftung 2011; WR 2012). Zum anderen werden die Gesundheitsprofessionen in Deutschland auf unterschiedlichen Ebenen (berufsfachschulische Ausbildung vs. Studium) und an verschiedenen Lernorten (Schulen des Gesundheitswesens, Hochschulen für angewandte Wissenschaften, Universitäten) ausgebildet und haben in der Primärausbildung somit kaum je Berührungspunkte. Auch die Fort- und Weiterbildung verläuft meist strikt getrennt voneinander. Das interprofessionelle Lehren und Lernen ist bis dato kein fester Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, von Pflegerinnen und Pflegern oder von Therapeutinnen und Therapeuten oder auch anderen Gesundheitsprofessionen. Es fehlt an geeigneten Curricula, Lehr- und Lernangeboten, Lernorten sowie an pädagogischen Strategien und einschlägig qualifizierten Lehrenden. Schließlich ist auch die bildungswissenschaftliche Auseinandersetzung mit Theorien, Konzepten und Strategien der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen sowie deren empirischer Fundierung hierzulande noch wenig entwickelt. Der Nachholbedarf bei der Entwicklung, Gestaltung und Umsetzung interprofessionellen Lehrens und Lernens ist – verglichen mit anglo-amerikanischen und europäischen Ländern – erheblich (Robert Bosch Stiftung 2013; WR 2012; Ewers 2012).

Vor diesem Problemhintergrund hat die Robert Bosch Stiftung 2013 das Förderprogramm „Operation Team“ aufgelegt (<http://www.bosch-stiftung.de>). Ziel des Programms ist es, die monoprofessionelle Bildungskultur in Deutschland aufzuweichen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen voranzutreiben. Bundesweit wurden dafür in einer ersten Phase 17 regionale Kooperations- und Entwicklungsprojekte mit rund 2 Millionen Euro gefördert. Die beteiligten Universitäten, Hochschulen und schulischen Ausbildungseinrichtungen konzipieren und erproben in diesem Rahmen interprofessionelle Lerneinheiten, um angehende Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Therapeutinnen und Therapeuten auf die Arbeit in interprofessionellen Teams vorzubereiten. Auch das hier im Zentrum des Interesses stehende Projekt **interTUT** wurde von Oktober 2013 bis Dezember 2015 in einer ersten Förderphase im Rahmen von „Operation Team“ gefördert (Reichel et al. 2015). Inzwischen ist **interTUT** in eine zweite Förderphase eingetreten, die sich bis August 2017 erstreckt (Reichel et al. 2016).

Das an der Charité – Universitätsmedizin angesiedelte Kooperations- und Entwicklungsprojekt **interTUT** wird von mehreren Institutionen partnerschaftlich getragen. Neben dem Prodekanat für Studium und Lehre und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft sind noch das Lernzentrum und die Gesundheitsakademie der Charité – Universitätsmedizin Berlin beteiligt. Während sich das Lernzentrum bislang schwerpunktmäßig für die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern engagiert, sind an der Gesundheitsakademie vollzeitschulische Ausbildungsgänge für zahlreiche Gesundheitsfachberufe angesiedelt – darunter

auch für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ist Heimat der Pflege- und Therapieberufe an der Charité und zudem tragende Lehreinheit für einen Bachelor Gesundheitswissenschaften für Pflege- und Therapieberufe sowie einen Master Health Professions Education. Es engagiert sich überdies auf dem Gebiet der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Bildungsforschung. Als externe Kooperationspartner sind darüber hinaus die Alice Salomon Hochschule (ASH) und – in der ersten Projektphase noch inoffiziell, seit 2016 dann auch offiziell – die Evangelische Hochschule Berlin (EHB) beteiligt. An der ASH werden Physio- und Ergotherapeuten und -therapeutinnen in einem dualen Studiengang ausgebildet, an der EHB gibt es eines der bundesweit ersten Bachelorprogramme in der Pflege. Die praktische Ausbildung von einigen der in diesem Programm immatrikulierten Studierenden erfolgt in Kooperation mit der Gesundheitsakademie an klinischen Einrichtungen der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

interTUT zielte im Kern darauf ab, Tutorien¹ für das interprofessionelle Lehren und Lernen nutzbar zu machen. Hierzu wurden von Studierenden sowie Schülerinnen und Schülern aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen verschiedener (hoch-)schulischer Bildungseinrichtungen themenverschiedene Tutorien partizipativ entwickelt, erprobt, evaluiert und im Rahmen des umfangreichen studentischen Tutorienangebots des Lernzentrums der Charité nachhaltig implementiert. Bei diesem Prozess wurden sie von wissenschaftlicher Seite aktiv unterstützt und fachlich begleitet. Teilgenommen an diesem Kooperations- und Entwicklungsprojekt haben Studierende der Humanmedizin, der Ergo- und Physiotherapie sowie Studierende und Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.

Bei der Entwicklung von **interTUT** wurde bewusst ein in mehrfacher Hinsicht niederschwelliger Zugang gewählt. Statt sich in der begrenzten Projektlaufzeit vorrangig an strukturellen, curricularen oder rechtlichen Hürden in den bestehenden Ausbildungsprogrammen abzuarbeiten (Reichel et al. 2016), wurde ein seit Jahren an der Medizinischen Fakultät erprobtes extracurriculares Selbststudienangebot aufgegriffen und für das interprofessionelle Lehren und Lernen nutzbar gemacht. Selbstorganisierte Tutorien sind ein Lehr- und Lernangebot, mit dem an zahlreichen Medizinischen Fakultäten seit einiger Zeit positive Erfahrungen gesammelt wurden (Blohm et al. 2015). Häufig werden sie von Medizinstudierenden für die klinische Kompetenzentwicklung oder das vertiefende Selbststudium genutzt – in diesem Fall monoprofessionell ausgerichtet. Ziel des Kooperations- und Entwicklungsprojekts **interTUT** war es, dieses selbstorganisierte Lehr- und Lernformat zum einen um andere Gesundheitsprofessionen zu erweitern, zum anderen sollte es thematisch auf interprofessionelle Themen ausgerichtet werden. Die Verantwortung für die Entwicklung und Durchführung der Tutorien wurde vollständig in die Hände von Studierenden, Schülerinnen und Schülern gelegt, um die Akzeptanz dieses neuen Lehr- und Lernangebots zu erhöhen. Zugleich war intendiert, die hochschulischen und berufsfachschulischen Ausbildungsgänge für andere als ärztliche Gesundheitsprofessionen mit dem Lehr- und Lernformat Tutorium vertraut zu machen und damit an die positiven Erfahrungen aus der Medizin anzuknüpfen.

Dieses Working-Paper enthält einige grundlegende Überlegungen zum interprofessionellen Lehren und Lernen, zum Peer-Learning² und zur Funktion studentischer Tutorien in Ausbildungsgängen von Gesundheitsprofessionen. Damit wird jedoch lediglich der Hintergrund von

¹ In einem einschlägigen pädagogischen Lexikon werden Tutorien und die Funktion von Tutorinnen bzw. Tutoren folgendermaßen definiert: „Tutorium: eine zumeist regelmäßig stattfindende Veranstaltung an Hochschulen zur Vertiefung von Fachkenntnissen (auch Fachtutorial) durch einen Tutor.“ „Tutor (lat. Vormund): bezeichnet heute meist an Hochschulen eine Person (zumeist ein Student aus einem höheren Semester), die lernbegleitend mit Studienanfängern Grundwissen wiederholt und mithilfe von Beispielaufgaben vertieft. Im Rahmen der internetbasierten Lehre auch als Tele-Tutoring.“ (Tenorth/Tippelt 2012: 722)

² „Peer-Learning: Dieses umfasst Lernprozesse im Kontext der Gesellschaft der Altersgleichen. In wechselseitigen Lernprozessen, die in der Schule, in Vereinen, aber auch in informellen Kontexten wie Straße oder Internetcafés

interTUT ausgeleuchtet und nicht der Anspruch verfolgt, das Thema vollständig erfassen oder gar abbilden zu können. Vor allem dokumentiert das Working-Paper die Hintergründe und den Verlauf dieses Kooperations- und Entwicklungsprojekts sowie dessen Ergebnisse, darunter nicht zuletzt die von den beteiligten Studierenden, Schülerinnen und Schülern partizipativ entwickelten Arbeitsmaterialien für die interprofessionellen Tutorien.

Wie die Evaluation belegt, haben die freiwilligen Lehr- und Lernangebote eine positive Resonanz bei den Studierenden, Schülerinnen und Schülern der beteiligten Einrichtungen gefunden. Im Verlauf des Projektes konnte ein wachsendes Interesse an den Tutorien beobachtet werden. Die studentischen Lehr- und Lernangebote ließen sich mit überschaubarem Aufwand partizipativ entwickeln und in die vorhandenen Strukturen in Berlin integrieren, weshalb sie die mit ihnen angestrebte Wirkung ohne Reibungsverluste entfalten konnten. Zwar werden mit einem solchen extracurricularen Lehr- und Lernangebot nur an diesem Thema grundsätzlich interessierte Studierende, Schülerinnen und Schüler erreicht. Curriculare und strukturelle Anpassungsprozesse werden daher auch weiterhin unumgänglich sein, um alle Studierenden, Schülerinnen und Schüler einbeziehen und Breitenwirkungen entfalten zu können. Die mit **interTUT** gesammelten Erfahrungen zeigen jedoch, dass insbesondere in frühen Studien- und Ausbildungsphasen ein hohes Maß an Aufgeschlossenheit und Begeisterungsfähigkeit für die interprofessionelle kooperative Praxis erwartet werden kann. Diese können kurzfristig und mit vergleichsweise bescheidenem Ressourceneinsatz aktiviert und genutzt werden.

Mit dieser Veröffentlichung wird die Hoffnung verbunden, dass die im Rahmen von **interTUT** gesammelten Erfahrungen sowie die erarbeiteten Materialien von anderen Hochschulen, Fakultäten und Schulen des Gesundheitswesens aufgegriffen und für die Einrichtung extracurricularer, peergestützter interprofessioneller und ggf. auch institutionsübergreifender Lehr- und Lernangebote genutzt werden. Auf diese Weise wollen wir einen bescheidenen Beitrag dazu leisten, das interprofessionelle Lehren und Lernen zu fördern und damit letztlich auch die eingangs angesprochenen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung im Sinne einer interprofessionellen Praxis besser als bislang bewältigen zu können.

Unser Dank gilt an dieser Stelle allen, die sich in verschiedenen Funktionen und mit unterschiedlichen Aufgaben für **interTUT** engagiert und zu dessen Erfolg beigetragen haben, darunter insbesondere

- dem Team der Tutorinnen und Tutoren für den unermüdlichen Einsatz, das Engagement die Kreativität und das Durchhaltevermögen sowie den Teilnehmenden der ersten Workshops und **interTUTs** für ihre Ideen zu deren Weiterentwicklung,
- den Kooperationspartnern sowie den Mitgliedern der Koordinierungsgruppe für die kontinuierliche Projektbegleitung, den Projektleitungen der ersten und zweiten Projektphase für ihre aktive Unterstützung und Ermöglichung,
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung für Curriculumsorganisation, des Simulationspatientenprogramms und des Lernzentrums der Charité, namentlich Henrike Hölzer, Wolf Blaum, Dorothea Eisenmann und Katja Dannenberg,
- den Mitarbeiterinnen des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, insbesondere Manuela Bergjan, Yvonne Lehmann und Doreen Herinek, sowie den Kolleginnen aus dem Evaluationsbereich für die Unterstützung bei der wissenschaftlichen Bearbeitung sowie schließlich
- der Robert Bosch Stiftung für die finanzielle Förderung und Initiierung des Förderprogramms „Operation Team“ sowie der Projektmanagerin Irina Cichon für ihre kritisch-konstruktive Begleitung während der Projektumsetzung.

stattfinden können, sind die Peers Lehrer und Lerner und können kognitive, soziale oder handlungspraktische Kompetenzen erwerben. Es gibt inzwischen eine Reihe von Ansätzen, das Potenzial der Peergroups zu nutzen (z.B. Tutoren, Mediation).“ (Tenorth/Tippelt 2012: 552).

Literatur

- Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L (2010): Educating nurses: a call for radical transformation. Stanford CA: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching
- Blohm MLJ, Branchereau S, Krautter M, Köhl-Hackert N, Jünger J, Herzog W, Nikendei C (2015): Peer-Assisted Learning (PAL) im Skills-Lab – eine Bestandsaufnahme an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland. *GMS Z Med Ausbild* 32(1)
- Bluteau P, Jackson A (2009): Interprofessional Education. Making it happen. New York: Palgrave MacMillan
- Cheater FM, Hearnshaw H, Baker R, Keane M (2005): Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. *International Journal of Nursing Studies* 42, 779-791
- Cooke M, Irby DM, O'Brien BC, Shulman LS (2010): Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. Stanford CA: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching
- Ewers M, Grewe T, Höppner H, Huber W, Sayn-Wittgenstein F, Stemmer R, Voigt-Radloff S, Walkenhorst U (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 137(Suppl 2), S29-S76
- Ewers M, Schaeffer D (2012): Achilles-Ferse neuer Versorgungsformen. Gesundheitsprofessionen zwischen Subordination, Konkurrenz, Kooperation. *Monitor Versorgungsforschung* 5(1), 51-54
- Ewers M (2012): Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. *Public Health Forum* 20(4), 10.e1-10e2
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia O, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 376(9756), 1923-1958
- ICSIC – Interprofessional Care Strategic Implementation Committee (Ed.) (2010): Implementing Interprofessional Care in Ontario. Toronto: Health Force Ontario
- Igl G (2013): Gesundheitsberufe neu regeln: Rechtsexpertise. In: Robert Bosch Stiftung (Hg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung, 235 ff. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung
- IOM – Institute of Medicine (2013): Interprofessional Education for Collaboration. Washington DC: IOM
- IOM – Institute of Medicine (2015): Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. Washington DC: IOM
- Lehmann Y, Beutner K, Karge K, Ayerle G, Heinrich S, Behrens J, Landenberger M (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe der Berufsbildungsforschung. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn: BMBF Eigenverlag
- Luderer C, Stoevesandt D, Jahn P, Ludwig C (2014): Miteinander statt nebeneinander. *Pflegezeitschrift* 67(8), 474-477

- Nelson S, Tassone M, Hodges BD (2014): Creating the Health Care Team of the Future. The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice. London: ILR Press
- Oandasan I, Reeves S (2005): Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care* 19(1), 21-38
- Reichel K, Dietsche S, Hölzer H (2015): Interprofessional Peer Teaching. A Pilot Study. Short communication. Association for Medical Education in Europe (AMEE) Conference, Glasgow (Oral Presentation)
- Reichel K, Dietsche S, Hölzer H, Ewers M (2016): Interprofessional peer-assisted learning as a low-threshold course for joint learning: Evaluation results of the interTUT Project. *GMS J Med Educ* 2016, 33(2): Doc30 doi: 10.3205/zma001029
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2011): Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung
- Rose L (2011): Interprofessional Collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in critical care* 16(1), 5-10
- Speakman E (Ed.) (2017): Interprofessional Education and Collaborative Practice. Creating a Blueprint for Nurse Educators. Philadelphia PA: Wolters Kluwer
- SVR – Sachverständigenrat Gesundheit (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos
- SVR – Sachverständigenrat Gesundheit (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Baden-Baden: Nomos
- SVR – Sachverständigenrat Gesundheit (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bern: Huber
- Tenorth HE, Tippelt R (Hg.) (2012): Beltz Lexikon Pädagogik. Weinheim: Beltz
- Vyt A, Pahor M, Tervaskanto-Maentausta (Eds.) (2015): Interprofessional Education in Europe: Policy and Practice. Antwerpen-Appeldorn: Garant
- WHO – World Health Organization (2010): Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO
- WR – Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin: WR Eigenverlag
- WR – Wissenschaftsrat (2014): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Drs. 4017-14. Berlin: WR Eigenverlag

Interprofessionelles Lehren und Lernen – Klärung und Orientierung

Kathrin Reichel & Doreen Herinek

Um die zentrale Intention von **interTUT** verstehen und nachvollziehen zu können, sollen an dieser Stelle einige Begriffsklärungen vorgenommen und leitende Überlegungen zum Thema Interprofessionalität sowie interprofessionelles Lehren und Lernen skizziert werden. Zudem werden ausgewählte, für **interTUT** relevante Erkenntnisse aus der Literatur aufgegriffen und zusammengefasst. Der Anspruch auf vollständige Darlegung des Forschungs-, Diskussions- und Erkenntnisstands zum Thema wird mit diesen Ausführungen nicht erhoben, hierzu sei auf die einschlägige Literatur verwiesen. Die Ausführungen sollen vielmehr dazu dienen, die in **interTUT** getroffenen konzeptionellen Entscheidungen einzuordnen und nachzuvollziehen.

1. Einführung

International ist das Interesse am interprofessionellen Lehren und Lernen seit Jahren stetig gewachsen und auch hierzulande gewinnt das Thema an Bedeutung. Allerdings dominieren dabei vorwiegend Praxisinitiativen und die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit diesem Thema sind noch weit hinter dem internationalen Entwicklungsstand zurückgeblieben. Inzwischen in großer Zahl vorliegende internationale verbandliche Stellungnahmen, Publikationen zu Forschungsergebnissen oder Überlegungen zu methodologischen und methodischen Herausforderungen im Zusammenhang mit dem interprofessionellen Lehren und Lernen oder auch der interprofessionellen Praxis werden noch kaum im erforderlichen Umfang rezipiert und in ihrer Relevanz für die eigenen Aktivitäten reflektiert und genutzt. Selbst bei der Verwendung zentraler Begrifflichkeiten scheint es im deutschsprachigen Raum vielfach Unsicherheiten zu geben, wie ein Blick in die inzwischen zahlreichen praxisorientierten und politischen Beiträge oder Veröffentlichungen zum Thema nahelegen (vgl. Mahler et al. 2014). Begriffe wie Trans-, Multi- oder Interdisziplinarität und Trans-, Multi- oder Interprofessionalität werden ungeachtet ihrer unterschiedlichen Bedeutung beliebig und mitunter auch schlicht synonym verwendet. Um dem zu begegnen, ist es angezeigt, an dieser Stelle zunächst einige für interprofessionelles Lehren und Lernen bedeutsame Begriffe zu klären. In Anschluss daran werden verschiedene zentrale internationale Rahmenempfehlungen und Kompetenzmodelle für das interprofessionelle Lehren und Lernen vorgestellt, bevor abschließend ein Blick auf ausgewählte Aspekte des Entwicklungs- und Forschungsstands zum Thema gerichtet wird. Auf diese Weise soll der Rahmen abgesteckt werden, in dem sich Kooperations- und Entwicklungsprojekte zum interprofessionellen Lehren und Lernen derzeit bewegen.

2. Klärung zentraler Begriffe

Eine Klärung zentraler Begriffe kann über deren Wortbestandteile vorgenommen werden, einerseits der jeweilige Wortstamm „Disziplinarität“ oder „Professionalität“ sowie andererseits die Vorsilben – „trans“, „multi“ oder „inter“. Der Begriff „Disziplin“ ist generell wissenschaftlich verortet und meint originär eine Einzelwissenschaft bzw. wissenschaftliche Teil- oder Fachgebiete mit eigenen Kulturen, Traditionen, Entwicklungsverläufen, Denkmustern, Fachsprachen, Methoden und Paradigmen (z. B. Politikwissenschaft, Pflegewissenschaft, Medizin, Theologie). Der Begriff „Profession“ ist dagegen eher soziologisch zu verstehen und entweder generell mit „Beruf“ (engl.: profession) oder mit einer bestimmten, durch spezifische Merkmale gekennzeichnete Form der Berufsausübung gleichzusetzen (z. B. Arzt/Ärztin) (vgl. Kurtz 2003; Körner et al. 2016). Die Vorsilbe „trans“ zielt dann auf eine weitgehende Integration oder eine Überwindung von Grenzen zwischen Disziplinen und Professionen zu etwas Neuem;

„multi“ steht für die Beteiligung mehrerer Disziplinen oder Berufsgruppen, die jedoch nicht zwangsläufig in Kontakt miteinander stehen; die Vorsilbe „inter“ für ihre enge Zusammenarbeit und einen intensiven gegenseitigen Austausch (Reeves et al. 2010).

„Transdisziplinarität“ steht für eine nahezu vollständige Integration unterschiedlicher disziplinärer Paradigmen, Vorgehensweisen und Aktivitäten. Über die Sinnhaftigkeit, die Möglichkeiten und die Effekte dessen lässt sich in wissenschaftlichen Kreisen trefflich streiten, was hier allerdings unterlassen werden soll (vgl. ex. Lattina 2001; Bergmann/Schramm 2008). Eine ähnlich weitgehende Verschmelzung intendiert auch der Begriff „Transprofessionalität“, allerdings bezogen auf einzelne Professionen und deren jeweilige Identitäten, Orientierungen, Zugangsweisen oder Verantwortungsbereiche (Chiocchio/Richer 2014). Beide Begriffe sind unseres Erachtens für den hier interessierenden Diskurs von geringerer Bedeutung und sollen daher nicht weiter vertieft werden.

Bedeutsamer sind die Begriffe Multidisziplinarität bzw. Multiprofessionalität. Sie legen nahe, dass mehrere wissenschaftliche Disziplinen bzw. Berufsgruppen vertreten sein sollen und dass sie an einem gemeinsamen Gegenstand und übergeordneten Ziel arbeiten. Grundsätzlich bewegt sich bei solchen Zugangsweisen aber jede Disziplin oder Profession vorrangig innerhalb ihres eigenen Referenzrahmens und Verantwortungsbereichs, wodurch sie weitgehend separat „nebeneinander her“ arbeiten (vgl. Schnabel 2005). Verwendet wird der Begriff beispielsweise im Kontext multiprofessioneller Versorgungskonzepte, die – etwa aufgrund der Komplexität der Patientenproblematiken – regelmäßig auf verschiedene Gesundheits- und Sozialprofessionen und ihre spezifischen Zugriffsweisen rekurrieren (z. B. Medizin, Pharmazie, Pflege, Sozialarbeit) (vgl. Schaeffer et al. 2015).

Demgegenüber implizieren die Begriffe Interdisziplinarität und Interprofessionalität eng aufeinander abgestimmte, gemeinschaftliche Arbeitsprozesse. Interdisziplinarität beschreibt im Kern die Zusammenarbeit verschiedener Wissenschaftsdisziplinen (z. B. Biologie und Politikwissenschaft). Idealtypisch verständigen sich die Mitglieder der beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen in der Forschung auf eine gemeinsame Fragestellung und arbeiten auch bei der Erstellung und Umsetzung eines Forschungsdesigns eng zusammen, um so – angesichts komplexer Forschungsfragen – einen Erkenntnismehrwert erzielen zu können³.

„Interdisciplinary research is a mode of research by teams or individuals that integrates information, data, techniques, tools, perspectives, concepts, and/or theories from two or more disciplines or bodies of specialized knowledge to advance fundamental understanding or to solve problems whose solutions are beyond the scope of a single discipline or area of research practice.“ (Committee on Facilitating Interdisciplinary Research, Committee on Science, Engineering, and Public Policy 2004: 2).

Der Begriff Interprofessionalität steht für die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Professionen im Rahmen der Versorgungspraxis – er ist für den hier interessierenden Diskurs von zentraler Bedeutung. Ziel ist es, gemeinsam zu überlegen und daran zu arbeiten, wie unter den gegebenen Bedingungen und angesichts zunehmend komplexerer Bedarfs- und Problemlagen die bestmögliche Patientenversorgung bereitgestellt werden kann (D’Amour/Oandasan 2005; Mahler et al. 2014). Das erfordert,

³ Davon abweichend, wird der Begriff Interdisziplinarität in der Medizin im Alltag oft auch bereits dann verwendet, wenn zwei medizinische Subdisziplinen oder Fachrichtungen miteinander kooperieren (z. B. der Neurologe/die Neurologin mit der Internistin/dem Internisten) – und zwar nicht einzig in der medizinischen Forschung sondern gleichermaßen in der Praxis, sprich der konkreten Patientenversorgung (z. B. interdisziplinäre Konsile) (Mahler et al. 2014).

„[...] dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden.“ (Kälble 2004: 40)

International wird meist auf die „interprofessionelle Praxis“ („Interprofessional Practice“ – kurz: IPP) oder „interprofessionelle Teamarbeit“ Bezug genommen, beides steht die praktische Zusammenarbeit von verschiedenen Berufen mit sich gegenseitig ergänzenden Kompetenzen an gemeinsamen Zielen innerhalb des Versorgungsgeschehens (Barr/Low 2013).

Im Kontext der interprofessionellen Ausbildung von Gesundheitsberufen sind zwei weitere erklärungsbedürftige Begriffspaare geläufig: „interprofessionelles Lernen“ und „interprofessionelle Bildung“ (im Englischen ist meist schlicht von „Interprofessional Education“ die Rede – kurz: IPE). Die folgende Definition des interprofessionellen Lernens stellt das gemeinsame formale Lernen mehrerer Berufsgruppen in Bildungsinstitutionen in den Vordergrund, berücksichtigt aber zusätzlich auch informelle Bildungsprozesse in unterschiedlichen Bildungs- und Versorgungssettings:

„Interprofessional learning occurs between students or members of two or more professions to enhance knowledge and competence during interprofessional education, or, informally in educational or practice settings.“ (Barr/Low 2013: 4).

Inhaltlich ähnlich, aber weitaus gebräuchlicher ist die einschlägige Definition von interprofessioneller Bildung, wie sie von der WHO (2010) formuliert wurde. Sie hat daher in modifizierter Form auch in den Titel dieses Beitrags Eingang gefunden und ist für unser Verständnis von interprofessionellem Lehren und Lernen leitend:

„Interprofessional education occurs when students from two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes.“ (WHO 2010: 7)

Die einzelnen darin genannten Aspekte sind bedeutsam, um die Wesensmerkmale des interprofessionellen Lernens erfassen und beschreiben zu können, nämlich,

- dass Studierende zweier oder mehrerer Berufe übereinander lernen („learn about“),
- dass diese dabei voneinander lernen („learn from“),
- dass sie zusätzlich miteinander (gemeinsam) lernen („learn with“)
- und dass das Ziel der Lernaktivitäten darin besteht, eine wirksame Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung und verbesserte Gesundheitsergebnisse zu ermöglichen („to enable effective collaboration and improve health outcomes“) (WHO 2010; Thistlethwaite 2012).

Resümierend kann festgehalten werden, dass sich in dem hier interessierenden Kontext international ein Trend zur Verwendung des Begriffs „interprofessionell“ in seinen verschiedenen Varianten und Kompositionen abzeichnet (z. B. interprofessionelle Praxis, interprofessionelles Lehren und Lernen, interprofessionelle Zusammenarbeit). Auch in Deutschland wurde diese Vorgehensweise inzwischen empfohlen, um ein einheitliches Verständnis und eine bessere Vergleichbarkeit innerhalb wissenschaftlicher Auseinandersetzungen gewährleisten zu können (Mahler et al. 2014; Mitzkat et al. 2016).

3. Rahmenempfehlungen und Kompetenzmodelle

Inzwischen existieren einige Rahmenempfehlungen und auch Kompetenzmodelle zum interprofessionellen Lehren und Lernen, die als Orientierung für Praxisinitiativen oder auch für

wissenschaftliche Projekte zu diesem Thema dienen können. Sie greifen aktuelle Bildungstrends auf – etwa die didaktische Wende von der Inhalts- und Prozess- hin zur Ergebnis- und Kompetenzorientierung von Bildungsprozessen (vgl. Frank/Iller 2013). Zugleich wollen sie den inzwischen in diesem Bereich vorliegenden Wissenstand bündeln sowie den erreichten Konsens in Fragen der Gestaltung und Ausrichtung interprofessioneller Qualifizierungsinitiativen festhalten. Drei dieser Rahmenempfehlungen und Kompetenzmodelle sollen im Folgenden aufgrund ihrer wegweisenden Bedeutung für Projekte zum interprofessionellen Lehren und Lernen kurz überblicksartig vorgestellt und in ihren Grundzügen skizziert werden.

3.1 Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice

Im Rahmen ihrer Ziele für globale Gesundheit hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Rahmenpapier für Aktivitäten im Bereich des interprofessionellen Lehrens und Lernens und der kooperativen Praxis veröffentlicht (WHO 2010). Darin wird die aus Sicht von Expertinnen und Experten zentrale Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit, Praxis und Bildung betont, um innovativ auf den zunehmenden Fachkräftemangel und die Herausforderungen in der Versorgungspraxis reagieren zu können. Die Bedeutung interprofessionellen Lehrens und Lernens für eine produktivere Zusammenarbeit unterstreicht auch der folgende Auszug, zugleich hebt er das Vorhandensein ausreichender wissenschaftlicher Belege für die in dem Papier gebündelten Empfehlungen hervor:

„After almost 50 years of enquiry, the World Health Organization and its partners acknowledge that there is sufficient evidence to indicate that effective interprofessional education enables effective collaborative practice.“ (WHO 2010: 7)

Auf dieser Grundlage werden in dem Rahmenpapier politische regionale und globale Entscheidungstragende, Auszubildende sowie das gesamte Gesundheitspersonal aufgefordert, interprofessionelles Lehren und Lernen und damit zugleich auch eine kooperative Praxis zu unterstützen. Das Rahmenpapier enthält dazu zahlreiche, konkret umsetzbare Anregungen. Beispielsweise wird empfohlen, die Implementierung und Förderung interprofessioneller Bildungs- und Versorgungsprogramme an den jeweiligen spezifischen lokalen Gegebenheiten und Ressourcen auszurichten. Verwiesen wird dabei auf die vielfältigen Interdependenzen zwischen Gesundheits- und Bildungssystem und auf empirisch untermauerte Mechanismen, mit denen interprofessionelle Bildung (IPE) und interprofessionelle Praxis (IPP) beeinflusst werden können. Konkret richtet sich die Aufmerksamkeit auf Seiten des Bildungssystems einerseits auf Auszubildende (Ausbildung der Lehrenden, Engagement für IPE, institutionelle Unterstützung, Management, Lernergebnisse) und andererseits auf curriculare Aspekte (Logistik/Stundenplanung, Programminhalte, geteilte Ziele, Prinzipien der Erwachsenenbildung, Lehr-Lernmethoden, kontextabhängiges Lernen, Bewertung). Beides muss angepasst werden, um Interprofessionalität realisieren zu können. Auf Seiten des Versorgungssystems sind ebenfalls Anpassungsmaßnahmen erforderlich. Sie beziehen sich zum einen auf institutionelle Mechanismen (Führungsmodelle, strukturierte Protokolle, geteilte Ressourcen, Personalpolitik, unterstützendes Management), zum anderen auf Mechanismen der Arbeitskultur (Kommunikationsstrategien, Konfliktlösungsstrategien, gemeinsame Entscheidungsfindung). Schließlich sind auch Umweltfaktoren zu berücksichtigen (Gebäude, Ausstattung, Raumgestaltung). Die folgende Tabelle 1 dokumentiert einige der als erfolgreich angesehenen Anpassungsmaßnahmen bezüglich der zuvor skizzierten Bereiche auf unterschiedlichen Ebenen.

Tabelle 1: Maßnahmen zur Förderung von IPE/IPP auf Systemebene - Eigene Übersetzung (WHO 2010: 27, 30, 35)

Maßnahmen zur Förderung der interprofessionellen Ausbildung	Maßnahmen zur Förderung der kooperativen Praxis	Maßnahmen zur Unterstützung der interprofessionellen Ausbildung und der kooperativen Praxis auf Systemebene
<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine gemeinsame Vision zur IPE über die gesamte Fakultät hinweg entwickeln 2. Curricula mit IPE-Anteilen in Anlehnung an gute Bildungspraxis entwickeln 3. Organisationale Unterstützung inklusive Finanzierung 4. IPE auch in Versorgungspraxis einführen 5. Sicherstellen, dass Mitarbeiter, die für die Entwicklung, Bereitstellung und Evaluierung der interprofessionellen Ausbildung zuständig sind, in dieser Aufgabe kompetent sind, über Fachkenntnisse verfügen, die mit der Art der geplanten interprofessionellen Ausbildung im Einklang stehen und die Unterstützung einer in interprofessioneller Ausbildung kompetenten Person haben 6. Sicherstellung der Verpflichtung zur interprofessionellen Ausbildung durch Führungskräfte in Bildungseinrichtungen und allen damit verbundenen Praxis- und Arbeitssettings 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prozesse so strukturieren, dass gemeinsame Entscheidungsfindung, regelmäßige Kommunikation und gesellschaftliches Engagement unterstützt wird 2. Die Umgebung so gestalten, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit sowohl innerhalb von Dienstleistungsunternehmen als auch darüber hinaus gefördert und erweitert wird 3. Eine Personalpolitik fahren, die gerecht ist und gerechte Bezahlung beinhaltet 4. Ein Bereitstellungsmodell entwickeln, das ausreichend Zeit und Platz für Mitarbeiter ermöglicht, sich auf interprofessionelle Zusammenarbeit und Betreuung zu konzentrieren 5. Regierungsmodelle schaffen, die Teamarbeit und geteilte Verantwortungen der Gesundheitsdienstleister als normale Praxis erlauben 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aufstockung der Arbeitskräfte auf nationaler und lokaler Ebene 2. Schaffung von Akkreditierungsnormen für Bildungsprogramme des Gesundheitspersonals, die klare Evidenz für interprofessionelle Bildung enthalten 3. Erstellen politischer und regulatorischer Rahmenbedingungen, die Ausbilder und Gesundheitspersonal darin unterstützen, gemeinsam (neue) Rollen und Versorgungsmodelle zu fördern und zu praktizieren 4. Schaffung von Rahmenbedingungen und Mittelzuweisung für klare interprofessionelle Ergebnisse als Teil des lebenslangen Lernens der Versorgenden 5. Ein Umfeld schaffen, in dem bewährte Praktiken von der Planung, Finanzierung, Unterstützung und Entlohnung umgesetzt werden, und das IPE und ICP fördert, sodass die Mitarbeiter davon profitieren

Abgeleitet aus zahlreichen Studien, die den Nutzen von IPE und IPP unterstreichen, wurden in dem Rahmenpapier sechs Lernbereiche identifiziert, die sowohl als Grundlage für curriculare Entscheidungen dienen als auch die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen bei den Lernenden fördern sollen, dazu zählen:

- *Zusammenarbeit:* fähig sein, sowohl Teams zu leiten als auch Mitglied von Teams zu sein; um die Barrieren der Zusammenarbeit wissen;
- *Rollen und Verantwortlichkeiten:* seine eigenen Rollen, Verantwortlichkeiten und Expertisen sowie die der anderen Professionen verstehen;
- *Kommunikation:* Mitgliedern des Teams die eigenen Standpunkte kompetent darlegen können; anderen Teammitgliedern aktiv zuhören können;
- *Lernen und kritische Reflexion:* die eigene Position innerhalb eines Teams reflektieren; interprofessionelles Lernen auf den Berufsalltag übertragen können;

- *Beziehung zu Patientinnen und Patienten und mit ihnen*: kooperative Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten, ihren Familien, anderen an der Versorgung Beteiligten und der Gemeinde / sozialen Gemeinschaften als Partner des Versorgungsgeschehens;
- *Ethische Praxis*: die eigenen und fremden Stereotype verstehen und hinterfragen können; anerkennen, dass Ansichten anderer gleichermaßen gültig und wichtig sind.

Die dargestellten Lerndomänen und darin enthaltenen Kompetenzen sind laut den Rahmenempfehlungen der WHO sowohl auf personaler wie auch auf interpersonaler Ebene angesiedelt und sollen – so sie verinnerlicht und eine Zeit lang erprobt worden sind – zur Optimierung der Zusammenarbeit und der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung beitragen.

Zum Nach- und Weiterlesen: WHO – World Health Organization (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. WHO: Geneva
http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ - Zuletzt geprüft am 15.01.2017

3.2 National Interprofessional Competency Framework – Canada

Die „Canadian Interprofessional Health Collaborative“ (CIHC) ist ein Zusammenschluss von Gesundheitsorganisationen, Lehrenden, Forschenden, Angehörigen der Gesundheitsprofessionen und Studierenden in Kanada, die gemeinsam das Ziel verfolgen, mit ihren Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beizutragen. Dies schließt auch Aktivitäten zum Thema interprofessionelles Lehren und Lernen und interprofessionelle Praxis ein (CIHC 2010). In dem von dieser Vereinigung veröffentlichten Nationalen Rahmenpapier wurde danach gefragt, welche Kompetenzen auf Seiten der Gesundheitsprofessionen benötigt werden, um Interprofessionalität in Lehre und Praxis zu ermöglichen. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf Grundlage einer Literaturanalyse zum Thema Kompetenzen sowie einer Sichtung bestehender Kompetenzrahmen.

Der so entwickelte Kompetenzrahmen ist für alle Gesundheitsprofessionen anwendbar. Er beinhaltet sechs Kompetenzbereiche, die auf das Ziel einer verbesserten interprofessionellen kooperativen Praxis („Interprofessional Collaborative Practice“ – kurz: ICP) ausgerichtet sind. Grundlegend berücksichtigt der Rahmen dabei bereits vorhandene Kenntnisse, Fähigkeiten, Einstellungen sowie Werte der Lernenden und baut auf ihnen auf. Auch das für die Medizin entwickelte, kompetenzorientierte CanMED Rollenmodell wurde als Grundlage bei der Entwicklung des Kompetenzrahmens herangezogen (CIHC 2010).

Als übergeordnet wird die Kompetenz angesehen, eine *regionale Gesundheitsversorgung zu realisieren, die konsequent auf die Nutzer – Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten, Familien – ausgerichtet ist*. Die Versorgung sollte dabei so angelegt sein, dass zwischen Nutzerinnen/Nutzern und Versorgenden partnerschaftliche, stabile Beziehungen entstehen, und dass dabei die Perspektiven, Wünsche und Anregungen der Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und Familien im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Übergeordnete Bedeutung hat auch die Kompetenz zur *interprofessionellen Kommunikation*; mit anderen Worten: Die Kommunikation und Interaktion mit Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe sollte respektvoll, partnerschaftlich und verantwortungsbewusst gestaltet werden. Als weitere Kompetenzbereiche spielen *Teamfähigkeit und interprofessionelle Konfliktlösung* eine bedeutsame Rolle.

Teamfähigkeit zeugt von einem respektvollen Umgang miteinander, ist durch das Aufstellen gemeinsamer Arbeitsprinzipien und das regelmäßige Reflektieren der Zusammenarbeit charakterisiert. Sie kann durch *kooperative Führung*, d. h. durch eine gemeinschaftliche Arbeit aller Beteiligten auf Augenhöhe positiv beeinflusst werden, wohingegen sich das Auftreten von Konflikten negativ auswirkt. In diesem Fall sollte eine *interprofessionelle Konfliktlösung*

im Sinne des Ausräumens von Meinungsverschiedenheiten auf konstruktive, respektvolle Art und Weise im Team erfolgen. Da die professionseigene Sozialisation und damit verbundene spezifische Wertvorstellungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zuweilen die interprofessionelle Kommunikation wie auch Zusammenarbeit tangieren (Koch/Horn 2013), ist auch die *Rollenklärung* – d. h. das Wissen um die eigene Rolle sowie die Rollen der anderen Teammitglieder – als eine interprofessionelle Kompetenz unabdingbar (CIHC 2010).

Alle beschriebenen Kompetenzbereiche beeinflussen sich gegenseitig und sind abhängig von der Komplexität der benötigten Versorgung, von diversen kontextuellen Problemen und einschlägigen Maßnahmen der Qualitätsentwicklung. Mit der folgenden Abbildung 1 wurde der Versuch unternommen, das komplexe Zusammenspiel der unterschiedlichen Kompetenzbereiche, Umweltbedingungen, der weiteren beeinflussenden Faktoren sowie schließlich auch des gemeinsamen Ziels – der interprofessionellen Zusammenarbeit – grafisch zusammenzufassen:

Abbildung 1: Der kanadische interprofessionelle Kompetenzrahmen (CIHC 2010)



Insgesamt kann der Kompetenzrahmen Lehrenden, Lernenden, Regierungsbehörden, klinisch Tätigen, Akkreditierungsagenturen und weiteren Personen und Organisationen als Grundlage und Orientierung für ihre Aktivitäten zur Förderung interprofessionellen Lehrens und Lernen und interprofessioneller Praxis dienen. Im Kontext der Lehre dient der Kompetenzrahmen vor allem der curricularen Arbeit sowie dem Entwickeln von Strategien und Methoden des interprofessionellen Lehrens und Lernens. Es kann aber auch in klinischen Zusammenhängen genutzt werden, um daran ausgerichtet neue und kooperative Arbeitsmuster zu erproben und nachhaltig zu etablieren. Überdies bietet es Orientierung für (hochschul-)politische Gremien und Akkreditierungsagenturen, wenn es beispielsweise um die Anerkennung interprofessioneller Ausbildungsanteile oder die Zulassung von Gesundheitsprofessionen geht.

Zum Nach- und Weiterlesen: CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver BC: CIHC http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf - Zuletzt geprüft am 15.01.17

3.3 Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice – USA

Auch in den USA hat sich ein Expertengremium zusammengefunden, um sich mit Fragen des interprofessionellen Lehrens und Lernens zu befassen. Das Ergebnis der Beratungen von Vertreterinnen und Vertretern von sechs namhaften Organisationen wurde 2011 in Form eines Expertenberichts veröffentlicht (IPEC 2011). Ähnlich wie in den vorangegangenen Papieren wird auch hier der enge Zusammenhang zwischen einer professionsübergreifenden Aus-, Fort- und Weiterbildung und entsprechenden interprofessionellen Aktivitäten in der Versorgungspraxis betont. Zudem wird auf die damit verbundenen Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung in der Ge-sundheits- und Krankenversorgung verwiesen.

Im Bericht werden acht Gründe angeführt, warum es der Definition und auch der Entwicklung von interprofessionellen Kernkompetenzen bedarf. Argumentiert wird unter anderem mit der Notwendigkeit, entsprechende Kernelemente des interprofessionellen Lehrens und Lernens in die Curricula verschiedener Gesundheitsprofessionen zu integrieren. In diesem Zusammenhang kann durch die konsentierten Schwerpunkte die Evaluation der Lernergebnisse erleichtert werden. Zudem kann hierdurch auch geprüft werden, inwiefern die vermittelten interprofessionellen Lerninhalte geeignet sind, die Lernenden auf die Anforderungen des Gesundheitssystems vorzubereiten. Weitere angeführte Gründe berühren vor allem Aspekte, die für Akkreditierungsagenturen von Bedeutung sind, wie z. B. das Setzen einheitlicher zu erfüllender Standards für IPE in den Gesundheitsprofessionen.

Ausgangspunkt für die Abfassung des Expertenberichts waren die zuvor vom Institute of Medicine beschriebenen interprofessionellen Kernkompetenzen (IOM 2003), die jedoch konkretisiert und detaillierter gefasst wurden. Dies wurde anhand von vier Kompetenzdomänen durchdekliniert, darunter der Bereich *Werte und Ethik*. Dabei geht es um sowohl um professionsspezifische wie auch die mit anderen Professionen geteilten Wertevorstellungen und ethischen Orientierungen, denen eine unmittelbare Wirkung auf die kooperative Versorgung zugeschrieben wird. Diese Werte und Normen gilt es zu reflektieren und untereinander abzustimmen. Eng damit verbunden ist die zweite Kompetenzdomäne *Rollen und Verantwortlichkeiten*. Nicht nur die eigenen *Rollen und Verantwortlichkeiten* zu kennen und sie gegenüber anderen erklären zu können, sondern auch mit den Rollen und Verantwortungsbereichen der anderen Gesundheitsprofessionen vertraut zu sein, wird als wichtig erachtet. Dies führt zum dritten Kompetenzbereich, der *interprofessionellen Kommunikation*, die als besonders zentral erachtet wird. Die Kompetenz, sich verständlich ausdrücken und anderen mitteilen zu können bezieht sich nicht allein auf die Mitglieder der eigenen oder der anderen Gesundheitsprofessionen, sondern gleichermaßen auf die Nutzerinnen und Nutzer und alle an der Versorgung beteiligten Personen.

Dies schließt auch die Nutzung der zunehmend an Bedeutung gewinnenden (digitalen) Informations- und Kommunikationstechnologien ein. Schließlich sind Kompetenzen im Bereich *Team und Zusammenarbeit* auszubilden und anzuwenden. Es gilt eine Kultur der gemeinsamen Problemlösung und Entscheidungsfindung zu entwickeln, Kooperationsbarrieren abzubauen und Strategien der Konfliktlösung und -bewältigung zu erlernen, die im Alltag angewendet werden können. Ziel sollte es dem Expertenbericht zufolge sein, allen Lernenden eine Grundausrüstung in diesen vier Kompetenzdomänen zu vermitteln, um sie für die Bewältigung der Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung wappnen zu können (IPEC 2011).

Zum Nach- und Weiterlesen: IPEC – Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011): Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel. Washington DC: IPEC <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipecreport.pdf> - Zuletzt geprüft am 15.01.17

3.4 Zwischenfazit

Die drei hier vorgestellten Rahmenpapiere und Kompetenzmodelle sollten mit wenigen Strichen aktuelle internationale Positionen zum Thema interprofessionelles Lehren und Lernen und interprofessionelle Praxis nachzeichnen und zugleich Orientierung für die Gestaltung entsprechender Lehr- und Lernangebote in Deutschland bieten. Hinzuweisen ist darauf, dass alle drei Rahmenwerke durch empirische Aktivitäten verschiedener beteiligter Organisationen und Instanzen entstanden sind und dass sie sich stets um evidenzbasierte und bildungswissenschaftlich fundierte Aussagen bemühen. Dabei verfolgen sie übereinstimmend übergeordnete Zielsetzungen, darunter die Förderung der Sicherheit, Effektivität und Effizienz der Versorgung sowie deren konsequente Nutzerzentrierung. Diese Ziele lassen sich – so die in den Papieren übereinstimmend vertretene Überzeugung – nur durch eine interprofessionelle Praxis erreichen und diese wiederum erfordert eine Intensivierung interprofessioneller Bildungsanstrengungen. Alle drei Papiere orientieren sich zudem an einer Outcome-Orientierung von Bildungsprozessen, wobei sie bei den von den Gesundheitsprofessionen auszubildenden Kompetenzen zum Teil übereinstimmen, zum Teil aber auch unterschiedliche Akzente setzen. In Tabelle 2 sind die jeweiligen Kompetenzbereiche aus den drei Papieren daher noch einmal übersichtsartig zusammengestellt. Insgesamt dürfte deutlich geworden sein, dass die hier vorgestellten Rahmenpapiere und Kompetenzmodelle vielfältige Anregungen für die Gestaltung des interprofessionellen Lehrens und Lernens auch in Deutschland enthalten, weshalb sich eine vertiefte Auseinandersetzung mit ihnen lohnen dürfte. Dies gilt umso mehr, als es an vergleichbaren deutschsprachigen Rahmenempfehlungen zu diesem Thema bislang fehlt.

Tabelle 2: Zusammenschau interprofessioneller Kompetenzen aus den internationalen Rahmenpapieren

Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice (WHO 2010)	National Interprofessional Competency Framework (CIHC 2010)	Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (IPEC 2011)
	Patienten-, Klienten-, Familien- und Gemeindezentrierte Gesundheitsversorgung	
Kommunikation	Interprofessionelle Kommunikation	Interprofessionelle Kommunikation
Rollen und Verantwortlichkeiten	Rollenklärung	Rollen und Verantwortlichkeiten
Zusammenarbeit	Teamfähigkeit	Teams und Zusammenarbeit
	Interprofessionelle Konfliktlösung	
	Kooperative Führung	
Lernen und kritische Reflexion		
		Werte und Ethik

4. Ausgewählte Forschungserkenntnisse

An dieser Stelle den aktuellen Erkenntnis- und Forschungsstand zum Thema interprofessionelles Lehren und Lernen oder interprofessionelle Praxis aufzubereiten und darzulegen würde den gesetzten Rahmen übersteigen. Dennoch sollen – in Ergänzung zu den zuvor vorgestellten Modellen und Empfehlungen – einige der bislang vorliegenden Erkenntnisse aus der Forschung zu diesem Themenfeld mit wenigen Strichen nachgezeichnet werden.

Der überwiegende Teil der vorliegenden Forschungspublikationen stammt aus dem anglo-amerikanischen Raum (Barr et al. 2005), wobei die Zahl der internationalen englischsprachigen Veröffentlichungen seit der Jahrtausendwende deutlich angestiegen ist. Thematisiert und dokumentiert sind darin vor allem objektiv überprüfbare Effekte interprofessioneller Lehr- und Lernangebote auf unterschiedlichen Ebenen. Als Bezugspunkt zur Klassifikation von empirisch überprüfbaren Outcomes interprofessionellen Lehrens und Lernens wird dabei häufig auf ein ursprünglich von Kirckpatric (1967) stammendes Stufenschema von Lernergebnissen zurückgegriffen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: The JET Classification of Interprofessional Education Outcomes (Barr 2005: 43)

Level 1	Reaction	Learner's views on the learning experience and its inter-professional nature.
Level 2a	Modification of attitudes / perceptions	Changes in reciprocal attitudes or perceptions between participant groups. Changes in perception or attitude towards the value and/or use of team approaches to caring for a specific client group.
Level 2b	Acquisition of knowledge / skills	Including knowledge and skills linked to interprofessional collaboration.
Level 3	Behavioural change	Identifies individuals' transfer of interprofessional learning to their practice setting and changed professional practice.
Level 4a	Change in organisational practice	Wider changes in the organizational and delivery of care.
Level 4b	Benefits to patients / clients	Improvements in health or well-being of patients/clients.

Ähnlich wie in diesem Klassifikationsschema dargestellt finden auch Brandt et al. (2014) in der Literatur die Auseinandersetzung mit Effekten auf individueller, prozessualer und organisatorischer Ebene. Betrachtet und gemessen werden demnach vorwiegend Veränderungen von Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen auf Seite der Teilnehmenden interprofessioneller Lehr- und Lernangebote, dadurch angestoßene Veränderungen von konkreten Arbeitsabläufen, Versorgungsprozessen und von Ergebnissen der unmittelbaren Leistungserbringung an und mit Patientinnen und Patienten sowie schließlich auch organisatorische, politische und systemweite Anpassungs- und Veränderungsprozesse (ebd.).

Geht es um Effekte interprofessionellen Lehrens und Lernens auf der individuellen Ebene, rücken in der einschlägigen Literatur die Lernenden häufiger ins Blickfeld als die Lehrenden. Die Teilnehmenden solcher Angebote stammen am häufigsten aus der Pflege, der Medizin und anderen als ärztlichen Gesundheitsfachberufen (so genannte „allied health professionals“, zu denen u. a. auch die Physio- und Ergotherapie oder die Logopädie zählen) sowie aus der Sozialen Arbeit. Laut vorliegenden Übersichtsarbeiten (Reeves et al. 2008; Olson 2014) wurden als Ergebnis entsprechender Bildungsmaßnahmen vor allem Einstellungsänderungen gegenüber anderen Berufsgruppen nachgewiesen. Auch ein Wissenszuwachs über den Beitrag interprofessioneller Zusammenarbeit auf die direkte Versorgung von Patientinnen und Patienten war auf Seiten der Lernenden feststellbar. Schließlich können interprofessionelle Lehr- und Lernangebote je nach Gestaltung und Ausrichtung zu erhöhter (Berufs-)Zufriedenheit und zur Erweiterung von konkreten Fähigkeiten und Fertigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit beitragen (ebd.). Ähnlich Effekte auf Seiten der Teilnehmerinnen und

Teilnehmer von interprofessionellen Lehr- und Lernangeboten wurden auch bereits in früheren Arbeiten beschrieben (ex. Illingworth/Cheivanayagam 2007).

Problematischer stellt sich die Situation dar, wenn es um Effekte interprofessionellen Lehrens und Lernens auf das unmittelbare Versorgungshandeln und dessen nutzerseitige Outcomes geht. Zwar wird in einschlägigen Veröffentlichungen zum Thema immer wieder behauptet, dass entsprechende Lehr- und Lernangebote langfristig gesehen positive Effekte auf die konkrete Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsprofessionen in der Versorgungspraxis und damit auch auf die Nutzerinnen und Nutzer der Versorgung haben (ex. WHO 2010; CIHC 2010; IPEC 2011). Diese Behauptungen lassen sich bei genauerer Betrachtung durch aktuell vorliegende Ergebnisse empirischer Studien jedoch nur zum Teil untermauern. Reeves et al. (2013) betonen beispielsweise, dass vor allem langfristige, auf Patientinnen und Patienten bezogene Wirkungen aufgrund der derzeitigen, unbefriedigenden Studienlage nicht nachweisbar sind. In diesem Zusammenhang werden nicht zuletzt methodische Unzulänglichkeiten vieler zu diesem Thema durchgeführten Evaluationsstudien beklagt. Ein erstes von Zwarenstein et al. (2001) durchgeführtes Cochrane-Review zu evidenzbasierten Effekten von IPE auf die Berufspraxis und auf Ergebnisse der Versorgung deckte auf, dass keine der damals international vorliegenden 89 Veröffentlichungen die strengen methodologischen und methodischen Einschlusskriterien erfüllen konnte. In den 2008 und 2013 durchgeführten Reviews konnten erst sechs, dann 15 Studien in die Betrachtung eingeschlossen werden. In diesen Studien wurden sowohl positive, neutrale wie aber auch negative Effekte von IPE auf die Versorgung dokumentiert (Reeves et al. 2008; Reeves et al. 2013). Bereits in einer anderen systematischen Übersichtsarbeit hatten Reeves et al. (2010) uneinheitliche Effekte von interprofessionellen Lehr- und Lernangeboten in der Literatur identifiziert. Die darin eingeschlossenen sechs Studien befassten sich im Einzelnen mit kommunikativen Fähigkeiten in Teams, der Wahrnehmung und des Managements bei Depressionen, der Identifikation und des Managements bei häuslicher Gewalt, der Kommunikation von Notfallteams bei Gewalt durch den Beziehungspartner, der Verbesserung der Kooperation in Notfallteams sowie mit den Kompetenzen von Mental Health Practitioners. Insgesamt wurde in den Studien zweimal ein positiver, zweimal ein negativer und zweimal sowohl ein positiver wie auch ein negativer Einfluss von IPE auf die genannten Aspekte nachgewiesen (ebd.). In sieben der in das Folgereview von 2013 eingeschlossenen 15 Studien waren positive Effekte in folgenden Bereichen auszumachen: Diabetesversorgung, Notfallversorgung, Patientenzufriedenheit, Teamverhalten in der Zusammenarbeit und Reduzierung von Behandlungsfehlern in Notfallversorgungsteams, Zusammenarbeit im OP-Team, in der Versorgung von Fällen häuslicher Gewalt und auf Kompetenzen von psychiatrischem Fachpersonal und damit auf die Behandlungsqualität. Vier Studien berichteten sowohl positive als auch neutrale Ergebnisse. Immerhin vier Studien kommen zu dem Schluss, dass interprofessionelle Lehr- und Lernangebote keinen Einfluss hatten – weder auf die konkrete Versorgungspraxis noch auf die Nutzerinnen und Nutzer dieser Versorgung andererseits (Reeves et al. 2013).

In der Summe lassen sich aus den vorliegenden Übersichtsarbeiten somit keine eindeutigen Rückschlüsse zu Effekten von IPE auf die Versorgungspraxis ziehen. Noch schwieriger ist der methodologisch und methodisch fundierte Nachweis von Wirkungen interprofessionellen Lehrens und Lernens auf der übergeordneten Organisations- und Systemebene. Wesentlich wäre hierbei unter anderem eine strukturelle Veränderung der häufig als hinderlich wahrgenommenen Status- und Machtunterschiede zwischen den beteiligten Gesundheitsprofessionen – insbesondere aber zwischen den Ärztinnen und Ärzten und den anderen Gesundheitsprofessionen (Olson 2014; Paradis et al. 2016).

Insgesamt wird in der Literatur auf zahlreiche Forschungslücken hingewiesen. Es wird für eine intensivere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem interprofessionellen Lehren und

Lernen und auch der interprofessionellen Praxis votiert und auch dafür, dass entsprechende Interventionen häufiger wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Oft zeigen sich bereits bei der Umsetzung (Konzeption, Implementierung, Bewertung und Darstellung) Mängel und häufig sind auch bei der Darstellung von entsprechenden Angeboten nicht immer alle Schritte nachvollziehbar abgebildet. Die Aussagekraft der vorliegenden Veröffentlichungen und der dargestellten Ergebnisse wird daher teilweise sehr kritisch bewertet (vgl. Abu-Rish et al. 2012; Reeves et al. 2008; Reeves et al. 2013). Künftig sollte dem durch qualifizierte wissenschaftliche Aktivitäten und die frühzeitige Einbindung von erfahrenen Forscherinnen und Forschern begegnet werden. Abu-Rish et al. (2012) fordern zudem konkrete Mindeststandards der Berichterstattung über interprofessionelle Lehr- und Lernangebote, um die dabei gewonnenen Erfahrungen für die Bildungspraxis nutzbar machen zu können. Daneben rufen Olson/Bialocerkowski (2014) dazu auf, einen realistischen Evaluationsansatz für Bewertungen von interprofessionellen Lehr- und Lernangeboten zu wählen. Dabei sollten kontextuelle Faktoren eingeschlossen werden, um zu explorieren, inwiefern interprofessionelle Lehr- und Lernangebote unter unterschiedlichen Bedingungen zu langfristigen Outcomes führen. Reeves et al. (2013) gehen noch weiter und fordern mehr randomisierte Fall-Kontrollstudien (RCTs), kontrollierte Vorher-Nachher-Studien, Kosten-Nutzen-Studien oder Langzeiterhebungen mit qualitativen Strängen, die die auf IPE bezogenen Prozesse und Praxisveränderungen untersuchen. Es werden außerdem Studien gefordert, die interprofessionelle mit monoprosessionellen Interventionen vergleichen.

Um künftig valide Ergebnisse erarbeiten zu können wird in der einschlägigen Forschungsliteratur nicht zuletzt die Frage nach geeigneten Evaluationskonzepten, Methoden und Messinstrumenten diskutiert (Reeves et al. 2008). Dies gilt umso mehr, als – wie zuvor aufgezeigt – in diversen Veröffentlichungen Mängel in diesem Bereich beklagt werden, angefangen mit der unzureichenden theoretischen Fundierung der Evaluation insgesamt (Reeves et al. 2015) bis hin zur Güte der verwendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden und der methodischen Mängel bei deren Verwendung (Oates/Davidson 2015). Um dem begegnen zu können hat eine Studie der Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC 2012) Instrumente gesichtet und beurteilt, die im Einzelnen auf die Erfassung der in der nachfolgenden Übersicht enthaltenen Effekte interprofessionellen Lehrens und Lernens ausgerichtet sind (s. Abbildung 2):

Abbildung 2: Interprofessional Education and Collaborative Practice Outcomes (CIHC 2012: 4)

1. Attitudes about other disciplines or about working with other professions;
2. Knowledge, skills, abilities around interprofessional education and collaborative practice
3. Behaviour: Individuals' transfer of interprofessional learning to their practices;
4. Organizational level: Interprofessional collaboration at the level of the organization such as organizational culture and organizational readiness;
5. Patient satisfaction: Referring only to the aspects of patients' satisfaction involving inter-professional collaboration;
6. Provider satisfaction: Referring only to the aspects providers' involving teamwork.

Dabei wurden Veröffentlichungen zu 128 Instrumenten gefunden, die dazu dienen, Ergebnisse des interprofessionellen Lehrens und Lernens und der interprofessionellen Praxis zu messen. 64 dieser Instrumente dienen der Erfassung von Einstellungsänderungen, 34 waren auf die Messung verhaltensbezogener Ergebnisse ausgerichtet. Bei anderen Aspekten, etwa der Erfassung der organisatorischen Veränderungen, stellt sich die Situation deutlich schwieriger dar. Ungeachtet dessen bietet diese Zusammenstellung eine erste Orientierung über die international verfügbaren Instrumente zur Erfassung der Effekte interprofessionellen Lehrens und Lernens auf den verschiedenen Ebenen. Diese Funktion hat auch die vom National Center of Interprofessional Practice and Evaluation bereit gestellte Datenbank mit Instrumenten zur

Messung von IPE-Outcomes und dazugehörigen Veröffentlichungen (NIPE 2016). Auch eine Checkliste mit Hinweisen, die bei der Planung einer Evaluation von IPE-Maßnahmen zu berücksichtigen sind, kann unterstützend eingesetzt werden (hierzu auch Reeves et al. 2015). Eine umfangreiche und solide Auseinandersetzung mit Methoden und Messverfahren zur Untersuchung der Wirkungen interprofessioneller Lehr- und Lernangebote auf den verschiedenen Ebenen hat zwischenzeitlich auch das US-Amerikanische Institute of Medicine (IOM 2015) vorgelegt. Darin enthalten sind auch zahlreiche Hinweise, wie die Evidenzbasierung dieser Interventionen in dem zuvor angesprochenen Sinne künftig verbessert werden kann.

Im deutschsprachigen Raum werden derartige Initiativen zur Förderung der Forschung zu interprofessionellem Lehren und Lernen derzeit noch sehr verhalten aufgenommen und es fehlt insgesamt noch an nennenswerten wissenschaftlichen Aktivitäten, die dem internationalen Forschungs- und Entwicklungsstand zu diesem Thema entsprechen würden. Umso wichtiger ist es, bei den sich derzeit intensivierenden Praxisinitiativen zum interprofessionellen Lehren und Lernen an die vorliegenden internationalen Erfahrungen anzuknüpfen, Anschluss an den aktuellen Erkenntnisstand zu suchen und bei der Gestaltung und Evaluation derartiger Interventionen die Erkenntnisse aus Best-Practice-Beispielen zu berücksichtigen. Beispielsweise finden sich in der internationalen Literatur zahlreiche Hinweise darauf, wann und wo solche Initiativen innerhalb des Curriculums am wirkungsvollsten angesiedelt werden können, wie die Teilnehmenden zusammengesetzt sein sollten, welche Dauer die Maßnahmen haben sollten, welche thematischen Schwerpunktsetzungen sinnvoll sind und wie die Interventionen methodisch wirksam ausgestaltet werden können (ex. Hammick et al. 2007; Reeves et al. 2010; Ateah et al. 2011; Delunas Rouse 2014; Zafiropoulos/Byfield 2016). Einiges davon soll hier abschließend kurz überblicksartig zusammengefasst werden:

Hinsichtlich der zeitlichen Ansiedlung im Rahmen des Ausbildungscurriculums gibt es Stimmen, die dafür plädieren, Angebote des interprofessionellen Lehrens und Lernens erst dann anzubieten, wenn die eigene professionelle Identitätsbildung vorangeschritten und das eigene Rollenverständnis ausgeprägt ist (vgl. Gilbert et al. 2005; Olson/Bialocerkowski 2014). Andererseits sollte die Begegnung mit anderen Berufsgruppen aber auch nicht zu spät in der eigenen Ausbildung erfolgen, um vorhandene Stereotype frühzeitig hinterfragen, aufbrechen und informelle Begegnungsräume für die Lernenden schaffen zu können (Curran/Sharpe 2007; Speakman 2017). Häufig werden mehrere interprofessionelle Lernangebote an verschiedenen Zeitpunkten in monoprofessionelle berufsqualifizierende Ausbildungsgänge eingebettet, zuweilen aber werden auch Fortbildungsangebote nach Erwerb der Berufszulassung favorisiert. Als Teilnehmende solcher Maßnahmen rücken typischerweise Studierende aus zwei oder mehr monoprofessionellen Ausbildungsgängen ins Blickfeld (Barr et al. 2005). Meist wird davon abgesehen, im Rahmen der Ausbildung vermittelte interprofessionelle Kompetenzen auch zum Bestandteil der Abschlussprüfungen zu machen. Überhaupt scheinen weniger wissens- als handlungsorientierte Ansätze bevorzugt zu werden, wie etwa Fallstudien, Problemlösen und Simulationsübungen oder Projekte und Workshops am Arbeitsplatz. Was die zeitliche Dauer einschlägiger Lehr- und Lernangebote betrifft, finden sich in der Literatur unterschiedliche Modelle. Sie reichen von einmaligen, wenige Stunden dauernden Angeboten bis hin zu sich wiederholend, aufeinander aufbauend über mehrere Wochen oder Jahre erstreckende Maßnahmen (Abu-Rish et al. 2012). Bei der Sichtung von 107 Studien fanden Hammick et al. 2007 heraus, dass die interprofessionellen Lehr- und Lernangebote in der Regel länger als zwei Tage dauerten, meistens sogar länger als sieben Tage. Die Dauer einer einzelnen Lehr- und Lerneinheit – so wird basierend auf diesen und anderen Studien geschlussfolgert – sollte mindestens 2,5 Stunden gemeinsame Arbeit in kleinen Lerngruppen umfassen, um ausreichende Gelegenheit zur vertieften Auseinandersetzung miteinander sowie mit den jeweils aufgegriffenen Themen zu bieten (Olson 2014). Oft behandelte Themenbereiche sind die interprofessionelle Kommunikation bzw. Teamarbeit sowie das gegenseitige Kennenlernen der Rollen- und Aufgabenprofile sowie damit einhergehende Einstellungs-

änderungen (Olson/Bialocerkowski 2014). Um sich diese Themenbereiche im wörtlichen Sinne „interprofessionell“ erschließen zu können, wird es als notwendig angesehen, dass mindestens zwei verschiedene Gesundheitsprofessionen gemeinsam lernen. Dabei sollten inhaltlich und methodisch die drei Dimensionen des miteinander, voneinander und übereinander Lernens und eine enge Interaktion zwischen den Teilnehmenden ermöglicht werden (vgl. Thistlethwaite 2012). Nicht zuletzt deshalb haben sich methodisch Kleingruppenformate – und hier konkret fallbezogene, problemorientierte Arbeit – als Lernformat für das interprofessionelle Lehren und Lernen bewährt (vgl. Oandasan/Reeves 2005; Abu-Rish et al. 2012).

5. Fazit

Die in diesem Kapitel vorgenommenen begrifflichen Klärungsversuche, die vorgestellten Rahmenempfehlungen und Kompetenzmodelle und auch die mit wenigen Strichen skizzierten Erkenntnisse aus der Literatur sollten als Anregung für die Gestaltung und Evaluation einschlägiger Kooperations- und Entwicklungsprojekte aus dem Bereich des interprofessionellen Lehrens und Lernens und der interprofessionellen Praxis dienen. Vieles von dem zuvor Gesagten lässt sich unmittelbar aufgreifen und in der Bildungspraxis umsetzen. So sind die im Rahmen des Kooperations- und Entwicklungsprojekts **interTUT** entwickelten peergestützten interprofessionellen Tutorien im Wesentlichen entlang der in der Literatur zu findenden Empfehlungen gestaltet, sowohl in inhaltlicher wie auch methodischer und organisatorischer Hinsicht. Anderes bedarf hingegen intensiverer und auch weiterreichender Anstrengungen. Dazu gehört beispielsweise die Systematisierung von Bildungsanstrengungen zu diesem Thema sowie der weitere Auf- und Ausbau der bildungs- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung zur Evidenzbasierung des interprofessionellen Lehrens und Lernens und zur Evaluation der damit erreichbaren Effekte – insbesondere auf Seiten der Nutzerinnen/Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen. Dies war im Rahmen von **interTUT** aufgrund des eng gesteckten Projektrahmens und der vorwiegend interaktiv angelegten, praxisnahen Projektentwicklung kaum leistbar. Hierzu sind künftig mehr wissenschaftsgetriebene Aktivitäten, internationale Vernetzungsbemühungen, aber auch eine entsprechende Forschungsförderung notwendig. Es wird jedoch nicht ausreichen, zuverlässigere Erhebungsinstrumente und Auswertungsstrategien zu entwickeln, die objektiven Effekte interprofessioneller Bildungsmaßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen zu messen und auf diese Weise die Evidenzbasierung einschlägiger Bildungsmaßnahmen und Praxisinnovationen zu befördern (Haddara/Lingard 2013). Es ist gleichermaßen notwendig, bestehende strukturelle Hindernisse gegen ein gemeinsames Lernen verschiedener Gesundheitsprofessionen, die traditionell in Deutschland besonders ausgeprägt sind, aus dem Weg zu räumen. Die Rede ist etwa davon, dass ärztliche und andere als ärztliche Gesundheitsprofessionen hierzulande regelmäßig nicht nur an verschiedenen Orten, sondern auch auf unterschiedlichem Niveau ausgebildet werden und dass ihnen innerhalb der Gesundheitsversorgung traditionell unterschiedliche Einfluss- und Entscheidungssphären zugesprochen werden. Um dem zu begegnen, wird die vorwiegend auf die einzelnen Lernenden ausgerichtete empirische Perspektive künftig um strukturelle und politische Initiativen ergänzt und auch um theoretisch fundierte Diskurse erweitert werden müssen. Interessante Ansätze in dieser Richtung finden sich bereits heute in der internationalen Literatur (Paradis/Whitehead 2015; Lingard et al. 2012; Burford 2012), sie künftig aufzugreifen und für den hiesigen Diskurs nutzbar zu machen, dürfte sich lohnen.

Literatur

Abu-Rish E, Kim S, Choe L, Varpio L, Malik E, White AA, Craddick K, Blondon K, Robins L, Nagasawa P, Thigpen A, Chen LL, Rich J, Zierler B (2012): Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. *Journal of Interprofessional Care*. 26(6), 444-451

- Ateah CA Snow W, Wener P, MacDonald L, Metge C, Davis P, Fricke M, Ludwig S, Anderson J (2011): Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? *Nurse Education Today* 31(2), 208-213
- Barr H, Reeves S, Hammick M, Freeth D (2005): *Effective Interprofessional Education. Argument, Assumption and Evidence*. Oxford: Blackwell Publishing
- Barr H, Low H (2013): *Introducing Interprofessional Education*. Fareham; UK, CAIPE
- Bergmann M, Schramm E (Hg.) (2008): *Transdisziplinäre Forschung. Integrative Forschungsprozesse verstehen und bewerten*. Frankfurt/Main: Campus
- Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C (2014): A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *Journal of Interprofessional Care* 28(5), 393-399
- Burford B (2012): Group processes in medical education: learning from social identity theory. *Medical Education* 46, 143–152
- Chicchio F, Richer MC (2014): From Multi-professional to Trans-professional Healthcare Teams: The Critical Role of Innovation Projects. In: Gurtner S, Soyez K (Hg.): *Challenges and Opportunities in Health Care Management*. Heidelberg: Springer: 161-169
- CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): A National Interprofessional Competency Framework. URL: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. Letzter Zugriff: 05.01.2017
- CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative (2012): An Inventory of Quantitative Tools Measuring Interprofessional Education and Collaborative Practice Outcomes. URL: <https://rcrc.brandeis.edu/pdfs/Canadian%20Interprofessional%20Health%20Collaborative%20report.pdf>. Letzter Zugriff: 10.02.2017
- Committee on Facilitating Interdisciplinary Research, Committee on Science, Engineering, and Public Policy (2004). *Facilitating interdisciplinary research*. National Academies. Washington: National Academy Press: 2
- Curran VR, Sharpe D (2007): A framework for integrating interprofessional education curriculum in the health sciences. *Educ Health (Abingdon)* 20(3), 93
- D'Amour D, Oandasan I (2005): Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. 19 (Supplement 1), 8-20
- Delunas LR, Rouse S (2014): Nursing and Medical Student Attitudes About Communication and Collaboration Before and After an Interprofessional Education Experience. *Nursing Education Perspectives*. 35(2), 100-105
- Frank S, Iller C (2013): Kompetenzorientierung – mehr als ein didaktisches Prinzip. REPORT. 36(4), 32-41. URL: <https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-frank/dokumente/frank.2013.kompetenzorientierung.pdf>. Letzter Zugriff: 24.07.2016.
- Gilbert J (2005): Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care*. 19(1), 87-106
- Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H (2007): A best evidence systematic review of interprofessional education. *Medical Teacher (BEME Guide no. 9)* 29(8), 735-751
- Illingworth P, Chelvanayagam S (2007): Benefits of interprofessional education in health care. *British Journal of Nursing* 16(2), 121-124
- IOM – Institute of Medicine (2003): *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Washington, DC: The National Academies Press
- IOM – Institute of Medicine (2015): *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. Washington DC: IOM

- IPEC Report (2011) – Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011): Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington D.C.: Interprofessional Education Collaborative
- Kälble K (2004): Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärung. In: Kaba-Schönstein L, Kälble K (Hg.): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der sozialen Arbeit und der Pflege; (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 29-41
- Kirkpatrick DL (1967): Evaluation of training. In: R. Craig and L. Bittel (Eds), Training and development handbook. New York: McGraw-Hill, 87-112
- Koch LF, Horn H (2013): Interprofessionelles Lehren und Lernen: Ein Paradigmenwechsel in der Ausbildung der Gesundheitsberufe ist notwendig. PADUA. 8(2), 103-107
- Körner M, Bütof S., Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J (2016): Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. Journal of Interprofessional Care 30(1), 15–28
- Kurtz T (2003): Berufssoziologie. Bielefeld: transcript
- Lattina LR (2001): Creating Interdisciplinarity: Interdisciplinary Research and Teaching among College and University Faculty. Nashville TN: Vanderbilt University Press
- Lingard L, McDougall A, Levstik M, Chandok N, Spafford MM, Schryer C (2012): Representing complexity well: a story about teamwork, with implications for how we teach collaboration. Medical Education 46, 869–877
- Mahler C, Gutmann T, Karstens S, Joos S (2014): Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. GMS Z Med Ausbild 31(4)
- Mitzkat A, Berger S, Reeves S, Mahler C (2016): Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld. GMS Z Med Ausbild 33(2)
- NIPE – National Center of Interprofessional Practice and Evaluation NIPE (2016): Assessment & Evaluation. URL: <https://nexusipe.org/advancing/assessment-evaluation-start>. Letzter Zugriff: 14.02.2017
- Oandasan I, Reeves S (2005): Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional Care 19(1), 21-38
- Oates M, Davidson M (2015): A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. Medical Education 49, 386–398
- Olson R, Bialocerkowski A (2014): Interprofessional education in allied health: a systematic review. In: Medical Education. 48: 236-246
- Olson R, Bialocerkowski A (2014): Interprofessional education in allied health: a systematic review. Medical Education 48, 236-246
- Paradis E, Leslie M, Gropper MA (2016): Interprofessional rhetoric and operational realities: an ethnographic study of rounds in four intensive care units. Advances in Health Sciences Education 21(4), 735-748
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I (2008): Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD002213
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M (2010): Interprofessional teamwork for health and social care. Chichester, West Sussex: Blackwell

- Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M (2013): Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, 1-47
- Reeves S, Boet S, Zierler B, Kitto S (2015): Interprofessional Education and Practice Guide No. 3: Evaluating interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care* 29(4), 305-312
- Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Schnabel PE (2005): Grundlagen und Entwicklungsperspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: Kerres A, Seeberger B (Hg.): *Gesamtlehrbuch Pflegemanagement*. Heidelberg: Springer
- Speakman E (Ed.) (2017): *Interprofessional Education and Collaborative Practice. Creating a Blueprint for Nurse Educators*. National League for Nursing. Washington DC: Wolters Kluwer
- Thistlethwaite J (2012): Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical Education* 46, 58-70
- WHO – World Health Organization (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1. Letzter Zugriff: 12.01.2017
- Zafiroopoulos G, Byfield D (2016): Multidisciplinary meeting (MDM) can provide education and reinforcement of inter-professional development. *Educational Research and Reviews* 11(2), 78-86
- Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I, Atkins J (2001): Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 4

interTUT – ein peergestütztes interprofessionelles Lehr- und Lernangebot

Kathrin Reichel & Michael Ewers

Im Rahmen des Förderprogramms „Operation Team wurden an der Charité – Universitätsmedizin Berlin“ von 2013 bis 2016 zwei Kooperations- und Entwicklungsprojekte zum interprofessionellen Lehren und Lernen gefördert. Eines davon war das Projekt **interTUT**⁴. Das Akronym steht für „interprofessionelle Tutorien“⁵; damit sind Lernangebote gemeint, in denen Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen in der Rolle von so genannten Tutorinnen bzw. Tutoren⁶ ihre Mitstudierenden – die sogenannten Peers – beim gemeinsamen Lernen zu unterschiedlichen, selbst gewählten Themen anleiten und unterstützen. In dem Beitrag wird das Projekt näher vorgestellt und die Vorgehensweise verdeutlicht. Zudem werden Ergebnisse des Projekts und der durchgeführten Selbstevaluation präsentiert.

1. Projekthintergrund

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin unterhält seit langem ein umfangreiches Angebot an Tutorien für Studierende der Humanmedizin zu diversen Themen zur Unterstützung des gemeinschaftlichen Selbststudiums. Zum Teil sind diese Angebote in den Wahlpflicht- oder Wahlbereich des Medizincurriculums integriert, überwiegend werden diese Tutorien aber als freiwilliges extracurriculares Angebot vorgehalten. Die fachliche Begleitung der Studierenden wird an der Charité durch Lehrende vom Lernzentrum durchgeführt, die Hauptverantwortung für dieses Lehr- und Lernangebot liegt jedoch bei den Studierenden selbst. Vergleichbare Angebote gibt es an nahezu allen medizinischen Fakultäten in Deutschland in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen. Häufig werden sie für die Vermittlung klinischer Kompetenzen in Skills Labs eingesetzt, daneben wird aber auch eine große Spannweite an Themen von den Studierenden im Rahmen von Tutorien bearbeitet (Blohm 2015; Buchholz et al. 2016).

Dieses bewährte freiwillige Selbststudienangebot im Rahmen des Medizinstudiengangs bildete den Ausgangspunkt für das Kooperations- und Entwicklungsprojekt **interTUT**. Im Unterschied zum etablierten Tutorienprogramm sollten sowohl die Tutorinnen und Tutoren wie auch die Peers bei **interTUT** jedoch aus unterschiedlichen Studien- und Ausbildungsprogrammen mehrerer Hochschulen, Fakultäten und einer Berufsfachschule rekrutiert werden. Konkret waren in der ersten Projektphase Studierende der Humanmedizin, Studierende der Ergo- und Physiotherapie sowie Studierende, Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege beteiligt. Thematisch waren die Lehrveranstaltungen auf interprofessionelle Herausforderungen und für die beteiligten Gesundheitsprofessionen gleichermaßen relevante und interessante Themen ausgerichtet. Anfänglich wurden die interprofessionellen

⁴ Bei dem zweiten geförderten Projekt handelt es sich um INTER-M-E-P-P (Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege), bei dem eine Implementierung interprofessioneller Lehre in die Curricula der drei an diesem Projekt beteiligten Hochschulen angestrebt wird – der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der Alice Salomon Hochschule Berlin und der Evangelischen Hochschule Berlin (siehe hierzu Behrend 2014, Czakert 2014, INTERMEPP Team 2014, Bohrer et al. 2016).

⁵ „Tutorium: eine zumeist regelmäßig stattfindende Veranstaltung an Hochschulen zur Vertiefung von Fachkenntnissen (auch Fachtutorial) durch einen Tutor.“ (Tenorth/Tippelt 2012: 722)

⁶ „Tutor (lat. Vormund): bezeichnet heute meist an Hochschulen eine Person (zumeist ein Student aus einem höheren Semester), die lernbegleitend mit Studienanfängern Grundwissen wiederholt und mithilfe von Beispielaufgaben vertieft. Im Rahmen der internetbasierten Lehre auch als Tele-Tutoring.“ (Tenorth/Tippelt 2012: 722)

Tutorien bewusst als freiwilliges extracurriculares Angebot über die Grenzen von Organisationen und Ausbildungsgängen hinweg von Studierenden für Studierende (bzw. Schülerinnen und Schüler) entwickelt und erprobt (1. Phase). Inzwischen ist das Projekt in eine zweite Förderphase eingetreten, in der weitere Zielgruppen eingebunden (z. B. Studierende der Gesundheitswissenschaften mit einer zuvor abgeschlossenen Berufsausbildung in einem Pflege- oder Therapieberuf), Maßnahmen zur Förderung der Nachhaltigkeit intensiviert sowie formale Anrechnungsmöglichkeiten im Wahl- oder Wahlpflichtbereich der einzelnen Curricula eruiert und geprüft werden, um einen zusätzlichen Teilnahmeanreiz zu setzen (2. Projektphase).

2. Projektidee

Konzeptionell wurde mit **interTUT** einerseits an allgemeine Leitideen zur interprofessionellen Praxis (IPP) und zum interprofessionellen Lehren und Lernen (IPE) angeknüpft, wie sie an anderer Stelle in diesem Working-Paper bereits mit wenigen Strichen skizziert wurden (vgl. hierzu auch WHO 2010). Zudem wurde mit der Konzentration auf die Tutorien ein viel versprechendes, flexibles und leicht zu implementierendes Lehr- und Lernformat aufgegriffen, das im Wesentlichen auf konstruktivistischen Lerntheorien und dem pädagogischen Ansatz des so genannten „peer-assisted learning“ (kurz PAL) basiert (ex. Topping/Ehly 1998; Wood/Breyer 2017).

Das Besondere beim Peer-Learning⁷ besteht laut Topping (1996) vor allem darin, dass Personen mit vergleichbarem sozialen Hintergrund ohne formale pädagogische Qualifikation einander beim selbstgesteuerten Lernen unterstützen. Indem sie zugleich auch in die Rolle von Lehrenden schlüpfen können, wird ihr eigener Lernerfolg auf kognitiver, instrumenteller und persönlicher Ebene gefördert (vgl. auch Ross/Cameron 2007). Das sogenannte „Lernen durch Lehren“ (Renkl 1997) ist somit ein wesentlicher Bestandteil dieses kooperativen von den Lernenden selbst getragenen und gesteuerten Lehr- und Lernformats. Eben aus diesem Grund erfährt dieser Ansatz auch in der Ausbildung von Gesundheitsprofessionen international seit geraumer Zeit verstärkte Aufmerksamkeit (ex. Gill et al. 2006; Glynn et al. 2006; Henning et al. 2008; Bennett et al. 2015; Burgess et al. 2014).

„As facilitators of learning, they must think through and mentally organize information before explaining it to students. This process forces peer leaders to engage with the material at a deep level, helping to solidify their own understanding of it.“ (Micari et al 2006, 270)

Das Lehr- und Lernformat bietet darüber hinaus noch weitere Vorteile, die es für die Ausbildung von Gesundheitsprofessionen und insbesondere für das interprofessionelle Lehren und Lernen interessant erscheinen lassen: Auf Seiten der Peers wurden unter anderem bessere Leistungen und Prüfungsergebnisse, eine höhere Zufriedenheit mit dem Studium sowie eine Verringerung von Abbrecherquoten beobachtet (Falchikov 2001; Gill et al. 2006; Burgess et al. 2014). PAL unterstützt nicht allein aktives, eigenständiges und selbstbestimmtes Lernen sowie insgesamt eine positive Haltung zum Lernen; es fördert gemeinschaftliches Lernen stärker als konkurrierendes Lernen und trägt somit zum Gruppenzusammenhalt bei.

Schließlich erweisen sich peergestützte Lehr- und Lernformate als wenig ressourcenintensiv und zugleich ausgesprochen flexibel. Variationsmöglichkeiten zeigen sich beispielsweise beim Bezug zum Curriculum (Lehrstoff vertiefende oder ergänzende Angebote), bei der Dauer der

⁷ „Peer-Learning: Dieses umfasst Lernprozesse im Kontext der Gesellschaft der Altersgleichen. In wechselseitigen Lernprozessen, die in der Schule, in Vereinen, aber auch in informellen Kontexten wie Straße oder Internetcafes stattfinden können, sind die Peers Lehrer und Lerner und können kognitive, soziale oder handlungspraktische Kompetenzen erwerben. Es gibt inzwischen eine Reihe von Ansätzen, das Potenzial der Peergroups zu nutzen (z. B. Tutoren, Mediation).“ (Tenorth/Tippelt 2012: 552).

Tutorien (kurz-, mittel- oder langfristige Angebote), dem institutionellen Kontext (institutionsintern oder institutsübergreifend) wie auch bei der Zusammensetzung der Teilnehmenden; Studierende und Tutorinnen bzw. Tutoren können sich auf gleichem („same-year“) oder unterschiedlichem Ausbildungsniveau befinden („cross-year“) (Topping 1996; Falchikov 2001), wodurch auf beiden Seiten jeweils unterschiedliche Lerneffekte angebahnt und erzielt werden können (Burgess et al. 2014).

Auch in Deutschland werden diese Vorteile des PAL seit einigen Jahren in vielen Bildungsbereichen intensiver diskutiert und – wie zuvor angesprochen – auch bereits in der Ausbildungspraxis der Gesundheitsprofessionen aufgegriffen. Diese Initiativen sind aber vorwiegend auf die Medizin beschränkt geblieben (Blohm 2015; Buchholz et al. 2016). In den noch überwiegend an Fachhochschulen angesiedelten neuen Studienangeboten für die Pflege- und Therapieberufe werden Tutorien und andere Formen des peergestützten Lehrens und Lernens ebenso wenig systematisch genutzt, wie an den im Sekundarbereich angesiedelten Schulen des Gesundheitswesens, an denen in Deutschland traditionell Gesundheitsfachberufe beruflich qualifiziert werden.

Die zentrale Projektidee von **interTUT** bestand demnach darin, die positiven Erfahrungen der Medizin mit PAL für die hochschulische und berufsfachschulische Qualifizierung von anderen als ärztlichen Gesundheitsprofessionen nutzbar zu machen und zugleich das seit langem erfolgreich an der medizinischen Fakultät etablierte Tutorienprogramm als professionsübergreifenden Begegnungsraum auch für Angehörige der Pflege- und Therapieberufe zu öffnen und selbstgesteuertes interprofessionelles Lehren und Lernen zu ermöglichen. Begünstigende Faktoren für das Projekt waren neben den langjährigen Erfahrungen mit diesem Lernformat im Lernzentrum auch der überschaubare Aufwand und Ressourceneinsatz für die Tutorien und deren Begleitung sowie die Tatsache, dass diese Innovation ohne aufwändige und hürdenreiche Eingriffe in die jeweiligen Ordnungsmittel (Prüfungsordnungen, Curricula, Modulbeschreibungen etc.) kurzfristig umsetzbar schien.

3. Projektziele

Übergeordnetes Ziel von **interTUT** war es, zu eruieren, inwieweit sich der im Studium der Humanmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin bereits seit geraumer Zeit erfolgreich praktizierte Ansatz des peergestützten Lehrens und Lernens (PAL) auch für das interprofessionelle Lehren und Lernen in den Gesundheitsprofessionen eignet und wie – über die Grenzen einzelner Ausbildungsgänge und -einrichtungen hinaus – solche peergestützten interprofessionellen Lehr- und Lernangebote möglichst niederschwellig, aufwandsarm und nachhaltig auch an vergleichbaren Standorten umgesetzt werden können. Daraus ergaben sich für die erste Projektphase die folgenden konkreten Ziel- und Aufgabenstellungen:

- Interprofessionelle studentische Tutorien werden entwickelt, erprobt, evaluiert und auf ihre Übertragbarkeit hin überprüft; sie sollten es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglichen, weitgehend selbstgesteuert und jenseits curricularer Zwänge Einsichten in die unterschiedlichen Sicht-, Denk- und Handlungsweisen der jeweils anderen Gesundheitsprofessionen zu gewinnen, miteinander relevante Lernerfahrungen für die spätere Praxis zu sammeln und sich bei der Einübung neuer Muster der Arbeits- und Verantwortungsteilung in gesundheitsrelevanten Kontexten gegenseitig zu unterstützen.
- Studentische Tutorinnen und Tutoren aus den beteiligten Ausbildungsgängen und -einrichtungen, die das selbstgesteuerte interprofessionelle Lehren und Lernen unterstützen und begleiten, werden für ihre Aufgaben rekrutiert, sensibilisiert und trainiert; zudem sollten die Studierenden sowie Schülerinnen und Schüler im Zeitverlauf eine Expertise zum Thema Interprofessionalität herausbilden und bei Fragen und Konflikten rund um die interprofessionelle (Ausbildungs-)Praxis als studentische Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung stehen können.

- Von den für das Projekt rekrutierten Studierenden bzw. Schülerinnen und Schülern wird ein didaktisch-methodisches Konzept für vier themenverschiedene Tutorien – so genannte **interTUTs** – entwickelt, ausgearbeitet und praktisch erprobt, wobei die wissenschaftliche Begleitung lediglich koordinierend und flankierend eingreift. Die möglichst praxisnahen und einrichtungsunabhängig leicht umzusetzenden Arbeitsmaterialien werden medial aufbereitet und frei zugänglich publiziert, um auch anderen Hochschul- und Berufsfachschulstandorten Anregungen für das interprofessionelle Lehren und Lernen verschiedener Gesundheitsprofessionen in Form von studentischen Tutorien zu vermitteln.

4. Projektorganisation

Für die Projektorganisation wurde ein institutions- und professionsübergreifendes Projektteam gegründet. Neben den Projektleitungen aus dem Prodekanat für Studium und Lehre und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft waren daran Vertreterinnen und Vertreter des Studiengangs Humanmedizin und des Lernzentrums der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie Vertreterinnen und Vertreter des Studiengangs Physiotherapie/Ergotherapie der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) beteiligt. Weil es an der Charité – Universitätsmedizin Berlin bislang keinen primärqualifizierenden Pflegestudiengang gibt, wurde stattdessen der Ausbildungsbereich Pflege an der Gesundheitsakademie der Charité – Universitätsmedizin Berlin und damit eine Berufsfachschule in das Projekt eingebunden. Dadurch erhielten auch Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Zugang zu dem Projekt. Da die Gesundheitsakademie im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung mit der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) kooperiert, hatten über diesen Weg zudem einige Studierende des dort angesiedelten Pflegestudiengangs die Möglichkeit an dem Projekt teilzunehmen. Inzwischen wurde die EHB mit ihrem Pflegestudiengang auch offiziell als Projektpartner eingebunden (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Projektorganisation **interTUT**

Projektleitungen			
Prof. Dr. <u>Claudia Spiess</u> Prodekanat für Studium und Lehre Charité		Prof. Dr. M. Ewers Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft Charité	
Projektkoordination			
Dr. Henrike Hölzer Abteilung für Curriculum- <u>organisation</u> / Lernzentrum Charité		Kathrin Reichel Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft Charité	
Kooperationspartner			
Dr. Wolf <u>Blaum</u> & Dr. Dorothea Eisenmann Modellstudiengang Humanmedizin Charité	Prof. Dr. Stefan Dietsche & Prof. Dr. Silke <u>Dennhardt</u> Bachelorstudiengang Physio-/Ergotherapie Alice Salomon Hochschule	Frank Hertel & Anke Jakobs & Christian Schwandt Ausbildungsbereich Pflege Gesundheitsakademie Charité	Prof. Dr. Cornelia Heinze & Regina <u>Waury-Eichler</u> Bachelorstudiengang Pflege <u>Evang.</u> Hochschule Berlin (indirekt ¹ / erst ab 2016)

5. Projektumsetzung

Von allen beteiligten Institutionen wurden Kontaktpersonen benannt, die in regelmäßigen Koordinierungstreffen an der Umsetzung des Vorhabens mitwirkten. Zu Projektbeginn wurden die Treffen monatlich durchgeführt, später in größeren Abständen nach Bedarf. Geleitet wurde die Projektgruppe der Kooperationspartner von einer Mitarbeiterin der Abteilung für Curriculumorganisation des Prodekanats für Studium und Lehre, zudem wurde am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft eine wissenschaftliche Mitarbeiterin (50 %) eingestellt, die der Koordinierungsgruppe zuarbeitete und das Tutorenteam begleitete und unterstützte.

In den ersten Treffen wurden Verantwortlichkeiten und der konkrete Projektablauf mit Zeitfenstern für die Veranstaltungen abgestimmt. Im weiteren Verlauf wurde dann die Entwicklung und Umsetzung der **interTUTs** unterstützt und die Evaluation des Projektes begleitet.

5.1 Konzeptionelle Vorüberlegung

Eine der Kernaufgaben des Projekts war es, vier themenverschiedene interprofessionelle Tutorien – die sogenannten **interTUTs** – zu entwickeln und zu erproben. Hierfür gab es unterschiedliche Ausgangspunkte: Zum einen wurden didaktisch-methodische Vorüberlegungen der Kooperationspartner zum Grobkonzept eingeholt und Erfahrungen mit dem an der Fakultät etablierten Tutorienangebots für Medizinstudierende reflektiert. Zum anderen wurden zwei Workshops mit Studierenden und Schülerinnen bzw. Schülern aus allen beteiligten Ausbildungsgängen durchgeführt, um die inhaltliche Ausrichtung und Entwicklung der Tutorien festlegen zu können: In dem ersten Workshop wurden nach Berufsgruppen getrennt Inhalte und Themen gesammelt, die sich aus Studierendenperspektive für interprofessionelle Tutorien eignen. Die Ergebnisse wurden anschließend in einer Diskussion gemeinsam ausgewertet, mit dem Cluster-Verfahren gebündelt und damit mögliche Themenschwerpunkte für die Tutorien identifiziert. In einem Folgeworkshop wurden die Vorschläge in einer interprofessionellen Studierendengruppe konkretisiert. Die auf diese Weise identifizierten Themencluster zeigen große inhaltliche Übereinstimmungen mit aktuellen internationalen Rahmenempfehlungen für interprofessionelles Lernen (siehe hierzu Tabelle 2).

Tabelle 2: Interprofessionelle Lernbereiche im Projekt **interTUT** in Bezug zu internationalen Empfehlungen für interprofessionelles Lernen

Interprofessional learning domains (WHO 2010)	Interprofessionelle Lernbereiche Projekt interTUT	Practice competency domains (IPEC 2011)
Roles and responsibilities	<u>Tutorium 1</u> Rollen und Verantwortungsbereiche	Roles and Responsibilities
Communication	<u>Tutorium 2</u> Kommunikation (im Team)	Interprofessional Communication
Teamwork	<u>Tutorium 3</u> Interprofessionelle Teamarbeit	Teams and Teamwork
Learning and critical reflection	<u>Tutorium 4</u> Praktische Fertigkeiten gemeinsam trainieren	

In einem zweiten Workshop wurden die Vorschläge gemeinsam mit der interprofessionellen Studierendengruppe inhaltlich, methodisch und organisatorisch konkretisiert. Dabei wurde beispielsweise entschieden, dass die studentischen Lerneinheiten in Anlehnung an die extracurricularen Tutorien am Lernzentrum jeweils ca. 3-4 Zeitstunden umfassen sollten. Da es sich um ein zusätzliches Angebot handelt, das Studierenden bzw. Schülerinnen und Schülern neben ihren regulären curricularen Verpflichtungen besuchen, wären längere Zeiteinheiten nur schwer realisierbar gewesen. Die **interTUTs** sollten zudem in Kleingruppen von jeweils 3 - 15 Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern durchgeführt werden, um das Kennenlernen und den intensiven Austausch untereinander zu ermöglichen. Diese Gruppengröße entspricht weitgehend gängigen Empfehlungen (Olson/Bialocerowski 2014) und hat sich auch nach Erfahrungen des Lernzentrums bewährt.

Als Besonderheit sollten die interprofessionellen Tutorien jeweils im Team von zwei Tutorinnen bzw. Tutoren aus mindestens zwei Ausbildungsgängen und -einrichtungen angeboten werden (z. B. Medizin und Pflege). Um interprofessionelles Lernen zu ermöglichen und entsprechend der WHO-Definition (2010), sollten über eine koordinierte Anmeldung zudem sichergestellt werden, dass Teilnehmende der einzelnen Veranstaltungen aus mindestens zwei Ausbildungsgängen kommen. Zudem fiel die Entscheidung für ein sogenanntes Cross-Level-Tutoring, das heißt d. h. Lernende auf fortgeschrittenem Ausbildungsniveau bieten Lerneinheiten für Lernende mit geringerem Ausbildungsniveau an – auch damit wurden an der Charité bislang gute Erfahrungen gesammelt.

5.2 Rekrutierung und Qualifizierung der Tutorinnen und Tutoren

Die gesamte Verantwortung für die inhaltliche, methodische und organisatorische Entwicklung und Umsetzung der interprofessionellen Tutorien lag bei den Studierenden, Schülerinnen und Schülern. Von den Projektkoordinatorinnen wurden sie lediglich beraten und situativ auf Anfrage unterstützt. Insofern handelt es sich bei den **interTUTs** tatsächlich um ein interprofessionelles Lehr- und Lernangebot von und für Studierende sowie Schülerinnen und Schüler der verschiedenen Gesundheitsprofessionen, was ihnen einen besonderen Charakter verleiht.

Für die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der **interTUTs** wurden Studierende oder Schülerinnen und Schüler aus den beteiligten Ausbildungsgängen als Tutorinnen oder Tutoren am Lernzentrum der Charité qualifiziert, begleitet und formal als Studentische Hilfskräfte (SHKs) zu den an der Fakultät üblichen Stundensätzen eingestellt. Es wurde jeweils mindestens eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der beteiligten Berufsgruppen für diese Aufgabe gewonnen. Einstellungsvoraussetzung war eine Immatrikulation bzw. ein Ausbildungsverhältnis in einem der beteiligten und kooperierenden Ausbildungsgänge im fortgeschrittenen Semester. Auswahlkriterien waren zudem Vorkenntnisse im Anleiten bzw. der Arbeit in Gruppen oder gesellschaftliches Engagement, Interesse an der Arbeit mit Studierenden und am Thema Interprofessionalität, Organisationsgeschick, Teamfähigkeit und Flexibilität.

Für die Vorbereitung der Studierenden auf ihre Aufgaben im Rahmen der **interTUTs** wurde auf gängige methodisch-didaktische Qualifizierungsangebote zurückgegriffen, wie sie am Lernzentrum der Fakultät von allen Tutorinnen bzw. Tutoren durchlaufen werden. Ein strukturiertes Trainingsangebot wird von Falchikov (2001) als Schlüssel bezeichnet, um Studierende dabei zu unterstützen, gute Peer-Tutorinnen bzw. Peer-Tutoren zu werden. Dabei ist zu bedenken, dass sie im Rahmen des peergestützten Lehrens und Lernens in einer Doppelrolle gefordert sind: Sie sind nicht allein Lernende, sondern gleichermaßen als eine Art Lehrende gefordert („tutors as mini-teachers“). Angehenden Peer-Tutorinnen und Peer-Tutoren mangelt es aber oftmals an Selbstvertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zu lehren, weshalb sie eine Unterstützung bei der Entwicklung der Lehrendenrolle benötigen (Bené/Bergus 2014).

Es besteht daher Konsens, dass Peer-Tutorinnen bzw. Peer-Tutors sowohl inhaltlich-fachlich als auch didaktisch-methodisch auf ihre Aufgaben vorbereitet werden sollten (Rometisch 2008; Görts 2011; Knauf 2013; Kröpke/Ladwig 2013). Beide Aspekte ausgewogen anzubieten und in Qualifizierungsangeboten zu berücksichtigen, dabei aber stets die beteiligten Studierenden und ihre Lernbedürfnisse im Blick zu haben, stellt hohe Anforderungen (Falchikov 2001). Klassischerweise werden in der Qualifizierung von studentischen Tutorinnen bzw. Tutoren neben den jeweiligen fachbezogenen Inhalten folgende Themen angesprochen: Die Tutorinnenrolle und der Rollenwechsel vom Studierenden zur Tutorin bzw. zum Tutor, Moderieren, Präsentieren, Gruppenprozesse, Feedback geben und nehmen, Umgang mit schwierigen Gruppensituationen bzw. Konfliktmanagement. An medizinischen Fakultäten in Deutschland bewegen sich Qualifizierungsangebote für Peer-Tutorinnen bzw. Peer-Tutoren meist in einem zeitlichen Rahmen von 10 - 20 Stunden (Blohm 2015).

Das Konzept für die Qualifizierung des Tutorenteams für die interprofessionellen Tutoren wurde von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin in Anlehnung an entsprechende Empfehlungen für Tutorien im Hochschulbereich und in der medizinischen Lehre entwickelt und für die Projektzwecke um den Aspekt des Team-Teaching ergänzt. Dabei wurden einschlägige Empfehlungen zugrunde gelegt (Ross/Cameron 2007; Blohm et al. 2015; Knauf 2012; Kröpke 2015; Rometsch/Moßner 2012). Konkret mussten zwei vierstündige Basisschulungen zu folgenden Themen durchlaufen werden: Kennenlernen- und Einstiegsphasen in Gruppen; Moderation und Präsentation in Tutorien; Feedback geben und nehmen in Lerngruppen; Grundlagen über Gruppenprozesse, Umgang mit schwierigen Gruppensituationen bzw. Konfliktmanagement; Reflexion der Tutorenrolle; Methoden zur Veranstaltungsauswertung. Außerdem wurden entsprechende Sequenzen aus den Tutorien in Form des sogenannten Micro-Teaching vorbereitet. Ergänzt wurden die Basisschulungen nach Bedarf der Tutorinnen bzw. Tutoren durch weitere Angebote des Lernzentrums der Charité, darunter beispielsweise eine Schulung zum Einsatz von Simulationspatientinnen bzw. Simulationspatienten in der Lehre. Dieser methodische Zugriff wurde in einem der **interTUTs** eingesetzt. Darüber hinaus hatten die Tutorinnen bzw. Tutoren Gelegenheit zur kollegialen Hospitation bei anderen, von in der Tutorenrolle erfahrenen Studierenden angeboten Tutorien am Lernzentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dies war insbesondere von Bedeutung, da studentisches Peer-Teaching im Ausbildungsgang Pflege und dem Studiengang Physio-/Ergotherapie nicht angeboten wird.

In der ersten Projektlaufzeit wurden insgesamt acht Tutorinnen bzw. Tutoren qualifiziert, davon jeweils drei aus der Medizin und Pflege und jeweils eine Studierende der Physio- und Ergotherapie. Die organisatorische Einarbeitung der Tutorinnen bzw. Tutoren am Lernzentrum wurde vom dort bestehenden Tutoren-Team übernommen.

5.3 Vorbereitung und Ausschreibung der Tutorien

Die interprofessionell zusammengesetzte Gruppe der Tutorinnen bzw. Tutoren entwickelte in regelmäßigen Treffen weitgehend eigenständig das inhaltliche Konzept und ein Durchführungsmanual für die extracurricularen Veranstaltungen sowie Strategien für deren Bewerbung. In dieser Arbeitsphase achtete die wissenschaftliche Projektmitarbeiterin auf die Einhaltung der Rahmenbedingungen und Projektvorgaben und unterstützte das Team wo notwendig fachlich sowie methodisch-didaktisch. Die einzelnen Lerneinheiten wurden nacheinander entwickelt, einzelne Sequenzen zunächst im Team-Teaching erprobt, anschließend als Pilotveranstaltung mit Teilnehmenden durchgeführt und nach Auswertung der Rückmeldungen von Lehrenden und Lernenden im Bedarfsfall überarbeitet.

Die Vorbereitung und Einführung von Tutorien stellt eine besonders sensible Phase bei diesem Lehr- und Lernformat dar, insbesondere wenn es sich nicht um eine Pflichtveranstaltung, sondern um ein freiwilliges Angebot handelt. Es war daher wichtig, Studierende für eine Teilnahme am interprofessionellen Peer-Teaching und Peer-Learning eigens zu motivieren und entsprechende Anreize zur Teilnahme zu setzen. Die Rekrutierung der Teilnehmenden für die extracurricularen Tutorien war vorrangig Aufgabe des Tutorenteams. Unterstützt wurden diese Anstrengungen durch die Kooperationspartner, d. h. die Vertreterinnen bzw. Vertreter der ASH und der Gesundheitsakademie. Für die Gewinnung von Teilnehmenden wurden verschiedene Informationskanäle genutzt, darunter ein Email-Verteiler der Kurse und studentischen Fachschaften, eine Dozenteninfo in den beteiligten Einrichtungen, eine Facebook-Präsenz, Flyer und Aushänge in den beteiligten Einrichtungen, Newsletter und persönliche Kontakte. Die größte Wirkung ging dabei von der direkten Ansprache der Studierenden, Schüler und Schülerinnen über den Email-Verteiler aus.

Im Anschluss an die Rekrutierung mussten geeignete und arbeitsfähige Kleingruppen zusammengestellt und die Arbeit in den Gruppen selbst möglichst attraktiv gestaltet werden, was ebenfalls in der Verantwortung der Koordinationsgruppe lag. Eine dabei zu bewältigende logistische Herausforderung bestand darin, dass die interprofessionellen Tutorien im Team-

Teaching von jeweils zwei Tutorinnen bzw. Tutoren aus mindestens zwei Ausbildungsgängen angeboten werden sollten. Zudem wurde als Voraussetzung vereinbart, dass die Tutorien nur dann stattfinden sollten, wenn Teilnehmende aus mindestens 2 Berufsgruppen zu dem Tutorium angemeldet waren. Dies erforderte einen aufwändigen Anmeldeprozess, der bei diesem interprofessionellen Vorhaben aber nur schwerlich vermieden werden kann.

6. Projektergebnisse

Die zuvor geplanten Maßnahmen konnten im Projektzeitraum erfolgreich umgesetzt werden. Dazu gehört an erster Stelle die konzeptionelle Entwicklung, didaktisch-methodische Ausgestaltung und routinemäßige Durchführung mehrerer peergestützter interprofessioneller Tutorien. Nach jeweils einer Pilotdurchführung wurde die Rückmeldung der das Tutorium durchführenden Tutorinnen bzw. Tutoren und der Teilnehmenden ausgewertet und mit der Koordinierungsgruppe der Lehrenden beraten. Nach einer entsprechenden Überarbeitung durch das Tutorenteam konnten die **interTUTs** mit geringfügigen organisatorischen Änderungen schließlich in das Regelangebot übernommen werden (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Kurzprofil der interprofessionellen **interTUT**-Tutorien

Nr.	Titel	Inhalt	Dauer	Größe
1	Voneinander übereinander lernen	Rollen und Verantwortungsbereiche: Interprofessioneller Austausch über Vorurteile, Tätigkeitsfelder, Schnittstellen und berufliche Zusammenarbeit	150-180 Min.	5-15 TN
2	Konflikt erkannt, Konflikt gebannt	Kommunikation: Bedeutung und Reflexion von Kommunikationsebenen, Konfliktsituationen und gelungener Kommunikation in der interprofessionellen Teamarbeit	150-180 Min.	5-15 TN
3	Gemeinsam stark	Teamarbeit: Gemeinsame fallbezogene Analyse von Schnittstellen und Tätigkeitsschwerpunkten der Gesundheitsberufe (mit Einsatz eines Simulationspatienten-Szenarios) in Befunderhebung und Behandlungsplanung	150-180 Min.	5-15 TN
4	Open Skills Lab	Praktische Fertigkeiten: Einüben von Kompetenzen für die Zusammenarbeit durch das gemeinsame Erlernen von praktischen, berufsrelevanten Fertigkeiten von- und miteinander	240-300 Min.	4-15 TN

Jedes Tutorium wurde in der Regel einmal monatlich angeboten. Als Herausforderung erwies sich dabei, passende Zeitfenster für alle beteiligten Ausbildungsgänge zu finden. In Prüfungszeiträumen und vorlesungsfreien Zeiten war die Nachfrage nach den interprofessionellen Tutorien erwartungsgemäß eher gering. Dementsprechend wurde in diesen Zeiträumen das Angebot reduziert. Gemeinsam mit den Kooperationspartnern wurden verschiedene Zeitfenster getestet und die Nachfrage ausgewertet. Als Ergebnis werden die Tutorien wechselnd an verschiedenen Wochentagen sowie Samstagsvormittags angeboten.

Nach bzw. begleitend zur Entwicklung der Tutorien wurden von Mitte Juni 2014 bis Mitte Juli 2015 insgesamt 12 Tutorien durchgeführt, an denen insgesamt 74 Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen teilnahmen. Der Blick auf die Statistik der Teilnehmenden belegt, dass vor allem Studierende der Humanmedizin sowie Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege erreicht wurden. Diese Verteilung entspricht der im Vergleich größeren Anzahl an Studien- bzw. Ausbildungsplätzen in diesen beiden Berufen (vgl. Tabelle 4). Damit ein Termin stattfinden konnte, mussten sich Teilnehmende aus mindestens zwei Berufsgruppen angemeldet haben.

Die Tabelle zeigt, dass es gelungen ist, durchschnittlich 2-3 Berufsgruppen mit dem Angebot zu erreichen. An einem Termin alle vier beteiligten Berufsgruppen zu erreichen, ist nur an zwei der insgesamt 12 Termine gelungen.

Tabelle 4: Termine der Tutorien & Zusammensetzung der Teilnehmenden nach Gesundheitsprofessionen

Tutorium Nr.	Datum	Beteiligte Ausbildungsgänge	Studiengang Humanmedizin	Ausbildungsbereich Pflege	Studiengang Pflege	Studiengang PT/ET	Studiengang Medizinpädagogik	Studiengang Logopädie	keine Angabe	Teilnehmer/ innen Gesamt
1. Voneinander über- einander ler- nen	27.06.2014	3-4	0	2	0	3	0	1	1	7
	14.08.2014	3-4	4	2	0	0	1	0	1	8
	07.11.2014	2	0	3	0	1	0	0	0	4
	05.12.2014	2-3	1	5	0	0	0	0	1	7
	13.03.2015	1	0	0	0	2	0	0	0	2
	03.07.2015	2	1	0	0	1	0	0	0	2
2. Konflikt er- kannt, Kon- flikt ge- bannt	08.11.2014	3	2	2	1	0	0	0	0	5
	06.12.2014	2-3	0	4	0	2	0	0	1	7
	09.01.2015	3	5	1	1	0	0	0	0	7
3. Gemeinsam stark	24.04.2015	2	2	0	3	0	0	0	0	5
4. Open Skills Lab	25.04.2015	3	4	0	2	5	0	0	0	11
	20.06.2015	3-4	3	0	3	2	0	0	1	9
Gesamt	12 Termine		22 (28%)	19 (26%)	10 (14%)	16 (22%)	1	1	5	74 (100%)

Wie geplant, wurde der Ablauf der vier themenverschiedenen Tutorien in Form eines „Manuals“ schriftlich aufbereitet und dokumentiert. Das Manual, das konkrete Lernziele, Materialien, Vorbereitungszeit und Zeitplanung enthält, ist in diesem Working Paper veröffentlicht. Die Arbeitsergebnisse des Kooperations- und Entwicklungsprojekts **interTUT** können somit an anderen Standorten aufgegriffen und als Anregung für die Einführung peergestützter interprofessioneller Tutorien genutzt werden.

7. Evaluation

Neben der begleitenden, externen Evaluation des Gesamtvorhabens „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ der Robert Bosch Stiftung (Nock 2016) wurde eine begrenzte interne Selbst-Evaluation des Projekts mit einem vorrangig formativen (d. h. am Prozess orientierten) und wissensgenerierenden Charakter durchgeführt. Von Interesse war dabei, inwieweit sich der Ansatz des Peer-Teaching auch für das interprofessionelle Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen eignet und welche hemmenden und fördernden Faktoren bei dessen Implementierung und Verstetigung identifiziert werden können. Ziel war es, basierend auf diesen Erkenntnissen Schlussfolgerungen für die dauerhafte Einführung interprofessioneller Tutorien sowie für deren mögliche Verschränkung mit den bestehenden Ausbildungscurricula und -programmen zu ziehen.

7.1 Methodische Hinweise

Sowohl die Entwicklung als auch die Durchführung der Tutorien wurde mit Blick auf ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hin evaluiert. Vor dem Hintergrund der Projektziele entschied sich die Projektgruppe, für die interne Evaluation ein paralleles Mixed-Methods-Design

einzusetzen. Damit sollte auch der Kontroverse um bzw. dem Mangel an geeigneten Bewertungsinstrumenten für einzelne Outcome-Parameter interprofessioneller Lernangebote begegnet werden (u.a. Oates/Davidson 2015; Reeves et al. 2015). Konkret wurde eine standardisierte und deskriptiv-statistisch ausgewertete Lehrevaluation bzw. Teilnehmerbefragung zur Kennzahlenerfassung und Zielerreichung durchgeführt, sowie – zur Reflexion individueller Lernerfahrungen – Fokusgruppen, die anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Bei der Durchführung der Erhebungen konnte auf die bestehende Infrastruktur des Lernzentrums (Kooperation mit Evaluationsbereich und Lernzielplattform) zurückgegriffen werden, da die Evaluation der Tutorien dort seit Jahren etabliert ist.

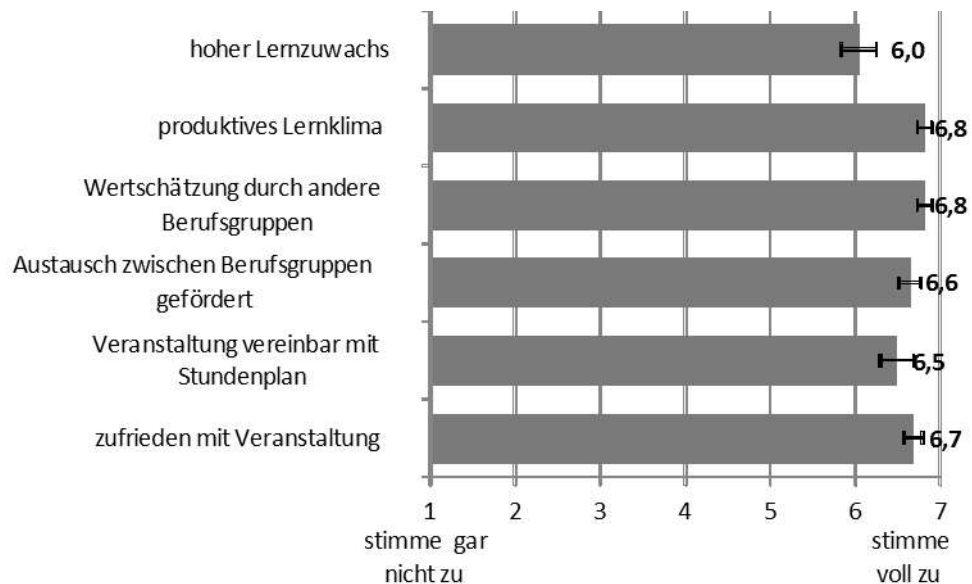
Kennzahlen, die erhoben wurden, bezogen sich auf die Anzahl der durchgeführten Tutorien, der Teilnehmenden, der qualifizierten Tutorinnen bzw. Tutoren sowie ggf. die Nachfrage nach weiteren Tutorien bzw. nach anderen Themen. Gefragt wurde ferner, ob die angestrebten Ziele klar waren und erreicht wurden, welche Lernvoraussetzungen die Teilnehmenden und die Tutorinnen bzw. Tutoren mitbrachten und wie das Lernklima innerhalb der Tutorien aus Sicht der Lernenden und Lehrenden beschaffen war. Von besonderem Interesse war die Frage nach der Zielerreichung bzw. dem individuellen Lerngewinn. In all diesen Fällen wurden Selbsteinschätzungen der Befragten erhoben.

7.2 Lehrevaluation

Am Ende eines jeden Tutoriums wurde ein standardisierter schriftlicher Fragebogen zur Lehrevaluation ausgegeben. Die auf diese Weise erhobenen Daten wurden anschließend deskriptiv-statistisch ausgewertet. Als Erhebungsinstrument wurde ein Evaluationsbogen zur Lehrevaluation zugrunde gelegt, wie er in den etablierten Tutorien für Medizinstudierenden am Lernzentrum der Charité üblicherweise verwendet wird (Charité 2015). Dieses Instrument wurde um spezifische Fragen zum Lerngewinn und zur Lernatmosphäre in den interprofessionellen Tutorien erweitert. Das Instrument umfasst 25 Items zur Organisation, zum Umfang und Inhalt des Tutoriums, zur empfundenen Unter- oder Überforderung während der Tutorien sowie zur Einschätzung der Bedeutung des Tutoriums für den jeweiligen Ausbildungsstand und das spätere Berufsleben. Bei den geschlossenen Items ist ein einheitliches Antwortformat von „stimme voll zu“ bis „stimme gar nicht zu“ auf einer 7-stufigen Skala vorgegeben. In offenen Fragen wird zudem abgefragt, was die Teilnehmenden in dem Tutorium gelernt haben und welche weiteren Themen sie sich für interprofessionelle Tutorien wünschen. Es wurde ein Rücklauf von 97 % (n=72 von 74) erreicht.

Insgesamt wurden die interprofessionellen Tutorien sehr positiv beurteilt (s. Abbildung 1). Die Zufriedenheit mit dem Tutorium hinsichtlich der Inhalte sowie die Aktivierung des Vorwissens durch die Tutorinnen und Tutoren wurden als sehr gut eingeschätzt. Die Tutorien haben den Teilnehmenden Spaß gemacht, sie waren sehr zufrieden mit dem Umfang der Tutorien, erachteten das Thema als wichtig für ihre Berufsgruppe, sie fühlten sich von den anderen Berufsgruppen wertgeschätzt und angeregt und ermutigt Fragen zu stellen. Die Tutorinnen bzw. Tutoren förderten den Austausch der Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen untereinander, moderierten den Lernprozess gut, stellten ein wertschätzendes Lernklima her, regten zur Mitarbeit an und gingen auf die Beiträge der Teilnehmenden ein. Diese fühlten sich von den anderen Teilnehmenden und von den Tutorinnen bzw. Tutoren ernst genommen. Auch der Lernzuwachs wird insgesamt positiv beurteilt. Während der Tutorien fühlten sich 19 % der Teilnehmenden unterfordert, 81 % fühlten sich weder über- noch unterfordert.

Abbildung 1: Bewertung der interprofessionellen Tutorien (n=72; arithmetisches Mittel und 95 % Konfidenzintervall)



Die Teilnehmenden hatten im Allgemeinen den Eindruck, im Lernzentrum willkommen zu sein. Sie stuften das Lernzentrum als gut erreichbar ein – dabei wird zu berücksichtigen sein, dass die beiden beteiligten Fachhochschulen am jeweils entgegengesetzten Stadtrand Berlins angesiedelt sind, während das Lernzentrum am Campus Charité Mitte und damit sehr zentral angesiedelt ist. Zur Organisation der Tutorien (Einschreibung, Uhrzeit etc.), sowie die Beschreibung der Tutorien im Rahmen der Werbemaßnahmen wurden konkrete Verbesserungsvorschläge zurückgemeldet.

Die Teilnehmenden haben die Inhalte der Tutorien als sehr wichtig für ihren Ausbildungsstand sowie ihr späteres Berufsleben angesehen. Bemerkenswert vielfältig und zahlreich äußerten sie sich dazu, was sie in den **interTUTs** gelernt haben. Genannt wurden insbesondere Informationen zu den verschiedenen Berufsgruppen, konkrete Inhalte der Tutorien, Empathie und Verständnis für andere Berufsgruppen, die Bedeutung von Kommunikation und Teamarbeit, aber auch Aspekte der persönlichen Weiterentwicklung, wie z. B. Denkanstöße zur Reflexion der eigenen beruflichen Entwicklung in der Zukunft.

Als weitere Themen wünschten sich die Teilnehmenden noch mehr über die anderen Ausbildungsgänge, Tätigkeitsbereiche und Arbeitsbedingungen zu erfahren. Zudem wurde angeregt, weitere Professionen bzw. Ausbildungsgänge in die interprofessionellen Tutorien einzubeziehen (z. B. Apothekerinnen bzw. Apotheker, Diätassistentinnen bzw. Diätassistenten). Gewünscht wurde zudem mehr fallbezogenes praktisches Arbeiten im interprofessionellen Team zu üben und konkrete Aufgabenverteilungen auszuhandeln. Zusätzliche Themenvorschläge für interprofessionelle Tutorien richteten sich z. B. auf den Umgang mit bestimmten Personengruppen, Mobbing, Umgang mit Gefährdungssituationen, Hygiene, Lagerung und Mobilisierung sowie ethische Fallbesprechungen.

7.3 Fokusgruppen

Im Frühjahr 2015 wurden zwei kleinere Fokusgruppen geplant und durchgeführt, um über die Lehrevaluation hinausgehend den Mehrwert der **interTUTs** auch mittels einer qualitativen Befragung beschreiben zu können. Die Zusammensetzung der Fokusgruppe der Tutorinnen bzw. Tutoren (n=3) und der Fokusgruppe der Teilnehmenden (n=5) war mit Blick auf die Berufszugehörigkeit heterogen. Der Formalisierungsgrad der Fokusgruppen war halbstrukturiert.

riert, d. h. es gab zwar einen Leitfaden, der aber je nach Gruppensituation flexibel eingesetzt wurde, um den Teilnehmenden größtmöglichen Freiraum für eigenständige Diskussion und Interaktion zu geben. Die Moderation für beide Focus Groups strebte ein mittleres bis niedriges Interventionslevel an; sie wurde in beiden Fällen von der wissenschaftlichen Projektmitarbeiterin durchgeführt. Inhaltlich wurde auf die wahrgenommenen Lernergebnisse, das Lernklima, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse fokussiert, wobei in beiden Gruppen vergleichbare Gesprächsimpulse gesetzt wurden. Die beiden am Lernzentrum der Charité durchgeführten Fokusgruppen erstreckten sich jeweils über ca. 90 Minuten, sie wurden audiotekhnisch aufgezeichnet und anschließend in ein Basistranskript umgewandelt. Auffälligkeiten im Verlauf wurden in einem Beobachtungsprotokoll festgehalten. Die Auswertung der reichhaltigen Daten erfolgte inhaltsanalytisch.

Trotz des eng begrenzten Teilnehmerkreises gewährten die Diskussionsrunden interessante Einblicke in die von den Studierenden bzw. Schülerinnen und Schülern wahrgenommenen Effekte der peergestützten interprofessionellen Tutorien. Übereinstimmend wurde von einer veränderten Haltung gegenüber den beteiligten Professionen gesprochen. Es wurde berichtet, dass die jeweils anderen Berufsgruppen neu und anders wahrgenommen wurden und insbesondere das Lernen voneinander und übereinander als große Bereicherung erlebt wurde. Aber auch die Gelegenheit zu haben, in den interprofessionellen Tutorien mehr über die Aufgaben, die Rollen, aber auch die Selbst- und Problemwahrnehmung der jeweils anderen Gesundheitsprofessionen erfahren zu können, wurde sehr geschätzt. Das miteinander Lernen wurde aus Sicht der Befragten insbesondere dadurch gefördert, dass die Gesamtverantwortung für die **interTUTs** bei den Studierenden, Schülerinnen bzw. Schülern selbst lag. Sie mussten sich einander annähern, sich verständigen und zu einer gemeinsamen Vorgehensweise finden, was nur durch gemeinsame und aufeinander abgestimmte Strategien der Problemlösung möglich war. Betont wurde von den Tutorinnen bzw. Tutoren wie auch von den Teilnehmenden in diesem Zusammenhang insbesondere die positive Lernatmosphäre in den Lehr- und Lerneinheiten, die von Verständnis, Offenheit und gegenseitigem Respekt geprägt war – eine Erfahrung, die in der Versorgungspraxis eher selten erlebt wurde.

Die Tutorien – so das Fazit der befragten Studierenden, Schülerinnen bzw. Schüler – waren ein geschützter Raum außerhalb der eigenen Ausbildungssituation und auch jenseits der Praxis, in dem neue und unbelastete Erfahrungen mit den jeweils anderen Berufsgruppen gesammelt werden konnten. Als Hemmnis wurde allenfalls die Tatsache angeführt, dass die Tutorien neben dem üblichen Studien- und Ausbildungsprogramm besucht werden mussten, was möglicherweise durchaus am Thema interessierte Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler von einer Teilnahme abhielt. Auch die Tatsache, dass womöglich nur die Studierenden und Schülerinnen bzw. Schüler an den Tutorien teilgenommen haben, die besonders motiviert und aufgeschlossen für das Thema interprofessionelle Zusammenarbeit waren, wurde als mögliches Hemmnis angesprochen. Betont wurde daher, dass grundsätzlich alle Studierenden und Schülerinnen bzw. Schüler im Laufe ihrer Ausbildung verpflichtend mit dem Thema Interprofessionalität konfrontiert werden sollten.

7.4 Limitationen

In dem gegebenen Rahmen war es nicht möglich, eine systematische Kontrolle der Effekte dieses peergestützten Lehr- und Lernformats im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs oder gar einer bildungswissenschaftlichen kontrollierten Studie durchzuführen. Dies bleibt späteren Untersuchungen vorbehalten. Auch sind die quantitativen Evaluationsdaten angesichts der begrenzten Zahl der im Projektzeitraum durchgeführten Tutorien und deren letztlich übersichtliche Teilnehmerzahlen nur bedingt aussagefähig. Die qualitative Befragung konnte die Evaluationsdaten zwar ergänzen, aber auch hier liegen nur begrenzte Daten vor. Auch wird zu berücksichtigen sein, dass sich die Evaluation im Wesentlichen auf die Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden aus den verschiedenen Ausbildungsgängen und Gesundheitspro-

fessionen bezieht. Gründe für die Nicht-Teilnahme konnten ebenso wenig erfasst werden, wie objektiv messbare Effekte der Teilnahme (z. B. Zuwachs an Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Abbau von Vorurteilen bzw. Akzeptanzzuwachs). Auch die Sichtweisen der professionell Lehrenden auf die mit den **interTUTs** erzielten Effekte zu eruieren, wäre interessant gewesen, konnten aber aufgrund der engen zeitlichen und personellen Ressourcen im Rahmen dieses Kooperations- und Entwicklungsprojekts nicht durchgeführt werden. Ungeachtet dessen, hat die Entwicklung, Erprobung und Evaluation Hinweise dafür geliefert, dass es sich bei den extracurricularen, peergestützten interprofessionellen Tutorien um eine vielversprechende und zugleich niederschwellige und insgesamt wenig aufwändige Maßnahme handelt, um das Lernen miteinander, voneinander und übereinander zu befördern. Dieses Lehr- und Lernformat sollte daher künftig intensiver und breiter erprobt und zugleich standortübergreifend bzw. multizentrisch weiter wissenschaftlich evaluiert werden, um die sich hier andeutenden positiven Effekte auf einer solideren Datengrundlage valide erfassen und fundiert beurteilen zu können.

7.5 Reflexion der Projektergebnisse

Das Kooperations- und Entwicklungsprojekt **interTUT** hatte es sich zum Ziel gesetzt, zu überprüfen, inwieweit sich der im Studium der Humanmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin bereits seit geraumer Zeit erfolgreich praktizierte Ansatz des peergestützten Lehrens und Lernens auch für das interprofessionelle Lehren und Lernen in den Gesundheitsprofessionen eignet. Im Idealfall sollten solche Tutorien dann an möglichst vielen Standorten – auch denen der hochschulischen und berufsfachschulischen Ausbildung von Gesundheitsfachberufen – angeboten werden, um ein interprofessionelles Lernen „miteinander, voneinander und übereinander“ zu ermöglichen.

Die bisherigen Ausführungen dürften verdeutlicht haben, dass dieses Kooperations- und Entwicklungsprojekt insgesamt als überzeugend und erfolgreich eingestuft werden kann. Davon zeugt nicht allein das große Interesse an den interprofessionellen Tutorien auf Seiten der Mitglieder der an diesem Projekt beteiligten Bildungseinrichtungen in Berlin sowie eine im Projektverlauf wachsende überregionale Aufmerksamkeit. Das Kooperations- und Entwicklungsprojekt **interTUT** konnte beweisen, dass es ohne aufwändige curriculare Anpassungsprozesse und mit begrenztem finanziellen und personellen Ressourceneinsatz schon heute möglich ist, interprofessionelle Begegnungs-, Lehr- und Lernräume auch über die Grenzen von unterschiedlichen Bildungseinrichtungen hinweg zu schaffen. Es bleibt zu hoffen, dass diese Anregung an vielen Standorten aufgegriffen und die Idee interprofessioneller Tutorien sich langfristig durchsetzen wird. Dabei können die folgenden, in der Projektumsetzungs- und Evaluationsphase in Berlin gewonnenen Lernerfahrungen womöglich hilfreich sein:

- Medizinische Fakultäten verfügen mit ihren Tutorienangeboten über langjährige positive Erfahrungen mit dem Ansatz des peergestützten Lehrens und Lernens, allerdings vorwiegend in monoprofessioneller Form. Diese Angebote für andere Gesundheitsprofessionen zu öffnen und somit interprofessionelle Begegnungsräume zu schaffen, könnte eine Bereicherung darstellen. Die hier erprobten Tutorien könnten dabei noch erweitert und variiert werden – etwa um andere Themen (z. B. ethische Kompetenzen) oder andere Formate (z. B. Tutorien für nur 2 Berufe, interprofessionelle Tutorien mit Simulation für die Notfallversorgung, interprofessionelle Nutzung des SkillsLab). Zugleich sind die (hoch-)schulischen Ausbildungseinrichtungen für andere als ärztliche Gesundheitsprofessionen aufgerufen, die guten Erfahrungen mit peergestützten Lehr- und Lernprozessen aufzugreifen und auch in ihren Ausbildungsgängen Tutorien zum selbstgesteuerten Lehren und Lernen zu unterschiedlichsten Themen einzuführen. Idealerweise könnten sich dabei unterschiedliche Hochschulen, Fakultäten und Berufsfachschulen zusammenschließen und ein organisationsübergreifendes interprofessionelles Lehr- und Lernangebot entwickeln und vorhalten.

- Die Planung eines extracurricularen Angebots hat sich bewährt, um interprofessionelles Lehren und Lernen unter den hierzulande gegebenen Bedingungen vergleichsweise leicht und niedrigschwellig in die Ausbildung der verschiedenen Gesundheitsprofessionen zu integrieren. Aufwändige und zum Teil nur über langwierige Verwaltungsverfahren mögliche Eingriffe in die Ordnungsmittel (Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, Lehrpläne, Bildungsstandards, Curricula etc.) können so zunächst umgangen und unbürokratisch thematische Leerstellen in den jeweiligen Ausbildungsprogrammen gefüllt werden. Der langfristige, strukturelle Anpassungsbedarf in der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen soll damit aber nicht in Abrede gestellt werden. Um künftig alle Studierenden und Schülerinnen bzw. Schüler erreichen zu können ist die Integration interprofessioneller Lehr- und Lernphasen in die jeweiligen Ordnungsmittel auf lange Sicht unumgänglich. Allerdings können auch dabei interprofessionelle Tutorien als ein Angebot – etwa im Wahl- oder Wahlpflichtbereich – mitgedacht und über Äquivalenz- oder Anrechnungsverfahren in bestehende Ausbildungsprogramme integriert werden.
- Trotz des niedrigschwelligen Charakters ist das Angebot peergestützter interprofessioneller Tutorien nicht voraussetzungslos. Zum einen werden kontinuierlich personelle Ressourcen für die fachliche Begleitung der Aktivitäten von Studierenden und Schülerinnen bzw. Schülern, die Qualifizierung von Tutorinnen und Tutoren sowie gelegentlichen Beratungsbedarf vorzuhalten sein. Zum anderen erfordert die institutions- und professionsübergreifende Zusammenarbeit Aufgeschlossenheit und Engagement der verschiedenen, an einem solchen Projekt beteiligten Institutionen und verantwortlichen Personen. Die Förderung interprofessionellen Lehrens und Lernens ist eine zentrale Führungsaufgabe, die von den jeweiligen Einrichtungsleitungen und Professionsvertretern entschlossen angegangen und im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten unterstützt werden muss, um erfolgreich sein zu können. Aus der Projekterfahrung heraus empfiehlt es sich daher, bei der Zusammensetzung einer Projektgruppe die Bereitschaft und Offenheit potenzieller Kooperationspartner für die Idee peergestützter interprofessioneller Tutorien als zentrales Auswahlkriterium heranzuziehen.
- Die hier erprobten peergestützten interprofessionellen Tutorien sind nicht in erster Linie aufgrund der dabei von den Studierenden und Schülerinnen bzw. Schülern gewählten Themen oder der darauf bezogenen Lernerfolge bemerkenswert. Weitaus wichtiger erscheint, dass damit ein offener Begegnungsraum für die verschiedenen Gesundheitsprofessionen geschaffen wurde. Eben dies – das zeigt die Evaluation – wurde in besonderer Weise geschätzt. Auch wenn hierzu weitere Forschung notwendig ist, schien in diesem Zusammenhang selbst das ansonsten viel beklagte Bildungsgefälle zwischen der Medizin einerseits und den anderen als ärztlichen Gesundheitsberufen andererseits keine erkennbar negativen Auswirkungen gehabt zu haben. Solche offenen Begegnungs-, Lehr- und Lernräume auch über die Grenzen von Bildungsniveaus und Organisationen oder auch regionalen Standorten hinweg zu schaffen, dürfte sich demnach als lohnende Strategie des interprofessionellen Lehrens und Lernens erweisen.
- Heterogenität in den Lernvoraussetzungen der Teilnehmenden oder in der professionellen Herkunft ist zugleich Chance und Risiko für peergestützte interprofessionelle Tutorien. Einerseits hat sich gezeigt, dass die Tutorinnen bzw. Tutoren damit in der konkreten Lehr- und Lernsituation gut zurechtgekommen sind und in Abhängigkeit von den jeweiligen Themen einen Ausgleich zwischen den Teilnehmenden herstellen konnten – trotz unterschiedlichen Wissensstands oder auch professioneller Perspektiven und Relevanzkriterien. Dazu haben sicherlich auch die begrenzte Teilnehmerzahl der Tutorien und deren auf Kommunikation und Austausch angelegte Gestaltung beigetragen. Ungeachtet dessen waren die Tutorinnen bzw. Tutoren durch die Heterogenität der Teilnehmenden in besonderer Weise gefordert. Überhaupt stellt diese Rolle besondere Anforderungen, weshalb insbesondere die Qualifizierung und möglichst langfristige Einbindung von Tutorinnen bzw. Tutoren künftig besondere Aufmerksamkeit verdient. Dies könnte auch

dazu beitragen, die in dem Kooperations- und Entwicklungsprojekt beobachtete Fluktuation im Tutorenteam einzudämmen und ein möglichst hohes Maß an personaler Kontinuität zu erzielen.

Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, dass mit dem Kooperations- und Entwicklungsprojekt **interTUT** neben den hier beschriebenen Effekten zwischenzeitlich auch strukturelle Wirkungen erzielt werden konnten. Angeregt durch die Robert Bosch Stiftung haben sich die Projektpartner für die zweite Projektphase gemeinsam mit den Verantwortlichen für das ebenfalls an der Charité angesiedelte Projekt INTER-M-E-P-P zusammengeschlossen und ein Netzwerk für interprofessionelles Lehren und Lernen sowie interprofessionelle Praxis in Berlin gegründet. Regelmäßige Treffen – auf der Arbeits- und Leitungsebene, auch mit den beteiligten Hochschulleitungen – und eine abgestimmte Strategie sollen künftig dazu beitragen, dass Thema gemeinsam in die Öffentlichkeit zu tragen, die nachhaltige Implementierung der im Rahmen der beiden Kooperations- und Entwicklungsprojekte erprobten Maßnahmen zu gewährleisten und weitere Überlegungen zur Förderung von interprofessioneller Aus-, Fort- und Weiterbildung und kooperativer Praxis im Land Berlin anzustellen. Wenn gleich die Bedingungen an anderen Standorten und in anderen Bundesländern kaum mit denen im Stadtstaat Berlin vergleichbar sein dürften, könnte dies ebenfalls als Anregung für professions- und organisationsübergreifende Initiativen der Zusammenarbeit auch andernorts dienen.

Literatur

Behrend R (2014): Gemeinsam Lernen. *alice Magazin*, 28: 55.

Benè KL, Bergus G (2014): When learners become teachers: a review of peer teaching in medical student education. *Fam Med*. 2014 Nov-Dec;46(10):783-7.

Bennett D, O'Flynn S, Kelly M (2015): Peer assisted learning in the clinical setting: an activity system analysis. *Adv in Health Sci Educ* 20(), 595-610

Blohm MLJ, Branchereau S, Krautter M, Köhl-Hackert N, Jünger J, Herzog W, Nikendei C (2015): Peer-Assisted Learning (PAL) im Skills-Lab – eine Bestandsaufnahme an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland. *GMS Z Med Ausbild* 32(1)

Bohrer A, Heinze C, Höppner H, Behrend R, Czakert J, Hitzblech T, Kaufmann I, Maaz A, Rübiger J, Peters H (2016): Berlin bewegt sich: Interprofessionelles Lehren und Lernen von Studierenden der Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege (INTER-M-E-P-P). *GMS J Med Educ* 2016; 33(2): Doc34 (20160429).

Buchholz I, Gerlich M, Hoffmann W, Kohlmann T (2016): Studentische Tutoren in der Community Medicine. Ein Erfahrungsbericht. In: Die Rektorin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (Hg.): Greifswalder Beiträge zur Hochschullehre. Qualifizierung und Professionalisierung für polyvalente Lehre. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Burgess A, McGregor D, Melis C (2014): Medical students as peer tutors: a systematic review. *BMC Medical Education* 14(1): 115. doi: 10.1186/1472-6920-14-115

Canadian Interprofessional Health Collaborative CIHC Working Group. (2012). An inventory of quantitative tools measuring interprofessional education and collaborative practice outcomes. Final report.

Charité – Universitätsmedizin Berlin (o.J.): Tutorien. Evaluation. URL: http://aco.charite.de/lehrende/lernzentrum/tutorien/evaluation_der_tutorien/. [15.11.2015]

Czakert J (2014): An einem Strang für die Gesundheit. Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege. *EHB Spiegel*, 26(1).

- INTERMEPP Team (2014). Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege. *Pt Zeitschrift*, 66(5): 83.
- Falchikov, N (2001): *Learning together: Peer tutoring in higher education*, Psychology Press. London/New York: Routledge.
- Gill D, Parker C, Spooner M, Thomas M, Ambrose L, Richardson J (2006): *Tomorrow's Doctors and Nurses: Peer assisted learning*. *The Clinical Teacher* 3(1), 13-18.
- Görts W (Hg.) (2011): *Tutoreneinsatz und Tutorenausbildung. Studierende als Tutoren, Übungsleiter, Mentoren, Trainer, Begleiter und Coaches – Analysen und Anleitung für die Praxis*. Bielefeld: UVW Univ.-Verlag Webler.
- Glynn LG, MacFarlane A, Kelly M, Cantillon P, Murphy AW (2006): *Helping each other to learn – a process evaluation of peer assisted learning*. *BMC Medical Education* 6:18, DOI: 10.1186/1472-6920-6-18
- Henning JM, Weidner TG, Marty MC (2008): *Peer Assisted Learning in Clinical Education: Literature Review*. *Athletic Training Education Journal* 3, 84-90
- INTERMEPP Team (2014): *Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege*. *Pt Zeitschrift*, 66(5): 83.
- IPEC - Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice Report of an expert panel*. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
- Knauf, H (2013): *Tutorenhandbuch. Einführung in die Tutorenarbeit*. Bielefeld: UVW Univ.-Verlag Webler.
- Kröpcke H (2015): *Tutorienerfolgreich im Einsatz. Ein praxisorientierter Leitfaden für Tutoren und Tutorentrainer*. Opladen & Totonto: Verlag Babara Budrich.
- Kröpcke, H , Ladwig A (Hg.) (2013). *Tutorienarbeit im Diskurs : Qualifizierung für die Zukunft*. Berlin [u.a.]: LIT-Verlag.
- Micari M, Streitwieser B, Light G (2006): *Undergraduates Leading Undergraduates: Peer Facilitation in a Science Workshop Program*. *Innovative Higher Education* 30(4), 269-288
- Nock L (2016): *Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsberufen*. Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Zusammenfassung_Evaluation_Operation-Team.pdf
- Oates M, Davidson M (2015): *A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education*. *Medical Education* 2015: 49: 386–398 doi:10.1111/medu.12681
- Olson R, Bialocerkowski A (2014): *Interprofessional education in allied health: a systematic review*. *Med Educ*. 2014;48(3):236–246. DOI: 10.1111/medu.12290
- Reeves S, Boet S, Zierler B, Kitto S (2015): *Interprofessional education and practice guide No. 3: Evaluating interprofessional education*. *Journal of interprofessional care*, 29(4), 305-312.
- Renkl A (1997): *Lernen durch Lehren. Zentrale Wirkmechanismen beim kooperativen Lernen*. Wiesbaden: DUV – Deutscher-Universitäts-Verlag.

Rometsch U, Moßner S (2012). Leitfaden für Tutorinnen und Tutoren – Ein Best-Practice-Band. Technische Universität Berlin - Zentraleinrichtung Wissenschaftliche Weiterbildung und Kooperation (ZEWK). URL: https://www.zewk.tu-berlin.de/fileadmin/f12/Downloads/WB/Train_the_Tutor/Leitfaden_3._Ausgabe_ZEWK.pdf

Ross MT, Cameron HS (2007): Peer assisted learning: a planning and implementation framework: AMEE Guide no. 30. Med Teach. 2007;29(6):527-545. DOI: 10.1080/01421590701665886

Tenorth HE, Tippelt R (Hg.) (2012): Beltz Lexikon Pädagogik. Weinheim: Beltz

Topping, K J (1996): The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A typology and review of the literature. Higher education, 32(3), 321-345.

Topping K, Ehly, S (1998): Introduction to peer-assisted learning. Peer-assisted learning, 1, 1-23.

WHO – World Health Organization (2010): Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO.

Wood LN, Breyer YA (2017): Success in higher education. Transitions to, within and from University. Singapore: Springer Nature

interTUT – Manual zur Durchführung interprofessioneller Tutorien

Johannes Abert, Juliane Bönecke, Marie-Michelle Gross, Pauline Lippmann, Sarah Oswald, Louise Putze, Annika Wolfsberger, Kathrin Reichel

Vorbemerkung

Das an der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführte und von der Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Förderprogramms „Operation Team“ geförderte Kooperations- und Entwicklungsprojekt **interTUT** verfolgte unterschiedliche Ziele. Im Kern ging es jedoch darum, peergestützte Lehr- und Lernveranstaltungen zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, in denen Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen Gelegenheit erhalten, „miteinander, voneinander und übereinander“ zu lernen (vgl. Thistlethwaite 2012). Auf diese Weise sollen sie besser auf die Herausforderungen einer zunehmend komplexer und anspruchsvoller werdenden Versorgungspraxis vorbereitet werden.

Orientiert an den konzeptionellen Grundüberlegungen für dieses Kooperations- und Entwicklungsprojekt wurde das didaktisch-methodische Konzept für die interprofessionellen Tutorien von den beteiligten Studierenden der Humanmedizin, der Physio- und Ergotherapie sowie von Studierenden und Schülerinnen bzw. Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege eigenständig entwickelt. Die wissenschaftliche Projektkoordination hat dabei lediglich beratend und unterstützend mitgewirkt, nicht jedoch auf die didaktisch-methodische Gestaltung oder Durchführung der **interTUTs** Einfluss genommen. Auch das hier dokumentierte Manual wurde von der Arbeitsgruppe der Tutorinnen und Tutoren eigenverantwortlich erstellt und für die Veröffentlichung lediglich redaktionell überarbeitet.

Das hiermit vorgelegte Manual zur Durchführung interprofessioneller Tutorien soll Studierende und Schülerinnen bzw. Schülern aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen zur Nachahmung anregen und bei der Vorbereitung und Durchführung solcher peergestützten Lehr- und Lernveranstaltungen unterstützen. Die Struktur und Gliederung der Materialien mit Lernzielen, Raum- und Materialanforderungen, Vorbereitungszeit, geeigneter Teilnehmeranzahl und Ablaufbeschreibung mit Zeitangaben orientieren sich an den Vorlagen, die sich für die Tutorien am Lernzentrum der Charité – Universitätsmedizin bewährt haben. Diese pädagogischen Überlegungen sollen Orientierung bieten, aber keinesfalls einengen. Je nach Standort, den gegebenen Rahmenbedingungen, den beteiligten Gesundheitsprofessionen oder nach thematischen Interessen ist eine Abwandlung oder Anpassung notwendig und sogar geboten. Auch eine thematische Erweiterung oder die Bearbeitung von Versorgungssituationen und Fällen jenseits des Alltags eines Akutkrankenhauses sind sicher notwendig und angezeigt.

Die Veröffentlichung ist mit der Hoffnung verbunden, dass **interTUTs** an möglichst vielen Standorten, an denen heute Gesundheitsprofessionen ausgebildet werden, eingerichtet und erprobt werden. Die engagierte Zusammenarbeit über die Grenzen von Universitäten, Fachhochschulen, Berufsfachschulen und praktischen Ausbildungseinrichtungen hinweg sollte zur Selbstverständlichkeit werden. Heute noch vorhandene strukturelle Hindernisse gegen ein gemeinsames Lehren und Lernen unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen sollten langfristig überwunden werden. Wir hoffen, dass möglichst viele Studierende, Schülerinnen und Schüler der verschiedenen Gesundheitsprofessionen diese Anregungen aufgreifen und sich für ein gemeinsames Lehren und Lernen „miteinander, voneinander und übereinander“ stark machen, um künftig besser auf die nur in interprofessioneller Zusammenarbeit zu bewältigenden Herausforderungen in der Versorgungspraxis vorbereitet zu sein.

interTUT – kooperativ lernen, lehren und arbeiten

Manual zur Durchführung interprofessioneller Tutorien für Gesundheitsprofessionen⁸



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

professionsübergreifende Teamarbeit im Gesundheitsbereich verlangt kooperatives Lernen, Lehren und Arbeiten. Hierfür wurden im Rahmen des an der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführten Kooperations- und Entwicklungsprojektes **interTUT** vier interprofessionelle Tutorien von und für Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler verschiedener Gesundheitsprofessionen entwickelt und erprobt. Dieses Manual dokumentiert das Ergebnis dieses Arbeitsprozesses, es gibt Hinweise und Tipps zur Durchführung und stellt erprobte Materialien zur Gestaltung einzelner Übungen vor. Inhaltlich beschäftigen sich die Tutorien 1 und 2 mit Grundlagen für die interprofessionelle Zusammenarbeit, in den Tutorien 3 und 4 werden praxisnahe „Skills“ erlernt und reflektiert. Grundsätzlich sollen sich Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler in den interprofessionellen Tutorien stets gleichberechtigt, partnerschaftlich und auf Augenhöhe begegnen – ganz gleich ob als Tutorin bzw. Tutor oder als Teilnehmerin bzw. Teilnehmer – und auch unabhängig davon, für welche Gesundheitsprofession sie auf welchem Niveau ausgebildet werden. Bei all dem darf die Freude am Kennenlernen und am kooperativen Lehren, Lernen und Arbeiten nicht zu kurz kommen. Das **interTUT** Team wünscht daher viel Spaß und Erfolg beim gemeinsamen Ausprobieren.

Erläuterung der verwendeten Symbole:



Tipps, Hinweise oder Empfehlungen für die Durchführung



Empfohlener zeitlicher Rahmen für die einzelnen Aufgaben



Notwendige Materialien, Beispiele für Ergebnisdokumentation

⁸ Alle Bildrechte für die in diesen Beitrag verwendeten Fotos und Grafiken aus den interprofessionellen Tutorien liegen bei den Verfassern.

interTUT 1

Miteinander, voneinander, übereinander lernen
Unterschiede kennen, Gemeinsamkeiten stärken

Worum geht es?

Um Rollen und Verantwortungsbereiche von Ergotherapeutinnen bzw. Ergotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Gesundheits- und Krankenpflegern, Medizinerinnen bzw. Mediziner sowie Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten⁹.

Wer kann mitmachen?

Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler der Ergotherapie, der Gesundheits- und Krankenpflege, der Medizin und der Physiotherapie unabhängig vom jeweiligen Stand ihrer Ausbildung.

Was ist das Ziel?

Ein spannender Tag mit neuen Sichtweisen, interprofessionellem Verständnis und vielleicht einem in Zukunft ganz anderen Blick für den bevorstehenden Praxisalltag.

Dauer des Tutoriums

150 - 180 Minuten

Gruppenstärke

5 bis 15 Teilnehmende in interprofessioneller Zusammensetzung mit zwei Tutorinnen bzw. Tutoren aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen; d. h. mindestens zwei Berufsgruppen bzw. Ausbildungsrichtungen sind vertreten.

Raum

Seminarraum oder größerer Kleingruppenraum (ein großer Raum, zwei kleine Räume je nach Gruppenstärke).

Vorbereitungszeit

30 Minuten

Medien und Materialien

Bunte Stifte, Plakate, kleine bunte Zettel (4 Farben), 1 Flipchart, Pinnwände, Fotokamera zur Ergebnissicherung

Lernziele









Die Teilnehmenden

- lernen verschiedene Gesundheitsprofessionen, deren jeweilige Rollen und Verantwortungsbereiche kennen,
- erläutern exemplarisch Gemeinsamkeiten und charakteristische Besonderheiten der jeweiligen Gesundheitsprofessionen,
- reflektieren berufliche Selbst- und Fremdbilder,

⁹ Diese Gesundheitsprofessionen waren an **interTUT** beteiligt, selbstverständlich können hier – je nach Standort und regionaler Verfügbarkeit – auch andere oder weitere Gesundheitsprofessionen hinzugezogen oder berücksichtigt werden.

- entwickeln im interprofessionellen Austausch Verständnis für die Tätigkeitsfelder der jeweils anderen Gesundheitsprofessionen und können Schnittstellen der Tätigkeitsfelder für die berufliche Zusammenarbeit beschreiben.

Ablauf interTUT 1

- Begrüßung Vorstellung der Tutorinnen bzw. Tutoren und des Tutoriums, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden, ggf. unter Zuhilfenahme eines Spiels.
-  10 Minuten
- Einführung Ablauf des Tutoriums und Organisatorisches erklären; Kurz den Inhalt des Tutoriums erläutern: dass es um Vorurteile geht, welche wir gemeinsam provozieren, besprechen, reflektieren und beseitigen wollen.
-  Bitte berücksichtigen, dass es hierbei zu Verletzungen oder Kränkungen einzelner Personen und einer (ungewollten) Abwertung einzelner Gesundheitsprofessionen kommen kann. Dies ist zu vermeiden!
-  5 - 10 Minuten
- Aufgabe A Die Anderen – Was denkst Du eigentlich über die verschiedenen Berufsgruppen?
- Die Teilnehmenden schreiben Assoziationen, Gedanken und Meinungen zu jeder Gesundheitsprofession auf jeweils zugeordnete kleine bunte Karten (5 Min).
- Die Karten werden gemischt unter den Teilnehmenden verteilt.
- Jede bzw. jeder erhält eine beschriebene Karte pro Gesundheitsprofession eines anderen Teilnehmenden.
- Es gibt dann Gelegenheit für Diskussion über die Ergebnisse auf den Karten. Dazu werden die Stichworte auf den Karten an einer Pinnwand, den einzelnen Berufsgruppen nach angeordnet, gesammelt und gemeinsam reflektiert und hinterfragt.
-  Bei einer Gruppenstärke >8 wird die Gruppe in zwei Kleingruppen aufgeteilt! Die Diskussion wird in den Kleingruppen geführt, je 4(+) Teilnehmende und eine Tutorin bzw. ein Tutor. Die Karten werden gemischt und gleichmäßig auf die Gruppen aufgeteilt
-  Siehe hierzu Fotodokumentation (Anhang 1)
-  30 Minuten
- Aufgabe B Traumvorstellungen – Welche Wünsche habt ihr an die jeweiligen Gesundheitsprofessionen?
- Die Teilnehmenden sollen sich professionsspezifisch zusammenfinden. Jede Gruppe erhält jeweils ein Plakat zu den anderen anwesenden Gesundheitsprofessionen. Die Gruppen sollen die Plakate mit ihren Wünschen und Ansprüchen an die jeweils anderen Berufsgruppen beschriften. Die Plakate werden für die anschließende Aufgabe eingesammelt.
-  Mögliche Plakatüberschriften könnten sein: Was macht eine gute Pflegekraft aus? Ich wünsche mir eine Ärztin, die..., Mein Traumphysiotherapeut..., Von der Ergotherapie wünsche ich mir...
-  Siehe hierzu Fotodokumentation (Anhang 2)

🕒 30 Minuten

Pause

🕒 15 Minuten

Aufgabe C

Diskussion und Stellungnahme im Plenum

Jede Gruppe erhält nun die Plakate für ihre jeweils eigene Gesundheitsprofession, wie sie von den anderen Gruppen in Aufgabe B beschriftet wurden. Gelegenheit für die Diskussion der Ergebnisse innerhalb der Gruppe. Ziel sollte sein, zwei bis drei konkrete Stellungnahmen als Fazit aus den Plakaten und der Diskussion zu entwickeln und für das Plenum vorzubereiten.

🕒 15 Minuten

Die Gruppen können nun nacheinander ihre Statements im Plenum vortragen, das eigene Berufsfeld genauer vorstellen, erklären, wie sie die Realität in ihrer Gesundheitsprofession empfinden. Währenddessen sammelt die Tutorin bzw. der Tutor das Gesagte in Stichpunkten am Flipchart, um so schon während der Diskussion ein Fazit zu erstellen.



Sollte der Zeitrahmen für das Tutorium von 160 Minuten bereits erreicht sein, kann das vom Tutorenteam erfasste Fazit als Take-Home-Message genutzt und auf Aufgabe D verzichtet werden.



15 Minuten je Arbeitsgruppe / Gesundheitsprofession

Aufgabe D

Ein Tag in einem anderen Beruf

Wenn die Teilnehmenden die Möglichkeit hätten, einen Tag in einer anderen Gesundheitsprofession zu erleben, welche würden sie wählen?



10 Minuten

Abschluss

Evaluation und Verabschiedung

Mündliche und schriftliche Evaluation zur Auswertung und Anregung für Verbesserungen und neue Ideen (z. B. über standardisierte Evaluationsbögen). Während der schriftlichen Evaluation kann das Tutorenteam die Teilnahmebescheinigungen vorbereiten und im Anschluss als „Belohnung“ verteilen. Danksagung und Verabschiedung.



Eine abschließende mündliche Evaluation bildet einen interaktiven Rahmen und gibt noch einmal Raum für Austausch und Vernetzung.

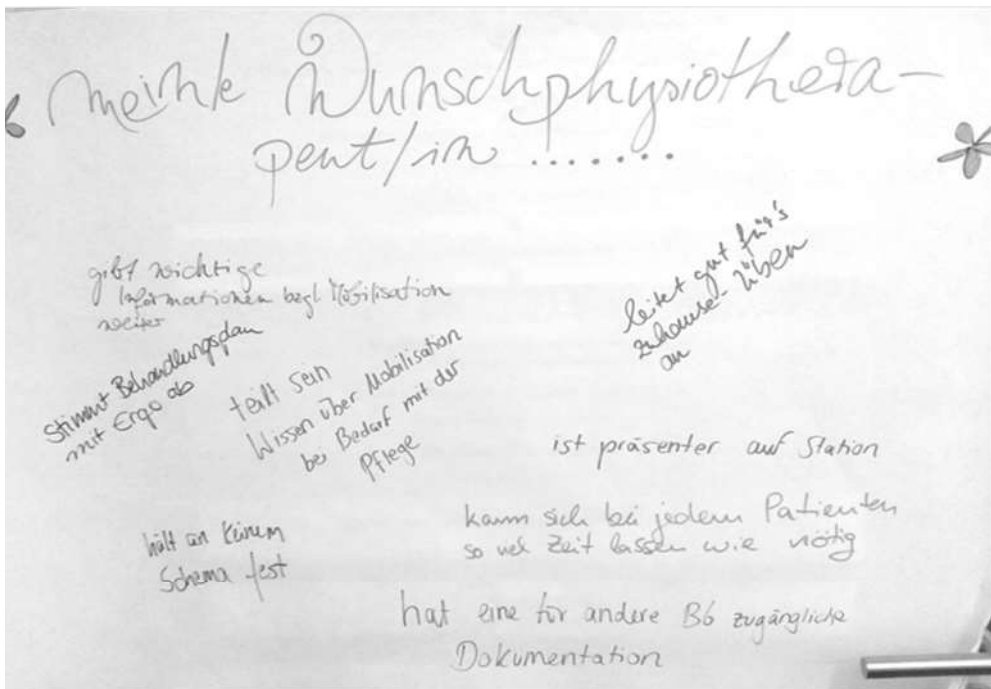


10(+) Minuten

Anhang 1: Beispiel für Schlagworte zu den einzelnen Berufsgruppen (Aufgabe A)



Anhang 2: Beispiel für die Gestaltung eines Plakates (Aufgabe B)



interTUT 2

Konflikt erkannt, Konflikt gebannt

„Jede Kommunikation ist eine intellektuelle Herausforderung“ (Manuela Michael)

Worum geht es?

Um Kommunikationshürden im interprofessionellen Alltag

Wer kann mitmachen?

Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler der Ergotherapie, der Gesundheits- und Krankenpflege, der Medizin und der Physiotherapie unabhängig vom jeweiligen Stand ihrer Ausbildung.

Was ist das Ziel?

Ein spannender Tag mit neuen Sichtweisen, interprofessionellem Verständnis und vielleicht einem in Zukunft ganz anderen Blick für den bevorstehenden Praxisalltag.

Dauer des Tutoriums

150 - 180 Minuten

Gruppenstärke

5 bis 15 Teilnehmende in interprofessioneller Zusammensetzung mit zwei Tutorinnen bzw. Tutoren aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen; d. h. mindestens zwei Berufsgruppen bzw. Ausbildungsrichtungen sind vertreten.

Raum

Seminarraum oder größerer Kleingruppenraum (ein großer Raum mit Beamer, zwei kleine Räume je nach Gruppenstärke).

Vorbereitungszeit

30 Minuten

Materialien

Power Point Präsentation (an Bildschirm oder Beamer angepasst), 1 Flipchart, bunte Stifte, Fotokamera zur Ergebnissicherung.

Lernziele des Tutoriums

Die Teilnehmenden

- sind sich bewusst, dass Kommunikation mehr ist als das Weitergeben von Sachinformationen;
- kennen verschiedene Kommunikationsmodelle (z. B. Eisberg-Modell)
- sind sich der Bedeutung verschiedener Kommunikationsebenen für ihren Arbeitsalltag bewusst und sind in der Lage diese zu reflektieren;
- können verschiedene Konfliktsituationen aus dem Alltag der interprofessionellen Zusammenarbeit anhand der Modelle analysieren und sich darüber austauschen
- kennen Regeln für gelungene Kommunikation für die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen.

Ablauf interTUT 2

- Begrüßung Vorstellung der Tutorinnen bzw. Tutoren und des Tutoriums, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden, ggf. unter Zuhilfenahme eines Spiels
- 🕒 10 Minuten
- Einführung Ablauf des Tutoriums und Organisatorisches erklären
- Kurz Relevanz und Gewinn von gelingender Kommunikation darstellen, Ziele von interprofessioneller Kommunikation vorstellen, Lernziele des Tutoriums vorstellen.
- 🗣️ Viele Teilnehmende scheinen schon häufiger mit dem Thema Kommunikation konfrontiert worden und davon „ermüdet“ zu sein; in diesem Fall mit Argumenten und Praxisanekdoten motivieren.
- 🕒 5 - 10 Minuten
- Aufgabe A Stille Post – Patientenübergabe
- Im Folgenden soll eine mündliche Übergabesituation dargestellt werden. Unter den Teilnehmenden wird eine Freiwillige bzw. ein Freiwilliger ausgewählt, alle anderen verlassen den Raum. Die bzw. der Freiwillige denkt sich eine kurze Übergabevorstellung eines imaginären Patienten aus (alternativ kann ein vorgefertigtes Beispiel genutzt werden). Die bzw. der erste Teilnehmende wird hereingebeten und die bzw. der Freiwillige „übergibt“ den Patientenfall. Hierfür sollten sich die beiden Personen auf zwei Stühlen gegenüber sitzen, um ein möglichst konzentriertes Zuhören und Erzählen gewährleisten zu können. Nach der Übergabe wird die bzw. der nächste Teilnehmende hereingebeten. Nun rapportiert nicht mehr die Freiwillige bzw. der Freiwillige, sondern die erste Teilnehmerin bzw. der erste Teilnehmer die zuvor gehörte Patientensituation und leitet die aus ihrer bzw. seiner Sicht wichtigsten Informationen weiter. Dieses Rollenspiel wird solange fortgeführt, bis alle Teilnehmenden einmal an der Reihe waren. Anschließend vergleichen die Teilnehmenden ihre jeweilige „Patientengeschichte“ miteinander: Wie viele Informationen sind richtig weitergegeben worden?
- 🗣️ Viele Teilnehmende hätten nicht erwartet, wie viele Informationen allein bei einem Spiel verloren gehen: hier kann Zeit für Diskussion in der Gruppe gegeben werden.
- 📌 Vorformuliertes Fallbeispiel für Übergabe (Anhang 1)
- 🕒 15 Minuten
- Aufgabe B Brainstorming – Kommunikation und Kommunikationshürden
- Was fällt den Teilnehmenden zum Thema „Kommunikation“ ein? Welche Probleme im Zusammenhang mit Kommunikation sind ihnen in ihrem Berufsumfeld bereits begegnet? Die Tutorinnen bzw. Tutoren sammeln Stichworte am Flipchart
- 🕒 5 Minuten

Theorie A

Überleitung zum Theorieblock A „Wie funktioniert Kommunikation?“

Vorbereitete Kurzpräsentation bzw. Lehrgespräch zu gängigen Kommunikationsmodellen und deren Bedeutung für die Praxis (z. B. Das Eisbergmodell, das Vier-Seiten-Modell¹⁰)



Hier empfiehlt sich die Nutzung einer vorbereiteten Power Point Präsentation. Wenn die Teilnehmenden bereits etwas zur Thematik wissen, sollten sie ermuntert werden, der Gruppe im gemeinsamen Austausch die ausgewählten Kommunikationsmodelle zu erklären.



10 - 15 Minuten

Aufgabe C

Konfliktlösendes Theater – Teil 1: Entwicklung einer Konfliktsituation und Vorbereiten des Rollenspiels

In interprofessionellen Kleingruppen sollen spannungsreiche oder konfliktbehaftete Situationen aus dem Berufsalltag entwickelt und anschließend vor der ganzen Gruppe vorgespielt werden (Rollenspiel). Hierfür werden die Teilnehmenden in Gruppen mit je 2 - 3 Personen eingeteilt (je nach Gruppenstärke und Zeitmanagement sollten später 2 - 3 Rollenspiele vorgeführt werden). Die Tutorinnen bzw. Tutoren hören während der Gruppenarbeit zu und stehen für Rückfragen zur Verfügung. Falls erforderlich, können sie einen passenden Konflikt zur Ergänzung anbieten oder selbst am Rollenspiel mitwirken.



Beispiele für interprofessionelle Konflikte (Anhang 2)



5 - 10 Minuten

Pause

15 Minuten

Konfliktlösendes Theater – Teil 2: Durchführung Rollenspiel

Das erste Rollenspiel einer Kleingruppe wird durchgeführt, der Rest der Gruppe wird dabei zur genauen Beobachtung aufgefordert. Im Anschluss reflektieren jeweils die Spielenden ihre Emotionen und Verhaltensweisen, danach beschreibt die Gruppe ihre Beobachtungen zur Konfliktsituation (Raum für Diskussion in der Gruppe). Im Anschluss kann dieselbe Situation noch einmal gespielt werden. Dabei soll versucht werden, auf vorangegangene Verbesserungsvorschläge und Kritik einzugehen und die Situation zu entschärfen.

Kritik an der Kommunikationssituation und Verbesserungsvorschläge können von den Tutoren bzw. den Tutoren am Flipchart visualisiert werden („-“ oder „+“).

- in den Rollenspielen soll möglichst jede Gesundheitsprofession einmal aufgegriffen werden und jede Teilnehmende bzw. jeder Teilnehmende in eine Konfliktsituation geraten

¹⁰ Vgl. hierzu: Schulz von Thun F (1981): Miteinander reden. Bd. 1: Störungen und Klärungen. Reinbek: Rowohlt. Arndt JG (2008): Krisenmanagement und Kommunikation. Das Wort ist Schwert – die Wahrheit Schild. Wiesbaden: Gabler/ GWV Fachverlage GmbH.

- innerhalb vorgespielder Konfliktsituationen sollen die Teilnehmenden erfahren, wie schwierig Zusammenarbeit bei fehlerhaftem Kommunikationsverhalten ist und selbst erfahren, wie wichtig es ist „Kommunikationsregeln“ einzuhalten
- die zuvor angesprochene Theorie kann hier aufgegriffen und als Erklärungsansatz genutzt werden

🕒 50 - 80 Minuten

Theorie B

Überleitung zum Theorieblock B „Was ist wichtig für gelingende Kommunikation?“

Vorbereitete Kurzpräsentation bzw. Lehrgespräch zu Themen wie aktives Zuhören und / oder nonverbale Kommunikation

- 🗣️ Dieser Theorieblock hat sich als sinnvolle Ergänzung insbesondere für die Kommunikation mit Patientinnen bzw. Patienten erwiesen (z. B. in der Anamnese). Auch im Rahmen der Konfliktlösung unter Kolleginnen und Kollegen sowie im alltäglichen Leben ist aktives Zuhören und nonverbale Kommunikation nicht zu unterschätzen. Je nach Zeit, Gruppendynamik und Vorkenntnissen der Teilnehmenden kann der Theorieblock B aber auch ausgelassen und nach den Rollenspielen gleich zur abschließenden Aufgabe übergegangen werden.

🕒 5 - 10 Minuten

Aufgabe D

„Fünf goldene Regeln der Kommunikation“

Welche Regeln über gelingende Kommunikation nehmen die Teilnehmenden aus dem Tutorium mit in ihren Ausbildungsalltag? Die Gruppe soll sich dafür in einem kurzen Austausch auf die aus ihrer Sicht fünf wichtigsten Stichpunkte einigen. Ihre fünf individuellen „Goldenen Regeln gelungener Kommunikation“ werden am Flipchart formuliert und als „Take-Home-Message“ festgehalten.

- 🗣️ Es empfiehlt sich, das gesammelte Ergebnis anschließend zu fotografieren und als Gruppenfazit und Erinnerung an die Teilnehmenden per E-Mail zu versenden.

🕒 10 Minuten

Abschluss

Evaluation und Verabschiedung

Mündliche und schriftliche Evaluation zur Auswertung und Anregung für Verbesserungen und neue Ideen (z. B. über standardisierte Evaluationsbögen). Während der schriftlichen Evaluation kann das Tutorenteam die Teilnahmebescheinigungen vorbereiten und im Anschluss als „Belohnung“ verteilen. Danksagung und Verabschiedung.

- 🗣️ Eine abschließende mündliche Evaluation bildet einen interaktiven Rahmen und gibt noch einmal Raum für Austausch und Vernetzung.

🕒 10(+) Minuten

Anhang 1: Beispiel für einen komplexen Übergabefall für Aufgabe A

Vietnamesische Patientin Frau Wuu, 53 Jahre alt (lebt seit vielen Jahren in Deutschland und spricht auch gut Deutsch)

- Zustand nach Fahrradsturz durch Glätte, wollte Einkauf für Familie tätigen:
- Oberschenkelhalsfraktur rechts, operativ versorgt, 3. postoperativer Tag
- die OP ist ohne Komplikationen verlaufen
- läuft an Unterarm-Gehstützen in Entlastung
- Nebendiagnosen: starke Migräne, Rheumatikerin, Bluterkrankheit (Hämophilie)

Sie hat letzte Nacht vor Schmerzen kaum schlafen können, dadurch Migräneschub am Morgen:

- bekam vor 30 min Somatriptan, daher UNBEDINGT auf den Blutdruck achten. Ihr Mann ist derzeit auf Dienstreise, deshalb werden die Kinder nur zeitweilig durch ihre Schwester daheim betreut, was Frau Wuu besorgt und unruhig macht.
- kommen alle heute zum Mittagessen zu Besuch

Frau Wuu ist zudem Vegetarierin.

Anhang 2: Beispiele für interprofessionelle Konflikte für Aufgabe C¹¹

Konfliktsituation A: Medizin und Pflege

Eine Pflegerin kommt zum Arzt, mit der Bitte, sich einen Patienten kurz anzuschauen. Dieser ist auf der Station noch nicht bekannt und wartet auf eine Aufnahme. Jetzt hat er zunehmend stärkere Schmerzen, weshalb er in der letzten halben Stunde mehrfach geklingelt hat. Nachdem zunächst kein Arzt anzutreffen war, findet sich endlich ein Oberarzt im Dienstzimmer ein, der in einem Aktenhaufen wühlt. Die Pflegerin tritt ein.

Pflegerin: „Ah, Herr X, gut, dass ich Sie sehe! Der neue Patient in der 23 hat starke Schmerzen. Kann ich ihm da etwas geben?“

Arzt: „Um die Aufnahmen kümmert sich heute meine Kollegin“.

Kramt weiter in einem Aktenstapel.

Pflegerin: „Ich habe sie schon gesucht, aber nicht gefunden. Sie sind gerade der einzige Arzt weit und breit!“

Der Arzt sucht eine Weile weiter in seinen Akten und antwortet nicht. Da die Pflegerin weiter in der Tür steht und auf eine Antwort wartet, blickt er schließlich genervt auf und stöhnt.

Arzt: „Muss man denn hier alles selber machen?!“

¹¹ Alle hier dargestellten Konfliktsituationen / Fallvignetten wurden vom Vorbereitungsteam der interprofessionellen Tutorien für diesen Zweck entwickelt.

Konfliktsituation B: Medizin und Physiotherapie

Diagnosebesprechung über Therapieverlauf und gestellte Diagnose. Der Physiotherapeut betritt mit gewisser Vorsicht das Zimmer der Ärztin, um seinen derzeitigen Behandlungsstatus des Patienten XY mitzuteilen und Rücksprache bezüglich der durch die Ärztin gestellten Diagnose und Verordnung zu halten. Im Verlauf der Behandlung ist ihm aufgefallen, dass die Diagnose nicht mit dem Beschwerdebild des Patienten übereinstimmt und durch eine genauere Untersuchung noch einmal korrigiert werden muss – somit auch die Verordnung optimiert werden kann. Der Therapeut klopft vorsichtig an den Türrahmen des Arztzimmers. Die Ärztin schaut nicht auf und erwidert auch keine Reaktion.

Physiotherapeut: „Entschuldigen Sie, Dr. XY. Ich hätte ein Anliegen zu Frau XY. Es geht um ihre Knieproblematik, zu der Sie aktiven Muskelaufbau verordnet haben.“

Ärztin: „Knieproblematik von Frau XY? Ja. Das Knie fit machen, um das Schmerzbild zu lindern. Das ist ja nicht so schwer. Was kann es da denn für Probleme geben?“

Physiotherapeut: „Nun, sie gibt nach bereits drei Anwendungen immer noch keine Linderung ihrer Beschwerden an und empfindet Sie sogar als schlimmer nach direkter Belastung und...“. [Wird durch die Ärztin unterbrochen, die ihm ins Wort fällt.]

Ärztin: „...und Sie wollen mir was genau jetzt damit sagen?!“

Physiotherapeut (zögerlich): „...und bei Provokationstests für den äußeren Meniskus ist eine deutliche Reizung festzustellen, sie gibt sofort Schmerzen an. Muskeltraining wäre bei dieser Diagnose im ersten Moment der vollkommen falsche Ansatz, wenn die Patientin eine Meniskusverletzung hat. Ich habe sie bereits darüber aufgeklärt und die Therapie erst einmal angepasst und Muskeltraining angepasst. Sie würde nächste Woche zu Ihnen kommen, um noch einmal...“ [wird wieder unterbrochen].

Ärztin: „Hören Sie mal, an erster Stelle haben Sie mit Ihren Händen an den zu testenden Strukturen des Patienten überhaupt nichts zu suchen, wenn ich bereits eine ausführliche Untersuchung durchgeführt habe. Wenn die Patientin einen Meniskusschaden hätte, würde das schwarz auf weiß auf ihrer Verordnung stehen, also halten Sie sich an das, was Ihnen gestellt wird! Zweitens frage ich mich, seit wann der Physiotherapeut vor dem Arzt seine Anweisungen dem Patienten zuteilt – oder von wem bekommen Sie nochmal Ihre Fälle überwiesen?“

Konfliktsituation C: Pflege und Ergotherapie

Der Ergotherapeut spricht zwei Pflegerinnen an, weil er Hilfe braucht, um Patient Herrn Maier wieder von der Toilette hoch zu bekommen. Diesen hatte er während der Therapie zur Toilette begleitet. Da Herr Maier mittlerweile sehr angestrengt ist, kann er nicht mehr richtig mitarbeiten und alleine ist er dem Therapeuten zu schwer.

Ergotherapeut: „Entschuldigung, könnte mir jemand helfen, Herrn Maier wieder in sein Bett zurück zu begleiten?“

Die Pflegerinnen sitzen gemeinsam im Aufenthaltsraum, beide arbeiten. Zunächst fühlt sich keine angesprochen, dann reagiert eine der beiden doch.

Pflegerin: „Wie, wo ist Herr Maier denn?“

Ergotherapeut: „Auf der Toilette. Während wir am Üben waren, musste er plötzlich dringend auf Toilette, deswegen haben wir die Strecke gleich in unsere Therapieeinheit mit eingebaut.“

Pflegerin: „Dass das für den zu weit ist, hätte ich Ihnen auch gleich sagen können! Ich habe jetzt keine Zeit, das ist jetzt wirklich nicht mein Problem!“

interTUT 3

Gemeinsam stark
Einer für alle, alle für einen

Worum geht's?

Um ganzheitliche Patientenversorgung durch Nutzung spezifischer Qualitäten der jeweiligen Gesundheitsprofessionen in der Befunderhebung und Behandlungsplanung

Wer kann mitmachen?

Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler der Ergotherapie, der Gesundheits- und Krankenpflege, der Medizin und der Physiotherapie unabhängig vom jeweiligen Stand ihrer Ausbildung. Es wird jedoch empfohlen, vorbereitend einen Einblick in die neurologische Krankheitslehre, insbesondere das Krankheitsbild der Multiplen Sklerose, vorzubereiten oder zu wiederholen.

Was ist das Ziel?

Ein spannender Tag mit neuen Sichtweisen, interprofessionellem Verständnis und vielleicht einem in Zukunft ganz anderen Blick für den bevorstehenden Praxisalltag

Dauer des Tutoriums

180 Minuten

Gruppenstärke

5 bis 15 Teilnehmende in interprofessioneller Zusammensetzung mit zwei Tutorinnen bzw. Tutoren aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen; d. h. mindestens zwei Berufsgruppen bzw. Ausbildungsrichtungen sind vertreten

Voraussetzung

Schulung der Tutorinnen bzw. Tutoren zum Umgang mit Simulationspatienten, Grundkenntnisse in neurologischer Krankheitslehre (speziell MS); Simulationspatienten

Raum

Zwei größere Räume (Raum 1 als Seminarraum, Raum 2 für Übung)

Vorbereitungszeit

45 Minuten

Materialien

Kopien (Feedbackregeln, Kurzbeschreibung Fallbeispiele); leeres Plakat, Stifte, Lose, Pinnwand, farbige Berufsgruppenkarten, ggf. Wollknäul, Fotokamera zur Ergebnissicherung

Lernziele des Tutoriums:

Die Teilnehmenden

- kennen berufliche Schnittstellen, erläutern die Tätigkeitsschwerpunkte der jeweiligen Gesundheitsprofessionen in der Patientenversorgung fallbezogen und können sie exemplarisch beschreiben
- haben in Bezug auf ein Szenario Formen der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team entwickelt, die eine effiziente und ganzheitliche Patientenversorgung ermöglichen

- sind in der Lage, in einem interprofessionellen Team die Aufgaben und Prioritäten der eigenen Berufsgruppe zu erklären und vertreten;
- sind sich der Konfliktpotenziale in der interprofessionellen Zusammenarbeit bewusst und können damit in produktiver Weise umgehen.

Ablauf interTUT 3

- Begrüßung Vorstellung der Tutorinnen bzw. Tutoren und des Tutoriums, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden, ggf. unter Zuhilfenahme eines Spiels
- 🕒 10 Minuten
- Einführung Ablauf des Tutoriums und Organisatorisches erklären.
- Kurz Relevanz des Themas des Tutoriums und die damit verbundenen Lernziele vorstellen, dabei insbesondere auf die Praxisrelevanz der Kompetenzen in interprofessioneller Zusammenarbeit verweisen.
- 🕒 5 Minuten
- Aufgabe A Brainstorming: „Was gehört in eine Anamnese?“
- Die Teilnehmenden schreiben ihre Gedanken und Erfahrungen zur Aufnahme einer Anamnese in Stichworten auf das vorbereitete Plakat („Anamnese“ als zentral platzierte Überschrift) in der Mitte des Tisches. Anschließend werden die Stichworte im Plenum betrachtet und ggf. erklärt oder näher erläutert.
- 🕒 10 Minuten
- Aufgabe B Vertauschte Rollen: Die Patientin „Clara Arnold“
- Teil 1 Vorbereitung von Feedbackregeln und der Lehrmethode
- Zu Beginn werden die ausgeteilten Feedbackregeln gemeinsam durchgearbeitet (Anhang 1). Sind Teilnehmende mit diesen bereits vertraut, können diese die Vorstellung übernehmen, ggf. ergänzt das Tutorenteam dann relevante Informationen.
- Zudem erfolgt eine Erläuterung zur Arbeit und zum Umgang mit Simulationspatienten – kurz SP (Anhang 2). In diesem Tutorium stehen SPs zur Verfügung, um in die Rolle einer MS-Patientin zu schlüpfen. Die Teilnehmenden werden im Losverfahren in „Spielende“ und „Beobachtende“ eingeteilt. Spielende dürfen im Rahmen eines Rollenspiels und orientiert an einer konkreten Aufgabenstellung Fragen an die SPs stellen. Beobachtende geben dazu später ein qualifiziertes Feedback ab.
- 📌 Feedbackregeln zum Gespräch mit Simulationspatienten (Anhang 1)
- Erläuterung zur Arbeit mit Simulationspatienten (Anhang 2)
- 🗣️ Beobachtungspunkte können sein:
- Atmosphäre, Körperhaltung, Mimik und Gestik, Verständlichkeit, Tempo und Art des Sprechens, Empathie, aktives Zuhören, etc.
 - „Hat sich die bzw. der Spielende der Patientin bzw. dem Patienten vorgestellt?“, „Wurde auf die Patientin bzw. den Patienten eingegangen?“, „Wurde klar, welche Berufsgruppe spricht und welchen Fokus sie hat?“, „Konnte die bzw. der Spielende in ihrer bzw. seiner Rolle fachlich überzeugen?“ etc.
- 🕒 5 Minuten

Aufgabe B

Vertauschte Rollen: Die Patientin „Clara Arnold“

Teil 2a

Teil 2a: Vorbereitung der Übung mit den Teilnehmenden

Die für die Teilnehmenden vorbereitete Kurzbeschreibung der Situation der Patientin „Clara Arnold“ wird von einer Tutorin bzw. einem Tutor ausgeteilt und vorgestellt (Anlage 3). Im Anschluss werden im Bedarfsfall Verständnisfragen gemeinsam geklärt.

Die Rollen werden verteilt:

Die Spielenden werden per Los einer Gesundheitsprofession zugeordnet, der sie selbst nicht angehören (eine Studierende der Physiotherapie spielt dann z. B. eine Ärztin). In dieser Rolle sollen in der Übung fünf professionstypische Fragen an die SPs gerichtet und Informationen zu der jeweiligen Erkrankung und damit verbundenen Einschränkungen erhoben werden. Die Fragen werden zuvor in Kleingruppen gemeinsam erarbeitet. Als Anregung kann das gemeinsam erstellte Anamnese-Plakat aus Aufgabe A dienen.

Anschließend wird aus den Kleingruppen eine Spielende bzw. ein Spielender ausgewählt, der die gesammelten Fragen stellen wird. Die übrigen Spielenden werden dann zu Beobachtenden. Sie geben später Feedback zur Situation und zur Ausführung der Rolle ihrer eigenen Gesundheitsprofession.



Die Spielenden sollen sich ihre Fragen an die SP möglichst selbst überlegen. Ist das nicht erwünscht oder benötigen die Spielenden Unterstützung bei der Vorbereitung auf ihre Rolle, kann der in Anlage 4 vorbereitete Erwartungshorizont herangezogen werden.



10 Minuten (parallel zu Aufgabe B, Teil 2a)

Aufgabe B

Vertauschte Rollen: Die Patientin „Clara Arnold“

Teil 2b

Teil 2b: Vorbereitung der Übung mit den SPs

Eine Tutorin oder ein Tutor weist die SPs in einem getrennten Raum in die angedachte Spielsituation, den Fall und die Besonderheiten des Feedbacks ein. Die SPs werden zudem gefragt, ob die Spielenden vorab jeweils über die Gesundheitsprofession informieren sollen, die sie repräsentieren.

Vor Beginn der Übung wechseln alle Beobachtenden den Raum, in dem die Übung stattfinden soll. Die Spielenden warten mit einer Tutorin bzw. einem Tutor vor der Tür oder in einem Wartebereich. Die Spielenden werden später nacheinander in den Übungsraum geführt, in dem die SPs befragt werden können. Die SPs warten in diesem Raum in ihrer Rolle als „Clara Arnold“ und stellen sich dort den Fragen der Spielenden.



SPs sind oft nicht „vom Fach“, haben also in der Regel kein spezifisches medizinisches, pflegerisches oder therapeutisches Vorwissen. Zuweilen haben sie auch stereotype Vorstellungen von den Rollen und Aufgaben der jeweiligen Gesundheitsprofessionen, weshalb sie auf diese Übung gut vorbereitet werden müssen.

✦ Erwartungshorizont für die SPs (Anlage 4)

⌚ 10 Minuten (parallel zu Aufgabe B, Teil 2a)

Aufgabe B

Vertauschte Rollen: Die Patientin „Clara Arnold“

Teil 3

Teil 3: Das Rollenspiel

Durchführung der Übung mit den SPs:

- Die bzw. der erste Spielende betritt den Raum, setzt sich auf den Stuhl gegenüber SP und stellt sich kurz vor;
- Ob dabei auch die Gesundheitsprofession erwähnt wird, der sie bzw. er angehört, ist zuvor mit den SPs zu klären;
- Die bzw. der Spielende stellt die in Kleingruppen vorbereiteten professionsspezifischen Anamnesefragen und SP antwortet;
- Die bzw. der Spielende verabschiedet sich und verlässt den Raum, das erste Rollenspiel endet;
- SP erhält kurz Zeit, um sich Notizen zu machen;
- Der bzw. die erste Teilnehmende kommt nach Aufforderung durch das Tutorenteam mit der bzw. dem nachfolgenden Spielenden wieder in den Raum;
- Die bzw. der erste Spielende schlüpft jetzt in die Beobachterrolle der eigenen Berufsgruppe, während die bzw. der zweite Spielende die vorbereiteten Fragen an die bzw. den SP richtet;
- Fortsetzung des Rollenspiels in dieser Weise, bis alle ausgewählten Spielenden an der Reihe waren und einmal mit SP gesprochen haben;
- Die bzw. der letzte Spielende begleitet SP bei der Verabschiedung aus dem Raum. Damit ist die Situation beendet.

Zeit für Reflexion:

Die Teilnehmenden verbleiben im Übungsraum und notieren sich Gedanken zu ihren Beobachtungen und der gespielten Sequenz. Tutorenteam und SPs gehen in dieser Zeit in einen anderen Raum, wo die SPs dann Zeit für weitere Notizen oder klärende Rückfragen an das Tutorenteam haben.

Pause

⌚ 40 Minuten

Aufgabe B

Vertauschte Rollen: Die Patientin „Clara Arnold“

Teil 4

Teil 4: Das Feedback

SP gibt unter Beachtung der Feedbackregeln

1. ein allgemeines Feedback (z. B. Wurde SP ganzheitlich betreut? Konnten alle Fragen geäußert werden?),
2. ein berufsgruppenspezifisches Feedback (Wurde ersichtlich, wie in jeder Berufsgruppe vorgegangen wird?).

Die Teilnehmenden können bei Bedarf Rückfragen stellen. Sind alle Punkte geäußert und Fragen geklärt, wird SP verabschiedet.


Feedback in der Gruppe unter Beachtung der Feedbackregeln


Die Spielenden stellen sich im Kreis auf und werfen sich, beginnend mit nacheinander eine Wollknäuel zu. Die bzw. der erste Spielende

beginnt. Jeder, der das Wollknäul empfängt, beschreibt kurz sein Erleben oder beantwortet die ihr bzw. ihm zuvor gestellte Frage.


Die Beobachtenden geben nun, das Werfen fortführend, ihr Feedback zur Situation des Rollenspiels und Rückmeldung über Inhalte der einzelnen Gespräche. Dabei soll auch auf die berufstypische Rolle und deren Wahrnehmung eingegangen werden. Das Wollknäul zeigt am Ende die Vernetzung der einzelnen Berufsgruppen auf und das so entstandene Bild kann von allen Teilnehmenden noch einmal reflektiert werden.

Abschließend soll noch einmal Raum zum gemeinsamen Austausch zwischen den Berufsgruppen gegeben werden: *Wie sieht es in der Realität aus? Was hätten die „wirklichen“ Berufe anders gemacht?* Das Tutorenteam moderiert das Gespräch und fasst die Ergebnisse schließlich zusammen.

-  Das Wollknäul soll am Ende das Vernetzen unter den Berufsgruppen symbolisieren und ein interaktives Feedback ermöglichen. Alternativ sind auch andere Formen des Feedbacks möglich.

 30(+) Minuten

Pause


 15 Minuten


Aufgabe C

Behandlungsplanung „Teambesprechung“

Das komplexe Fallbeispiel der multimorbiden Patientin „Frau Linde“ mit Demenzerkrankung wird an die Teilnehmenden ausgeteilt (vgl. Anlage 4). Anschließend wird Zeit für Rückfragen gegeben.

Fallanalyse in den Berufsgruppen: Der Patientenfall soll nun bestmöglich versorgt werden. Die Teilnehmenden finden sich dazu in ihrer Berufsgruppe zusammen. Sie sollen in ihrer Kleingruppe folgende Fragen besprechen: Wie würde meine Gesundheitsprofession an diesen Fall herangehen? Wie würden wir die Patientin bestmöglich behandeln (z. B. Behandlungsziel/ Methoden/Planung)?


 10 - 15 Minuten


-  Ausführliche Fallbeschreibung (Anlage 3)

Kaffeeisch: Die Teambesprechung

Im Folgenden soll eine interprofessionelle Teambesprechung auf einer Krankenhausstation simuliert werden. Alle Teilnehmenden kommen dazu zusammen und setzen sich an einen Tisch. Die Berufsgruppen stellen ihre Ergebnisse vor: Wie würden sie aus ihrer Berufsperspektive die Patienten am besten behandeln? Es sollte eine offene Diskussion entstehen. Die wichtigsten Punkte daraus werden vom Tutorenteam auf bunten Kärtchen (jede Farbe symbolisiert eine Gesundheitsprofession) bereits an einer Pinnwand gesammelt.

Das Ergebnis wird anschließend noch einmal in der Gruppe reflektiert und ggf. kurz diskutiert und angepasst. Die Tutorinnen bzw. Tutoren fassen den Behandlungsplan zum Abschluss als „Take-Home-Message“ zusammen und halten diese in Form eines Fotos fest.


 Sollten nicht alle Gesundheitsprofessionen bei dieser Übung vertreten sein, kann das Tutorenteam entsprechende Vorschläge für Versorgungsansätze vorbereiten und in die Diskussion einbringen. Wichtig ist, dass diese Übung der realen Versorgungspraxis so nah wie möglich kommt.


 15 Minuten

Abschluss

Evaluation und Verabschiedung

Mündliche und schriftliche Evaluation zur Auswertung und Anregung für Verbesserungen und neue Ideen (z. B. über standardisierte Evaluationsbögen). Während der schriftlichen Evaluation kann das Tutorenteam die Teilnahmebescheinigungen vorbereiten und im Anschluss als „Belohnung“ verteilen. Danksagung und Verabschiedung.

 Eine abschließende mündliche Evaluation bildet einen interaktiven Rahmen und gibt noch einmal Raum für Austausch und Vernetzung.

 10(+) Minuten

Anhang 1: Feedbackregeln für das Gespräch mit Simulationspatienten (Aufgabe B)

Sender

1. Zu Beginn gelungene Aspekte zurückmelden
2. Ich-Botschaften senden; Situation beschreiben, Gefühl beschreiben, Folge beschreiben
3. Konkrete Beobachtungen zurückmelden, ohne zu interpretieren
4. Kritik immer mit konstruktiven Verbesserungsvorschlag verknüpfen
5. Feedback auf veränderbares Verhalten beziehen, nicht auf die Person
6. Feedback auf wenige Aspekte begrenzen

Empfänger

1. Zuhören
2. Konkretisierend nachfragen
3. Rechtfertigungen oder Erklärungen des eigenen Verhaltens vermeiden
4. Grenzen der Aufnahmebereitschaft signalisieren

Anhang 2: Beschreibung der Funktion von Simulationspatienten (Aufgabe B¹²)

Was sind Simulationspatienten und wie funktioniert die Methode?

Simulationspatienten (kurz: SP) sind professionelle Schauspielerinnen oder Schauspieler, die angelernte Rollen spielen und dabei medizinische Fälle simulieren. Auf diese Weise sollen Studierende in möglichst konkreten Situationen üben können, wie Patienten- oder Angehörigengespräche geführt werden. Diese Methode wird im Medizinstudium häufig angewendet, ist in der Ausbildung der anderen Gesundheitsprofessionen (auch wegen der damit verbundenen Kosten) hierzulande aber kaum verbreitet. Im Rahmen von **interTUT** konnte auf das am Lernzentrum angesiedelte Simulationspatientenprogramm der Charité – Universitätsmedizin Berlin zurückgegriffen werden. Alternativ könnte die Rolle von SPs aber auch von einer

¹² Vgl. hierzu: Schultz J-H, Schönemann J, Lauber H, Nikendei C, Herzog W, Jünger J (2007): Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse – Training – Perspektiven. Gruppendynamik und Organisationsberatung. 38(1): 7-23 / Schröder G (2008): Fast wie echt. Skillstraining mit Simulationspatienten. PADUA 2: 31-34.

Tutorin, einem Tutor oder einem zuvor ausgewählten Teilnehmenden übernommen werden. Die hier durchgeführten Übungen müssten dann entsprechend angepasst werden.

Die Arbeit mit den SPs geht in aller Regel folgendermaßen vonstatten: Ein SP erhält eine Rollenvorgabe zu einer bestimmten Erkrankung, die anschließend von ihr bzw. ihm vor der Gruppe präsentiert wird. Die Teilnehmenden dürfen SPs im Rahmen einer zuvor ausgegebenen Aufgabenstellung (z. B. Erstellung einer Aufnahmeanamnese) Fragen stellen. SPs bleiben während der ganzen Spielsequenz in ihrer Rolle, bis sie diese aktiv verlassen (z. B. durch Verlassen des Raums). Nach dem Gespräch mit den Teilnehmenden nehmen sich SPs so viel Zeit nehmen, wie notwendig ist, um Eindrücke zum Gespräch zu ordnen und gegebenenfalls zu notieren. Anschließend betreten SPs den Raum wieder, um den Teilnehmenden an der Spielsequenz ein qualifiziertes Feedback zu geben.

Anhang 3: Fallbeispiel der MS-Patientin „Clara Arnold“ (Aufgabe B)

Clara Arnold ist eine 25-jährige Frau. Vor vier Monaten wurde bei ihr eine remittierende Multiple Sklerose diagnostiziert (remittierend = die Symptome treten für eine gewisse Zeit auf, bilden sich dann aber wieder komplett zurück.) Nun ist sie erneut auf die Krankenhausstation gekommen, auf der ihr gerade arbeitet. Für Euch ist Clara Arnold allerdings eine noch unbekannte Patientin. Ihre derzeitigen Beschwerden sind Gang- und Standunsicherheiten, eine Störung der Feinmotorik und von willkürlichen Bewegungsabläufen (Dysmetrie).

Anhang 4: Erwartungshorizont für die bzw. den SP – Fall „Clara Arnold“ (Aufgabe B)

Wichtige Informationen für SPs vor Beginn der Übung:

- Anzahl der an der Übung Teilnehmenden
- Berufsgruppen, die an der Übung teilnehmen
- Setting des Falls (Fallvignette)
- ggf. Schwerpunkte der Berufsgruppen für die Anamnese klären

Schwerpunkte für das spätere Feedback der SPs

- Inwiefern wurde deutlich, was die einzelnen Berufsgruppen mit den SPs vorhatten?
- Fühlten sich die SPs in der Übung umfassend betreut?
- Wurden alle aus Sicht der SPs relevanten Aspekte erfragt?

Regieanweisung für den Fall „Clara Arnold“:

Im Folgenden wird eine Patientin bzw. ein Patient im Krankenhaus von mehreren Gesundheitsprofessionen befragt. Die Befragungen werden nicht zeitlich unmittelbar hintereinander, sondern über einen Tag hinweg verteilt durchgeführt (gedachtes Setting für die Übung).

SP wird in der Rolle der „Clara Arnold“ von einer bzw. einem Teilnehmenden befragt. Nach Abschluss des Anamnesegesprächs verlässt die bzw. der Teilnehmende den Raum. Die bzw. der SP hat Zeit, sich kurz Notizen zum Gespräch zu machen. Die Tutorin bzw. der Tutor bitten dann die bzw. den nächsten Teilnehmenden in den Raum, womit ein neues Anamnesegespräch beginnt.

Am Ende der Spielsequenz gibt die bzw. der SP jedem Gesprächspartner ein qualifiziertes Feedback mit dem besonderen Fokus: Habe ich erkannt, was derjenige von mir will, was der Plan ist während meines stationären Aufenthaltes, welcher Berufsgruppe gehört er an?

Erwartungshorizont zur Hilfestellung für das Feedback der bzw. des SP

Was sollte von den jeweiligen Berufsgruppen ungefähr erfragt werden?

Hierbei erklären: Die unten genannten Fragen sollen Anhaltspunkte für die bzw. den SP sein. Sie sollen helfen, zu entscheiden, ob die Teilnehmenden sinnvolle, berufsspezifische Fragen stellen können. Den Tutorinnen und Tutoren wäre es am liebsten, die Teilnehmenden könnten sich die Fragen, die sie in der Gesprächssituation stellen, alleine überlegen. Falls die bzw. der jeweilige SP das nicht möchte (etwa, weil das für sie bzw. ihn zu schwer zu beurteilen oder zu spontan wäre), könnten die unten genannten berufsspezifischen Schwerpunkte im Vorhinein als Rollenvorgaben an die Teilnehmenden übermittelt werden. Auf diese Weise wird der bzw. dem (i.d.R. medizinisch, therapeutisch oder pflegerisch eher ungeschulten) SPs das Feedback erleichtert.

Mögliche Frageschwerpunkte für die Teilnehmenden:

- Ergotherapie: Angepasste Wohnungseinrichtung (Treppe? Lift?);
- Gesundheits- und Krankenpflege: Aktivitäten des Alltags (Waschen, Essen, Anziehen):
- Inwiefern noch eigenständig möglich?
- Medizin: Aktuelle Symptomatik (Symptome und ihr zeitliches Auftreten) und Medikation, Krankengeschichte
- Physiotherapie: Mobilität (Gangschulung nötig/möglich?)

Anhang 5: Der Fall „Frau Linde“ zur Teambesprechung für Aufgabe C

Das komplexe Beschwerdebild von Frau Linde:

Die Patientin leidet an einer beginnenden Demenz. Zudem hat sie eine langjährige COPD, Herzinsuffizienz (NYHA 3), einen arteriellen Hypertonus und einen insulinpflichtigen Diabetes Mellitus Typ 2. Frau Linde ist adipös, leidet an Polyarthrose und besitzt aufgrund dessen bereits eine Totalendoprothese in der linken Hüfte. Frau Linde lebt im Pflegeheim. Aufgrund ihrer Erkrankungen ist sie bettlägerig. Vor fünf Monaten erlitt sie eine Humerusschaftfraktur mit Radialisparese rechts. Die Parese konnte durch die operative Versorgung der Fraktur nur teilweise behoben werden, Frau Linde leidet immer noch an einer Schwäche der Extensoren-muskulatur. Sie benötigt Unterstützung beim Anziehen und Essen sowie Hilfe beim Transfer aus dem Bett. Tagsüber kann sie mit Hilfe auf die Toilette gehen.

Medikamente:

Salbutamol	b.B.
Spiriva Kapsel	18yg 1-0-
Enalapril	5 mg 1-0-1
Furosemid	40mg 1-0-0
Insulin nach Schema	*
Simvastatin	40mg 0-0-1
Tillidin	b.B.
Novalgin	b.B.

*Schema – Insulingabe:

Gemessene BZ-Werte in mg/dl	Zu spritzende IE
150-199	4
200-240	8
250-299	12
300-399	16
>400	Arzt informieren

Untersuchung

Körpergröße: 1,73 m

Gewicht: 90 kg

Als pathologische Befunde fallen in der körperlichen Untersuchung eine Dyspnoe, eine erhöhte Atemfrequenz, Fieber (T 38,0), ein erhöhter Blutzucker (178 mg/dl nüchtern) und ein grenzwertiger Blutdruck (155/90 mmHg) auf. Die großen Gelenke sind passiv eingeschränkt beweglich. Außerdem wird ein Dekubitus am Steißbein (Grad 2) festgestellt, der bisher nicht behandelt wurde.

interTUT 4

Zeig was Du kannst Offenes Skills Lab

Worum geht's?

Um das Einüben von Zusammenarbeitskompetenzen durch gemeinsames Erlernen von praktischen, berufsrelevanten Fähigkeiten von und mit anderen Gesundheitsprofessionen

Wer kann mitmachen?

Studierende und Schülerinnen bzw. Schüler der Ergotherapie, der Gesundheits- und Krankenpflege, der Medizin und der Physiotherapie unabhängig vom jeweiligen Stand ihrer Ausbildung

Was ist das Ziel?

Ein spannender Tag mit neuen Sichtweisen, interprofessionellem Verständnis und vielleicht einem in Zukunft ganz anderen Blick für den bevorstehenden Praxisalltag

Dauer des Tutoriums

240 - 300 Minuten

Gruppenstärke

4 bis 15 Teilnehmende in interprofessioneller Zusammensetzung mit zwei bis drei Tutorinnen bzw. Tutoren aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen; d.h. mindestens zwei Berufsgruppen bzw. Ausbildungsrichtungen sind vertreten

Voraussetzung

Schulung der Tutorinnen bzw. Tutoren in den jeweiligen Skills, die in dem Tutorium vermittelt werden sollen

Raum

1 großer Gruppenraum, 2 kleine Schulungsräume; idealerweise ein vollständig ausgestattetes und fachlich betreutes Skills-Lab (Lernlabor)

Vorbereitungszeit

60 Minuten

Materialien:

Skripte der angebotenen Skills

Ergotherapie: 1 Rollstuhl, 2 Liegen, 2-3x weite Kleidung (Jacke/Pulli, Hose, Socken)

Gesundheits- und Krankenpflege: 3 flexible Babypuppen + jeweils 1 kleine Decke + jeweils Strampler und Body, Laptop mit Lautsprechern für Kurzfilm Händedesinfektion, Flächendesinfektion, je sterile und unsterile Handschuhe (2-3 pro Teilnehmenden), (sterile) Kompressen, Wundreinigungsmittel (Ringerlösung, NaCl 0,9%), ggf. Antiseptika, Wundtherapeutika und –auflagen (Pflaster, Fixomull), Unterlagen (Zellstoff, Moltex), Abwurfbeutel, ggf. Instrumentenabwurfchale

Medizin: 2 Stethoskope, Präsentation „Blickdiagnosen“

Physiotherapie: Hautdesinfektionsmittel, Scheren, Kinesio Tape (5-10 Rollen, farblich differenziert), Stühle, 2 Liegen

Lernziele des Tutoriums:

Die Teilnehmenden

- haben ausgewählte praxisrelevante Fertigkeiten von anderen Gesundheitsprofessionen erlernt und ihre eigenen gefestigt;
- haben anderen Gesundheitsprofessionen praktische Skills, die in ihrer eigenen Berufsgruppe häufig benötigt werden, präsentiert und diese so erläutert, dass auch Teilnehmende aus anderen Gesundheitsprofessionen sie erlernen konnten;
- haben den Nutzen berufstypischer Fertigkeiten anderer Berufsgruppen im eigenen Praxisfeld reflektiert.

Ablauf interTUT 4

- Begrüßung Vorstellung der Tutorinnen bzw. Tutoren und des Tutoriums, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden, ggf. unter Zuhilfenahme eines Spiels
- ⌚ 10 Minuten
- Einführung Ablauf des Tutoriums und Organisatorisches erklären; Kurz den Inhalt des Tutoriums erläutern: dass es um praktische Fertigkeiten der einzelnen Gesundheitsprofessionen und deren Bedeutung für das eigene professionelle Selbstverständnis gehen soll
- ⌚ 5 Minuten
- Aufgabe A Das interprofessionelle Skills Lab
- Jede bzw. jeder Teilnehmende kann im Skills Lab-Tutorium maximal vier praktische Fertigkeiten (Skills) an vier Stationen erlernen. Pro Station werden je zwei mögliche Skills angeboten. Die Teilnehmenden dürfen wählen, welches der beiden Skills sie in ihrer Kleingruppe erlernen möchten (mehr Abwechslung, Teilnehmende dürfen die für sie relevante Fertigkeit auswählen).
- Die Skills werden an verschiedenen von den Tutorinnen bzw. den Tutoren vorbereiteten Stationen in zwei verschiedenen Räumen angeboten. Es laufen immer zwei Stationen parallel, nach 45 min. wird getauscht. Die anderen beiden Stationen „ruhen“ bis nach der Pause. Anschließend werden die beiden gelaufenen Stationen durch zwei neue mit ebenfalls Tausch nach 45 min ersetzt.
- Wurden alle Stationen durchlaufen, endet das Tutorium mit einer offenen Diskussionsrunde und der Evaluation (Raum für Rückfragen und Gedankenaustausch geben). Impressionen aus **interTUT 4** sind im Anhang 4 zu finden.
- 🔊 Dieses Tutorium soll lediglich einen Einblick in verschiedene klinische Fertigkeiten aus unterschiedlichen Bereichen geben. Aus Zeitgründen wird kein souveränes Erlernen der Skills möglich sein, darin besteht aber nicht das Ziel des Tutoriums.
- 📌 Zeitliches Ablaufschema des Skills-Trainings (Anhang 1)
- Empfehlungen zur Gestaltung des Skills-Trainings (Anhang 2)
- ⌚ 180 Minuten zzgl. Pausen (siehe Anhang 1)
- Aufgabe B Interprofessionelle Teamarbeit – Blitzlicht
- Um sich mit „Interprofessioneller Teamarbeit“ vertraut zu machen, soll ein interaktives Kreuzworträtsel den Einstieg bilden. Dazu wird z. B. das Wort „I-N-T-E-R-T-U-T“ mit seinen Buchstaben senkrecht an ein Flipchart geschrieben. Die Teilnehmenden sollen mit jedem Buchstaben dieses Wortes einen Begriff finden, der beschreibt, warum interprofessionelles Arbeiten wichtig sein kann oder was sie bedeutet und beinhaltet. Dabei ist es ganz egal, ob sich der Buchstabe am Anfang, am Ende oder mitten im Wort befindet. Hier zählt die Kreativität und das gemeinsame „Lösen“ des Spiels!

⌚ 15 Minuten

Abschluss

Evaluation und Verabschiedung

Mündliche und schriftliche Evaluation zur Auswertung und Anregung für Verbesserungen und neue Ideen (z. B. über standardisierte Evaluationsbögen). Während der schriftlichen Evaluation kann das Tutorenteam die Teilnahmebescheinigungen vorbereiten und im Anschluss als „Belohnung“ verteilen.

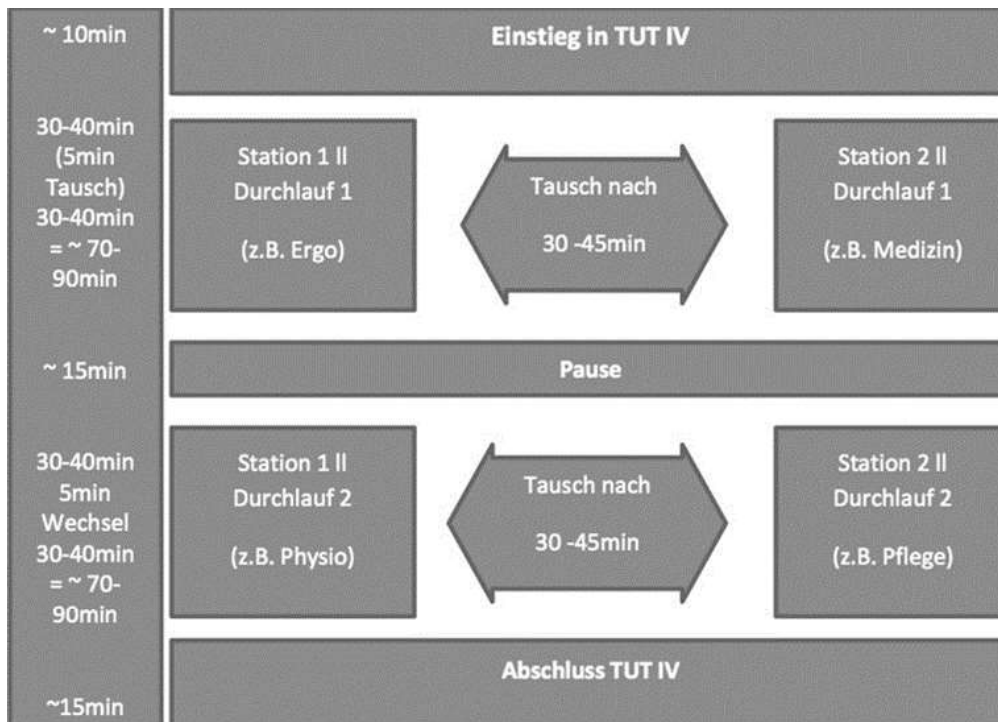
Danksagung und Verabschiedung.



Eine abschließende mündliche Evaluation bildet einen interaktiven Rahmen und gibt noch einmal Raum für Austausch und Vernetzung.

⌚ 10(+) Minuten

Anhang 1: Ablauf des Skills-Labs-Tutoriums (Aufgabe A)



Anhang 2: Open Skills Lab – Ein Beispiel

Die vier Stationen	
<i>Station Ergo:</i>	<i>Station Pflege:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Anziehtraining • Transferschulung 	<ul style="list-style-type: none"> • Infant Handling • Wundmanagement
<i>Station Medizin:</i>	<i>Station Physio:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Palpatorische Untersuchung • Wichtige Blickdiagnosen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinesiotaping • Spastikinhibition

Umsetzung des Skills-Trainings an den Stationen

Dieses Tutorium ist interprofessionelles Peer-Teaching im Praxistest. Die Tutorinnen und Tutoren moderieren den Lernprozess der Teilnehmenden, achten aber sorgsam darauf, nicht in die Rolle von „kleinen Experten“ zu verfallen. Die Tutorinnen und Tutoren sollen die zu vermittelnden Skills grundsätzlich beherrschen, müssen aber nicht zwingend auf jede Frage eine Antwort geben können.

Die Tutorinnen bzw. Tutoren, die einer Station zugeteilt wurden, stellen den Teilnehmenden die entsprechende Fertigkeit vor. In gemeinsamer Erarbeitung lernen die Teilnehmenden die Skills, erproben sich an diesen und leiten sich dabei je nach eigener Erfahrung gegenseitig an. Aufgabe der Tutorinnen und Tutoren ist es, Tipps und Hinweise zu geben und zwischen erfahrenen und unerfahrenen Teilnehmenden zu vermitteln, um das Peer-Teaching auf Augenhöhe zu gestalten. Dabei ist auch möglich, dass bereits mit der jeweiligen Fertigkeit vertraute Teilnehmende die Anleitung übernehmen.

- Tutorin oder Tutor präsentiert die Fertigkeit, während die Teilnehmenden beobachten
- Tutorin oder Tutor präsentiert die Fertigkeit erneut, während die Teilnehmenden ihn diesmal verbal Schritt für Schritt anleiten (auf diesen Schritt kann auch verzichtet werden, allerdings kann die Verbalisierung den Lernprozess unterstützen)
- Die Teilnehmenden erproben und erlernen die Fertigkeit unter gegenseitiger Anleitung oder mit Unterstützung der Tutorin des Tutors
- Die Teilnehmenden präsentieren ihr Lernergebnis und führen die erworbenen Skills in der Gruppe vor
- Aushändigung eines Handouts, Zeit für Rückfragen und Reflexion

Anhang 3: Impressionen aus dem Open Skills Lab – interTUT 4

Station Ergo: Transferschulung und Anziehtraining



Station Medizin: Palpatorische Untersuchung und Blickdiagnosen



Station Pflege: Infant-Handlung und Wundmanagement



Station Physio: Kinesio-Taping und Spastikinhibition



Ergänzende Materialien

Vorstellungsrunden

Die folgenden Spiele können für die Gestaltung von Vorstellungsrunden genutzt werden. Sie haben sich im Rahmen von **interTUT** als ein guter Einstieg in die gemeinsame Arbeit und für die Auflockerung der Stimmung zu Beginn der Tutorien bewährt.

Sprichwörterspiel

Jede bzw. jeder Teilnehmende wählt aus der folgenden Liste ein Sprichwort aus, das am besten

- die Stimmung in der eigenen Gesundheitsprofession
- die aktuelle persönliche Stimmungslage oder
- die Erwartungshaltung gegenüber dem Tutorium beschreibt.

„Auch auf dem höchsten Thron sitzt man auf dem eigenen Hintern.“

„Auch ein blindes Huhn findet mal ein Korn.“

„Bellende Hunde beißen nicht!“

„Besser spät als nie.“

„Das Auge ist ein Fenster in die Seele.“

„Das Leben ist kein Ponyhof.“

„Den Letzten beißen die Hunde!“

„Der frühe Vogel fängt den Wurm.“

„Die Ratten verlassen das sinkende Schiff.“

„Du sollst den Tag nicht vor dem Abend loben.“

„Ein Lächeln ist die schönste Sprache der Welt.“

„Ein Streichholz bricht, dreißig aber nicht.“

„Einmal ist keinmal.“

„Es gibt kein schlechtes Wetter, es gibt nur falsche Kleidung.“

„Gib den kleinen Finger und man nimmt die ganze Hand.“

Die Sprichwörter können hierfür zum Beispiel kopiert, ausgeschnitten und in die Mitte eines Tisches zur Auswahl ausgelegt werden. Die Teilnehmenden stellen sich in der Runde dann mit ihrem Namen und ihrem professionellen Hintergrund vor und erläutern kurz, warum sie dieses Sprichwort gewählt haben.

Gummibärchenspiel

Eine Tüte oder Schale mit ausreichend Gummibärchen (oder vergleichbaren Süßigkeiten) wird vorbereitet und in einem Stuhlkreis an die Teilnehmenden herumgereicht. Jede bzw. jeder Teilnehmende nimmt sich so viele Gummibärchen, wie sie oder er möchte. Nachdem die Tüte oder Schale einmal durch alle Hände gegangen ist, erläutern die Tutorin oder der Tutor den Gedanken hinter der Aktion: Jede bzw. jeder Teilnehmende soll pro Gummibärchen eine für alle interessante Tatsache zur eigenen Person erzählen und sich auf diese Weise vorstellen.

Interviewspiel

Jede bzw. jeder Teilnehmende führt ein ca. drei Minuten dauerndes Interview mit einer oder einem ihnen noch unbekanntem Teilnehmenden. Dabei sollen sie versuchen, in der kurzen

Zeit so viele Informationen wie möglich über das Gegenüber herauszufinden (Informationen über die Person, Ausbildungsrichtung, Erwartungen an das Tutorium, etc.). Im Anschluss stellt jede bzw. jeder Teilnehmende die vom ihr bzw. ihm interviewte Person dem gesamten Plenum vor.

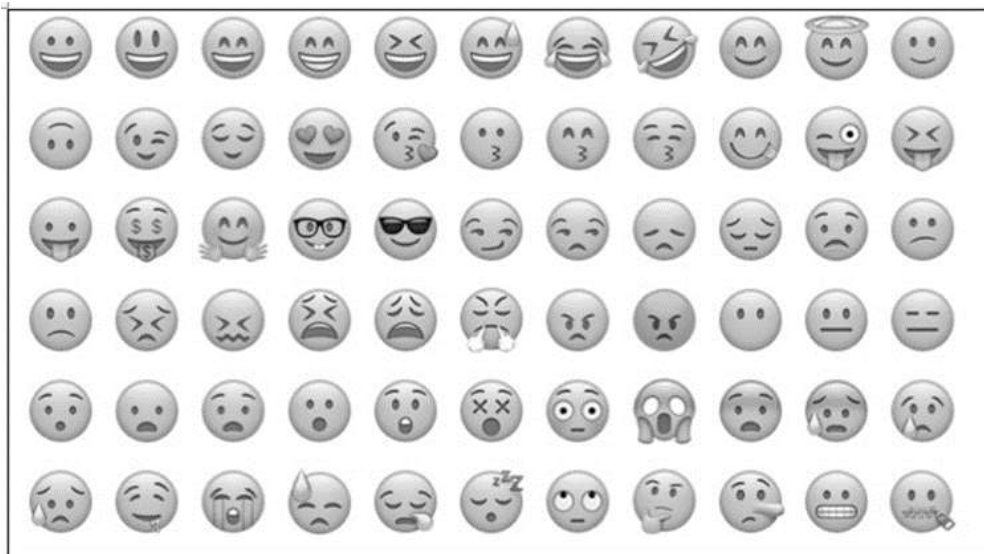
Formlose Evaluationen

Die folgenden Spiele können für die Gestaltung von Evaluationsrunden genutzt werden. Sie haben sich im Rahmen von **interTUT** als Ergänzung zur schriftlichen Auswertung mit den Evaluationsbögen bewährt.

Smiley-Karten

In der Mitte des Tisches werden verschiedene Smileys oder Emojis verteilt. Teilnehmende und die Tutorinnen bzw. Tutoren suchen sich einen Smiley oder Emojis entsprechend ihrer aktuellen Eindrücke und Stimmung aus. Reihum beschreiben alle ihre Gedanken zu diesem ausgewählten Smiley und fassen zusammen, was sie für sich aus dem Tutorium mitnehmen.

Anregungen für Smileys oder Emojis finden in jedem handelsüblichen Computer oder Smartphone (z. B. unter <http://getemoji.com/> - Stand: 15.01.17).



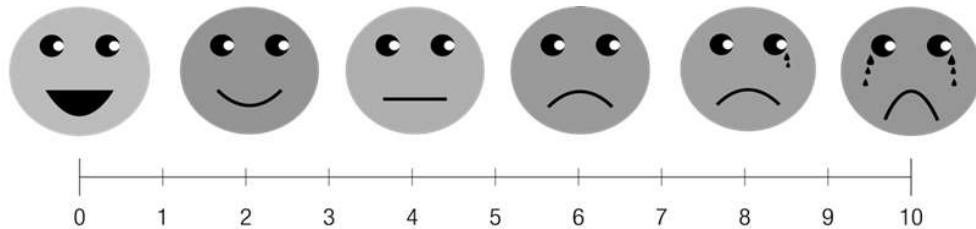
Befindensskalen

Die meisten Teilnehmenden aus Gesundheitsprofessionen dürften mit Schmerzskalen vertraut sein, diese lassen sich auch als Befindensskalen abwandeln und für die Auswertung der interprofessionellen Tutorien nutzen. Dabei wird folgendermaßen vorgegangen:

Die Skala wird großformatig kopiert und gut sichtbar aufgehängt. Die Teilnehmenden stecken eine Pinnnadel an die Stelle der Skala, die am besten ihr aktuelles Befinden oder ihre Meinung zum Tutorium beschreibt. Dabei können sie weitere Kommentare und Kritik zum Ausdruck bringen.

Mögliche Fragen zur Anregung

- Wie ich mich gerade fühle: kompetent, erschlagen, ermutigt als Experte, Schlaumeier etc.
- Was war das wichtigste, das ich gelernt habe?
- Was war hilfreich? Was war schwer?
- Wo werde ich es im Praxisalltag anwenden?
- Was wünsche ich mir?



Quelle: <https://glatzimaxi.files.wordpress.com/2015/07/abb-1.png> Stand: 15.01.17

Evaluationsbogen

Evaluation interprofessioneller Tutorien am Lernzentrum der Charité

Ich bin im _____ Semester im

- Bachelorstudiengang Physio-/Ergotherapie: PT ET ausbildungsintegrierend primärqualifizierend
 Studiengang Humanmedizin Modellstudiengang Regelstudiengang Reformstudiengang
 Ausbildungsbereich Pflege Gesundheits- und Krankenpflege Kinderkrankenpflege
 Studiengang Pflege: OEFH Akkon-Hochschule
 _____ (bitte nennen, falls keiner von den genannten)

Mein biologisches Geschlecht: weiblich männlich anderes, und zwar _____

Besuchtes Tutorium: _____ **Tutor/innen:** _____

Fragen zum <u>heutigen</u> Tutorium		Stimme voll zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Unent- schieden	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Ich bin zufrieden mit dem Tutorium							
a) hinsichtlich der Inhalte.		1	2	3	4	5	6
b) hinsichtlich des Umfangs.		1	2	3	4	5	6
Insgesamt bin ich mit dieser Veranstaltung zufrieden.		1	2	3	4	5	6
Organisatorisch passte der Termin gut in meinen Stundenplan.		1	2	3	4	5	6
Das Lernzentrum ist für mich gut erreichbar.		1	2	3	4	5	6
Das Tutorium hat mir Spaß gemacht.		1	2	3	4	5	6
Ich fühlte mich von den anderen Berufsgruppen wertgeschätzt.		1	2	3	4	5	6
Ich fühlte mich angeregt und ermutigt, Fragen zu stellen.		1	2	3	4	5	6
Ich fühlte mich von den Tutor/innen und Teilnehmer/innen ernst genommen.		1	2	3	4	5	6
Die Tutor/innen							
- aktivieren mein Vorwissen.		1	2	3	4	5	6
- regen mich zur Mitarbeit an.		1	2	3	4	5	6
- gehen auf die Beiträge der Mitglieder ein.		1	2	3	4	5	6
- haben den Austausch der verschiedenen Berufsgruppen gefördert.		1	2	3	4	5	6
- haben den Lernprozess gut moderiert.		1	2	3	4	5	6
- konnten ein wertschätzendes Lernklima herstellen.		1	2	3	4	5	6
Ich habe im Tutorium viel gelernt. .		1	2	3	4	5	6
Ich finde das Thema des Tutoriums wichtig für meine Berufsgruppe		1	2	3	4	5	6
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie sich während des heutigen Tutoriums unterfordert bzw. überfordert gefühlt haben.							
<i>sehr unterfordert</i>		<i>unterfordert</i>		<i>eher unterfordert</i>		<i>genau richtig</i>	
1		2		3		4	
<i>eher überfordert</i>		<i>überfordert</i>		<i>sehr überfordert</i>			
5		6		7			
Begründung:							
Ich bin der Meinung, dass die Tutorin/der Tutor (<i>bitte a) und b) berücksichtigen!</i>)							
<i>a) zu bestimmend war</i>		<i>genau richtig</i>		<i>die Gruppe zu sehr laufen ließ</i>		<i>b) zu viel geredet hat</i>	
1		2		3		4	
5		6		7		8	
Folgendes nehme ich aus dem Tutorium mit/ habe ich gelernt:							
Folgendes hat mir am heutigen Tutorium besonders gut gefallen:							
Folgendes würde ich gerne am Tutorium verbessern:							
<i>Bitte formulieren Sie Kommentare, die sich auf Personen beziehen, KONSTRUKTIV UND NICHT VERLETZEND!</i>							

Die Daten werden im Rahmen des Projektes INTERTUT ausgewertet. Feedback auch jederzeit persönlich oder an kabin.r.eichel@charite.de

Fragen zum Lernzentrum und Tutorien im Allgemeinen	<i>S</i> timme voll zu	<i>s</i> timme zu	<i>a</i> bsance her zu	<i>U</i> nter- schieden	<i>s</i> timme her nicht zu	<i>a</i> bsance nicht zu	<i>S</i> timme gar nicht zu
Ich bin zufrieden mit:							
- der Organisation der Tutorien (Einschreibung, Uhrzeit etc.).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
- der Beschreibung im Aushang/der Email.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Ich fühle mich im Lernzentrum willkommen.							
Ich empfinde die Inhalte der Tutorien als wichtig:							
- für meinen Ausbildungsstand	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
- für mein späteres Berufsleben	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
<p>Folgende weitere Themen würde ich mir für interprofessionelle Tutorien wünschen:</p> <p>Weiterer Platz für Kommentare:</p> <p>Wie bist du auf das Tutorium aufmerksam geworden?</p> <p>Ich habe bereits an einem anderen interprofessionellen INTERTUT-Tutorium teilgenommen:</p> <p><input type="radio"/> Ja, und zwar zum Thema: _____</p> <p><input type="radio"/> Nein, dies ist mein erstes interprofessionelles INTERTUT-Tutorium.</p> <p>Vielen Dank für die Rückmeldung!</p>							

**Working Paper der Unit
Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik**

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK - Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland