



Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Interprofessionell und Peer- gestützt lernen – Konzepte, Perspektiven und Praxis

Doreen Herinek (Hg.)

Working Paper No. 22-02
Berlin, Dezember 2022

Zitierhinweis

Herinek D (Hg.) (2022):
Interprofessionell und Peer-gestützt lernen
– Konzepte, Perspektiven und Praxis
Working Paper No. 22-02 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Impressum

Working Paper No. 22-02 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, Dezember 2022

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

Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
I Einleitung	6
II Unterstützungsbedürfnisse von Auszubildenden in der Krankenpflege bei der interprofessionellen Zusammenarbeit	11
1. Einleitung	11
2. Forschungsfrage und Ziel	12
3. Methode	12
4. Ergebnisse	13
4.1 Erleben	13
4.2 Barrieren	14
4.3 Unterstützungsbedürfnisse	15
5. Limitationen	16
6. Diskussion	16
7. Literaturverzeichnis	19
III Die Sichtweisen von Lehrenden an Schulen des Gesundheitswesens auf das interprofessionelle Lehren und Lernen	22
1. Einleitung	22
2. Forschung zu den Lehrenden	23
3. Ziel und Forschungsfrage	24
4. Methodisches Vorgehen	24
5. Ergebnisse	25
5.1 Ansichten zur Definition von IPE	25
5.2 Vorerfahrungen mit IPE in verschiedenen Kontexten	25
5.3 Bedeutungen der IPE	26
5.4 Bedingungen für IPE	28
6. Diskussion	29
7. Fazit und Ausblick	31
8. Literaturverzeichnis	32
IV (E-)Portfolios als Assessmentinstrument für Selbstreflexion und Kompetenzerfassung in interprofessionellen Lehr-Lernarrangements	35
1. Einleitung	35
2. Das (E-)Portfolio als Instrument zur Leistungserfassung	35
3. (E-)Portfolios in der interprofessionellen Bildungsarbeit	38
4. Schlusswort	39
5. Literaturverzeichnis	41
V Peer-assisted learning in praktischen Pflege-Settings	44
1. Hintergrund und Fragestellung	44
2. Methodisches Vorgehen	46
3. Ergebnisse im Überblick	47
3.1 Quantitativer Überblick	48
3.2 Qualitativer Überblick	48
4. Diskussion	49
5. Fazit	50
6. Literaturverzeichnis	52

VI	interTUT – Verstetigung und lessons learned	56
1.	Einleitung	56
2.	Hintergrund	56
3.	Projektaufbau.....	57
4.	Erfahrungen und Empfehlungen.....	58
	4.1 Interprofessionalität	58
	4.2 Öffentlichkeitsarbeit	59
	4.3 Wissenschaftliche Begleitung	59
	4.4 Inspiration für andere Ausbildungsinstitutionen	60
5.	Handreichungen	60
	5.1 Kurzbeschreibung interTUT 5	60
	5.2 Kurzbeschreibung interTUT 6	60
	5.3 Kurzbeschreibung interTUT 7	60
	5.4 Ausblick: interTUT8.....	61
6.	Zusammenfassung	61
7.	Literaturverzeichnis	62
VII	interTUT – 2. Manual zur Durchführung	63

Abkürzungsverzeichnis

CPAL	Collaborative peer-assisted learning
GD	Gruppendiskussion
GMA	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
HK	Hauptkategorie
HPE	Health Professions Education
IPE	Interprofessional Education
IPC	Interprofessional Collaboration
interTUT	Interprofessionelle Tutorien
IPL	Interprofessionelles Lehren und Lernen
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
PAL	Peer-assisted learning
QDA	Qualitative Data Analysis

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Darstellung Suchverlauf der englischsprachigen Begriffe	47
Abb. 2: Organigramm interTUT (Stand: 03/2022)	57

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Überblick über die Hauptkategorien (HK)	13
Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien.....	47
Tab. 3: Übersicht über eingeschlossene Beiträge	48
Tab. 4: Fragen und Antworten Ernährungsquiz (Kurzversion) (Anhang 1).....	68

I Einleitung

Doreen Herinek

*"Coming together is a beginning,
Staying together is progress,
and working together is success."*

(Henry Ford)

Im Jahr 2017 wurde in dieser Working Paper Reihe des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin eine erste Veröffentlichung zum interprofessionellen und Peer-gestützten Lernen, Lehren und Arbeiten vorgelegt (Ewers/Reichel 2017). Unter der Überschrift „*Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: Das Projekt interTUT*“ lag der Fokus seinerzeit auf einer einführenden Auseinandersetzung mit dem interprofessionellen Lernen allgemein und dem Peer-gestützten interprofessionellen Lernen im Besonderen. Zudem wurden erste Erfahrungen mit einem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Entwicklungsprojekt dokumentiert, mit dem insbesondere die Möglichkeiten des Peer-assisted learning für das interprofessionelle Lernen, Lehren und Arbeiten ausgelotet werden sollten.

Grundlegend wird unter der meist verwendeten englischsprachigen „interprofessional education“ (kurz IPE) das von-, mit- und übereinander Lernen mindestens zweier Gesundheitsberufe verstanden, mit dem Ziel die Zusammenarbeit und die Gesundheitsversorgung zu verbessern (vgl. CAIPE 2002; WHO 2010). Und das Peer-gestützte Lernen – bzw. das ebenfalls aus dem Englischen oft übernommene Peer-assisted learning (kurz: PAL) – beschreibt das gemeinsame mit- und voneinander lernen und/oder Bearbeiten von Aufgaben ohne die Anwesenheit einer qualifizierten Lehrperson (vgl. Boud et al. 2001). Mit dem Projekt interTUT wurden die beiden didaktischen Ansätze in Deutschland erstmals kombiniert und mit großem Erfolg durchgeführt. Zudem konnte eine Verstetigung der ursprünglich extracurricularen Maßnahme erreicht werden – inzwischen sind interprofessionelle Tutorien an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und den Partnerhochschulen – Alice Salomon Hochschule Berlin und Evangelische Hochschule Berlin – als curriculärer Baustein und als reguläres Lehr-Lernangebot fest verankert. Mit der Veröffentlichung einiger grundsätzlicher, zugleich eher praxisorientierter Überlegungen sowie der im Rahmen dieses Projektes erarbeiteten Materialien zu vier Tutorien (Ewers/Reichel 2017) sollte seinerzeit ein Beitrag zum Diskurs über das Thema IPE in Deutschland geleistet werden. Zugleich aber sollten andere Bildungseinrichtungen angeregt werden, dem erfolgreichen Beispiel von interTUT zu folgen, die Möglichkeiten des Peer-assisted learning für das interprofessionelle Lernen, Lehren und Arbeiten aufzugreifen und ggf. eigene Initiativen in dieser Richtung zu entwickeln.

Mit dieser Intention wurde auch das hiermit vorliegende Working Paper erstellt. Die Veröffentlichung richtet sich an Personen, die womöglich noch wenig Berührung mit den Themen IPE und PAL hatten, ebenso aber auch an Studierende, Lehrpersonen an Hochschulen und Schulen des Gesundheitswesens oder Nachwuchswissenschaftler:innen, die sich mit Teilaspekten des interprofessionellen Lernens, Lehrens und Arbeitens befassen wollen. Das Working Paper bündelt Themen, die im Kontext von IPE derzeit bearbeitet und diskutiert werden oder die künftig mehr Aufmerksamkeit verdienen. Einerseits werden Lehrende und deren Verantwortung für die Durchführung von IPE in den Blick genommen, andererseits aber auch Lernende und die Fragen danach, was sie an Unterstützung benötigen, damit interprofessionelles lernen gelingen kann. Thematisiert wird ferner, wie eine reflektierte Auseinandersetzung der eigenen Erfahrungen mit IPE mittels (E-)Portfolio erfolgen kann, und auch, inwiefern sich der didaktische Ansatz des PAL für die praktische Pflegeausbildung eignet. Schließlich hat auch das Projekt interTUT wieder einen angemessenen Platz in diesem Working Paper erhalten. Zum einen wird ein kurzer Einblick in die Weiterentwicklung des Projektes in Berlin vermittelt, zum anderen werden zwischenzeitlich erarbeitete Materialien zu weiteren interprofessionellen Tutorien vorgelegt.

Die meisten Beiträge in diesem Working Paper basieren auf Qualifikationsarbeiten, genauer gesagt, auf empirischen und Literatur-gestützten Masterthesen, die im Studiengang Health Professions Education der Charité – Universitätsmedizin entstanden sind. Dies ist Ausdruck davon, dass das Thema IPE Eingang in die Ausbildung von Lehrenden in der Qualifizierung der Gesundheitsberufe gefunden hat – zumindest am Standort Berlin. Durch eine frühe Konfrontation mit dem Thema in der Lehre werden die interprofessionell zusammengesetzten Studierenden angeregt, über Möglichkeiten der Gestaltung und

Umsetzung interprofessionellen Lernens in der Aus- und Weiterbildung nachzudenken. Wenn das Interesse am Thema geweckt wurde, können Studierende des Master Health Professions Education ein Projektseminar mit dem Schwerpunkt IPE besuchen und über ein Semester hinweg eine konkrete Forschungsidee ausarbeiten, die ihren Interessen an dem Thema folgt. Das individuelle Vorhaben wird bis zur Umsetzungsreife geplant und dann idealerweise im Rahmen der Masterthesis auch eigenständig realisiert. Dabei sind einige zum Teil sehr interessante Arbeitsergebnisse entstanden, die es – trotz der eng begrenzten Möglichkeiten solcher Qualifizierungsarbeiten – wert sind, auf diese Weise der interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht zu werden. Die thematischen Schwerpunkte der einzelnen Beiträge dieses Working Papers sollen hier einleitend kurz mit wenigen Strichen skizziert werden:

Geht es um das Thema IPE werden häufig die Erfahrungen von Lernenden mit interprofessionellen Lehr-Lernangeboten beforscht (vgl. z. B. Salberg et al. 2022). Zudem wird untersucht, ob sich die Einstellung zu IPE vor und nach einer IPE-Veranstaltung verändert hat (vgl. z. B. Dyess et al. 2019; Wang et al. 2019) und ob ein „interprofessioneller Kompetenzzuwachs“ zu verzeichnen ist (vgl. z. B. Mink et al. 2021). Meist handelt es sich dabei um quantitative Forschungsaktivitäten. Etwas seltener kommen qualitative Methoden zum Einsatz. Diese Lücke adressiert **Fabian Brückner** mit seinem, auf eine Masterthesis zurückgehenden Beitrag. In einer qualitativen Studie fragt er konkret nach Unterstützungsbedürfnissen von Lernenden in der Pflege beim interprofessionellen Lernen. Er identifiziert dabei Hindernisse, die dem gemeinsamen Lernen aus subjektiver Sicht im Wege stehen, ebenso aber auch Möglichkeiten für deren Überwindung. Konkret arbeitet er auf Grundlage seiner Befragung einige Ansatzpunkte dafür heraus, wie IPE in Bildungs- und Praxiseinrichtungen künftig verbessert werden kann.

Ein weiteres Desiderat, das der Literatur entnommen werden kann, ist die Auseinandersetzung mit der Qualifikation von Lehrenden (vgl. Paignon et al. 2022; Freeman 2010). Es ist ein erklärtes Ziel, Lehrende zur Durchführung von IPE angemessen zu schulen. Bisher gibt es jedoch kaum valide Instrumente, die die Kompetenzen der Lehrenden messen, die sie zur Durchführung von IPE benötigen (vgl. Sargeant et al. 2010). Das macht es u. a. schwierig, derartige Schulungen zu konzeptualisieren. Mit diesem Thema befasst sich **Stefanie Lau**. Auch sie hat ihre Masterarbeit publikationsförmig für dieses Paper aufbereitet. Thematisch fokussiert sie in ihrer qualitativen Studie die Sichtweisen, Erfahrungen und Wissensbestände zum interprofessionellen Lernen von Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens. Daraus sollen Impulse für die Aus- und Weiterbildung von Lehrenden zum Thema IPE gesetzt werden.

Mit der Zunahme von IPE und darin zu erwerbenden Kompetenzen wurde auch dazu übergegangen, diese Kompetenzen messen bzw. (über-)prüfen zu wollen (vgl. z. B. Dyess et al. 2019). Dass es bei IPE aber um mehr als das bloße Abprüfen von Wissen oder Fertigkeiten geht und dass es dazu auch einer hohen Reflexionskompetenz bedarf, liegt auf der Hand (vgl. z. B. Crezee/Marianacci 2022). Dafür braucht es innovative Werkzeuge, mit denen eine solche reflektierte Auseinandersetzung möglich ist. Mit diesem Thema befasst sich **Cordula Walther**, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Lehrende im Masterstudiengang Health Professions Education und Verantwortliche für das Modul „Assessment und Evaluation“. In ihrem Beitrag befasst sie sich damit, wie (E-)Portfolios in der Lehre gewinnbringend genutzt werden können – auch um das interprofessionelle Lernen und Lehren zu fördern. Sie geht dabei zunächst auf die Portfolioarbeit im Allgemeinen ein, wendet sich dann dem Thema IPE zu und reflektiert diese Methode in diesem Kontext.

Schließlich wird auch immer wieder darüber diskutiert, welche Lehr-Lernformate sich eignen, um Interaktionen zwischen den Lernenden zu fördern. Dabei ist seit einigen Jahren ein Trend zu erkennen: Der Selbstverantwortung für Lernarrangements sowie -prozesse wird immer mehr Bedeutung zugemessen, weil Lernende dadurch in die Lage versetzt werden, sich Themen selbstständig mit zu ihnen passenden Methoden zu erschließen (vgl. Konrad/Traub 2018). Eine Möglichkeit, das selbstgesteuerte Lernen zu fördern, ist PAL. Es kennzeichnet Lerngelegenheiten unter annähernd „statusgleichen“ Personen, die ohne professionelle Lehrperson miteinander lernen (vgl. Topping/Ehly 1998). Die Auseinandersetzung unter den Lernenden ist fruchtbar, weil sich diese auf ansatzweise gleichem kognitivem und sozialem Niveau befinden. Diese sogenannte kognitive und soziale Kongruenz führt nicht nur zu einem besseren Verständnis untereinander, sondern auch zu einem Umgang miteinander, der wenig hierarchisch ist (vgl. Schmidt/Moust 1995). Insbesondere in der Medizin hat sich PAL in Form von Peer-Tutorien durchgesetzt und wird dort vielfältig umgesetzt und das sowohl national (z. B. Alvarez/Schultz 2017) wie auch international (z. B. Burgess et al. 2014; Burgess/McGregor 2018). Auch in anderen Gesundheitsprofessionen gewinnt es an Bedeutung und ist nicht mehr nur im Setting Schule oder Hochschule zu finden, sondern

auch in praktischen Versorgungssettings (z. B. Carey et al. 2018). Genau diesem Thema widmet sich **Julia Klews** in ihrem Beitrag. Hierfür hat sie in ihrer Masterthesis ein international ausgerichtetes Scoping Review durchgeführt. In dem Beitrag werden der Forschungsprozess sowie dessen Ergebnisse im Überblick dargestellt. Demnach können PAL-Konzepte in der praktischen Pflegeausbildung positive Effekte haben – sowohl die klinischen Fähigkeiten konnten dadurch ausgebaut, wie auch der informelle Austausch der Lernenden untereinander erhöht werden.

Auch für das interprofessionelle Lernen scheint das Format PAL interessant. Schließlich haben beide Ansätze gemeinsam, dass sie auf das kooperative Lernen mit-, von- und übereinander fokussieren (vgl. Herinek et al. 2022). Das beweist auch der Beitrag von **Anne Neumann, Sophie Kray-Niemczyk, Ariane Gartmann, Elisa Habermann, Alice Kornfeld, Shirley Seither, Sophie Stiehler und Anu Wank**. Sie reflektieren die weitere Entwicklung des Projektes „interTUT“ nach Abschluss der offiziellen Förderphase 2017 bis heute. Zudem stellen sie die seitdem neu entstandenen Tutorien inklusive aller Materialien vor und beleuchten auch die Entstehung eines weiteren Tutoriums. Dies soll Lesenden und Interessierten die Möglichkeit bieten, sich mit diesem Projekt auseinanderzusetzen, Ideen aufzugreifen und womöglich eigene interprofessionelle Tutorien zu entwickeln. Die Materialien sind als Angebot zu verstehen, die Ideen auf die vor Ort bestehenden Rahmenbedingungen anzupassen.¹

Die in diesem Working Paper gebündelten Beiträge sollen mit ihren unterschiedlichen Akzentsetzungen dazu beitragen, die Diskussion über die Einführung von IPE in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen in Deutschland weiter voranzutreiben. Zugleich sollen neue, bislang wenig beachtete thematische Facetten in die Diskussion eingebracht werden – etwa die Verwendung von PAL in verschiedenen Kontexten oder die Möglichkeiten und Grenzen innovativer Prüfformate. Das Papier soll schließlich dazu einladen und anregen, neue Ideen zur Umsetzung interprofessionellen Lernens, Lehrens und Arbeitens in Deutschland zu entwickeln, den Austausch untereinander zu fördern und auch die (angehenden) Lehrenden in den Gesundheitsprofessionen anzuregen, sich intensiver mit den Themen IPE und PAL zu befassen.

¹ Die Tutorien 1-4 sind in ähnlicher Weise bereits in Ewers/Reichel 2017 publiziert – auch hier darf auf die Materialien zurückgegriffen werden.

Literatur

Alvarez S, Schultz JH (2017): Practice Report/Bericht aus der Praxis: An exploration of peer tutor roles and recruitment at German medical schools. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 127(128): 80-84.

Boud D, Cohen R, Sampson J (2001): Introduction: making the move to peer learning. *Peer learning in higher education: learning from and with each other*. London: Kogan Page. Editor: 1-17.

Burgess A, McGregor D (2018): Peer teacher training for health professional students: a systematic review of formal programs. *BMC Medical Education*, 18(1): 263.

Burgess A, McGregor D, Mellis C (2014): Medical students as peer tutors: a systematic review. *BMC Medical Education*, 115.

CAIPE – Centre for the Advancement of Interprofessional Education (2002): Interprofessional education: Today, yesterday and tomorrow. Fareham: CAIPE [online] <https://www.caipe.org/download/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-and-tomorrow-barr-h-pdf/> [27.12.2021].

Carey MC, Kent B, Latour JM (2018): Experiences of undergraduate nursing students in peer assisted learning in clinical practice: a qualitative systematic review. *JB database of systematic reviews and implementation reports, Australia*, 16(5): 1190-1219.

Crezee I, Marianacci A (2022): 'How did he say that?' interpreting students' written reflections on interprofessional education scenarios with speech language therapists. *The Interpreter and Translator Trainer*, 16(1): 19-38.

Dyess AL, Brown JS, Brown ND, Flautt KM, Barnes LJ (2019): Impact of interprofessional education on students of the health professions: a systematic review. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 16 (33): epub.

Ewers M, Reichel K (Hrsg.) (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.

Freeman S, Wright A, Lindqvist S (2010): Facilitator training for educators involved in interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4): 375-385.

Herinek D, Woodward-Kron R, Ewers M (2022): Preparing tutors for interprofessional Peer-assisted learning in health professions education (Prep4TUT): A Mixed Methods study protocol. *Journal of Interprofessional Care*, 2022(May 11): 1-4.

Konrad K, Traub S (2018): Selbstgesteuertes Lernen. Grundwissen und Tipps für die Praxis. 6. überarb. und erw. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Mink J, Mitzkat A, Krug K, Mihaljevic A, Trierweiler-Hauke B, Götsch B, Wensing M, Mahler C (2021): Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 35(5): 751-759.

Paignon A, Schwärzler P, Kerry M, Stamm D, Bianchi M, Xyrichis A, Gilbert J, Cornwall J, Thistlethwaite J, Iwg-Ipecat, Huber M (2022): Interprofessional educators' competencies, assessment, and training – IPEcat: protocol of a global consensus study. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5): 765-769.

Salberg J, Ramklint M, Öster C (2022): Nursing and medical students' experiences of interprofessional education during clinical training in psychiatry. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4): 582-588.

Sargeant J, Hill T, Breau L (2010): Development and testing of a scale to assess interprofessional education (IPE) facilitation skills. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Spring; 30(2): 126-131.

Schmidt HG, Moust JHC (1995): What makes a tutor effective? A structural-equations modeling approach to learning in problem-based curricula. *Academic Medicine*, 70(8): 708-714.

Topping KJ, Ehly SW (1998): Introduction to Peer-Assisted Learning. In: Topping KJ, Ehly SW (Hrsg.): Peer-assisted Learning. Mahwah, NJ: L. Erlbaum Associates: 1-23.

Wang Z, Feng F, Gao S, Yang J (2019): A Systematic Meta-Analysis of the Effect of Interprofessional Education on Health Professions Students' Attitudes. Journal of Dental Education, 83(12): 1361-1369.

WHO – World Health Organization (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva CH: WHO.

II Unterstützungsbedürfnisse von Auszubildenden in der Krankenpflege bei der interprofessionellen Zusammenarbeit

Fabian Brückner

1. Einleitung

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) im Gesundheitswesen hat sich in Deutschland in den letzten Jahren vom vermeintlichen Nischenthema zu einer dringenden Aufgabe entwickelt, die mit Nachdruck von politischer, gesundheitsökonomischer und professionsangehöriger Seite diskutiert wird. Gründe dafür liegen in einer zunehmend älteren Bevölkerungsstruktur, einem steigenden chronischen, multimorbiden Krankheitsspektrum, dem Trend zur ambulanten Versorgung und dem fehlenden sektorenübergreifenden Handeln der verschiedenen Akteur:innen – Entwicklungen, die das deutsche Gesundheitswesen zunehmend unter Druck setzen (Herr et al. 2018; Gibis/Tophoven 2017; RKI 2016). Auch wenn darauf hingewiesen wird, dass die positiven Effekte von IPZ auf die genannten Probleme in der Versorgungspraxis noch nicht hinreichend empirisch belegt sind (z. B. Reeves et al. 2013; WHO 2013), wird von vielen Seiten argumentiert, dass der Schlüssel zu einer angepassten, komplexen Versorgung, mehr Patientensicherheit, Ressourceneffizienz, aber auch besserer Qualität und mehr Zufriedenheit in der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen im Gesundheitswesen liegt (vgl. HRK 2017; Klapper/Schirlo 2016; Walkenhorst et al. 2015). Begründet werden diese Vermutungen mit dem Verweis darauf, dass eine komplexe und mehrdimensionale Gesundheitsversorgung über Sektorengrenzen hinweg nicht von einer Institution oder Profession allein geleistet werden kann (vgl. Ewers 2012; RBS 2000), beziehungsweise eine einzelne Profession heutzutage nicht mehr über die vollumfängliche Expertise einer komplexen Versorgung verfügt (vgl. Antoni 2010; Gibis/Tophoven 2017). Das Interesse an IPZ schlägt sich dabei in der wachsenden Anzahl an Fachzeitschriften, Tagungen, Gremien und Verbänden nieder, die sich vermehrt mit dem Thema beschäftigen (vgl. Ewers/Walkenhorst 2019). Besonders interprofessionelles Lehren und Lernen (IPL), beziehungsweise eine interprofessionelle Ausbildung wird als Notwendigkeit für eine erfolgreiche IPZ und den Abbau von Barrieren formuliert (Walkenhorst et al. 2015; WHO 2010). Dementsprechend werden interprofessionelle Bildungsangebote als grundlegende Voraussetzung für das Erlangen interprofessioneller Kompetenzen gesehen, die für die gemeinsame Versorgung und ein gegenseitiges Verständnis der Professionen nötig sind (SVR 2007; Frenk et al. 2010). Während sich interprofessionelle Bildungsmaßnahmen in der Primärqualifizierung der Gesundheitsberufe international schon etabliert haben, ist ein steigendes Bewusstsein dafür hierzulande erst in den letzten Jahren gewachsen.

Durch gesundheits- und bildungspolitische Maßnahmen wie z. B. den „Masterplan Medizin 2020“ soll die arbeitsteilige Zusammenarbeit verschiedener Professionsangehöriger bereits in der Ausbildung angebahnt werden (BMBF 2017). Allerdings verdeutlicht ebendieser geradezu exemplarisch die Fokussierung dieser Bemühungen auf Angehörige der Ärzt:innenschaft. Zwar wurde auch durch das Pflegeberufereformgesetz, das seit 2020 gilt, eine Stärkung von IPZ in der generalistischen Pflegeausbildung gefördert; diese Anstrengungen blieben aber weit hinter den Bemühungen im Rahmen des Medizinstudiums zurück (vgl. Ewers/Walkenhorst 2019).

An diesem Beispiel zeigt sich, dass Innovationen in der Gesundheitsversorgung nach wie vor unter Ausschluss der anderen als ärztlichen Gesundheitsprofessionen stattfinden (vgl. Höppner/Igl 2017). Gewissermaßen zeigen sich darin die bestehenden Hierarchien innerhalb der Gesundheitsprofessionen, welche einer erfolgreichen IPZ oft genug im Wege stehen. Durch eine Literaturrecherche im Vorfeld der Arbeit, konnte dieser Verdacht teilweise bestätigt werden. So sind die bisherigen Projekte und Initiativen zum Thema Interprofessionalität fast ausschließlich als Kooperation zwischen Medizinstudierenden auf der einen und mindestens einer anderen als ärztlichen Gesundheitsprofession auf der anderen Seite angelegt. Dabei sind die deutschsprachigen Publikationen, die sich auf Pflegende beziehen, etwa zu gleichen Teilen in der akademischen und der berufsfachschulischen Pflegeausbildung verortet. Trotzdem werden Pflegende, die mit Abstand die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen darstellen, nicht ausreichend im Forschungsgeschehen zum Thema IPL abgebildet. Das Defizit wirkt umso schwerer vor dem Hintergrund, dass Pflegende den meisten und engsten Kontakt zu Patient:innen haben und deshalb eine Schlüsselrolle in der interprofessionellen Versorgung einnehmen (vgl. Behrend et al. 2020). Die Sichtweisen dieser Berufsgruppe auf IPL und besonders der Auszubildenden, von denen eine funktionierende

IPZ zukünftiger Generationen von Pflegefachkräften abhängt, ist also in der Forschung deutlich unterrepräsentiert – eine Forschungslücke, die mit der vorliegenden Arbeit adressiert wurde.

2. Forschungsfrage und Ziel

Aus den obenstehenden Überlegungen ergab sich folgende übergeordnete Fragestellung:

„Wie erleben Auszubildende der Krankenpflege Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)? Welche Barrieren nehmen sie wahr und welche Unterstützungsbedürfnisse haben sie?“

Von Bedeutung war dabei die Perspektive der Auszubildenden auf persönliche Erfahrungen mit der IPZ, die in den praktischen Phasen der Krankenpflegeausbildung gemacht wurden. Das Ziel des Forschungsvorhabens war es, die weitestgehend unbekannteste Sichtweise von Auszubildenden der Krankenpflege auf IPZ zu explorieren und davon ausgehend Erkenntnisse zu gewinnen, aus denen sich Anhaltspunkte für eine bedürfnisorientierte Implementierung von IPL in der Krankenpflegeausbildung ableiten lassen. Außerdem sollte aus den wahrgenommenen Barrieren in der IPZ ein Überblick darüber gewonnen werden, welche Hindernisse für Auszubildende zukünftig beseitigt werden müssen, wenn IPZ erfolgreich in der Ausbildung vermittelt werden soll.

3. Methode

Aufgrund der explorativ formulierten Forschungsfrage wurde das Forschungsdesign qualitativ angelegt (Mayring 2016). Vogl (2014) legt dar, dass sich Gruppendiskussionen eignen, um Gruppenmeinungen zu erheben. Einzelne Meinungen werden in diesem Kontext wesentlich besser durchdacht geäußert. Zudem erfolgt eine intensivere Auseinandersetzung der Diskutierenden mit dem Thema, wodurch ein größeres Spektrum an Reaktionsweisen sichtbar wird (ebd.). Durch die Interaktion werden tieferliegende Sinnstrukturen und handlungsbestimmende Einstellungen einer Gruppe viel besser abgebildet, als dies in Einzelinterviews der Fall ist (vgl. Mayring 2016). Aufgrund der Fragestellung erschienen Gruppendiskussionen deshalb als geeignet, um die kollektive Sichtweise von Auszubildenden der Pflege zu erheben. Es wurden drei Gruppendiskussionen geführt. Die vorab definierte Gruppengröße von 5-10 Teilnehmenden orientierte sich dabei an Mayring (2016), der mindestens fünf Teilnehmende für eine Gruppendiskussion empfiehlt.

Um eine größtmögliche Freiwilligkeit und Motivation der Gesprächsteilnehmer:innen zu gewährleisten, erfolgte das Sampling durch Selbstaktivierung an einer Berliner Krankenschule. Als Einschlusskriterium wurde festgelegt, dass nur Diskussionsteilnehmer:innen ab dem vierten Ausbildungssemester berücksichtigt werden, da ab diesem Zeitpunkt der Ausbildung davon auszugehen ist, dass eine ausreichende Erfahrungsgrundlage als Reflexionsbasis für die Diskussion vorhanden ist. Insgesamt konnten 18 Diskussionsteilnehmer:innen rekrutiert werden. Entsprechend der Empfehlungen von Mayring (2016) und Helfferich (2011) wurde zur Strukturierung der Gruppendiskussionen ein Leitfaden entworfen. Dafür wurde zunächst eine Literaturrecherche zu zentralen Begriffen der Forschungsfrage („Erleben“, „Barrieren“ und „Unterstützungsbedürfnisse“) durchgeführt. Basierend auf den dabei gewonnenen Erkenntnissen wurden deduktiv Kategorien für den Leitfaden abgeleitet. Anhand des SPSS-Prinzips (Helfferich 2011) wurden anschließend Fragen für den Diskussionsleitfaden formuliert.

Zwei der Gruppendiskussionen wurden in Präsenzform, eine als Onlineformat durchgeführt, wobei die Gruppengröße zwischen vier und acht Personen variierte. Die vorgesehene Teilnehmendenzahl konnte bei einer Präsenzdiskussion krankheitsbedingt nicht erreicht werden. Die Diskussionen wurden auditiv aufgezeichnet und inhaltlich-semantic transkribiert (Dresing/Pehl 2018).

Die Datenauswertung erfolgte anhand des allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodells von Mayring (2015). Dementsprechend wurde eine qualitative, zusammenfassende Inhaltsanalyse mit induktiv-deduktiver Kategorienbildung (ebd.) durchgeführt. Nach Festlegung der Abstraktionsniveaus für die Kategorien „Erleben“, „Barrieren“ und „Unterstützungsbedürfnisse“ wurden die Analyseeinheiten bestimmt und die Transkripte nacheinander entsprechend analysiert, wobei jede Textstelle nur einer einzigen Kategorie zugeordnet wurde. Nicht inhaltstragende Textstellen wurden nicht kodiert. Die 43 generierten Kategorien, wurden in einem nächsten Schritt durch Erhöhung des Abstraktionsniveaus reduziert, sodass inhaltsähnliche oder verwandte Kategorien zusammengefasst werden konnten. Nach Abschluss dieses Schrittes

verblieben 13 Kategorien für die Ergebnisauswertung. Die Darstellung der Kategorien erfolgt im Fließtext kumuliert anhand der übergeordneten zentralen Begriffe „Erleben“, „Barrieren“ und „Unterstützungsbedürfnisse“ (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Überblick über die Hauptkategorien (HK)

Erleben	Barrieren	Unterstützungsbedürfnisse
<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis von IPZ • Assistenzärzt:innen integrieren Auszubildende aktiv in die Zusammenarbeit • IPZ in verschiedenen Settings 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde strukturelle Verankerung von IPZ • Ressourcenmangel • Hierarchien • Fehlende Kenntnisse über andere Berufsgruppen • Kommunikative Barrieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionelle Verankerung von IPZ • Förderung von interprofessionellem Lernen • Enge Betreuung Auszubildender in der Praxis • Förderung einer Teamidentität • Verbesserung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen

4. Ergebnisse

4.1 Erleben

Obwohl die Auszubildenden kaum theoretisch fundiertes Vorverständnis besaßen, zeigt sich in vielen Aussagen ein implizites Verständnis von Interprofessioneller Zusammenarbeit, so auch in dem folgenden Zitat:

„Na es geht halt darum mit allen, also zumindest in unserem Beruf jetzt sagen wir mal, mit allen Berufen im Krankenhaus zusammen zu arbeiten. Mit denen sich abzusprechen zu bestimmten Patienten, zu bestimmten Organisationssachen. Also es geht halt für mich/ interprofessionelles Arbeiten halt für mich ist einfach zwischen allen Berufsgruppen arbeiten und sich abstimmen und dann auch Informationen zu sammeln.“ (GD_II, Z. 7-11)

Wie daran deutlich wird, beschreiben die Auszubildenden IPZ als die Zusammenarbeit zwischen und mit anderen Berufsgruppen. Als zentrale Aspekte wurden hier auch die organisatorische Koordination, sowie Kommunikation und Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen genannt – Gesichtspunkte, die auch in der theoretischen Auseinandersetzung mit IPZ zentral sind.

In allen drei Gruppendiskussionen wurden nicht nur Gesundheitsfachberufe, sondern auch Sozialberufe (z. B. Sozialarbeiter:innen), Assistenzberufe (z. B. Reinigungskräfte und Serviceassistent:innen) und eine Reihe anderer Berufsgruppen in unterstützender und beratender Tätigkeit als Beteiligte der IPZ genannt. Dabei wurde anhand mehrerer Einzelbeispiele darauf hingewiesen, dass die Initiative zur IPZ von verschiedenen Berufsgruppen ausgehen kann und nicht nur von einer einzigen. Meist gaben die Auszubildenden an, IPZ durch eigene Nachfragen selbst initiiert zu haben.

Eine besondere Stellung in den drei Diskussionen nahm die Zusammenarbeit zwischen Auszubildenden und Assistenzärzt:innen ein. Übereinstimmend wurde ausgesagt, dass Assistenzärzt:innen die Auszubildenden aktiver am Informationsaustausch beteiligen, ihnen Aufgaben zuweisen, die dem Ausbildungsstand angemessen sind, initiativ auf Auszubildende zugehen und ihnen gegenüber aufgeschlossener sind. Der gemeinsame Status als Lernende in der Praxis wurde dabei als Grund gesehen, wieso etwaige berufliche Statusunterschiede zwischen Assistenzärzt:innen und Pflegenden nivelliert werden. Dies schien wesentlichen Einfluss darauf zu nehmen, dass beide Berufsgruppen partnerschaftlich in der Gesundheitsversorgung zusammenarbeiteten.

In allen drei Gruppendiskussionen gab es einen weitgehend übereinstimmenden Konsens darüber, in welchen Fachbereichen eine IPZ verstärkt erlebt wurde. Auffallend war dabei, dass diese Fachbereiche als solche identifiziert wurden, die besondere Herausforderungen an die pflegerische Versorgung stellen, darunter wurden psychiatrische, neurologische, palliative, onkologische und notfallmedizinische (Intensivstation und Rettungsstelle) Settings als Beispiele genannt.

Als wesentlicher Indikator für eine erfolgreiche IPZ wurde der Grad der Einbindung der Pflegekräfte in kommunikative und Entscheidungsprozesse angeführt. Die stärkere Einbindung der Pflegenden ermöglichte es dementsprechend eine pflegespezifische Sichtweise in die Versorgung der Patient:innen einzubringen. Im Kontrast dazu wurden die sogenannten „peripheren/somatischen Stationen“ (erfahrungsgemäß werden damit internistische, chirurgische und geriatrische Stationen subsumiert) als Settings identifiziert, in denen eher wenig IPZ erfolgt.

4.2 Barrieren

Als eine Barriere für gelingende IPZ identifizierten die Auszubildenden die mangelnde strukturelle Verankerung in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Die fehlenden Regelungen zur verbindlichen gegenseitigen Kooperation führen dazu, dass IPZ vor allem von der Initiative Einzelner abhängt, wie aus dem folgenden Zitat deutlich wird:

„Aber das war nicht, weil diese Strukturen das so hergeben, sondern einfach nur, weil die selber engagiert sind. Und ich finde das an vielen Stellen so im Krankenhaus“ (GD_I, Z. 151-152)

Hier kommt zum Ausdruck, dass institutionelle Mängel die Verantwortung für IPZ auf die Eigeninitiative der Berufsangehörigen verlagern – ein Umstand, der im Missverhältnis zu der dringenden Notwendigkeit steht, die IPZ in der Versorgung der Patient:innen einrichtungswert zu implementieren. Im Umkehrschluss wird aus diesem Zitat auch deutlich, dass eine mangelnde Bereitschaft zur IPZ dazu führen kann, dass sie gar nicht stattfindet, da es keine entsprechenden Vorgaben gibt. Dies wurde auch mit Beispielen unterlegt. Die fehlende institutionelle Verankerung zeigte sich laut den Auszubildenden auch im theoretischen Teil der Ausbildung, in dem IPZ bestenfalls als Randnotiz wahrgenommen wurde.

Fehlende Ressourcen wurden als weitere Hürde für eine gelingende IPZ identifiziert. Dabei wurden Stress, Hektik und Personalmangel als hinderliche Einflüsse benannt und miteinander in Beziehung gesetzt. Aufgrund der fehlenden Ressourcen wurden Dynamiken beschrieben, in denen monoprofessionelle Arbeitsweisen zur Bewältigung der Mangelsituation im Vordergrund stehen und in denen es aufgrund fehlender Kommunikation und Einbindung kaum oder nur schwer zur IPZ kommt.

Wesentliche Barrieren für IPZ sehen die Auszubildenden zudem in den bestehenden Hierarchien zwischen den Berufsgruppen. Dabei wurde aus den Erzählungen deutlich, dass Ärzt:innen an der Spitze dieser Hierarchie verortet werden, während Pflegenden – meist auf gleicher Stufe mit den Therapieberufen – darunter eingeordnet werden. Die Spannungen, die sich aus den Hierarchien für die Zusammenarbeit ergeben wurden an einer Stelle so ausgedrückt:

„Und wir müssen zusammenarbeiten. Das ist nicht so: ‘Ja ich hab jetzt sieben Jahre studiert. Ich bin besser als du.’ Mittlerweile kann man Pflege auch studieren. Das ist schon/ Ich finde, man sollte auf einem Level arbeiten, sagen man konzentriert sich auf den Patienten, wie geht es dem und nicht irgendwie Machtverhältnisse darstellen.“ (GD_II, Z. 110-114)

Deutlich wird hier, dass die berufsqualifizierenden Abschlüsse und das damit erworbene exklusive Wissen als maßgeblich für die hierarchische Ordnung wahrgenommen werden. Zum einen werden dabei akademische Abschlüsse den berufsfachschulischen übergeordnet, zum anderen wird ausgedrückt, dass gleichzeitig häufig eine Wertigkeit im Sinne eines „besser“ oder „schlechter“ sein wahrgenommen wird. Damit geht in der Wahrnehmung der Auszubildenden auch die Ausübung von Macht- und Weisungsbefugnissen einher, deren Darstellung mitunter über die Versorgung der Patient:innen selbst gestellt wird. Teilweise wurden diese Unterschiede als so gravierend wahrgenommen, dass die Auszubildenden sich nicht trauten, Kommunikation mit Ärzt:innen zu initiieren. Auch wenn alle Diskussionsteilnehmer:innen in ihren hierarchischen Einschätzungen übereinstimmten, wurde in einzelnen Aussagen darauf hingewiesen, dass diese Hierarchien nicht per se als Barriere zu verstehen seien. In bestimmten Situationen hätten Pflegenden den Anordnungen der Ärzt:innen gegenüber einfach Folge zu leisten. Als weiterer Ausdruck von Hierarchien wurden die Selbstwahrnehmung von Pflegenden als „Helferling“ (GD_I, Z. 269) angegeben, aber auch äußerliche phänotypische Codes (z. B. unterschiedliche Krankenhauskleidung).

Mit der hierarchischen Abgrenzung geht das fehlende Wissen darüber einher, über welche Kompetenzen andere Berufsgruppen verfügen und welche Aufgaben und Verantwortungsbereiche jeweils berufstypisch

sind. Die Auszubildenden äußerten, dass innerhalb der Berufsgruppen eher ein Bewusstsein dafür besteht, welche Aufgaben nicht dem eigenen Berufsprofil zuzuordnen sind, als tatsächliches Wissen darüber, welche Aufgaben die anderen Berufsgruppen wahrnehmen. Durch diese Wissenslücke wird eine eher monoprofessionelle Arbeitsweise gefördert, die geprägt ist von vagen Vermutungen über die Aufgaben der anderen Berufsgruppen, in denen sich häufig auch negative Vorurteile widerspiegeln.

Im Erleben der Befragten wurden kommunikative Barrieren häufig im Zusammenhang mit anderen Barrieren thematisiert. So wurde an mehreren Stellen der Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen als defizitär empfunden, wobei speziell eine gezielte Benachteiligung Pflegenden zum Ausdruck gebracht wurde:

„Und ich glaube, das wird auch oft nicht so wahrgenommen, wie: ‘Ich muss jetzt erstmal die Pflege informieren’.“ (GD_I, Z. 286-287)

Hier wird beschrieben, dass einzelne Akteur:innen Versorgungstätigkeiten durchführen, ohne Pflegenden zu informieren, die mit der Betreuung der jeweiligen Patient:innen betraut sind. Das fehlende Bewusstsein für diese Notwendigkeit hat zur Folge, dass Pflegenden beispielsweise nicht über bereits erfolgte Tätigkeiten informiert werden. Auch an strukturell vorgesehenen Schnittstellen (z. B. Visiten) werden Pflegenden häufig nicht beteiligt. Die Auszubildenden erfahren dieses Defizit noch stärker, da sie in der Praxis erleben, oft nicht als vollwertige Partner:innen in der Versorgung der Patient:innen wahrgenommen zu werden. Ein Mangel an kommunikativen Höflichkeitskonventionen wird als weiterer Aspekt der kommunikativen Barrieren beschrieben. Damit geht die Empfindung von mangelnder Wertschätzung gegenüber der pflegerischen Arbeit einher, was ebenfalls in der Kommunikation mit Pflegekräften zum Ausdruck kommt.

4.3 Unterstützungsbedürfnisse

Als Unterstützungsbedürfnis formulierten die Auszubildenden den Wunsch, IPZ stärker institutionell zu verankern. Als Vorschlag zur Implementierung forderten die Auszubildenden eine verbindliche Verankerung in den Leitbildern von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, da mit diesen eine Organisationskultur geprägt und IPZ dementsprechend gefördert werden kann. Dabei erfolgt nicht nur eine Außenkommunikation gegenüber Patient:innen, sondern wird auch eine größere Verbindlichkeit in der IPZ erreicht. Für den theoretischen Teil der Ausbildung erhoffen sich die Auszubildenden eine stärkere Thematisierung und bessere Vorbereitung auf IPZ. Auch die Förderung von interprofessionellem Lernen gemeinsam mit anderen Berufsgruppen wurde explizit als Unterstützungsbedürfnis von den Auszubildenden formuliert:

„Und so haben wir halt alles zusammen und lernen halt auch irgendwie das Gleiche. Und klar es kann halt auch jeder selber das Gleiche lernen, aber dann kann man das halt auch einfach zusammen machen. Also es ist ja nicht, man muss ja nicht zusammen machen, damit es besser ist, sondern einfach, damit die Berufsgruppen untereinander einfach besser miteinander arbeiten.“ (GD_II, Z. 1066-1070)

Wie an dieser Aussage deutlich wird, steht für die Auszubildenden dabei gar nicht die qualitative Verbesserung des Gelernten, sondern der positive Einfluss auf die spätere Zusammenarbeit im Vordergrund. Auch ein gemeinsamer Lern- und Ausbildungsstand zwischen den Auszubildenden der verschiedenen Berufsgruppen wird dabei positiv bewertet, wobei an anderer Stelle betont wurde, dass berufsspezifische Aufgabenprofile sinnvoll und schützenswert sind. Interprofessionelles Lernen soll aus Sicht der Auszubildenden also gezielt und sinnbringend eingesetzt werden, wobei berufliche Identitäten zu berücksichtigen sind. Auch das „übereinander Lernen“ wird in dem Kontext positiv bewertet, da Auszubildende aus den Einblicken in die Kompetenzen und Arbeit anderer Berufsgruppen mit Blick auf spätere IPZ profitieren können. Als mögliche positive Effekte wurden ein besseres Verständnis der Berufsgruppen unter- und füreinander und gegenseitige Wertschätzung formuliert.

Als weiteres Unterstützungsbedürfnis forderten die Auszubildenden aktive Maßnahmen, um eine Teamidentität zu stärken, in die sowohl Pflegenden, als auch Angehörige von anderen Berufsgruppen einbezogen werden. Durch gemeinsame Unternehmungen außerhalb des beruflichen Kontextes, steht dabei ex-

plizit die Förderung von informellen Kontakten im Vordergrund. Aus den Erfahrungen der Auszubildenden konstituierte sich daraus eine stärkere Integration ins Team und bessere IPZ in der Praxis. Als Weg zu einer besseren Teamidentität wurde auch der Abbau von Hierarchieunterschieden vorgeschlagen:

„Aber das würde ich mir wünschen, dass alle irgendwie auf Augenhöhe sind, auch wenn der eine dem anderen gegenüber weisungsbefugt ist. Man kriegt das trotzdem hin, denke ich.“ (GD_I, Z. 1369-1371)

Die Forderung besteht demnach nicht primär darin, Hierarchien per se abzuschaffen, sondern ein gleichwertiges Miteinander der Berufsgruppen zu ermöglichen. Dadurch könnten kommunikative Schranken abgebaut werden. Das beinhaltet auch den Verzicht auf eine übermäßige Demonstration von Machtbefugnissen hierarchisch höher gestellter Berufsgruppen.

Als letztes Unterstützungsbedürfnis äußerten die Auszubildenden den Wunsch nach einer offenen, freundlichen und konstruktiven Kommunikation. Verbal ausgedrückte Höflichkeit und die Wahrung formal-kommunikativer Umgangsformen stehen dabei an erster Stelle und bilden einen Rahmen, in dem auch gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung vermittelt werden können. Als weiterer Aspekt wurde der Wunsch nach einem besseren Informationsaustausch geäußert. Dieser könnte durch eine stärkere Integration von Pflegenden in bereits bestehende Formate, wie Teamsitzungen, Visiten und Fallbesprechungen gewährleistet werden und Pflegenden die Möglichkeit geben, ihre berufsspezifische Sichtweise einzubringen.

5. Limitationen

Durch die Ergebnisse dieser Qualifikationsarbeit wird die Debatte um IPZ in der Ausbildung von Gesundheitsprofessionen um die Perspektive von Auszubildenden der Krankenpflege an Berufsfachschulen erweitert. Damit wurde ein wichtiger Beitrag dazu geleistet, die Sichtweisen einer relevanten Zielgruppe zu dokumentieren, die in den bisherigen Forschungsbemühungen unterrepräsentiert ist – gerade auch mit Blick auf die formulierten Unterstützungsbedürfnisse.

Dennoch unterliegen die Forschungsergebnisse aufgrund der methodischen Entscheidungen bestimmten Limitationen. So wurden alle Diskussionen an derselben Ausbildungsstätte durchgeführt, womit starke Einflüsse durch die vorherrschende Unternehmenskultur und Gruppendynamiken der Diskussionsteilnehmer:innen nicht ausgeschlossen werden können. Die geringe Anzahl an Befragten impliziert, dass die getroffenen Aussagen vor allem als Impulse für weitere Diskussionen und Forschung zu verstehen sind. Außerdem bleibt abzuwarten, inwieweit die getätigten Aussagen auch auf Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung zutreffen, da dort interprofessionelle Aspekte stärker als bisher berücksichtigt werden sollen.

6. Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass Auszubildende relevante Aspekte von IPZ kennen, ein intuitives Verständnis von IPZ haben und dieses formulieren können, ohne sich dabei auf gängige Definitionen zurückgreifen zu können oder müssen. Dabei beziehen sie in ihrem Denken eine Vielzahl an Berufsgruppen mit ein – auch solche, die nicht primär den Gesundheitsberufen zuzuordnen sind.

In der Praxis erleben die Auszubildenden IPZ verstärkt entweder in bestimmten Versorgungssettings oder mit einzelnen Angehörigen aus verschiedenen Berufsgruppen. Besonders positiv werden dabei Assistenzärzt:innen wahrgenommen, was dem gemeinsamen Status „unfertiger Professionsangehöriger“ zugeschrieben wird und Hierarchieunterschiede abflacht. Im Gegensatz dazu zeigte sich bereits bei interprofessionellen Bildungsveranstaltungen eine hierarchische Rollenverteilung zwischen Auszubildenden der Krankenpflege und Medizinstudierenden (Flentje et al. 2016; Eich-Krohmann et al. 2016; Weber/Hoffmann 2016). Bestätigt wird die Wahrnehmung der Auszubildenden dahingehend, dass besonders jüngere Mediziner:innen häufig einen stärkeren Wunsch nach Teamarbeit und interprofessioneller Kommunikation verspüren (vgl. Peters/Feldmann 2017). Die Einschätzung der Auszubildenden über Versorgungssettings, in denen IPZ besonders intensiv erlebt wird, findet sich so auch in der Literatur wieder (Höppner/Igl 2017; Stock/Redaelli 2019). Gerade in der Notfallmedizin und im psychiatrischen Fachbe-

reich wird IPZ in den Aussagen der Befragten als alternativlos dargestellt. Das Wissen um die Unterschiede in der IPZ in den verschiedenen Settings kann dabei zukünftig für die Koordination der praktischen Ausbildungsphasen genutzt werden. So könnten Auszubildende besser auf IPZ vorbereitet werden, wenn sie ausreichend Möglichkeiten haben, diese in Settings der Schwerpunktversorgung zu erleben. Praxiseinsätze mit entsprechend interprofessionellen Arbeits- und Beobachtungsaufträgen könnten gezielt geplant werden. Durch die bewusste Auseinandersetzung mit IPZ könnten die Auszubildenden ein tieferes Verständnis für hemmende und fördernde Bedingungen der Zusammenarbeit entwickeln und ihr eigenes Handeln entsprechend anpassen. Dafür müssen in der Praxis aber auch entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden. Auch wenn Zeit- und Personalmangel nicht in dem Umfang als Hindernisse für IPZ angesehen wurden, wie es die mediale Präsenz des Themas vermuten lassen würde, ist die Bereitstellung der benötigten finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen für IPZ wichtige Aufgabe wirtschaftlicher und politischer Entscheidungsträger:innen. Nötige Investitionen können vor allem mit Blick auf die vermutete wirtschaftliche Effizienzsteigerung und Qualitätsoptimierung von IPZ begründet werden (GDK/BAG 2012; SVR 2007). Die ausreichende Verfügbarkeit von Ressourcen kann demnach als wesentliche Rahmenbedingung für erfolgreiche IPZ konstatiert werden (Nowak et al. 2016).

Der Vorschlag der Auszubildenden, mit einer stärkeren strukturellen Verankerung von IPZ, die Arbeitskultur einer Einrichtung positiv zu beeinflussen, klingt auch im Gutachten des SVR (2009) mit Blick auf die Behandlung von multimorbiden Patienten an. Dabei wird zurecht vermutet, dass ein Leitbild das Wertesystem einer Organisation, die Teamkultur und gelebte Verhaltensnormen wesentlich beeinflussen kann (Müller et al. 2014). Vor dem Hintergrund, dass eine Mehrzahl an Einrichtungen IPZ bisher nicht in ihr Leitbild integriert hat (ebd.), wird hier also zurecht ein großes Potential vermutet. Auch in ihrer Einschätzung, dass die mangelnde Vorbereitung auf Interprofessionalität kein pflegespezifisches Phänomen ist, als auch mit der Forderung nach einer entsprechenden Implementierung, erhalten die Auszubildenden von vielen Seiten Unterstützung (BMBF 2017; SVR 2007). Die Sicht der Auszubildenden deckt sich hier mit der Einschätzung, dass fehlende interprofessionelle Ausbildung zu einer mangelnden Orientierung in der IPZ führt, was eine zentrale Barriere darstellt (Anderson 2019).

Hierarchien zwischen den Berufsgruppen wurden von den Auszubildenden mehrheitlich als Barrieren für IPZ identifiziert. Dass diese Hierarchieausprägung bereits früh in der beruflichen Entwicklung verfestigt wird, zeigte sich in diversen Arbeiten (Flentje et al. 2016; Eich-Krohne et al. 2016; Weber/Hoffmann 2016). Ebenso übereinstimmend mit den Ergebnissen dieser Arbeit wurden die Rollen der Ärzt:innen als Führungskräfte und die der Pflege als ärztliche Unterstützer:innen beschrieben (ebd.). Die Anmerkungen der Auszubildenden, dass sich diese Unterschiede in Macht, Status und Rollenzuschreibung durch ein berufsqualifizierendes Pflegestudium nivellieren lassen, stehen implizit in Verbindung mit der Akademisierungsdebatte, die in den anderen als ärztlichen Gesundheitsprofessionen geführt wird. Gerade mit Blick auf IPZ wird eine höhere Akademisierungsquote von Pflegenden zwar als notwendig erachtet (HRK 2017), dennoch scheint eine Auflösung historisch gewachsener Hierarchien durch bloße Akademisierung fraglich. Da die genannten Arbeiten mit berufsfachschulischen Auszubildenden der Krankenpflege durchgeführt wurden, wäre von Interesse, inwieweit sich Hierarchien zwischen Medizin- und Pflegestudierenden konstituieren oder, ob durch den gemeinsamen akademischen Hintergrund, hierarchische Unterschiede ausgeglichen werden können. Hier kann in weiteren Forschungsvorhaben angesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Forderung nach einer Teamidentität zu verstehen, in der Hierarchien abgeflacht werden und IPZ ermöglicht wird. Dass auch Patient:innen von einem Teamverständnis mit flachen Hierarchien profitieren, wird im Gutachten des SVR (2007) dargelegt. Damit geht auch der Wunsch nach einer stärkeren Integration von Auszubildenden in bestehende Teams einher – nach Möglichkeit auch über informelle Anlässe. Auch wenn sich diese Anlässe kaum aus dem Arbeitskontext heraus systematisch schaffen lassen, gilt das Zugehörigkeitsgefühl zu einem Team als wichtige Voraussetzung für eine interprofessionelle Teamidentität, weshalb die Vertiefung informeller Kontakte zu begrüßen ist (Behrend et al. 2020; Anderson 2019). Potential für eine stärkere Teamzusammengehörigkeit für Auszubildende der Pflege bieten außerdem Simulationssituationen mit Medizinstudierenden (Flentje et al. 2016). Die Frage, inwieweit sich ähnliche Effekte in Simulationstrainings mit etablierten Versorgerteams für Auszubildende ergeben, ist nicht geklärt, bietet aber Anknüpfungspunkte für weitere Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten. Die Unklarheit über Kompetenzen, Aufgabenprofile und Verantwortungsbereiche der jeweils anderen Berufsgruppen, von denen berichtet wurde, konnte ebenso in Simulationstrainings beobachtet werden (Partecke et al. 2016). Aus den fehlenden Einblicken, ungeklärten Erwartungshaltungen und oberflächlichen Beobachtungen wurden negative berufliche Stereotype abgeleitet, was ebenso in anderen Arbeiten hervorgehoben wurde (Bohrer et al. 2016; Nowak et al. 2016; Partecke et al. 2016).

Auffällig in der vorliegenden Arbeit war, dass die Auszubildenden zwar eine negative Stereotypisierung von Seiten anderer Berufsgruppen wahrnahmen, eigene Vorurteile, die in den Aussagen auftraten, allerdings nicht kritisch hinterfragten. Es empfiehlt sich daher, die Auszubildenden hinsichtlich ihrer eigenen Stereotype und deren Auswirkungen auf die Zusammenarbeit zu sensibilisieren. Demgegenüber steht die recht ambivalente Bereitschaft für interprofessionelle Bildungsmaßnahmen. Während ein Teil der Auszubildenden einem gemeinsamen Lernen positiv gegenüber steht und damit eine gute motivationale Ausgangslage für interprofessionelle Bildungsmaßnahmen vorhanden ist, zeigt sich beim anderen Teil eher die Befürchtung, dass Berufsprofile zu sehr verschmelzen. Mit Blick auf die Praxis scheint dieser Einwand nicht unberechtigt, denn dort zeigt sich, dass interprofessionelles Lernen Zeit braucht, die für Förderung berufsspezifischer Kompetenzen fehlt (Anderson 2019). Allerdings zeigten die Befragten vor allem im Praxiskontext eine hohe Bereitschaft für gegenseitige Hospitationen. Diese lassen Einblicke in die Arbeit anderer Berufsgruppen erhoffen. Riessen et al. (2011) beschreiben erfahrungsbasiert die kommunikations- und verständnisfördernde Wirkung von Hospitationen, weshalb dieser Ansatz durchaus Förderpotential für IPZ besitzt. Durch gezielte Planung und konkrete Arbeits- und Beobachtungsaufträge können Hospitationen zu einem besseren Verständnis zwischen den Berufsgruppen beitragen. Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass aus Sicht der Auszubildenden der gezielte Einsatz und eine sinnvolle methodische Gestaltung des interprofessionellen Lernens wichtig sind.

Eine Schlüsselrolle für IPZ spielt aus Sicht der Auszubildenden eine kompetente interprofessionelle Kommunikation. Einigkeit der Auszubildenden mit internationaler Literatur besteht in der Einschätzung, dass fehlender Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen, mangelnde Höflichkeit, Wertschätzung und Respekt zentrale Hindernisse in der Kommunikation darstellen (Lindqvist 2016). Dass vermeintlich belanglose formale Formulierungen von Relevanz in der IPZ sind, deckt sich mit den Ergebnissen einer Arbeitsgruppe, die sich mit Kriterien einer interprofessionellen Übergabe beschäftigte (IMPP 2018). Zusätzlich erleben Auszubildende eine mangelnde Integration in kommunikative Prozesse besonders intensiv und müssen dieses Defizit durch individuelle Anstrengungen ausgleichen. Von einer verbindlichen Teilnahme an Visiten und Teambesprechungen erhoffen sich die Auszubildenden positive Auswirkungen auf die Kommunikation – eine Vermutung, die in einer kanadischen Forschungsarbeit bestätigt werden konnte (Prystajacky et al. 2017). Hier gilt es, examiniertes Personal für eine stärkere Integration zu sensibilisieren und zu schulen. Gerade da ab einem gewissen Ausbildungsstand Selbstständigkeit von den Auszubildenden erwartet wird, müssen sie vollwertig in kommunikative Prozesse einbezogen werden.

Die formulierten Barrieren werden in der Literatur weitestgehend von examinierten Pflegekräften und anderen Gesundheitsprofessionen bestätigt. Die Auszubildenden scheinen aber von diesen Barrieren weit stärker betroffenen zu sein, da sie aufgrund ihres Ausbildungsstatus und durch den häufigen Wechsel zwischen verschiedenen Settings nicht voll in bestehende Strukturen und Arbeitsprozesse integriert werden. Die Unterstützungsbedürfnisse, die Auszubildende mit Blick auf die IPZ formulieren, können an vielen Stellen als Antwort auf die erlebten Barrieren und Defizite verstanden werden. Mit Blick auf die Praxisphasen der Krankenpflegeausbildung wird es in Zukunft darum gehen müssen, Auszubildende stärker in interprofessionelle Teams und Arbeitsprozesse einzubeziehen, um sie für eine IPZ zu befähigen, aber auch um es ihnen zu ermöglichen, die in sie gesetzten Ausbildungserwartungen erfüllen zu können. Dazu müssen die beteiligten Praxispartner:innen sowohl für Barrieren der IPZ, als auch die Situation der Auszubildenden sensibilisiert werden. Allerdings gilt es auch, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, die IPZ sowohl im praktischen wie auch im theoretischen Teil der Ausbildung ermöglicht.

Begleitend müssen die Outcomes von interprofessionellen Bildungsmaßnahmen erforscht werden, da entsprechende Forschungsergebnisse die wohl stärkste Argumentation für den intensiven Ressourceneinsatz und die mit IPZ verbundenen Anstrengungen liefern dürften. Mit Blick auf die Krankenpflegeausbildung bietet vor allem die wechselseitige Dynamik zwischen Theorie und Praxis viele Faktoren, die sich auf das Erleben von IPZ aus Sicht der Auszubildenden auswirken und die es perspektivisch zu explorieren gilt.

7. Literaturverzeichnis

Anderson E (2019): Interprofessionelles Lehren und Lernen unter realen Praxisbedingungen. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Juventa: 154-169.

Antoni CH (2010): Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 104(1): 18-24.

Behrend R, Maaz A, Sepke M, Peters H (2020): Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer: 201-209.

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017): Masterplan Medizinstudium 2020. Beschluss text [online] https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf [02.08.2020].

Bohrer A, Heinze C, Höppner H et al. (2016): Berlin bewegt sich: Interprofessionelles Lehren und Lernen von Studierenden der Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege (INTER-M-E-P-P). In: Robert Bosch Stiftung & Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung: 53-70.

Dresing T, Pehl T (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Eigenverlag.

Eich-Krohm A, Kaufmann A, Winkler-Stuck K et al. (2016): Erster Kontakt: interprofessionelle Ausbildung von Medizinstudierenden basierend auf ihren Erfahrungen aus dem Krankenpflagedienst. In: Robert Bosch Stiftung, Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung: 339-354.

Ewers M (2012): Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg, Public Health Forum, 20(4):10.e1–10.e3.

Ewers M, Walkenhorst U (2019): Interprofessionalität in den DACH-Ländern – eine Momentaufnahme. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Juventa: 20-37.

Flentje M, Müßel T, Henzel B, Jantzen JP (2016): Simulationstraining „Patientensturz“ als Weg zur besseren Kommunikation im Alltag: Gemeinsame Ausbildungsmodulare für Gesundheits- und Krankenpflegeschüler und PJ-Ärzte. In: Robert Bosch Stiftung, Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung: 355-369.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, 376(9756): 1923-1958.

GDK – Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, BAG – Bundesamt für Gesundheit (2012): „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Gibis B, Tophoven C (2017): Reformbedarf in der ambulanten Versorgung. Dauerthema der Gesundheitspolitik. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS Verlag: 191-213.

Helfferrich C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag.

Herr D, Hohmann A, Varabyova Y, Schreyögg J (2018): Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Stuttgart: Schattauer-Verlag: 23-38.

Höppner H, Igl G (2017): Arbeitsteilung Gesundheitsberufe – Änderungen in den Aufgabenstellungen der Gesundheitsberufe und der Arbeitsteilung zwischen ihnen. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS Verlag.

HRK – Hochschulrektorenkonferenz (2017): Handreichung – Interprofessionelles Lehren und Lernen in hochschulisch qualifizierenden Gesundheitsfachberufen und der Medizin. Impulspapier des Runden Tisches Medizin und Gesundheitswissenschaften des Projekts nexus der HRK. Bonn, 2017 [online] https://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/Impulspapier-Kurz_mit_Links_2.pdf [09.08.2020].

IMPP – Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (2018): Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten – Pilotimplementierung, Begleitevaluation und Erarbeitung von Implementierungsstrategien für ein longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin – Bericht zum gemeinsamen Arbeitstreffen am 05.-06.10.2018 in Mainz [online] https://www.impp.de/files/PDF/RBS_Berichte/Bericht_3.%20Arbeitstreffen_05.-06.10.17.pdf [07.09. 2020].

Klapper B, Schirlo C (2016): Leitartikel. In: Robert Bosch Stiftung & Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung: 3-7.

Lindqvist S (2016): Interprofessional communication and its challenges. In: Brown J, Noble L, Papageorgiou A, Kidd J (Hrsg.): Clinical Communication in Medicine. Chichester: Wiley Blackwell: 159-167.

Mayring P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Mayring P (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Müller C, Zimmermann L, Körner M (2014): Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken – Eine Befragung von Führungskräften. Die Rehabilitation, 53(6): 390-395.

Nowak AC, Klimke-Jung K, Schäfer T, Reif K (2016): Interprofessionelles Handeln im Gesundheitswesen: Ein Ausbildungsprojekt mit vier Lernsequenzen für Studierende aus sechs Studiengängen. In: Robert Bosch Stiftung & Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung: 161-173.

Partecke M, Balzer C, Finkenzeller I et al. (2016): Interprofessionelles Lernen an der Universitätsmedizin Greifswald – Didaktische Konzeption und praktische Etablierung eines notfallmedizinischen Teamtrainings von Medizinstudierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege. In: Robert Bosch Stiftung & Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung: 111-125.

Peters C, Feldmann S (2017): Ausgestaltung von Vergütungssystemen zur Anreizung von Integration und Kooperation. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS Verlag: 433-448.

Prystajecy M, Lee T, Abonyi S et al. (2017): A case study of healthcare providers' goals during interprofessional rounds. Journal of Interprofessional Care, 31(4): 463-469.

RBS – Robert Bosch Stiftung (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer-Verlag.

Reeves S, Perrier L, Goldman J et al. (2013): Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane Database of Systematic Reviews, Nr. 3.

Riessen R, Tränkle P, Schwabbauer N et al. (2011): Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit auf der Intensivstation. Intensivmedizin und Notfallmedizin, 48(5): 389-395.

RKI – Robert Koch-Institut (2016): Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Berlin: RKI.

Stock S, Redaelli M (2019): Kooperation der Gesundheitsberufe. In: Baas J (Hrsg.) Zukunft der Gesundheit: vernetzt, digital, menschlich. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 251-274.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung [online] <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [02.08.2020].

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Berlin [online] https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf [02.08.2020].

Vogl S (2014): Gruppendiskussion. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS Verlag: 581-586.

Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R et al. (2015): Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung, 32(2): Doc22.

Weber T, Hoffmann H (2016): Das subjektive Erleben der Zusammenarbeit in interprofessionellen Tute-renteams. In: Robert Bosch Stiftung & Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung: 241-264.

WHO – World Health Organization (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [online] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=1C0F00DD197E97A24CAF53DBF6E8247?sequence=1 [30.07.2020].

WHO – World Health Organization (2013): Transforming and scaling up health professionals' education and training. World Health Organization Guidelines. Geneva CH: WHO.

III Die Sichtweisen von Lehrenden an Schulen des Gesundheitswesens auf das interprofessionelle Lehren und Lernen

Stephanie Lau

1. Einleitung

Der demografische Wandel, der wissenschaftlich-technische Fortschritt, ein verändertes Krankheitsspektrum sowie begrenzte finanzielle Ressourcen konfrontieren das deutsche Gesundheitssystem. Die steigenden Ansprüche an eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patient:innen resultieren in einer zunehmenden Komplexität der Versorgungsaufträge. Darüber hinaus ist das Gesundheitswesen durch eine stark fachspezifische Organisation sowie berufliche Spezialisierungen innerhalb der Arbeitsbereiche geprägt (Kälble 2004). Dabei wird die Entwicklung in der Berufs- und Arbeitswelt durch zwei sich wechselseitig bedingende Faktoren beeinflusst. Einerseits durch eine steigende Differenzierung, Arbeitsteilung und Spezialisierung, andererseits durch die Dringlichkeit der Kooperation zwischen sich spezialisierenden Arbeits- und Wissensformen (Kälble 2004). Letzteres setzt eine effektive Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen, bestehend aus verschiedenen Professionen, voraus, um vor den sich veränderten Anforderungen an das Gesundheitssystem eine patientenzentrierte und optimale Versorgung erzielen zu können (WHO 2010; CAIPE 2002). Deshalb erlangt das professionsübergreifende Berufsverständnis, Handeln und Denken sowie die Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen im Gesundheitssystem an Gewicht. Jedoch zeigt sich in der beruflichen Praxis weiterhin eine starke Abgrenzung der Arbeitsbereiche (Garms-Homolová/Schaeffer 1998). Vorwiegend getrennte und hierarchische Arbeitsstrukturen im Gesundheitssektor unterstreichen die Notwendigkeit von beruflichen Voraussetzungen und Schlüsselqualifikationen im Bereich der Kommunikation und berufsübergreifender Zusammenarbeit (Kälble 2004). Vor den genannten Veränderungen und Herausforderungen an das Gesundheitssystem rückt die interprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen gesundheitsbezogenen Professionen in den Vordergrund.

Zur Förderung des interprofessionellen Arbeitens und der Umsetzung einer interprofessionellen Praxis bedarf es eines Kompetenzerwerbs der jeweiligen Berufsangehörigen. Erst dadurch wird es möglich, den Nutzen von Kooperationen verschiedener Gesundheitsprofessionen aufzuzeigen, welcher durch interprofessionelles Lehren und Lernen (kurz: IPE) in den Aus- und Weiterbildungen berücksichtigt werden kann.

International werden IPE und auch das interprofessionelle Arbeiten (kurz: IPC) in zahlreichen Bildungsinitiativen für die Qualifizierung von Gesundheitsberufen aufgegriffen und umgesetzt (Herinek et al. 2018). Die Forschung über IPE und IPC befindet sich im deutschsprachigen Raum allerdings noch in einer frühen Entwicklungsphase (Ewers/Walkenhorst 2019). Hierbei liegt der Forschungsschwerpunkt bei der Gestaltung von interprofessionellen Lernangeboten vorrangig im hochschulischen Sektor (Stößel et al. 2006). An den Schulen des Gesundheitswesens wurde der Implementierung von IPE im deutschsprachigen Raum bislang weniger Beachtung geschenkt (Klapper/Schirlo 2016).

Dem Anspruch, die Gesundheitsberufe interprofessionell zu qualifizieren entsprach erst die Robert Bosch Stiftung mit der Förderung verschiedener Projekte im Rahmen der Förderlinie „Operation Team“ ab dem Jahr 2012 (Robert Bosch Stiftung 2016). Die hier geförderten Projekte konzentrierten das Forschungsinteresse zur IPE und IPC oftmals primär auf Lernende und deren Sichtweisen (Robert Bosch Stiftung 2016). Zusammenfassend kamen sie zu dem Ergebnis, dass die Lernenden die interprofessionellen Lernsituationen als überwiegend positiv empfanden. Dies wurde durch einen Wissenszuwachs über die Aufgabenbereiche anderer Berufsgruppen sowie einen Nutzen für ihr berufliches Handeln begründet (Bohrer et al. 2016; Nikendei et al. 2016; Krug 2017). Zusätzlich wurden von den Befragten eine positive Auswirkung auf Patient:innen (Krug 2017), eine steigende Wertschätzung zwischen den Berufsgruppen, die Entwicklung eines positiven Meinungsbildes gegenüber anderen Berufsgruppen (Sander et al. 2016; Reichel et al. 2016; Dahmen et al. 2016; Krug 2017) sowie das Erlangen von interprofessionellen Kompetenzen für eine gute Teamarbeit erkannt (Krug 2017).

Es wird ersichtlich, dass nur wenige interprofessionelle Lehr- und Lernprojekte ohne die Einbindung von hochschulischen Einflüssen vorliegen. Meist findet in den Projekten eine Kombination von Berufsfachschulen und Hochschulen statt. Einzig die Studie von Krug (2017) erforscht ausschließlich IPE von Auszubildenden an Berufsfachschulen des Gesundheitswesens. Und lediglich die Forschungsarbeiten von Schmitz/Höhmann (2016), Sieger et al. (2010), Behrend et al. (2019) und Strümpfler et al. (2019) richteten ihren Schwerpunkt auf eine weitere wichtige Perspektive, die der Lehrpersonen.

2. Forschung zu den Lehrenden

Nach einer Recherche zum nationalen Forschungsstand konnten nur vier Aufsätze identifiziert werden, die sich explizit mit der Perspektive der Lehrenden im Kontext der IPE befassen. Diese werden nachfolgend knapp umrissen.

Bei der Studie von Schmitz/Höhmann (2016) handelt es sich um eine explorativ-qualitative Befragung von Lehrenden. In dieser haben Lehrende einen multiprofessionellen Studiengang zu der Thematik „Versorgung von Menschen mit Demenz“ unterrichtet. Die Zielstellung dieser Studie war, ein didaktisches Konzept für eine gemeinsame Qualifizierung für die Teilnehmenden zu erstellen. Der Fokus lag dabei auf den Sichtweisen der Lehrenden zu den Themenfeldern „Besonderheiten“, „Barrieren“ und „Bedingungsfaktoren beim Unterrichten von einer multiprofessionellen Lerngruppe“ (Schmitz/Höhmann 2016). Die Befragung ergab, dass Lehrende aufgrund der verschiedenen Wissensstände unterschiedliche Expert:innenrollen annehmen und diese didaktisch in den Unterricht einbinden müssen (ebd.). Eine weitere Erkenntnis ist, dass die Lernprozesse innerhalb der multiprofessionellen Lerngruppe auf einer gemeinsamen Wissensbasis erfolgen sollten, um eine Perspektivenerweiterung zu erreichen (ebd.). Als hierfür geeignete Lehr- und Lernmethoden wurden Projektarbeiten, Podiumsdiskussionen, Kreativtechniken und kollegiale Beratung genannt (ebd.).

In der qualitativen Studie von Sieger, Ertel-Schmuck und Bögemann-Großheim (2010) wurden die Voraussetzungen, Methoden und Bedingungen für die Implementierung von IPE an Berufsfachschulen und Hochschulen erforscht (ebd.). Die Autorinnen kamen zum Ergebnis, dass interprofessionelle Bildungsstrukturen an den Schulen des Gesundheitswesens notwendig sind, um Lernenden von Beginn an die Möglichkeit zu bieten, ihre Perspektiven auf die anderen Gesundheitsberufe zu erweitern. Des Weiteren ist es notwendig für die Lernenden, erlebtes interprofessionelles Handeln aus der Praxis im Schulkontext zu reflektieren (Sieger et al. 2010). Darüber hinaus wird die Einbeziehung von fallbezogenen Methoden als ein wichtiges Element innerhalb des Lehr- und Lernprozesses angesehen, um den Lernenden die Grundlage für ein interprofessionelles Handeln mitzugeben (ebd.). Die organisatorische und didaktische Entwicklung der interprofessionellen Lerneinheiten wurde von den Lehrpersonen als Herausforderung beschrieben. Als Grund wurden die curricularen Rahmenbedingungen und die Dynamik, die in den interprofessionellen Lerneinheiten zwischen den Lernenden entstand, genannt. Dies stellte besondere Anforderung an die pädagogische Professionalität der Lehrenden (ebd.).

In einer weiteren Studie wurde ein Schulungskonzept in Form eines Workshops für Lehrende evaluiert, um diese auf die interprofessionelle Lehre mit heterogenen Lerngruppen vorzubereiten (Behrend et al. 2019). An den Workshops nahmen Lehrende aus den Bereichen der Medizin, Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Pflege teil. Die Workshops wurden nach der Durchführung durch eine offene Feedbackrunde von den Lehrenden reflektiert (ebd.). Die Lehrenden kamen zum Ergebnis, dass die interprofessionelle Lehre spezifische Anforderungen an die Lehrperson stellt. Eine Lehrperson sollte Fähigkeiten wie Methodenkompetenz, Fachwissen, kommunikative Fähigkeiten, persönliche Haltung und wertschätzende beziehungsweise wertfreie Darstellungen der unterschiedlichen Berufsperspektiven aufweisen (ebd.).

In einem qualitativen Forschungsprojekt, im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit, wurden die Sichtweisen von Lehrenden an Schulen des Gesundheitswesens erforscht (Strümpfler et al. 2019). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass sich die Lehrenden ambitioniert gegenüber der Thematik des interprofessionellen Lehrens und Lernens zeigten und sich der Notwendigkeit der interprofessionellen Bildung bewusst sind (ebd.). Jedoch blieb für die Lehrenden vage, wie die tatsächliche Umsetzung an den Berufsfachschulen gestaltet werden soll. Des Weiteren berichteten die Lehrenden über wenig positive Erfahrungen mit interprofessionellem Lernen, Lehren und Arbeiten in ihrer eigenen Bildungsbiografie (ebd.). Es wurde ebenfalls angemerkt, dass es an Ressourcen, einer systematischen Schulentwicklung und Unterstützung auf Leitungsebene mangelt (ebd.).

In einer weiteren qualitativen Studie wurde die Sichtweise von Expert:innen zu IPE in den Gesundheitsprofessionen erforscht (Herinek et al. 2018). Die Expert:innen legten offen, dass IPE unabdingbar für die Gesundheitsberufe ist und forderten deren verbreitete Anwendung (ebd.). Die Herausforderungen für IPE lägen primär auf der institutionellen und organisatorischen Ebene (ebd.). Die Koordination von einem gemeinsamen Lernort und den Lernzeiten für die Lerneinheiten gestalte sich auf Grund von fehlenden Kooperationen unter den Schulen des Gesundheitswesens als schwierig. Auch wurde die Erstellung von einem interprofessionellen Curriculum als herausfordernd bezeichnet und als größte Barriere für die Umsetzung angesehen. Ebenso wurde von den Expert:innen gefordert, dass IPE gezielte Prüfungsformate, Bewertungsinstrumente und Didaktik benötigt, diese jedoch noch Entwicklungsbedarf haben (ebd.).

3. Ziel und Forschungsfrage

Mit der hier zusammengefassten Qualifizierungsarbeit war das Anliegen verbunden, die Sichtweisen, Erfahrungen und Wissensbestände von Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens zur Thematik IPE aufzugreifen und damit die vorliegenden Erkenntnisse zu erweitern. Immerhin wird an diesen Einrichtungen in Deutschland nach wie vor die deutliche Mehrheit an Absolvent:innen der Gesundheitsberufe ausgebildet. Folgende Forschungsfrage wurde adressiert:

Welche subjektiven Sichtweisen haben Lehrende an Schulen des Gesundheitswesens zum interprofessionellen Lehren und Lernen?

Auf Basis der erhobenen Daten sollen Anreize für die Implementierung von IPE gesetzt werden sowie Impulse für die Qualifizierung in den Bereichen der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Lehrende an Schulen des Gesundheitswesens gesetzt werden.

4. Methodisches Vorgehen

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Forschungszugang mittels leitfadengestützter Interviews gewählt. Hierbei wird die Zielstellung verfolgt, eine möglichst große Bandbreite von Aspekten eines Phänomens, in diesem Fall der IPE, zu erforschen. Das qualitative Forschungsverfahren begründet das Vorgehen in der Rekonstruktion des Sinns oder der subjektiven Sichtweise von latenten Sinnstrukturen (Helfferich 2011). Der Forschungsauftrag bezieht sich dabei auf das Verstehen von sprachlichen Äußerungen des Forschungsgegenstandes (ebd.). Demzufolge ist die Kommunikation und Interaktion zwischen dem Forschenden und Interviewteilnehmenden als ein wichtiger Bestandteil und Voraussetzung in dem Forschungsprozess anzusehen (Lamnek/Krell 2016). Durch eine Interaktion, in Form eines Interviews, wird der Zugang zu dem Sinnverstehen der befragten Person hergestellt. Die soziale Wirklichkeit einer Person basiert somit auf einer interpretierten und konstruierten Wirklichkeit (Helfferich 2011).

Die Fragestellung bezieht sich auf die beruflichen Erfahrungen der Lehrenden, deren Darstellung primär über den Modus der Beschreibung sowie Argumentation erfolgt und knüpft an subjektive und individuelle Sinnesstrukturen an. Die Interviews haben die Zielstellung, die individuelle Wirklichkeit der Lehrenden zu erfassen (Lamnek/Krell 2016). In der qualitativen Sozialforschung stehen die Texterzeugnisse von Interviews, die in einer Kommunikationssituation hergestellt werden, im Mittelpunkt der Forschung (Helfferich 2011; Lamnek/Krell 2016).

Im Vorfeld wurden folgende Einschlusskriterien für das Sample aufgestellt: Die Lehrenden sollten eine Lehrtätigkeit an einer Schule für Gesundheitsberufe im sekundären Bildungsbereich ausüben sowie eine abgeschlossene Ausbildung im Gesundheitswesen vorweisen können. Die Auswahl der Studienteilnehmer:innen fand unabhängig von ihrer akademischen oder pädagogischen Qualifizierung sowie der beruflichen Erfahrungsjahre in ihrer Lehrtätigkeit statt. Der Feldzugang wurde über eine Schule für Gesundheitsberufe in Berlin gewählt, in der die IPE nicht umgesetzt wird. Insgesamt wurden sechs Interviews mit Lehrpersonen geführt.

Der Interviewleitfaden wurde nach dem SPSS-Prinzip konzipiert (Helfferich 2011). Die Leitfragen bauen auf den thematischen Feldern „Ansichten auf die Definition nach CAIPE (2002)“, „Bedingungen“, „Erfahrungen“ und „Bedeutung“ auf.

Für die Analyse des erhobenen Datenmaterials wurde die Qualitative Data Analysis (QDA) Software MAXQDA Version 2020 Plus eingesetzt. Die audiotechnisch erhobenen Daten wurden mit der QDA-Software transkribiert. Dabei wurden die Transkriptionsregeln für eine computerunterstützte Auswertung berücksichtigt (Kuckartz 2018). Die Datenauswertung sowie Datenkomprimierung wurde nach der inhaltlichen strukturierenden Analyse nach Kuckartz (2018) durchgeführt.

5. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse thematisch nach den Oberkategorien „Ansichten zur Definition von IPE“, „Vorerfahrungen mit IPE in verschiedenen Kontexten“, „Bedeutungen der IPE“ und „Bedingungen für IPE“ vorgestellt.

5.1 Ansichten zur Definition von IPE

Nachdem den Lehrpersonen die Definition von IPE (CAIPE 2002) mündlich zugetragen wurde und ihnen schriftlich vorlag, äußerten diese sich überwiegend positiv. Mehrheitlich wurde erkannt, dass IPE als Basis für eine gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen dient. Durch IPE erfahren die Auszubildenden eine Erweiterung ihrer beruflichen Perspektive, was zu einem besseren Verständnis für das professionelle Handeln der anderen Berufsgruppen und zu besserer Zusammenarbeit führe:

„Ich denke, dass es ein guter Ansatz ist und dass es natürlich für unsere heutige Situation einfach in der Pflege, wo wir immer mehr im interprofessionellen Team miteinander arbeiten müssen einfach auch sehr notwendig ist und dass es auch mitgedacht wird [...] um sich besser zu verstehen und um dann auch besser zusammenarbeiten zu können (I: Ja.) in der Praxis.“ [B6; Position: 14]

Die Zielstellung von IPE, die Versorgungsqualität zu verbessern, wurde von den Befragten befürwortet. Von einer Lehrperson wurde die Zielstellung um zwei Aspekte erweitert: erstens Optimierung der Kommunikation unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe und zweitens eine positive Entwicklung in der Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Von einer Lehrperson wurde geäußert, dass diese die positiven Aspekte erkennt, sich diese jedoch nicht vergegenwärtigen kann:

„Also hört sich spannend an, aber ich kann mir das so richtig nicht vorstellen.“ [B1; Position: 6]

Diese Aussage lässt darauf schließen, dass die Lehrperson wenige oder keine Erfahrungen mit der interprofessionellen Bildung gesammelt hat, jedoch Interesse an dem Themengebiet zeigt.

5.2 Vorerfahrungen mit IPE in verschiedenen Kontexten

Die befragten Lehrpersonen konnten von zahlreichen Arbeitssituationen im interprofessionellen Kontext berichten, die sie bei der Ausübung ihres grundständigen Gesundheitsberufes erlebt haben. Die Zusammenarbeit wurde von den Lehrenden größtenteils als angenehm beschrieben. Nur selten wurde die erlebte Zusammenarbeit ebenso als wechselhaft bezeichnet. Nicht ausreichendes Wissen über Aufgabenbereiche und Arbeitsabläufe der anderen Professionen erschwerte die Koordination von Behandlungsinterventionen. Es wurde entweder von Kommunikationsbarrieren zwischen den Professionen oder von einer guten Kommunikation sowie Verständnis für die anderen Berufsgruppen bezüglich organisatorischer Absprachen und deren Aufgabenbereiche als Basis für ein gutes interprofessionelles Arbeiten berichtet. Vor allem letztgenannter Aspekt sei für die gegenseitige Unterstützung bei der Versorgung von Patient:innen bedeutsam. Das interprofessionelle Arbeiten ermöglichte den Befragten einen Zuwachs an Fachwissen in ihrem praktischen Handeln und den Austausch von Erfahrungswerten.

Es zeigt sich, dass zum Erlebten in der Praxis mal gute und mal weniger gute, in der Summe also unterschiedliche Erfahrungen mit der IPC vorliegen, die die Lehrpersonen für ihr späteres Handeln prägten. Anders verhält es sich mit Erfahrungen mit IPE im Rahmen der eigenen Ausbildung. Der Großteil der Interviewten sammelte in der Ausbildungszeit keine Erfahrungen mit interprofessionellen Lerngruppen. Nur eine Person konnte von einer interprofessionellen Lernerfahrung mit Mediziner:innen im Skills-Lab zum Thema Notfallsituationen berichten. Für die akademisch qualifizierten Personen unterscheiden sich die

Aussagen. Denn diese haben durchaus IPE-Erfahrungen gesammelt, wenn auch nicht immer nur positive. Eine Lehrperson berichtete bspw. über Konflikte zwischen den Berufsgruppen beim interprofessionellen Lernen, die wie folgt beschrieben wurden:

„Das Ergebnis war so ein bisschen, dass sich da doch irgendwie sehr schnell Fronten ergeben haben [...] Das heißt, die Physiotherapeutinnen und -therapeuten haben sich oft auch benachteiligt gefühlt, weil die Pflege so stark repräsentiert war, weil wir auch einfach mehr Leute waren an der Zahl. Und es deswegen auch im Unterricht häufiger um pflegerische Themen ging als um therapeutische. [...] Und ja, da kam es schnell zu einer Frontenverhärtung, deswegen habe ich es manchmal als sehr schwierig empfunden. Weil dann auch vielleicht die Bereitschaft nicht immer da war, sich auf die Perspektive der anderen Seite beziehungsweise auf der andere Berufsgruppe einzulassen.“ [B6; Position: 20]

In dieser Aussage wird deutlich wie sehr hierarchische Strukturen, die in der Praxis gewachsen sind, auch in Bildungssettings eine Rolle spielen und sogar dafür sorgen können, dass Offenheit und Bereitschaft, mit anderen zu lernen verloren gehen kann. Auch die Erfahrungen im Setting interprofessioneller Weiterbildung (wobei hier nur die Zusammensetzung gemeint gewesen zu sein scheint) waren nicht immer positiv, denn hin und wieder blieben berufsspezifische Fragen offen oder konnten nicht hinreichend beantwortet werden.

Die Erfahrungen mit eigener interprofessioneller Lehre sind begrenzt. Nur wenige der Befragten haben selbst interprofessionelle Lehre angeboten. Diese Erfahrungen wurden zwar in Summe positiv bewertet, dennoch stellten sich Herausforderungen, bspw. ein Gleichgewicht bezüglich der Wissensvermittlung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen herzustellen zu können.

5.3 Bedeutungen der IPE

Die Frage, inwieweit sich der Lehralltag für die Lehrenden bei einer interprofessionellen Unterrichtseinheit verändern würde, wurde unterschiedlich beantwortet. Einige Befragte waren sich unsicher, ob die interprofessionelle Unterrichtsgestaltung Einfluss auf ihre Unterrichtsvorbereitung hätte. Als Begründung wurden die im Vorfeld festgelegten Lernziele der Lehr-Lerneinheit genannt. Diese sind für die Auszubildenden jeder teilnehmenden Berufsgruppe verbindlich.

„Also ich glaube, das würde meinen Arbeitsalltag nicht unbedingt beeinflussen, weil ich, wenn ich natürlich aus einem Themenkomplex, der Anatomie zum Beispiel, unterrichten würde und ich wüsste einfach, dass es in meinem Lehrplan und das ist auch in dem Lehrplan der Schüler, unabhängig aus welcher Profession sie nachher kommen, aber das ist das, was sie nachher brauchen. [...] Weil ich ja einfach denke, im Endeffekt haben die ja das gleiche Ziel.“ [B5; Position: 40]

Im Gegensatz dazu wurde die Einbeziehung der beruflichen Schwerpunkte und Ansichten der unterschiedlichen Berufsperspektiven im interprofessionellen Unterricht als herausfordernd beschrieben. Die Lehrenden haben für sich den Anspruch, beim Unterrichten einer interprofessionellen Lerngruppe ausreichend Fachwissen über die jeweiligen Berufsgruppen besitzen zu wollen. Um dies zu gewährleisten, würden die Befragten im Rahmen der Unterrichtsvorbereitung in einen interprofessionellen Austausch mit Lehrpersonen der anderen Professionen gehen. So können Fragen bezüglich inhaltlicher Aspekte und Schwerpunktsetzungen von der jeweiligen Profession in Erfahrung gebracht werden. Als weitere Optionen wurden die Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildungen und Hospitationen in den verschiedenen Gesundheitsberufen vorgeschlagen.

Die interprofessionelle Unterrichtsgestaltung verlangt von Lehrenden Flexibilität, die als Herausforderung wahrgenommen wird. Dabei wird vermutet, dass es zu Unsicherheiten und Überforderungen bei den Lehrpersonen kommen kann.

„Das könnte ich mir vorstellen, wenn eben auf der Lehrerinnen- und Lehrerseite, dass es da auch zur Überforderung kommt, weil sie irgendwie Angst haben, jetzt Dinge anders unterrichten zu müssen oder vielleicht anders überprüft zu werden. [...] dann muss man natürlich vielleicht auch noch mal seine Lehre anpassen und da könnte ich mir vorstellen, dass das für manche zu viel ist oder zu viel Flexibilität fordert.“ [B6; Position: 44]

Als weitere mögliche Schwierigkeiten wurden die fehlenden praktischen Einblicke in die anderen Gesundheitsberufe angegeben. Dies schürt Bedenken beim interprofessionellen Unterrichten. Zudem gaben einige Befragte an, dass die interprofessionellen Lerngruppen eine einheitliche Wissensgrundlage benötigen. Für die Lehrperson ist es dabei unabdingbar, sich einen Überblick über die bereits erlangten Kompetenzen und den aktuellen Wissensstand der Auszubildenden zu verschaffen. Diese sind laut den Befragten eine Voraussetzung, um interprofessionellen Unterricht zu gestalten.

Als mögliche positive Aspekte der interprofessionellen Lehre wurden die Perspektiveröffnung und Wissenserweiterung seitens der Lehrkräfte aufgezeigt. In Form von Lehr-Lerngesprächen hat die Lehrperson die Möglichkeit, von den Auszubildenden einen spezifischen Einblick in das praktische Erleben der anderen Berufsgruppe zu erlangen.

Bezüglich der Benefits für die Lernenden stimmten die befragten Lehrkräfte darin überein, dass die Auszubildenden von einer interprofessionell gestalteten Ausbildung profitieren würden. Durch das Angebot von IPE haben die Lernenden die Möglichkeit, in einen vertieften Austausch mit den anderen Berufsgruppen zu gehen. Dadurch können sich diese in ihren Interessensgebieten ergänzen, Erfahrungen austauschen und einen Zuwachs an Wissen erlangen.

„Also ich glaube einfach, dass man ganz viel Erfahrungsaustausch, also dass da ganz viel Erfahrungsaustausch stattfinden kann, dass man einfach auch von den anderen Berufsgruppen lernen kann.“ [B5; Position: 42]

Einige Lehrpersonen äußerten zudem, dass sie sich vorstellen könnten, dass durch interprofessionell gestaltete Lerneinheiten bei den Schüler:innen das Interesse für andere Fachbereiche beziehungsweise Gesundheitsberufe geweckt werden könnte. Die Eröffnung von weiteren Interessensgebieten, außerhalb der eigenen Profession, wurde als zusätzliche Qualifizierungschance für die Lernenden wahrgenommen. Auf Basis von interprofessionellen Erfahrungswerten in der Ausbildungszeit kann sich für die Lernenden der Horizont für Fort- und Weiterbildungen im zukünftigen beruflichen Werdegang erweitern. Zusätzlich konnte sich eine befragte Person vorstellen, dass die Ausbildungsqualität durch die interprofessionellen Lerneinheiten erhöht würde und die Auszubildenden einen Vorteil für spätere Bewerbungsverfahren erlangten. Als ein weiterer positiver Einfluss der interprofessionellen Bildung für die Auszubildenden wurde die Stärkung des beruflichen Selbstbewusstseins benannt. Durch das Erleben von interprofessionellen Lerneinheiten im Lernort Schule erlangen die Auszubildenden Handlungssicherheit in der Kommunikation und der Interaktion mit anderen Berufsgruppen. Die Schule wird dabei als ein geschützter Rahmen betrachtet und gibt in Vorbereitung auf die berufliche Praxis Raum für Fehler.

„Ich beobachte das oft in der Praxis, dass die Auszubildenden sich nicht an andere Berufsgruppen herantrauen, weil sie sich denken, ich bin jetzt die Auszubildende, ich traue mich da jetzt noch nicht so ganz, in den Austausch mit Physiotherapeuten oder mit Medizinern zu gehen. Vielleicht würde die das auch ein Stück weit in ihrem Selbstbewusstsein schon stärken, denn die Schule ist ja doch ein geschützter Rahmen. Also gerade in der Theorie, wenn es jetzt im Skills-Lab stattfindet, da dürfen Fehler passieren, auch in der Kommunikation, was ja jetzt so das A und O auch dann so wäre, im Austausch mit anderen Berufsgruppen. Ich glaube, das wäre noch mal ein ganz, ganz wichtiger Punkt, dass die da wirklich noch mal so ein Stück weit Sicherheit auch erlangen können.“ [B2; Position: 58]

Durch die Steigerung des Selbstvertrauens könnten die Schüler:innen selbstsicher in die berufliche Praxis gehen. Dies würde den Austausch mit anderen Berufsgruppen in beruflichen Alltagssituationen erleichtern und kann Handlungssicherheit verleihen.

Die befragten Lehrpersonen waren sich einig, dass IPE einen positiven Effekt auf das spätere berufliche Handeln der Auszubildenden hat. Die Lehrpersonen können sich vorstellen, dass die Lernenden ein größeres Verständnis für die anderen Berufsgruppen entwickeln und dies Entgegenkommen bei organisatorischen Abläufen schafft. Zusätzlich konnten sich mehrere Lehrende vorstellen, dass eine interprofessionell gestaltete Ausbildung den Abbau von Vorurteilen zwischen den Berufsgruppen fördert sowie eine effektivere Zusammenarbeit in ihrem beruflichen Alltag eine Arbeitserleichterung erzielen könnten.

Zwei Lehrkräfte gaben zu bedenken, dass IPE auch eine Herausforderung für die Auszubildenden darstellen kann. Auf Grund der Eröffnung von unterschiedlichen beruflichen Perspektiven bestehe die Gefahr von Rollenfindungsproblemen, insbesondere zu Beginn der Ausbildung. IPE setzt eine Offenheit gegenüber den anderen Professionen voraus, die die Lernenden in ihrer Grundeinstellung mitbringen müssen. Zusätzlich wird vermutet, dass bei einer interprofessionell gestalteten Ausbildung die Gefahr der Über- oder Unterforderung der Lernenden bestehen könnte.

„Ich könnte mir vorstellen, dass es für manche Schülerinnen und Schüler eine Herausforderung sein könnte, quasi auch immer andere Perspektiven mitzubedenken. Wenn ich jetzt an Berufsanfängerinnen und Anfänger denke, ist es ja häufig so, dass die ja schon sehr am Anfang sehr große Probleme damit haben, ihre Rolle zu finden. [...] Man muss sich ja erst einmal in dem, was man jetzt gerade lernt, erst einmal reindenken, reinfinden und diese Rolle akzeptieren und wenn ich jetzt in dem Punkt aber noch konfrontiert werde mit anderen Rollen, die auch noch neben mir stattfinden und ich muss das immer alles voneinander trennen und muss immer wissen ok, das ist jetzt meine Aufgabe, das ist jetzt deren Aufgabe, hier können wir zusammenfinden. Dann ist das eine Herausforderung sicherlich, das ist sicherlich auch machbar, aber vielleicht für manche Schülerinnen und Schüler auch eine zu große Herausforderung, vielleicht. Vielleicht ist das auch eine Abschreckung, weil es auch eine gewisse Offenheit erfordert, die vielleicht auch nicht alle mitbringen.“ [B6; Position: 44]

5.4 Bedingungen für IPE

Um IPE sinnvoll umsetzen zu können seien gemeinsame Themen zu finden. Vorgeschlagen werden hier die folgenden: Anatomie, Kommunikation, Beraten und Anleiten, Sterben und Tod, Psychoonkologie, Ethik, Handeln in Notfallsituationen, Gestaltung von Visiten und Reanimationstraining. Daneben werden bestimmte Kombinationen von beteiligten Berufsgruppen mit dazugehörigen überschneidenden Themen von den Befragten als vorteilhaft beschrieben: Häufig wurde von interprofessionellen Lerneinheiten zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Berufsgruppe der Physiotherapie berichtet. Für diese Kombination der Berufsgruppen wurde der Themenbereich Anatomie, speziell das Teilgebiet des Skeletts und der Muskeln, genannt. Auch die Physiologie, Pathophysiologie, der Umgang mit Hilfsmitteln, Themen der Bewegung, Prophylaxen und die Anwendung von Kinästhetik wurden genannt. Zudem wurde vorgeschlagen, dass die Gesundheits- und Krankenpflegeschüler:innen mit den Schüler:innen aus der Ergotherapie und Logopädie zusammen die Krankheitsbilder Schlaganfall, Schluckstörungen, Parkinson und Anwendung von Bobath im Unterricht erlernen könnten. Schließlich wurde der Themenbereich prä- und postoperative Pflege für eine interprofessionelle Lern-Lehreinheit mit Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege und der OTA vorgeschlagen.

IPE könne auf verschiedene Weise gefördert und didaktische Möglichkeiten voll ausgeschöpft werden. Konkrete angesprochene Vorschläge umfassten z. B. das Konzept der „interprofessionellen Patenschaft“, in der je ein/e Vertreter:in einer Berufsgruppe mit einer/m anderen Vertreter:in einer anderen Berufsgruppe miteinander lernen, sich gegenseitig unterstützen und füreinander Ansprechpartner:in sind. Ebenso wurden die Lernformate Teamteaching und Lerneinheiten im Skills-Lab angegeben. In dem Lernort des Skills-Labs wird mit unterschiedlichen Berufsgruppen, anhand eines Fallbeispiels, praktisches berufliches Handeln eingeübt. Die Idee wird begrüßt, weil es eben jene Fähigkeiten und Fertigkeiten trainiert, die in der späteren beruflichen Praxis benötigt beziehungsweise vorausgesetzt werden.

Es wurde angemerkt, dass der Unterricht nicht gänzlich und immer zusammen stattfinden sollte, da je nach Berufsgruppe Lerninhalte berufsgruppenspezifisch vertieft werden müssten.

Auf organisationaler Ebene seien zusätzliche Räumlichkeiten, v. a. für praktisch gestaltete Unterrichtseinheiten sowie einer berufsspezifischen Ausstattung, z. B. Arbeitsmaterialien und Hilfsmittel der verschiedenen Gesundheitsberufe für gelingende IPE notwendig. Daneben seien Kooperationen mit Einrichtungen nötig, die andere Berufsgruppen ausbilden.

Als eine weitere wichtige Voraussetzung wurde von mehreren Befragten die Qualifizierung des Lehrpersonals benannt. Die Lehrenden waren sich einig, dass Lehrende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen benötigen, um selbst ein interprofessionelles Lehr- und Lernangebot gewährleisten zu können. Als mögliche Qualifizierungsmaßnahme wurde die Hospitation von Lehrpersonal zwischen den Kooperationseinrichtungen vorgeschlagen.

Als ein weiteres Erfordernis wurde die Abstimmung zwischen den Lehrplänen der verschiedenen Berufsgruppen sowie die Entwicklung eines neuen Schulkonzeptes für wichtig erachtet.

Ebenso müssen zwischen den Kooperationspartner:innen interprofessionelle Themenfelder gefunden und diese im Curriculum festgehalten werden. Dies ist erforderlich, um den zeitlichen Ablauf für die Unterrichtsstunden festzulegen und die Lehr-Lerneinheiten zu rahmen. Zusätzlich wird es für sinnvoll gehalten, wenn ein/e verantwortliche/r Koordinator:in zwischen den Kooperationseinrichtungen bestimmt wird, der/die für die Organisation der IPE zuständig ist.

6. Diskussion

Die empirische Studie hat dazu beigetragen, die Sichtweisen von Lehrenden zum Thema IPE zu explorieren und den Diskurs entsprechend zu erweitern. Dabei konnten verschiedene Facetten, die bei der Gestaltung und Umsetzung von IPE aus Sicht der Lehrenden eine Rolle spielen, identifiziert werden. Ausgewählte Erkenntnisse werden in diesem Abschnitt vor dem Hintergrund bildungspraktischer Implikationen diskutiert.

Erwähnenswert ist vorab, dass es sich hier um eine kleine Stichprobe handelte, die an einer einzigen Bildungsinstitution rekrutiert wurde, an der bisher kein IPE angeboten wird. Dies ist zur Einordnung der Reichweite der Ergebnisse zu erwähnen und wirft die Frage danach auf, ob die Erkenntnisse sich von Teilnehmenden einer Einrichtung, die bereits IPE anbietet womöglich maßgeblich unterscheiden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass die Lehrenden mit der Definition vom interprofessionellen Lehren und Lernen nach CAIPE (2002) übereinstimmen. Sie wünschten sich darin zusätzlich eine Erweiterung um die Perspektive der Teammitglieder im Sinne der Optimierung der Kommunikation und Steigerung der Mitarbeiter:innenzufriedenheit.

Die Lehrpersonen haben größtenteils positive Erfahrungen beim interprofessionellen Arbeiten in ihrem erlernten Gesundheitsberuf gemacht, wobei zuträgliche Faktoren wie klare und freundliche Kommunikation, flache hierarchische Strukturen, Verständnis für die andere Berufsgruppe sowie klare Absprache zwischen den Aufgabenbereichen benannt wurden. Herausforderungen bestanden trotzdem, z. B. in der Koordination von Behandlungsinterventionen, die durch das fehlende Wissen über die Aufgabenbereiche und Handlungsoptionen der anderen Berufsgruppen innerhalb eines Teams zusätzlich erschwert war. Inwiefern die Vorerfahrungen mit IPE im Rahmen ihrer eigenen Ausbildung bei der beschriebenen IPC eine Rolle spielten, kann hier nicht ermessensmäßig werden. Grundsätzlich ist aber anzunehmen, dass IPE der späteren IPC zuträglich sein kann. Denn das interprofessionelle Lernen bildet die Basis für das zukünftige interprofessionelle Handeln (Sieger et al. 2010). Die erforderlichen Kompetenzen für IPC müssen im Vorfeld von den Personen erlernt werden (Sieger et al. 2010). Damit in Einklang stehen erste und inzwischen aktualisierte systematische Reviews zu dem Thema, die deutlich positive Tendenzen und Effekte von IPE auf IPC und Patient:innen-bezogene Outcomes aufzeigen (vgl. Cox et al. 2016). Es lohnt sich demnach, in IPE zu investieren und dabei verschiedene Ebenen zu adressieren. Thistlethwaite (2012) bezieht die interprofessionelle Bildung auf verschiedene Lernorte: den Lernort Schule, das praktische Setting und den digitalen Lernraum. Alle drei sollten im Rahmen eines IPE-Konzeptes Berücksichtigung finden. Neben der Schulentwicklung, bei der das Thema über die gesamte Einrichtung hinweg bekannt gemacht und eine gemeinsame Strategie zur nachhaltigen Implementierung von IPE entwickelt wird, sind die Lehrenden in ihrer Vermittlungs- und Beratungsfunktion zentrale Personen. Deren maßgeblicher Einfluss auf IPE ist systematisch zu durchdenken und schrittweise zu nutzen.

Wenngleich die Erfahrung der Lehrenden mit eigens durchgeführter IPE bisher begrenzt sind, so befürworten sie jedoch grundlegend das Konzept. Sie sehen Vorteile für die Lernenden und auch für die spätere Patient:innenversorgung, darunter:

- die Erweiterung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen,
- die Steigerung des beruflichen Selbstvertrauens,
- die Erleichterung der organisatorischen Abläufe,
- der Erfahrungsaustausch und zusätzlicher Erwerb von Fachwissen,
- der Abbau von Vorurteilen gegenüber anderen Berufsgruppen.

Diese Vermutungen stehen in Einklang mit den Empfehlungen der WHO (2010) und CAIPE (2011), die folgende Outcomes bei interprofessioneller Bildung für Lernende festgehalten haben:

- Entwicklung interprofessioneller Fähigkeiten und interprofessioneller Kommunikation,
- Verbesserung der beruflichen Praxis,
- Verantwortlichkeitsrollen in der praktischen Zusammenarbeit,
- Wissensaustausch unter den Berufsgruppen führt zu einem steigenden Verständnis zwischen den Professionen.

Neben den Potentialen, die IPE bietet, sehen sie aber auch Herausforderungen, begonnen bei der Akzeptanz in der Einrichtung, über deren Finanzierung bis hin zu Überforderung oder Unverständnis seitens der Lernenden. Diese Aspekte müssen hinreichend berücksichtigt werden. Dafür empfiehlt es sich, die Lehrenden (die mehrheitlich selbst nur monoprofessionelle Lernerfahrungen gemacht haben) auf ihre Aufgaben als IPE-verantwortliche Person, bspw. im Rahmen von Schulungen, vorzubereiten (Strümpfler et al. 2019; Behrend et al. 2019; Herinek et al. 2018). Ein Teil der Vorbereitung sollte das Thema Stereotype umfassen. Denn die Ergebnisse zeigten, dass Lehrende berufssozialisiert sind, stereotype Vorstellungen bei ihnen existieren und sich diese Vorurteile gegenüber einer professionsfremden zu unterrichtenden Lerngruppe womöglich weitertragen. Solche zugeschriebenen Merkmale einer Berufsgruppe können bestimmte Erwartungen und Bilder hervorrufen und beeinflussen die Wahrnehmung der Lehrperson (Hirschauer/Kullmann 2010). Vorhandene Stereotype können weitere Prozesse in der Planung und Umsetzung der Lehrveranstaltung und darüber hinaus erschweren (Bohrer et al. 2016). Um Stereotypen von Lehrenden beim interprofessionellen Unterrichten entgegenzuwirken, wären auch die Implementierung von Supervision und kollegialen Beratungsgesprächen denkbar (Hirschauer/Kullmann 2010). Einige Lehrpersonen äußerten den Wunsch nach einer zusätzlichen Qualifizierung für spezielle heterogene Lerngruppen. In der Literatur werden Schulungsangebote für interprofessionell Unterrichtende empfohlen (Strümpfler et al. 2019; Behrend et al. 2019). Jedoch bedarf es dafür erst eines Ausbaus der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote (Behrend et al. 2019).

Es sind zwei weitere Aspekte diskussionswürdig: die Offenheit seitens der Lernenden für IPE sowie der Zeitpunkt, wann IPE eingesetzt wird. Krug (2017) und Schwarzbeck et al. (2019) konnten zeigen, dass der Wunsch nach IPE von Seiten der Lernenden an Schulen des Gesundheitswesens vorhanden ist und deren Notwendigkeit erkannt wurde, wobei vage blieb, wie die Offenheit erzielt werden könnte. Dies ist eine wichtige Erkenntnis, da ein grundlegendes Wissen und die Bereitschaft für neue Wissensinhalte Voraussetzung für erfolgreiches interprofessionelles Lernen ist (Paradis 2019). Zu früh mit IPE konfrontiert, könnten die Lernenden überfordert sein, weil die Rollenfindung noch nicht abgeschlossen ist. Es geht um die Frage der Identitätsbildung (Kälble 2019). Interprofessionelle Lehr-Lerneinheiten sind erst dann für die Lernenden effektiv, wenn diese ihre berufliche Rolle sowie Handlungs- und Verantwortungsbereiche verinnerlicht haben (ebd.). Ist die Entwicklung der beruflichen Identität und die Rollenfindung noch nicht ausreichend entwickelt, können interprofessionelle Lerneinheiten für die Lernenden ineffektiv sein und zu Überforderung führen (ebd.). Zudem ist denkbar, dass ein noch nicht entwickeltes berufliches Rollenbild negative Fremdbilder gegenüber anderen Berufsgruppen fördert. Dabei besteht der Verdacht, dass interprofessionelle Bildung vorhandene Stereotype gegenüber anderen Berufsgruppen beeinflussen kann (Wild/Ewers 2017). Um die Stereotype innerhalb der Lerngruppen abzubauen, wäre es denkbar, in den Lernveranstaltungen berufliche Rollenbilder zu thematisieren (Bohrer et al. 2016). Um die Lernenden mit ihrem eigenen und den anderen beruflichen Rollenbildern nicht zu überfordern und die Bildung von negativen Fremdbildern zu vermeiden, wird empfohlen, interprofessionelle Lehr- und Lerneinheiten nicht zu Beginn der Ausbildung zu integrieren, da sich Lernende am Anfang ihrer Ausbildung ihrer zukünftigen Handlungs- und Verantwortungsbereiche und ihrer beruflichen Rolle noch nicht bewusst sind (Paradis 2019).

Für das konkrete Handeln von Lehrenden wurde ein erhöhter Aufwand für die Vorbereitung des Unterrichts vermutet, da das Lehrpersonal neben dem berufsspezifischen auch das Wissen über andere Berufsgruppen sowie deren Ausbildungsinhalte benötigt. Diese Herausforderung spiegelt sich auch in der Literatur wider. Lehrende äußern Bedenken gegenüber der interprofessionellen Lehre, da ihnen der Einblick in die Curricula der anderen Berufsgruppen fehlt (Anderson 2019). Ein möglicher Lösungsansatz wäre die Vereinbarung von berufsübergreifenden Lernzielen für interprofessionelle Lernveranstaltungen (Herinek et al. 2018), wie es an der Charité – Universitätsmedizin Berlin bereits erfolgt ist (Behrend et al. 2021).

Die Lehrpersonen schlugen für die Umsetzung der interprofessionellen Lerneinheiten die Unterrichtsmethoden des Skills-Lab-Trainings und Teamteaching vor. Die Methode des Teamteachings wird für heterogene Lerngruppen in der Literatur empfohlen und ist effektiv, um eine Perspektivvielfalt bei den Lernenden zu erzeugen (Oelke/Meyer 2014). Der Vorschlag, eine interprofessionelle Lernsituation in Form von Skills-Lab-Einheiten zu schaffen, findet sich auch in anderen Forschungsergebnissen wieder (Reichel et al. 2016; Nikendei et al. 2016; Partecke et al. 2016). Die Demonstrationen und Simulationen von unterschiedlichen praktischen Ereignissen, wie zum Beispiel das interprofessionelle Agieren in Notfallsituationen (Partecke et al. 2016), fokussieren einen handlungsorientierten Kompetenzerwerb der Lernenden und schaffen die Basis für das spätere professionelle Handeln an Patient:innen (Schewior-Popp 2014).

Schließlich werden von den Befragten auch organisatorische Aspekte angesprochen, die einen Einfluss auf IPE haben, aber außerhalb ihrer eigenen Verantwortung liegen. Das Thema Schulentwicklung kommt hier wieder zum Tragen. Es bedarf räumlicher Kapazitäten, denn IPE – so die Empfehlungen – finde günstigstenfalls in Kleingruppen statt. Die Verankerung in die jeweiligen Curricula sei Voraussetzung für die flächendeckende Umsetzung von IPE. Die Planung von Kooperationen mit anderen Schulen des Gesundheitswesens sowie die Koordination der verschiedenen Möglichkeiten zur Umsetzung von IPE erfordere zusätzliche personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen.

7. Fazit und Ausblick

Für die Implementierung von interprofessioneller Bildung stehen den Schulen des Gesundheitswesens komplexe Herausforderungen bevor. Für eine weitreichende Implementierung ist die Unterstützung auf politischer Ebene notwendig. Durch eine rechtliche Legitimation können die erforderlichen Rahmenbedingungen in Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geschaffen werden (Herinek 2018; Strümpfler et al. 2019). Zusätzlich benötigt IPE eine entsprechende Kapazität an Lehrenden, Räumlichkeiten sowie organisatorische Ressourcen (Paradis 2019). Diese könnten durch Kooperationen zwischen den Schulen des Gesundheitswesens mit verschiedenen Fachrichtungen gebündelt werden. Aus den Studienergebnissen geht hervor, dass die Lehrenden sich vorstellen könnten, IPE zu gestalten, wenn sie darauf vorbereitet werden. Die Empfehlung, Lehrpersonen zusätzlich für IPE zu qualifizieren, spiegelt sich auch in der Literatur wider (Strümpfler et al. 2019; Behrend et al. 2019). Dies erfordert einen Ausbau an Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten mit dem Schwerpunkt der Qualifizierung für IPE Lehrende (Behrend et al. 2019).

8. Literaturverzeichnis

Anderson E (2019): Interprofessionelles Lernen und Lehren unter realen Praxisbedingungen. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): Interprofessionell Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Juventa Verlag ein Imprint der Julius Beltz: 154-169.

Behrend R, Mette M, Partecke M et al. (2019): Heterogeneous learning cultures in interprofessional education: a teacher training. *GMS journal for medical education*, 36(3): Doc24.

Behrend R, Herinek D, Kienle R et al. (2021): Entwicklung interprofessioneller Ausbildungsziele für die Gesundheitsberufe an der Charité – Eine Delphi-Studie. *Das Gesundheitswesen*, Jan25: Epub ahead of print.

Bohrer A, Heinze C, Höppner H et al. (2016): Berlin in Motion: Interprofessional teaching and learning for students in the fields of medicine, occupational therapy, physiotherapy and nursing (INTER-M-E-P-P). *GMS journal for medical education*, 33(2): Doc34.

CAIPE – Centre for the Advancement of Interprofessional Education (2002): Interprofessional education – a definition, [online] www.caipe.org [01.07.2020].

CAIPE – Centre for the Advancement of Interprofessional Education (2011): Principles of Interprofessional Education. developed by Barr, H. & Low, H. [online] <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-low-2011-principles-interprofessional-education> [01.07.2020].

Cox M, Cuff P, Brandt B et al. (2016): Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1): 1-3.

Dahmen U, Schulze C, Schindler C et al. (2016): Recommendations to enhance constructivist-based learning in Interprofessional Education using video-based self-assessment. *GMS journal for medical education*, 33(2): Doc33.

Ewers M, Walkenhorst U (2019): Interprofessionalität in den DACH-Ländern- eine Momentaufnahme. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): Interprofessionell Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Juventa Verlag ein Imprint der Julius Beltz: 20-37.

Garms-Homolová V, Schaeffer D (Hrsg.) (1998): Medizin und Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Helfferich C (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.

Herinek D, Wild H, Herzberg J (2018): Interprofessional Education of Allied Health Professionals – Perspectives of Experts / Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsprofessionen aus Sicht von Experten/-innen: *International Journal of Health Professions*, 5(1): 3-14.

Hirschauer M, Kullmann H (2010): Lehrerprofessionalität im Zeichen von Heterogenität – Stereotype bei Lehrkräften als kollegial zu bearbeitender Herausforderung. In: Hagedorn J, Schurt V, Steber C, Waburg W (Hrsg.): Ethnizität, Geschlecht, Familie und Schule. Heterogenität als erziehungswissenschaftliche Herausforderung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 351-373.

Kälble K (2004): Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit - Terminologische Klärungen. In: Kaba-Schönstein L, Kälble K (Hrsg.): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege; (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag: 29-41.

Kälble K (2019): Interprofessionalität in der gesundheitsberuflichen Bildung im Spannungsfeld von beruflicher Identitätsentwicklung und Professionalisierung. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): Interprofessionell Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Juventa Verlag ein Imprint der Julius Beltz: 70-84.

Klapper B, Schirlo C (2016): Special edition booklet: Interprofessional Training – Published by the Robert Bosch Stiftung and the Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. GMS journal for medical education, 33(2): Doc38.

Krug D (2017): Die Einstellung von Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zum interprofessionellen Lernen. PADUA, 12(5): 347-353.

Kuckartz U (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Lamnek S, Krell C (2016): Qualitative Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Nikendei C, Huhn D, Pittius G et al. (2016): Students' Perceptions on an Interprofessional Ward Round Training – A Qualitative Pilot Study. GMS journal for medical education, 33(2): Doc14.

Oelke U, Meyer H (2014): Teach the teacher: Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege und Gesundheitsberufen. Berlin: Cornelsen.

Paradis E (2019): Diskurse über interprofessionelles Lernen. Lehren und Arbeiten. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): Interprofessionell Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Juventa Verlag ein Imprint der Julius Beltz: 38-54.

Partecke M, Balzer C, Finkenzeller I et al. (2016): Interprofessional Learning – Development and Implementation of Joint Medical Emergency Team Trainings for Medical and Nursing Students at Universitätsmedizin Greifswald. GMS journal for medical education, 33(2): Doc32.

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 journal for medical education, 33(2): Doc30.

Robert Bosch Stiftung; Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) (Hrsg.) (2016): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Journal for Medical Education (JME) [online] <http://www.egms.de/dynamic/de/journals/zma/index.htm> [16.07.2020].

Sander O, Schmidt R, Rehkämper G et al. (2016): Interprofessional education as part of becoming a doctor or physiotherapist in a competency-based curriculum. GMS journal for medical education, 33(2): Doc15.

Schewior-Popp S (2014): Lernsituationen planen und gestalten. Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext. 2. aktualisierte Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Schmitz D, Höhmann U (2016): Properties, promotive and obstructive conditions of multi-professional teaching and learning of health professions and non-health professions: an explorative survey from the perspective of teachers. GMS journal for medical education, 33(2): Doc26.

Schwarzbeck V, Hundertmark J, Wipfler K et al. (2019): Suggestions for interprofessional educational courses from a students' perspective – a qualitative study. GMS journal for medical education, 36(1): Doc4.

Sieger M, Ertel-Schmuck R, Bögemann-Großheim E (2010): Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. *Pflege & Gesellschaft*, 15(3): 197-216.

Stöbel U, Kälble K, Kaba-Schönstein L (2006): Multiprofessionelle Ausbildung im Medizinstudium. Konzepte, Begründungen und Ergebnisse am Beispiel des Unterrichtsprojekts MESOP. *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 23(2): 1-9.

Strümpfler A, Weiß M, Lehmann Y (2019): Interprofessionelles Lernen und Lehren an Schulen des Gesundheitswesens- Sichtweisen von (angehenden) Lehrenden. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): *Interprofessionell Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. Weinheim: Juventa Verlag ein Imprint der Julius Beltz: 120-135.

Thistlethwaite J (2016): Collaboration, cooperation, communication, contact and competencies. *GMS journal for medical education*, 33(2): Doc37.

WHO-World Health Organization (2010): Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [online] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=A1F7A14C5B3BEB321DA5ED38545D3A9C?sequence=1 [01.07.2020].

Wild H, Ewers M (2017): Stereotypes in health professional students – perspectives for research about interprofessional learning, teaching and working / Stereotype von Lernenden in den Gesundheitsprofessionen – Perspektiven für die Forschung zum interprofessionellen Lernen, Lehren und Arbeiten. *International Journal of Health Professions*, 4(2): 79-89.

IV (E-)Portfolios als Assessmentinstrument für Selbstreflexion und Kompetenzerfassung in interprofessionellen Lehr-Lernarrangements

Cordula Walther

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Zunahme komplexer Erkrankungen wird in den letzten Jahren eine intensivere Kooperation der Gesundheitsberufe gefordert (WHO 2010; Wissenschaftsrat 2012, Walkenhorst et al. 2015). Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit der Intention, unterschiedliche Fachkompetenzen und Sichtweisen für ein gemeinsames Ziel einzusetzen, beginnt mit interprofessionellem Lehren und Lernen (kurz: IPE) (Räbiger/Beck 2018). IPE konzentriert sich auf Lernaktivitäten, die Einstellungen, Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen beinhalten, die für eine spätere kooperative Zusammenarbeit von Bedeutung sind (Barr et al. 2005). Damit dieses Lernen nicht ins Leere verläuft und die Zielstellung, Einfluss auf die interprofessionelle Praxis zu nehmen, nicht verfehlt wird, wurden inzwischen mehrere Kompetenzrahmenwerke publiziert. Sie zeigen mehr oder weniger detailliert auf, welche sogenannten „interprofessionellen Kompetenzen“ im Rahmen von IPE erworben werden sollten. Im Werk der Canadian Interprofessional Health Collaborative sind beispielsweise folgende Kompetenzen formuliert: Werte und ethische Grundsätze der interprofessionellen Praxis, Rollen und Verantwortlichkeiten, interprofessionelle Kommunikation, und Teamarbeit (CIHC 2010). Auch andere Kompetenzrahmenwerke formulieren ähnliche zu erwerbenden Kompetenzen in diesen Bereichen (vgl. IPEC 2011, WHO 2010, Reichel/Herinek 2017).

Damit wird deutlich: Die Kompetenzorientierung hat in den vergangenen Jahren auch im Bereich der IPE viel Aufmerksamkeit erfahren. Zahlreiche Institutionen sind bemüht, interprofessionelle Lehr-Lernarrangements zu entwickeln, die dem Anspruch der Ermöglichung dieses Kompetenzerwerbs gerecht werden können. Dafür ziehen sie entweder einen der bereits vorliegenden Rahmenwerke zurate oder entwickeln institutionsspezifische IPE-Ausbildungsziele, die von allen dort ausbildenden Fachbereichen konsentiert, mehrheitlich akzeptiert und angewendet werden (Behrend et al. 2021). Bei aller Kompetenzorientierung fällt aber auf, dass dem Thema „Bewerten und Prüfen“ – zur Messung und Evaluation der neu eingeführten interprofessionellen Kompetenzen – bisher kaum Beachtung zuteilwurde. Es gibt nur wenige wissenschaftliche Befunde zu dem, was und mit welchem Ergebnis in interprofessionellen Lehrveranstaltungen vermittelt und gelernt wird (Morison/ Stewart 2005; Institute of Medicine 2014). In vielen Fällen werden Belege über das Outcome von IPE nur aus Aussagen und Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden generiert (Simmons et al. 2016). Hier gilt es, zukünftig Assessmentverfahren zu entwickeln und zu etablieren, die den Lernerfolg valide abbilden. Voraussetzung dafür ist – auch im Rahmen von IPE – eine Passung der Lernziele mit den didaktischen Entscheidungen und dem Format der Überprüfung und Bewertung, was dem Ansatz des „constructive alignments“ entspricht (Biggs/Tang 2011).

Dieser Beitrag fokussiert auf den letztgenannten Aspekt und befasst sich schwerpunktmäßig mit einer ausgewählten, aber zukunftssträchtigen Möglichkeit, interprofessionellen Kompetenzerwerb zu bewerten: dem (E-)Portfolio. Er geht auf Potentiale und Herausforderungen bei der Planung und dem Einsatz dieses Instruments zur Bewertung im Allgemeinen sowie anschließend übertragen auf IPE ein.

2. Das (E-)Portfolio als Instrument zur Leistungserfassung

Geht es um Prüfungen, ist international von „Assessment“ die Rede. Assessment definiert einen Ansatz, um bestimmte Merkmale einer Person zu einem praktischen Zweck zu erfassen und anschließend auf Basis dieser Erkenntnis eine rationale Entscheidung über die Person treffen zu können (Amelang/Schmidt-Atzert 2006). Hier zeigt sich, dass die ausgewählten Assessmentformate die vermittelten Kompetenzen korrekt abbilden und ihrer Funktion als Instrument für eine (konstruktive) Rückmeldung des Lernerfolgs sowie als Lernhilfe und -motivation gerecht werden müssen (Bonse-Rohmann et al. 2008). Um dies zu gewährleisten sind im Vorfeld eines jeden Assessments verschiedene Überlegungen anzustellen. Dazu gehören beispielsweise Entscheidungen darüber, (1.) ob summative („Abschlussprüfungen“) oder formative (prozessbezogene) Prüfungen eingesetzt werden sollen, (2.) ob der Fokus auf den Leistungen des/der Einzelnen oder einer Teamleistung liegen soll, (3.) welche Kompetenzen durch

das Prüfungsformat konkret abgebildet und (4.) welche davon wie bewertet werden sollen? In einem weiteren Schritt müssen dann die Fragen über den Zweck des Assessments geklärt werden, sowie wer beurteilt wird und mit welchem Instrument. Das gewählte Instrument soll dazu beitragen, transparent darzustellen, ob und wann der geplante Lernfortschritt eingetreten ist (Simmons et al. 2016). Für einen kompetenzorientierten Ansatz, bei dem die erbrachten Leistungen nicht nur punktuell und summativ, sondern Kompetenzen und Handlungsfähigkeit als Prozess über eine Zeitspanne hinweg (formativ) erfasst werden sollen, muss das Instrument bzw. die gewählte Prüfungsform in der Lage sein, dies abzubilden. Hierfür bietet sich aufgrund seines Prozesscharakters das Portfolio als Assessmentinstrument im Rahmen der Leistungs- und Kompetenzfeststellung an. Neben der Darstellung und Reproduktion von Fachwissen werden bei der Arbeit mit und an Portfolios auch Reflexivität, Kompetenzen und Eigenständigkeit der Studierenden abgebildet und gefördert (Häcker 2012).

Ein Portfolio ist definiert als eine Sammlung von ausgewählten Arbeiten einer Person, die Auskunft über ihre Fähigkeiten und Kompetenzen gibt. Daneben kann es, indem der eigene Lern- und Professionalisierungsprozess reflektiert wird, auch als ein persönliches Entwicklungsinstrument genutzt werden (Stratmann et al. 2009). Die Lernergebnisse werden dann entsprechend in einer individuellen, durch die Studierenden selbst erstellten Sammlung dargestellt. Diese kann insbesondere bei E-Portfolios neben schriftlichen Arbeiten auch Bild- und Tonbeiträge enthalten. Bereits 1991 formulierten Paulson et al. diese Definition für Portfolios:

“A portfolio is a purposeful collection of student work, that exhibits the student’s efforts, progress, an achievement in one or more areas. The collection must include student participation in selecting contents, the criteria for selection, the criteria for judging merit, and evidence of student self-reflection” (Paulson et al. 1991: 60).

*[zu Deutsch: "Ein Portfolio ist eine zielgerichtete Sammlung von Arbeiten von Schüler*innen / Studierenden, die deren Bemühungen, Fortschritte und Leistungen in einem oder mehreren Bereichen zeigen. Die Sammlung muss die Beteiligung der Schüler*innen / Studierenden an der Auswahl der Inhalte, die Kriterien für die Auswahl, die Kriterien für die Beurteilung des Verdienstes und den Nachweis der Selbstreflexion der Schüler*innen / Studierenden beinhalten" (Paulson et al. 1991: 60; eigene Übersetzung)].*

Die Definition wurde von Häcker übernommen, aber die Selbstreflexion als elementarer Bestandteil eines Portfolios noch einmal deutlicher hervorgehoben (Häcker 2006). Die Selbstreflexion ermöglicht es den Studierenden, die eigenen Lernwege darzustellen, zu kommentieren sowie die Lernleistungen und dazugehörige Einschätzungen und Emotionen zu dokumentieren. Diese individuelle Form der Leistungserfassung führt zu einer höheren Motivation, da die eigene Entwicklung dargestellt und reflektiert sowie gleichzeitig ein Bezug zwischen universitärem Lernen und den angestrebten Berufsfeldern hergestellt werden kann (Batt 2015).

In der Praxis werden verschiedene Portfolios, wie Arbeits-, Themen-, Kurs- oder Beurteilungsportfolios differenziert (Häcker et al. 2008). So nennt z. B. Häcker (2005) selbst 30 unterschiedliche Arten von Portfolios. Er beschreibt ein dreidimensionales, heuristisches Modell, mittels dem sich die verschiedenen Portfolios charakterisieren und einordnen lassen. Folgende Dimensionen sind darin beschrieben:

- der *Zweck*, zu dem ein Portfolio geführt wird. Dieses kann zur summativen Leistungsbewertung am Ende eingesetzt werden, aber auch im Rahmen einer formativen Bewertung begleitend zum Lernprozess,
- der *Inhalt*, den das Portfolio umfasst und
- wer die Entscheidung über die *Nutzung* des Portfolios trifft, die Institution bzw. Lehrende oder Lernende selbst.

Je nach Entscheidungen innerhalb der einzelnen Dimensionen wird die Gestaltung des Portfolios beeinflusst (ebd.). Um eine noch genauere Entscheidungsbasis zu ermöglichen, schlagen Stratmann et al. (2009) ergänzend drei Prozessschritte vor, bei denen jeweils andere Überlegungen anzustellen sind:

1. Prozessschritt: Art der Leistungsdarstellung

Darunter wird die Sammlung und Darstellung der erbrachten Leistungen verstanden. Die Lernenden sollen in die Lage versetzt werden, ihre Leistungen und Kompetenzen hinreichend zu dokumentieren. Weiterhin sollen sie Beurteilungskriterien kennen und damit in die Lage versetzt werden, ihre Entscheidungen für die eingereichten Leistungen zu begründen (Stratmann et al. 2009). Ein besonderes Merkmal bei der Prüfung mit Portfolios ist die Partizipation der Lernenden. Sie werden beteiligt, wenn es um die Formulierung individueller Lernziele geht, aber auch an der Festlegung von Beurteilungskriterien. Nicht zuletzt entscheiden sie selbst, welche Arbeiten in ihr Portfolio eingehen (Paulson 1991). Eine abschließende Bewertung mit einer Ziffernzensur steht der Grundidee des Portfolios konträr gegenüber. Dieses versteht sich als eine alternative Methode der Leistungserfassung und soll ein „Assessment for Learning“ (Winter 2008) fördern. Daher sollte auf eine solche Bewertung an dieser Stelle zugunsten eines qualifizierten Feedbacks verzichtet werden.

2. Prozessschritt: Selbstreflexion

Selbstreflexion gilt als eigentliches Kernelement der Portfolioarbeit. Riedinger (2006: 90) hebt die Bedeutung dieses Schrittes mit folgender Aussage noch einmal treffend hervor: *„Without reflection, the e-portfolio is merely storage“* (Riedinger 2006: 90) [zu Deutsch: *„Ohne Reflexion ist das E-Portfolio nur eine Ablage.“* (Riedinger 2006: 90 – eigene Übersetzung)]. Es steht das Self-Assessment (die Selbsteinschätzung/Selbstbewertung) im Vordergrund, denn die Lernenden sollen befähigt werden, den eigenen Lernprozess zu betrachten und zu hinterfragen. Für die Anwendung bedeutet das, dass die Lernenden – wie bereits oben erwähnt – einerseits die eigenen eingereichten Produkte kritisch bewerten, andererseits aber auch ihren eigenen Lern- und Entwicklungsprozess reflektieren. In Abgrenzung zum vorherigen Prozessschritt soll nun der bisherige Lernprozess als Ganzes reflektiert und bewertet werden. Ziel ist es, den Lernprozess aus einer kritischen Distanz heraus zu beurteilen und gegebenenfalls zu verändern oder selbst gesetzte Lernziele anzupassen. An dieser Stelle des Prozesses ist es ebenfalls nicht sinnvoll, eine Bewertung durch Dritte vorzunehmen. Eine solche könnte ansonsten dazu führen, dass der/die Lernende keine ehrliche Selbstreflexion vornimmt, sondern vielmehr Dinge schreibt, von denen er/sie glaubt, dass diese erwartet werden (Stratmann et al. 2009).

3. Prozessschritt: Peer Assessment

Dieser Schritt beschreibt die Art der Bewertung durch Dritte, die hier nicht durch Dozierende, sondern günstigstenfalls durch Kommiliton:innen erfolgen sollte. Diese gegenseitige „Bewertung“ bietet einige Potentiale, die in den beiden folgenden Punkten gut zusammengefasst werden:

- *“Peer assessment offers opportunities for students to develop as reflective learners as they construct knowledge from critically reading and evaluating the work of others [...]”* (Stevenson 2006: 112) [zu Deutsch: *„Peer-Assessments bieten den Schüler*innen / Studierenden die Möglichkeit, sich als reflektierende Lernende zu entwickeln, da sie ihr Wissen durch das kritische Lesen und Bewerten der Arbeit anderer aufbauen [...]“* (Stevenson 2006: 112; eigene Übersetzung)]
- *“Through providing evaluations to their peers, students are able to develop important skills as critical thinkers”* (Stevenson 2006: 112) [zu Deutsch: *“Durch die Bewertung ihrer Mitschüler*innen / Mitstudierenden können die Schüler*innen / Studierenden wichtige Fähigkeiten als kritische Denker entwickeln“* (Stevenson 2006: 112; eigene Übersetzung)]

Grundsätzlich sollten alle getroffenen Entscheidungen möglichst transparent gemacht werden. Bestenfalls gelingt es, einen Konsens mit den Lernenden über die Art des Portfolios, das Vorgehen bei der Erstellung und auch über die Art und Weise der Bewertung zu erzielen. In der Regel werden Portfolios schriftlich erstellt. Trotzdem gewinnen auch digitale Möglichkeiten der Portfolioarbeit – dann als E-Portfolio – an Bedeutung, denn sie können orts- und zeitunabhängig bearbeitet werden, bieten neben dem Text schreiben auch die Option, Ton-, Bild- oder auch Videomaterial einzubinden und vereinfachen die (flexible) Bearbeitung und Ablage von (auch größeren) Datenmengen (Bräuer/Keller 2013).

Mit der (E-)Portfolioarbeit – das sei hervorgehoben – wird den Lernenden ein vermutlich eher ungewohnt hohes Maß an Eigenständigkeit zugestanden und abverlangt. Denn im Gegensatz zu den sonst üblichen ad-hoc Prüfungsmomenten, liegt der Fokus hier in einer kontinuierlichen, vertieften Auseinandersetzung

mit den eigenen Erlebnissen, Erfahrungen und Handlungskompetenzen (Wildt 2003; Keller 2014). Der überwiegend reflexive Zugang zu diesen Aspekten über einen längeren Zeitraum hinweg fördert jedoch auch die vertiefende Auseinandersetzung mit dem in Theorie oder Praxis Gelernten (Häcker 2012). Damit greift das (E-)Portfolio den Grundgedanken der Akzentverschiebung vom Lehren zum Lernen („shift from teaching to learning“; Wildt 2003) auf, welcher die Lernprozesse der Lernenden im Sinne eines vertieften Lernens („deep learning“) und einer damit verbundenen Wissenskonstruktion, statt eines oberflächlichen Lernens („surface learning“) mit einer nur geringem und oberflächlichen Wissensrekonstruktion, in den Mittelpunkt stellt (Biggs/Tang 2011).

3. (E-)Portfolios in der interprofessionellen Bildungsarbeit

Nach dieser allgemeinen Einführung soll an dieser Stelle die (E-)Portfolioarbeit im Kontext von IPE erörtert werden. Die Besonderheit von IPE liegt darin, dass berufsheterogen zusammengesetzt mit-, von- und übereinander gelernt wird (CAIPE 2002). Dabei kommen verschiedene Persönlichkeiten mit unterschiedlichen Erwartungen und auch Meinungen zusammen. Gerade hierfür bietet die (E-)Portfolioarbeit Potentiale, die genutzt werden sollten. So ist Interprofessionalität per se kein Thema, das eine reine Wissensebene adressiert, als vielmehr die Auseinandersetzung mit sich selbst, den eigenen Positionen, Fremd- und Selbstbildern sowie einen reflexiven Umgang mit dem eigenem Verhalten gegenüber und mit anderen Berufsgruppen erfordert. Genau zu dieser vermag – wie oben erläutert – das (E-)Portfolio beitragen.

Grundlegend gelten auch für die Anwendung von (E-)Portfolios im Rahmen von IPE die gleichen Entscheidungsdimensionen wie die oben genannten. Hinzu kommen allerdings Überlegungen, wie sich Entscheidungen, Arbeitsaufträge und Anweisungen aufgrund der heterogenen Lerngruppe und der facettenreichen Themen, die zutage treten können, angepasst werden sollten, damit der Erwerb interprofessioneller Kompetenzen, wie sie in den Rahmenwerken zu finden oder eigens etabliert worden sind, trotz allem gelingen kann. Das (E-)Portfolio bietet einen konstruktiven Umgang mit verschiedenen, vielleicht auch emotionalen, Themen (Hartinger/Schubert 2019).

Im Vorfeld einer geplanten Implementierung der Portfolioarbeit sollten Lehrende sich überlegen, welche Form des Portfolios in die interprofessionelle Lehre implementiert werden kann. Sie müssen sich bewusst machen, dass reflexive Aufgaben einen konkret erlebbaren Gebrauchswert im aktuellen Lernprozess auslösen sollen (Bräuer 2016). Hallet/Krämer (2012) definieren Aufgaben zur Anleitung der reflexiven Praxis als komplexe Kompetenzaufgaben, die sich durch bestimmte Qualitätsmerkmale auszeichnen. Dazu gehören unter anderem, einen Bezug zur Lebenswelt der Lernenden herzustellen, sowie eine schrittweise aufgebaute Kompetenzentwicklung und Offenheit in der Aufgabenbearbeitung abzubilden (Hallet/Krämer 2012).

Zunächst sollten – gemäß des 1. Prozessschrittes – klare Ziele für die Portfolioarbeit formuliert werden, also welche Leistungen, Kompetenzen oder Erfahrungen bearbeitet werden sollen und in welchem Umfang sowie mit welchem Medium dies geschehen soll. Die Art der Leistungsbewertung ist ebenfalls festzulegen. Im Zuge dessen sollte auch die Wertigkeit des Portfolios transparent gemacht werden, in dem Sinne, dass konkrete Bewertungskriterien, evtl. erwartete Zwischenziele und Meilensteine definiert und festgelegt werden. Um eine Akzeptanz bei allen Beteiligten für die formulierten Ziele und Bewertung zu erreichen, sollten diese – wie oben bereits dargestellt – mit allen Beteiligten gemeinsam formuliert werden (Paulson 1991; Bräuer 2016). Aufgrund der oftmals unterschiedlichen Ausgangslage der Lernenden hinsichtlich Vorwissens und Erfahrungen bei interprofessionellen Lerneinheiten ist es sinnvoll, die zu erlangenden Kompetenzen so differenziert und verständlich wie möglich mit den Beteiligten gemeinsam zu definieren. Zusätzlich könnte bei diesen Festlegungen auch eine Einteilung in Stufenniveaus hilfreich sein und genutzt werden, z. B. die Stufen von dem/der Anfänger:in, fortgeschrittenen Anfänger:in, Beherrschung bis zum/zur Expert:in. Dies erleichtert nicht nur das Verständnis rund um die Erwartungen, sondern kann zugleich auch bei der Bewertung als Maßstab und für die Rückmeldung der erworbenen Kompetenzen eingesetzt werden (Benner 1982).

Einen Konsens hinsichtlich der Entscheidung der Aufgabenbearbeitung unter den verschiedenen Lernenden herzustellen, erfordert ein gewisses Maß an Geschick in der Hinsicht, dass sich alle Beteiligten angesprochen fühlen sollten. Dies kann einerseits über die zu bearbeitenden Themen/Fragestellungen geschehen, aber auch indem nach den Interessen gefragt, d. h. partizipativ vorgegangen wird. Außerdem sollte in diesem Schritt deutlich gemacht werden, welchen Mehrwert das Instrument dem/der Lernenden

für die Arbeit in und mit interprofessionellen Teams bieten kann (Simmons et al. 2016). Gelingt dies, wird eine Akzeptanz bei den Beteiligten geschaffen und damit die Grundlage für nachhaltige Lernerfahrungen durch die (E-)Portfolioarbeit gelegt (ebd.).

Im zweiten Prozessschritt wurde die Selbstreflexion als zentrales Element der Portfolioarbeit hervorgehoben. Dieser Schritt gilt als das Herzstück der Portfolioarbeit. Die Lernenden sollen die eigenen Artefakte kritisch bewerten sowie den eigenen Lernprozess reflektieren (Riedinger 2006). Um diesen Prozess nicht zu gefährden, sollte in diesem Schritt der Portfolioarbeit keine Bewertung durch Dritte (Lehrende bzw. Peers) erfolgen. Eine ehrliche und nachhaltige Auseinandersetzung mit der eigenen Kompetenzentwicklung würde ansonsten womöglich aufgrund der sozialen Erwünschtheit ausbleiben (Riedinger 2006, Häcker 2005). Im Kontext von IPE kann die Selbstreflexion durch die Arbeit an und mit Portfolios als Schlüsselfaktor für die Akzeptanz von interprofessionellem Lehren und Lernen gewertet werden (Domac et al. 2015). Daher stellt sich die Frage, ob es sich nicht lohnt, wenn mindestens berufsheterogene Tandems ein gemeinsames (E-)Portfolio bearbeiten und entweder zunächst getrennt und dann gemeinsam oder direkt gemeinsam über Erlebtes, Erlerntes oder anderes reflektieren und schreiben. Die Abstimmung über die Art der Aufgaben (bspw., ob sich die Bearbeitung auf in der Praxis gemeinsam erlebte Situation oder auf eine Lernsituation am Lernort (Hoch-)Schule bezieht) sowie deren Bewertung ist auch hier von hoher Relevanz mit Einfluss auf die Motivation und sollte durch die Beteiligten gemeinsam ausgehandelt werden. In der Regel lassen sich Themenfelder und Schnittstellen identifizieren, die für alle Berufsgruppen gleichermaßen bedeutsam sind und bei denen sich keine/r zurückgestellt fühlt. Die gemeinsame Bearbeitung der Aufgaben fördert den Austausch und macht eine wertschätzende Kommunikation miteinander zwingend notwendig, was wiederum eine „interprofessionelle Kompetenz“ fördert.

Schließlich folgt die Frage rund um die Bewertung des Erarbeiteten im 3. Prozessschritt. Im besten Fall wird den Beteiligten innerhalb dieses Schrittes ein Feedback über ihre individuelle Entwicklung in Bezug auf Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen in interprofessionellen Lernsettings gegeben (Domac et al. 2015). Hierfür wird empfohlen, dass die Lernenden sich gegenseitig Feedback zu ihren Portfoliobeiträgen geben, da eine Bewertung durch die Peers eine höhere Motivation beim Schreiben erzeugt und zu einer vertieften Auseinandersetzung mit dem eigenen Schreibprozess führt (Jenert 2008; Stevenson 2006). Weiterhin entspricht dieses Vorgehen dem Grundgedanken des Portfolios als ein „Assessment for learning“-Instrument, dem eine abschließende Bewertung mit einer Ziffernzensur widersprüchlich entgegensteht.

Um den Grundgedanken des Lernens „von-, mit-, und übereinander“ (CAIPE 2002) konsequent zu verfolgen, sollten Kommiliton:innen unterschiedlicher Berufsgruppen jeweils ein Feedback zum eingereichten (E-)Portfolio einer jeweils anderen Berufsgruppe abgeben. Damit kann eine größere Perspektivenvielfalt erreicht – und wiederum reflektiert – werden. Das Feedback kann insbesondere bei Nutzung von (E-)Portfolios in digitalen Lernräumen durch einfache und individuelle Verwaltung der Nutzungsrechte durch den Einzelnen kontinuierlich in regelmäßigen Abständen und per Kommentar- oder Chatfunktion gegeben werden. Vorurteile, Stereotype und mögliche Konflikte, die in der gemeinsamen Aus- und oder Weiterbildung deutlich werden, können durch dieses Vorgehen konstruktiv auf Augenhöhe der Beteiligten bearbeitet werden (Hartinger/Schubert 2019).

4. Schlusswort

Für eine erfolgreiche Implementierung der Methode müssen sich die Beteiligten bereits im Vorfeld über Herausforderungen und Barrieren, die mit der Einführung von (E-)Portfolios in interprofessionellen Lehr-/Lerneinheiten einhergehen, auseinandersetzen und diese bereits in der Planungsphase berücksichtigen. Die Einführung als auch die Anwendung von (E-)Portfolioarbeit wird von Expert:innen als eine zeitaufwendige und zunächst von den Beteiligten als ungewohnte Methode des Lehrens und Lernens beschrieben (Löwenstein 2016). Lehrende müssen sich in diesem Prozess als Lernbegleiter:in verstehen und Vertrauen in die Kompetenzen der Lernenden setzen. Im Gegenzug müssen die Lernenden Verantwortung für das eigene Lernen übernehmen, sich individuelle Lernziele setzen und den eigenen Lernweg beobachten und reflektieren. Dies setzt neben Motivation und Ausdauer auch eine ausgeprägte Kommunikationskompetenz bzw. -bereitschaft aller Beteiligten voraus und sollte durch wiederkehrende Impulse von Seiten der Lehrenden unterstützt werden. Die Komplexität der Methode erfordert eine intensive Vorbereitung seitens der Lehrenden und Lernenden, eine umfassende Einführung und wiederholende Vertiefung des Ablaufes sowie Klärung der jeweiligen Erwartungen (ebd.).

Barrieren für die erfolgreiche Implementierung von (E-)Portfolios sind vielfältig und auf mehreren Ebenen angesiedelt. Ein mögliches Hindernis liegt auf der institutionellen Ebene, wenn das (E-) Portfolio curricular nicht eingebunden ist. Für eine gelingende Portfolioarbeit muss das Curriculum inhaltlich kompetenzorientiert ausgerichtete Lerninhalte vorgeben und darauf aufbauend alternative Assessmentverfahren im Sinne des „constructive alignments“ möglich machen (Bräuer 2016; Häcker 2012). Gerade bei der Implementierung von interprofessionellen Lehr-/Lernarrangements ist es auf Grund unterschiedlicher Curricula oft schwierig, die Ausbildungsstrukturen zu harmonisieren und einheitliche, kompetenzorientierte Prüfungsformate zu entwickeln (Reeves et al. 2016). Auch die Beurteilungskriterien sollten partizipativ ausgehandelt und transparent dargestellt werden. Unterbleibt dieses Vorgehen kommt es zu einer fehlenden Akzeptanz für die Bearbeitung der Aufgaben, die dann womöglich lediglich „abgearbeitet“ werden, um die für das Bestehen der Lerneinheit notwendige Leistung zu erbringen. Ein echter Kompetenzzuwachs im Sinne der messbaren interprofessionellen Kompetenzen würde verzerrt oder bliebe gar ganz aus.

Auf der Ebene der Individuen ist eine wertschätzende Haltung und Kommunikation untereinander für eine gelingende Portfolioarbeit entscheidend. Fehlt diese Grundhaltung bei den Beteiligten ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit den gestellten Aufgaben und ein konstruktives Feedback der vorgelegten Arbeiten erschwert. Vielfach ist ein Grund für das Scheitern interprofessioneller Arbeit eine mangelnde Wertschätzung und das Vorherrschen von Stereotypen über das jeweils fremde Berufsbild (Eicher 2019). Dieser Punkt sollte bei der Entwicklung interprofessioneller Lerneinheiten, in welchen die Methode des (E-)Portfolio als Assessmentinstrument zum Einsatz kommen soll, von Seiten der Dozierenden besondere Aufmerksamkeit erfahren. Gelingt es den Verantwortlichen nicht, im Rahmen einer interprofessionellen Lehrveranstaltung eine Lern- und Prüfungskultur zu etablieren, die von Wertschätzung und Offenheit gegenüber den beteiligten Berufsgruppen geprägt ist, wird spätestens der 3. Prozessschritt (das Peer Assessment) misslingen.

Werden bei der Planung von Portfolios die aufgezeigten Aspekte berücksichtigt, ist es möglich ein Assessmentverfahren zu implementieren, das einen Mehrwert für die Lernenden in interprofessionellen Lehrveranstaltungen bietet. Schlüsselemente einer gelingenden (E-)Portfolioarbeit sind eine kooperative Beziehung aller am Prozess Beteiligten (Rihm 2004) sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion im Sinne einer Analyse persönlicher wie auch beruflicher Stärken und Schwächen in Bezug auf Wissen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen (Wakerhausen 2009). Reflexives Schreiben im Sinne eines sozial konstruktivistischen Lernens, das durch interprofessionelles Denken gerahmt wird, führt zu einer interprofessionellen Reflexion der Lernenden (ebd.) Die Aufforderung an die Beteiligten, sich wiederholt mit interprofessioneller Zusammenarbeit auseinanderzusetzen bringt diese in einen Prozess der Selbstreflexion, innerhalb dessen sie sich vergewissern können, wie die sozialen Interaktionen im Rahmen von IPE dazu beitragen, die eigenen Kompetenzen zu entwickeln (Schön 1983). Das Portfolio kann in interprofessionellen Lehrveranstaltungen dazu beitragen, Emotionen in Bezug auf Stereotype, interprofessionelle Konflikte, Störungen der Kommunikation und das Verständnis über Aufgaben und Handlungsfelder aufzuzeigen.

Abschließend kann festgehalten werden, dass durch den Einsatz von (E-)Portfolios in der interprofessionellen Bildungsarbeit die berufstypischen Merkmale der einzelnen Professionen mit ihren individuellen Rollen herausgearbeitet und im weiteren Prozess konstruktiv bearbeitet werden können. Dem Ziel, reflektierte Praktiker:innen für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit auszubilden kann damit zumindest im Ansatz entsprochen werden.

5. Literaturverzeichnis

Amelang M, Schmidt-Atzert L (2006): Psychologische Diagnostik und Intervention. Berlin: Springer.

Barr H, Koppel I, Reeves S et al. (2005): Effective interprofessional education: Assumption. Blackwell, Oxford: Argument and Evidence.

Batt H (2015): Das Lernportfolio als Lern-, Reflexions- und Prüfungsmedium: ein innovatives Instrument der kompetenzorientierten Hochschuldidaktik. Hochschuldidaktische Arbeitsstelle der Universität Koblenz-Landau. [online] <https://www.uni-koblenz-landau.de/de/landau/einrichtungen/hda/engl/vortraege/lp1>.

Behrend R, Herinek D, Kienle R et al. (2021): Entwicklung interprofessioneller Ausbildungsziele für die Gesundheitsberufe an der Charité – Eine Delphi-Studie. Das Gesundheitswesen, Jan25: Epub ahead of print.

Benner P (1982) From novice to expert. Am J Nurs, 82(3): 402-407.

Biggs J, Tang C (2011): Teaching for Quality Learning at University. 4. Auflage, New York: Open University Press.

Bonse-Rohmann M, Hüntelmann I, Nauerth A (Hrsg.) (2008): Kompetenzorientiert prüfen. Lern- und Lesitungsüberprüfungen in der Pflegeausbildung. München: Elsevier.

Bräuer G (2016): Das Portfolio als Reflexionsmedium für Lehrende und Studierende. Opladen und Toronto: UTB.

Bräuer G, Keller S (2013): Elektronische Portfolios als Katalysatoren für Studium und Lehre. In: Koch-Prieve B, Pineker A, Störtländer J (Hrsg.), Portfolio in der LehrerInnenbildung – Konzepte und empirische Befunde, Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 265–275.

CAIPE – Centre for the Advancement of Interprofessional Education (2002): Interprofessional education: Today, yesterday and tomorrow. Fareham: CAIPE [online] <https://www.caipe.org/download/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-and-tomorrow-barr-h-pdf/> [27.12.2021].

CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): A national interprofessional competency framework. [online] http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies.

Domac S, Anderson L, O'Reilly M, Smith R (2015): Assessing interprofessional competence using a prospective reflective portfolio. Journal of Interprofessional Care, 29(3): 179-187.

Eicher M (2019): PT1-2-01 Berufsausübung: Potenziale für Interprofessionalität. Abschlussbericht des Förderprogramms Interprofessionalität im Gesundheitswesen. Zürich: econcept AG.

Hartinger M, Schubert A (2019): Reflexion interprofessioneller Kompetenzen. Das digitale Reflexionsportfolio als Strukturierungshilfe für Lern- und Weiterbildungsprozesse. Forum Logopädie, 33(1): 10-17.

Häcker T (2005): Portfolio als Instrument der Kompetenzdarstellung und reflexiven Lernprozessessteuerung. Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, 8: 1-11.

Häcker T (2006): Portfolio. Ein Entwicklungsinstrument für selbstbestimmtes Lernen. Eine explorative Studie zur Arbeit mit Portfolios in der Sekundarstufe I. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Häcker T (2012): Portfolioarbeit im Kontext einer reflektierenden Lehrer*innenbildung. In: Egger R, Merkt M (Hrsg.): Lernwelt Universität. Entwicklung von Lehrkompetenz in der Hochschullehre. Wiesbaden: Springer.

Häcker T, Brunner I, Winter F (2008): Vielfalt der Portfoliobegriffe. Annäherung an ein schwer fassbares Konzept. Das Handbuch der Portfolioarbeit. Konzepte. Anregungen – Erfahrungen aus Schule und Lehrerbildung. Seelze-Veber: Kallmeyer/Klett.

Hallet W, Krämer U (Hrsg.) (2012): Kompetenzaufgaben im Englischunterricht. Grundlagen und Unterrichtsbeispiele. Seelze: Kallmeyer u. a.

Institute of Medicine (2014): Measuring the impact of interprofessional education (IPE) on collaborative practice and patient outcomes: A consensus study. Washington DC: National Academies of Practice.

IPEC – Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011): Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.

Jenert T (2008): Ganzheitliche Reflexion auf dem Weg zu Selbstorganisiertem Lernen - In: Bildungsforschung 5/ 2: 18.

Keller SD (2014): E-Portfolios als Lern- und Prüfungsinstrumente in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung. Beiträge zur Lehrerinnen- und Lehrerbildung 32 (2014) 1: 120-134.

Löwenstein M (2016): Förderung der Lernkompetenz in der Pflegeausbildung- Lehr-Lern-Kultur durch Lernportfolios verändern. Wiesbaden: Springer.

Morison S, Stewart M (2005): Developing interprofessional assessment. Learning in Health and Social Care, 4(4): 192-202.

Paulson LF, Paulson PR, Meyer C (1991): What makes a Portfolio a Portfolio? Eight thoughtful guidelines will help educators encourage self directed learning. Educational Leadership, 48(5): 61.

Räbiger J, Beck EM (2018): Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit. In: Hensen P, Stamer M (Hrsg.): Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen: Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche. Wiesbaden: Springer.

Reichel K, Herinek D (2017): Interprofessionelles Lehren und Lernen – Klärung und Orientierung. In: Ewers M, Reichel K (Hrsg.): 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.

Riedinger B (2006). Mining for meaning: Teaching students how to reflect. Handbook of Research on ePortfolios: 90-101.

Rihm T (2004): Portfolio: Baustein einer neuen Lernkultur? Anmerkungen zur Portfolioarbeit aus subjektbezogener Sicht. [online] [http://www01.ph-heidelberg.de/org/ifw/ Download/Info67.pdf](http://www01.ph-heidelberg.de/org/ifw/Download/Info67.pdf).

Schön DA (1983): The reflective practitioner. New York: Basic Books.

Reeves S, Fletcher S, Barr H et al. (2016): A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. Medical Teacher, 38(7): 656-668.

Simmons BS, Wagner S, Reeves S (2016): Assessment of Interprofessional Education: Key Issues, Ideas, Challenges and Opportunities. In: Wimmers P, Mentkowski M (Hrsg.): Assessing Competence in Professional Performance across Disciplines and Profession. Switzerland: Springer.

Stevenson H (2006): Using ePortfolios to Foster Peer Assessment, Critical Thinking and Collaboration. In: Jafari A, Kaufmann C (Hrsg.): Handbook of Research on ePortfolios. Idea Group Reference; Illustrated Edition.

Stratmann J, Preussler A, Kerres M (2009): Lernerfolg und Kompetenz bewerten. Didaktische Potenziale von Portfolios in Lehr-/Lernkontext. MedienPädagogik. Zeitschrift für Theorie und Praxis Der Medienbildung, 18: 1-19.

Wakerhausen S (2009): Collaboration, professional identify and reflection across boundaries. Journal of Interprofessional Care, 23(5): 455-473.

Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R et al. (2015): Positionspapier GMA-Ausschuss – "Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen". GMS Journal of Medical Education, 32(2): Doc22.

Wildt J (2003): «The Shift from Teaching to Learning» – Thesen zum Wandel der Lernkultur in modularisierten Studienstrukturen [online] <https://www.u-asta.uni-freiburg.de/politik/bologna/texte/thesen-zum-wandel.pdf> [22.03.2014].

Winter F (2008): Es muss zueinander passen: Lernkultur- Leistungsbewertung- Prüfungen. Von unten nach oben Reformen in Gang bringen. In: Brunner I, Häcker T, Winter F (Hrsg.): Das Handbuch Portfolioarbeit. Konzepte- Anregungen- Erfahrungen aus Schule und Lehrerbildung. 2. Auflage. Seelze-Velber: Kallmeyer/Klatt.

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

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin: Wissenschaftsrat.

V Peer-assisted learning in praktischen Pflege-Settings

Julia Klews

„Yes, peer learning is more complicated than you had realized. But doing anything well always is. [...] Eventually much of what now seems complicated will become second nature and automatic – it won't seem to be complicated anymore, just common sense. Then you will know you are a peer learning expert.“ (Topping et al. 2017: 166)

1. Hintergrund und Fragestellung

Um dem Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen sind in den letzten Jahren vermehrt politische Aktivitäten zu verzeichnen. Oft sind diese mit dem Ziel verbunden, den Beruf attraktiver zu gestalten und mehr Personen dazu zu motivieren, diesen Beruf zu ergreifen. Ein wegweisendes Gesetz wurde im Juli 2017 erlassen – das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (kurz: PflBRefG). Dieses legte den Grundstein für eine Veränderung der Ausbildung in der Pflege ab dem Jahr 2020. Wesentliche Veränderungen beinhalten die Berufsbezeichnung (Pflegefachfrau/Pflegefachmann), die generalistische Pflegeausbildung mit der Möglichkeit der Spezialisierung zum/zur Altenpfleger:in oder zum/zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in nach zwei Jahren, sowie die Möglichkeit der primärqualifizierenden hochschulischen Ausbildung auf Bachelor-Niveau (BMG 2017).

Auch die Konzertierte Aktion Pflege hat sich unter anderem mit der Ausbildung von Pflegepersonen auseinandergesetzt. Bis zum Jahr 2023 sollen als Teil der „Ausbildungsoffensive Pflege“ in den ausbildenden Betrieben bundesweit zehn Prozent mehr Pflegefachpersonen ausgebildet werden und 5.000 Weiterbildungsplätze zur Nachqualifizierung von Pflegehelfer:innen eingerichtet werden. Zusätzlich soll bis zum Ende der Ausbildungsoffensive die Anzahl der bundesweiten Studienplätze für eine hochschulische Pflegeausbildung deutlich erhöht werden (BMFSFJ 2019). Das soll durch die Einrichtung primärqualifizierender Bachelorstudiengänge Pflege erreicht werden. Ein Beispiel dafür ist der im Wintersemester 2020/2021 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin eingerichtete Bachelor Pflege (Charité – Universitätsmedizin Berlin 2020). Diese Entwicklungen verdeutlichen wesentliche Veränderungen für eine Reform der Pflegeausbildung auf der Makroebene (Politik).

Um die Reichweite der Änderungen erfassen zu können, bedarf es aber auch einer Betrachtung der Entwicklungen auf der Meso- bzw. Mikroebene. Zu fragen ist beispielsweise danach, wie, wo, warum und mit wem gelernt wird und wie pflegerische Handlungskompetenzen erworben werden. Einen Großteil pflegerischer Handlungskompetenz erlernen die angehenden Pflegefachpersonen während der praktischen Ausbildung, sprich sowohl im praktischen Unterricht wie auch in der klinischen Praxis (PflAPrV §§ 2, 3 BMFSFJ 2018). Der Gesetzgeber fordert ausreichend Möglichkeiten für die Lernenden, praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten einüben zu können. Nach § 1 PflAPrV besteht der theoretische Ausbildungsanteil aus 2.100 Stunden, während der praktische Anteil mit 2.500 Stunden überwiegt, auch für die hochschulische Ausbildung gilt: der praktische Ausbildungsanteil überwiegt (Weiß et al. 2018). Vor allem in realen pflegerisch relevanten Situationen kann praxisnah und durch gezielte Förderung des Wissenstransfers in die Praxis gelehrt bzw. gelernt werden (Lauber 2017: 44). Diese Situationen erleben die Lernenden in der Regel im Rahmen ihrer Praxiseinsätze in verschiedenen Settings, wobei die Praxisanleitung in Deutschland üblicherweise in 1:1-Begegnungen durch Pflegefachpersonen/Praxisanleiter:innen und dem/der Lernenden stattfindet. Paragraph 4 der aktuellen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (kurz: PflAPrV) schreibt vor, dass Auszubildende während ihrer praktischen Einsätze mindestens zehn Prozent ihrer Arbeitszeit von einem/einer Praxisanleiter:in strukturiert angeleitet werden müssen (BMFSFJ 2018). Um die Qualität der praktischen Ausbildung zu gewährleisten, wurde im selben Paragraphen festgelegt, dass Praxisanleiter:innen mindestens zwei Jahre Berufserfahrung und eine 300-stündige berufspädagogische Fortbildung absolviert haben müssen (BMFSFJ 2018). Praxisanleitung ist nicht zuletzt deshalb zeitaufwändig und kostenintensiv, hat sich aber als effizientes Modell in der Ausbildung Pflegenden erwiesen (Carlson et al. 2010).

Da der demografische Wandel zu einer Zunahme älterer und somit pflegebedürftiger Menschen führt (Bpb 2020), wird zukünftig nicht nur mehr Pflegepersonal, sondern es werden auch mehr Praxisanleiter:innen für die Ausbildung ebendieser benötigt. Um einem bereits bestehenden Mangel an Praxisanleiter:innen entgegenzuwirken, wurde durch die Konzentrierte Aktion Pflege festgelegt, dass die Träger der praktischen Ausbildung (finanzielle) Anreize schaffen sollen, um die Übernahme der Praxisanleitung für Pflegende attraktiver zu gestalten (BMFSFJ 2019). Da bereits heute ein Mangel an Praxisanleiter:innen besteht, müssen alternative Konzepte in Betracht für die Anleitung von Lernenden in der Pflege in Betracht gezogen werden, ohne dabei die Qualität der Ausbildung zu gefährden.

Ein Beispiel für solche alternativen Konzepte sind Schulstationen. Hierbei handelt es sich um Projekte, die durch Krankenpflegesschulen oder Hochschulen begleitet und im praktischen Pflege-Setting mit Pflegekräften, Ärzt:innen, Physiotherapeut:innen und weiteren Berufsgruppen im interprofessionellen Team durchgeführt werden. Lernende übernehmen dabei während eines festgelegten Zeitraums alle pflegerischen Tätigkeiten inklusive Leitung, Qualitätsmanagement und Dienstplanung. Sie werden dabei durch das Pflegepersonal und vor allem durch Praxisanleiter:innen unterstützt, um Lernsituationen zu ermöglichen, sowie die Patientensicherheit zu gewährleisten (Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe 2019; Helios Kliniken GmbH 2019; Universitätsklinikum Halle (Saale) 2018).

Ein weiteres Beispiel ist das Peer-assisted learning (PAL). PAL bietet professionell Pflegenden, Auszubildenden und Studierenden in der Pflege die Möglichkeit, selbstgesteuert und eigenverantwortlich nicht nur in theoretischen Situationen und während Simulationen, sondern auch im praktischen Pflege-Setting zu lernen. PAL gilt als Lernen ohne professionell Lehrende, d. h. es erfolgt immer dann, wenn eine Gruppe Peers (das können Auszubildende, Studierende, oder auch Pflegefachpersonen sein) gemeinsam lernt (Boud et al. 1999; Onions 1978; Topping/Ehly 1998). Selbstgesteuertes und eigenverantwortliches Lernen soll genutzt werden, um aktuelles fachwissenschaftliches Wissen und Kompetenzen zu fördern. Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (2019) fordert diese Art des Lernens daher nicht nur für Auszubildende, sondern gleichermaßen auch für professionell Pflegenden (DBR 2019).

Gründe, sich mit lernendenzentrierten Ansätzen, wie bspw. PAL, im praktischen Pflege-Setting zu beschäftigen, ergeben sich aus bereits veröffentlichten Befunden. International existieren einige Veröffentlichungen zum PAL in der Pflege mit Fokus auf praktische Lernorte. Goldsmith et al. (2006) beschreiben das Konzept als innovative Strategie für Studierende in der Pflege, um Fähig- und Fertigkeiten, beziehungsweise pflegerische Kompetenzen, am praktischen Lernort zu verbessern. PAL erleichtert Lernenden die Aufnahme von pflegerischem Fachwissen (Li et al. 2018). Hellström-Hyson et al. (2012) beschreiben, dass PAL auf von Studierenden geführten Krankenhausstationen als Möglichkeit dient, um Selbstverantwortung für das Lernen im praktischen Setting übernehmen zu können, was sich positiv auf die Lernmotivation und Verantwortungsübernahme sowie die berufliche Rolle auswirke. Zusätzlich beschreiben sie die verbesserte Möglichkeit zur Selbstreflexion und Entwicklung von Problemlösungsstrategien durch PAL in der klinischen Praxis. Ein weiterer Aspekt, den die zuvor genannten Autor:innen beschreiben, ist der intensivere und engere Kontakt zu Patient:innen, sowie eine erhöhte Selbstwirksamkeit der Studierenden, die durch PAL unterstützt wird.

Das Lernen in praktischen Pflege-Settings unterstützt die Entwicklung verschiedener Kompetenzen, Einstellungen und Fähigkeiten, die in der patientenzentrierten Versorgung benötigt werden. PAL unterstützt diese Lernprozesse in der klinischen Praxis (Lobo 2014). In Studien wird die Erfahrung mit PAL in der Pflegeausbildung oder dem Pflegestudium von Lernenden als positiv beschrieben, da durch den Austausch mit Personen, die ungefähr gleiche Erfahrungen in der Pflege machten, z. B. Ängste minimiert werden können (Daley et al. 2008; Rush et al. 2012), das Erlernen von Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert und auf Anleitungsfunktionen für den Beruf vorbereitet werden kann (McKenna/French 2011). PAL reduziert in praktischen Pflege-Settings empfundenen Stress (Walsh 2015), erhöht das Selbstbewusstsein (Christiansen/Bell 2010; Roberts 2008) und fördert die Selbstständigkeit (Bourgeois et al. 2011; Chuan/Barnett 2012). Es schafft eine sichere und freundschaftliche Lernumgebung, in der Lernende sich trauen, Fragen zu stellen (Lobo 2014; Roberts 2009) und fachliche Diskussionen gefördert werden (Hammond et al. 2010).

Da PAL die kognitive und die psychomotorische Entwicklung (Secomb 2008), sowie die Fach- und Sozialkompetenz fördert (Topping 2005), unterstützt es das Erlernen pflegerischer Handlungskompetenzen. Diese Ergebnisse legen einen Mehrwert für Auszubildende und examinierte Pflegende am praktischen Lernort nahe. Um als Pflegekraft arbeiten zu können, ist eine berufliche Sozialisierung notwendig, um

sich in ein bestehendes Team einfügen zu können und stellt somit einen Kernpunkt in der Ausbildung Pflegender dar (Levett-Jones et al. 2009). PAL fördert die Zusammenarbeit Lernender, die gegenseitige Unterstützung, das räumliche und situative Zurechtfinden im klinischen Setting (Christiansen/Bell 2010; Roberts 2009, 2008) sowie die berufliche Sozialisierung und Rollenfindung (Levett-Jones et al. 2009; Roberts 2009).

Diese Befunde deuten auf positive Effekte des PAL in praktischen Pflege-Settings hin. Sie stammen mehrheitlich aus internationalen Kontexten, also aus Ländern mit anderen Bildungs- und Gesundheitssystemen und mit Erfahrungsvorsprung, was die Umsetzung von PAL angeht. Mit dieser Arbeit sollte ein Beitrag dazu geleistet werden, aus diesen internationalen Erfahrungen zu lernen und vorsichtige Aussagen für deutsche Kontexte zu treffen. Konkret wurde dafür der schlichten Forschungsfrage nachgegangen, *wie PAL in praktischen Pflege-Settings bisher umgesetzt wird*. Unter praktischen Pflege-Settings, beziehungsweise der klinischen Praxis, werden Orte verstanden, an denen klinische Pflege und direkte professionelle Versorgung von Patient:innen stattfinden und als praktische Lernorte dienen. Dies beinhaltet beispielsweise Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, die ambulante häusliche Pflege und Arztpraxen. Ziel war es, die internationalen Erkenntnisse systematisch aufzubereiten und zusammenzufassen, um damit eine Grundlage für weitere Überlegungen der Integration von PAL in die deutsche Pflegeausbildung zu schaffen.

2. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellung und Erreichung der Forschungsziele wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, genauer gesagt, ein Scoping Review. Diese Form der Literaturrecherche dient dazu, Schlüsselkonzepte eines Forschungsbereichs abzubilden und/oder inhaltliche Grenzen eines Themas aufzuzeigen. Sie ermöglichen eine Übersicht vorhandener Evidenz und können unterstützend die Durchführung systematischer Reviews vorbereiten (von Elm et al. 2019; Munn et al. 2018; Peters et al. 2020). Munn et al. (2018: 2) konstatieren, dass eines der untergeordneten Ziele eines Scoping Reviews die Verdeutlichung von Konzepten und deren Hauptmerkmalen ist. Scoping Reviews ermöglichen unter anderem die Untersuchung breiter Themenfelder im Gesundheitswesen (Decaria et al. 2012; Kao et al. 2017). PAL ist ein solches breites, im Bereich der klinischen Pflege weitgehend unerschlossenes Themenfeld. Mit dem Scoping Review soll daher:

- der Stand der Entwicklung und Implementierung von PAL in klinischen Pflege-Settings zusammengefasst,
- die Umsetzungspraxis abgebildet,
- sowie damit verbundene Chancen und Herausforderungen eruiert
- und die Übertragbarkeit in den deutschen Pflegekontext diskutiert werden.

Für die Durchführung des Scoping Reviews wurde auf das Framework von Arksey und O'Malley (2005) zurückgegriffen. Die darin systematisch zu durchlaufenden Phasen sind: (1) Identifizierung der Forschungsfrage, (2) Identifizierung relevanter Studien, (3) Studienauswahl, (4) Darstellung der Daten, (5) Zusammenstellung, Zusammenfassung und Berichterstattung der Ergebnisse, optional: (6) Beratung (ebd.: 22).

Anhand des Problemhintergrundes, sowie des aktuellen Forschungsstandes zum Thema PAL in praktischen Pflege-Settings wurden folgende Suchbegriffe identifiziert: Pfleg*, Peer-assisted learning, Peer tutoring, Peer mentoring, Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung, klinisch*, praktisch*, nurs*, Peer learning, further education, continuing education, clinical education und clinical training. Alle Begriffe wurden in unterschiedlichen Suchkombinationen und Verknüpfungen (AND/OR) eingegeben.

Zunächst wurde die Recherche unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien (s. Tab. 2) in ausgewählten Datenbanken (PubMed, CINAHL, ERIC und Wiley Online Library (W.O.L.)) durchgeführt. Des Weiteren wurden relevante Fachzeitschriften wie das Journal of Peer Learning (University of Wollongong 2020), Medical Teacher (2020) und Medical Education Online (Taylor/Francis 2020) identifiziert, die dann per Handsuche auf weitere mögliche Treffer durchsucht, um ein ganzheitliches Bild im Sinne eines Scoping Reviews kreieren zu können (Arksey/O'Malley 2005). Die auf diese Weise gefundenen Artikel wurden ausgewählt und bei den final eingeschlossenen Studien die Literaturverzeichnisse nach dem Schneeballprinzip durchsucht.

Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Domäne	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Sprache	Deutsch, Englisch	Andere Sprachen
Publikationszeitraum	01.01.2015-10.06.2020	Abweichender Zeitraum
Berufsgruppe	Pflege	Andere Berufsgruppe
Setting	Praktisches Pflege-Setting	Andere Lernorte
Vorkommen der Suchbegriffe	Titel und/oder Abstract	Suchbegriffe nicht im Titel und/oder Abstract vorhanden
Zugang	Volltext abrufbar (über Charité-Zugangsmöglichkeiten/Abonnements)	kein Zugriff auf Volltext

3. Ergebnisse im Überblick

Bei der Suche unter Verwendung der o. g. Suchbegriffe wurden für den deutschsprachigen Raum 105 Treffer und für den internationalen Raum 2.327 Treffer erzielt. Nach Entfernung der Duplikate wurden dann die Ein- und Ausschlusskriterien auf die identifizierten Treffer aller Datenbanken angewandt. Danach verblieben keine Treffer für die deutschsprachige und 26 Treffer für die englischsprachige Suche, von denen nach Sichtung der Titel, der Abstracts und der Volltexte elf eingeschlossen werden konnten. Mittels der beschriebenen Handsuche sowie der Schneeballsuche konnten zwei weitere Treffer erzielt werden. Es konnten somit insgesamt 13 Beiträge in die Auswertung eingeschlossen werden (s. Abb. 1).

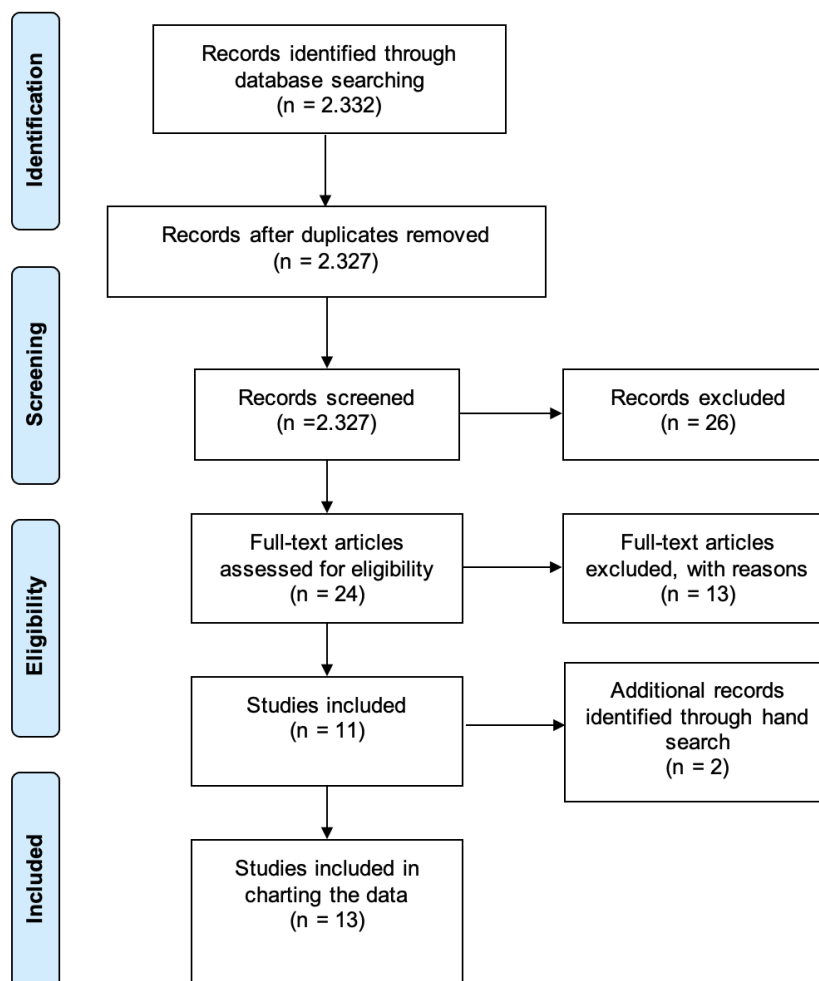


Abb. 1: Darstellung Suchverlauf der englischsprachigen Begriffe

3.1 Quantitativer Überblick

Drei der 13 einbezogenen Publikationen stammen aus Nordamerika, acht aus Europa, eine aus Australien und eine aus Vorderasien. Sie wurden in den Jahren 2015 (2x), 2016 (1x), 2017 (2x), 2018 (3x), 2019 (4x) und 2020 (1x) publiziert. Neun der veröffentlichten Artikel verfolgen einen qualitativen Forschungsansatz, einer einen quantitativen, eine Studie nutzte ein Mixed-Methods-Design und zwei weitere sind als (Erfahrungs-)Berichte einzustufen. Insgesamt wurde auf vier unterschiedliche PAL-Formen verwiesen, darunter Peer Mentoring, Near Peer Learning, Peer Leadership und CPAL. CPAL bedeutet laut Sevenhuysen et al. (2016) kooperatives Peer-assisted learning. Die restlichen Publikationen bezogen sich allgemein gehalten auf PAL, ohne dies weiter zu spezifizieren (hierzu siehe Tab. 3).

Tab. 3: Übersicht über eingeschlossene Beiträge

Treffer	Erst-Autor:in	Jahr	Forschungsansatz	Herkunftsland	PAL-Form
01	Alfaro	2019	qualitativ	Kanada	Near Peer Learning
02	Carey	2018	qualitativ	England	PAL
03	Carey	2018	qualitativ	England	PAL + Peer Mentoring
04	Carey	2019	qualitativ	England	PAL
05	Crawford	2018	Erfahrungsbericht	USA	Peer Leadership
06	Glomsås	2019	qualitativ	Norwegen	PAL
07	Jantzen	2019	qualitativ	Kanada	Peer Mentoring
08	Pålsson	2017	quantitativ	Schweden	PAL
09	Ravanipour	2015	qualitativ	Iran	PAL
10	Sevenhuysen	2016	Implementierung	Australien	CPAL
11	Stenberg	2020	qualitativ	Schweden	PAL
12	Stenberg	2015	Mixed Methods	Schweden	PAL
13	Nygren	2017	qualitativ	Schweden	PAL

3.2 Qualitativer Überblick

Bei der Sichtung der Texte zeigt sich, dass PAL in verschiedenen Settings zum Einsatz kommt. Mehrheitlich wird es im Krankenhaus angewendet (Alfaro et al. 2019; Carey et al. 2018; Nygren/Carlson 2017; Pålsson et al. 2017; Ravanipour et al. 2015; Stenberg et al. 2020; Stenberg/Carlson 2015). Aber auch in der stationären Langzeitversorgung (Glomsås et al. 2019) sowie diversen anderen Pflege-Settings, die nicht näher beschrieben wurden, scheint es Anwendung zu finden (Carey et al. 2018b, 2019; Crawford/Cannon 2018; Jantzen 2019).

Die Studien zu PAL in Krankenhaussettings haben sich überwiegend qualitativer Methoden bedient und allen voran subjektive Erfahrungen untersucht. Dabei wurden sowohl Pflegestudierende (Alfaro et al. 2019; Ravanipour et al. 2015; Stenberg/Carlson 2015), als auch Praxisanleiter:innen zu PAL im praktischen Pflege-Setting befragt (Nygren/Carlson 2017; Stenberg et al. 2020). Inhaltliche Schwerpunkte lagen bei empfundenen Effekten von PAL, auf der Selbsteinschätzung der eigenen Leistung der Studierenden (Pålsson et al. 2017) sowie der Lernentwicklung und Interaktion der Studierenden durch PAL (Carey

et al. 2018a). Auch die Frage danach, wie Pflegende durch PAL ihrer Meinung nach im praktischen Pflege-Setting gelernt haben, „qualitativ gut“ zu pflegen stand im Fokus einer Untersuchung von Jantzen (2019). Ein weiteres Projekt befasste sich damit, wie PAL für Studierende in praktischen Pflege-Settings umgesetzt werden kann. Daraus wurde ein Modell entwickelt, das bei der Umsetzung helfen kann (Carey et al. 2019). Auch der Wert von PAL für Studierende in praktischen Pflege-Settings sowie deren Stärken und Schwächen aufzudecken war Ziel einer Studie (Carey et al. 2018b). Eine Studie, die in einem Pflegeheim durchgeführt wurde, interessierte sich für die Erwartungen von Studierenden an eine durch sie selbst mittels PAL geleitete Station (Glomsås et al. 2019).

Insgesamt kommt die Mehrheit der hier erfassten Studien zu dem Ergebnis, dass PAL in praktischen Pflege-Settings einen positiven Nutzen für Lernende, aber auch für Praxisanleiter:innen hat (Alfaro et al. 2019; Carey et al. 2018b, 2018a; Crawford/Cannon 2018; Glomsås et al. 2019; Nygren/Carlson 2017; Pålsson et al. 2017; Ravanipour et al. 2015; Stenberg et al. 2020; Stenberg/ Carlson 2015). Diese Befunde beinhalten, dass PAL das Selbstbewusstsein Studierender im praktischen Pflege-Setting steigern und das Stressempfinden reduzieren kann. PAL ermöglicht die Zusammenarbeit von Peers im praktischen Pflege-Setting, erleichtert die Rollenfindung Lernender sowie das räumliche und situative Zurechtfinden. Zusätzlich ermöglicht es in praktischen Pflege-Settings fachliche Diskussionen, verbessert die Möglichkeit, Fragen zu stellen und erhöht pflegerische Kompetenzen der Lernenden. Stenberg et al. (2020) beschreiben, dass PAL im praktischen Pflege-Setting zeitliche Ressourcen der Praxisanleiter:innen einspart. Zusätzlich konstatieren sie, dass PAL eine Gelegenheit für Kooperation und Reflexion sei und dadurch eine wertvolle neue pädagogische Struktur in der Pflegepraxis darstellen kann. Die Publikation von Nygren, Carlson und Carlson (2017) unterstützt diese Aussagen. Sie fügen hinzu, dass Praxisanleiter:innen für die Anwendung von PAL eine zusätzliche Ausbildung und Unterstützung durch den Aufbau von Netzwerken benötigen.

Da in der Pflegeausbildung mehrere Lernorte beteiligt sind, sollte die Lernortkooperation auch bei Hochschulen im Vordergrund stehen. Ein Beispiel der Implementierung von PAL durch eine Hochschule in Zusammenarbeit mit Praxisanleiter:innen im Krankenhaus beschreiben Sevenhuysen et al. (2016). Sie formulierten Implementierungsstrategien für PAL in praktischen Pflege-Settings und bezogen sich dabei auf die Lernortkooperation. Einen besonderen Fokus richteten sie auf die Zusammenarbeit zwischen den Lehrenden aus den jeweiligen Fakultäten und den Praxisanleiter:innen. Diese sollte vor allem während der Planung des praktischen Einsatzes der Studierenden stattfinden, um Lerninhalte sinnvoll zwischen Theorie und Praxis abstimmen und einen Austausch zu Wissensständen gewährleisten zu können. Zu Beginn der Implementierung sei es wichtig darauf zu achten, dass sowohl Lehrende als auch Praxisanleiter:innen und Studierende Vorurteile gegenüber PAL haben können. Diese gilt es zu erheben und gemeinsam zu diskutieren, bevor PAL in der Praxis umgesetzt werden kann. Nachfolgend erläutern die Autor:innen Strategien zur Implementierung von CPAL im praktischen Pflege-Setting, um die Vorteile von PAL für Lehrende/ Praxisanleiter:innen und Lernende zu maximieren. Hervorgehoben wird die Änderung gewohnter Lehr- und Lernmuster sowie eine strukturierte Übertragung der Lernstrategie in das klinische Setting. So sollten Beteiligte theoretischen Input zu PAL und der Evaluation des Lernerfolges durch CPAL erhalten. Um CPAL strukturiert in die Praxis implementieren zu können, sollten CPAL-Tage im pflegerischen Setting verbindlich und gemeinsam mit den Praxisanleiter:innen terminiert und inhaltlich geplant werden. Auch die Wahl der geeigneten PAL-Form für das individuelle pflegerische Setting sollte gemeinsam evaluiert werden. Allerdings weisen die Autor:innen daraufhin, dass neben PAL auch individuelle Lernzeit für die Studierenden von Nutzen ist. Laut Crawford/ Cannon (2018) bietet eine Lernortkooperation zwischen der Fakultät und Praxisanleiter:innen einen weiteren Vorteil: sie reduziert die Frequenz der Anleitung durch Lehrende. Die dadurch gewonnenen zeitlichen Ressourcen könnten Lehrende dann anderweitig nutzen. Zusätzlich ermöglicht dies Ressourcen für eine Supervision der Lernsituation im praktischen Pflege-Setting durch die Fakultät freizusetzen.

4. Diskussion

Die für diese Arbeit zugrunde liegende Forschungsfrage, inwiefern PAL in praktischen Pflege-Settings umgesetzt wird, kann mit den Ergebnissen dieses Scoping Reviews nicht erschöpfend beantwortet werden. Die vorliegenden Erkenntnisse deuten jedoch an, dass PAL einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert für Pflegende in Ausbildung sowie examinierte Fachkräfte einnehmen kann.

Die eingeschlossenen Studien stammen aus verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Gesundheits- und Bildungssystemen, die vorliegenden Erkenntnisse sind daher nicht immer eins zu eins untereinander

vergleichbar. Auch eine schlichte Übertragung auf die deutsche Situation verbietet sich. Trotzdem soll hiermit der Versuch unternommen werden, daraus Hinweise für die Implementierung von PAL in praktischen Pflege-Settings für Deutschland abzuleiten.

Die Ergebnisse der Literaturübersicht legen nahe, dass PAL als Konzept im praktischen Pflege-Setting international verbreitet ist, mehrheitlich qualitativ beforscht wird und das ambulante pflegerische Setting – ganz im Gegensatz zu stationären Settings – entweder keine Rolle spielt oder noch nicht hinreichend erforscht wurde. Es werden mehrheitlich positive Auswirkungen des Einsatzes von PAL in praktischen Pflege-Settings auf verschiedenen Ebenen beschrieben (Alfaro et al. 2019; Carey et al. 2018b, 2018a; Crawford/Cannon 2018; Glomsås et al. 2019; Nygren/Carlson 2017; Pålsson et al. 2017; Ravanipour et al. 2015; Stenberg et al. 2020; Stenberg/Carlson 2015), darunter z. B. der Erwerb pflegerischer Handlungskompetenz sowie die persönliche Entwicklung im Beruf Pflege (Jantzen 2019). Es dürfte sich demnach lohnen, PAL vermehrt in alle Bereiche der Praxis (sowohl in ambulante als auch stationäre Settings) zu implementieren. Überlegungen dazu, wie genau dies auf den Stationen in Krankenhäusern oder auch in anderen Pflege-Settings umgesetzt werden kann, sind – auch international – noch selten konkret. Empfehlenswert ist z. B. der near-peer-Ansatz, bei dem schon erfahrenere Peers, weniger erfahrenen Peers Techniken oder Abläufe demonstrieren bzw. sie bei ihrem Handeln beratend und anleitend begleiten (z. B. Ince-Cushman 2015). Der Vorteil des Wissens- und Erfahrungsvorsprunges kann hier derart genutzt werden, dass sich die Beteiligten – im Vergleich zu Dozierenden oder Praxisanleitenden – noch immer auf einem annähernd ähnlichen kognitiven Niveau („kognitive Kongruenz“) bewegen und das Lernen dadurch erleichtert werden kann (Lockspeiser et al. 2008).

Die internationale Literatur konnte aufzeigen, dass Lernortkooperation von vornherein mitgedacht werden sollten. Sie gilt als wichtiger Gelingensfaktor für ein gut durchdachtes Konzept, das Praxiseinrichtungen und Ausbildungseinrichtungen gleichermaßen berücksichtigt (Crawford/Cannon 2018; Sevenhuysen et al. 2016). Eine Verzahnung von Theorie und Praxis durch PAL gelingt dann besonders, wenn Lehrende der Hochschulen und Praxisanleiter:innen gemeinsam strukturierte Lerneinheiten definieren (Nygren/Carlson 2017; Stenberg et al. 2020). Sowohl für Lehrende als auch für Praxisanleiter:innen ist hierbei die Planung, Organisation und Vorbereitung von PAL in den klinischen Bereichen unabdingbar (Sevenhuysen et al. 2016; Stenberg et al. 2020). Hierzu sollten auch Fortbildungen für die Praxisanleiter:innen und Einweisungen für Studierende gehören. Zusätzlich wird die Etablierung eines Netzwerks für Praxisanleiter:innen in der jeweiligen Einrichtung empfohlen, damit Kolleg:innen sich austauschen und gegenseitig unterstützen können (Nygren/Carlson 2017). Zusammengefasst bedeutet das, dass alle an der praktischen Ausbildung beteiligten Institutionen, d. h. Lehrende an den (Hoch-)Schulen für Pflegenden, Lernende und Praxisanleiter:innen Hand in Hand ein PAL-Konzept entwickeln und es fortbestehend begleiten sollten. Denn obwohl PAL als „alleinige Sache der Lernenden“ verstanden werden könnte, ist ein nachhaltiges Konzept wichtig, das nicht den Anschein erweckt, ein preiswerter Ersatz für qualifiziertes Personal zu sein. Trotzdem ist ein Aspekt zu erwähnen, der in eine ähnliche Richtung geht: PAL wird von Praxisanleiter:innen als Entlastung empfunden, da das Konzept die Frequenz der Anleitung reduziert und dadurch gewonnene zeitliche Ressourcen anderweitig genutzt werden können (Crawford/Cannon 2018). Wichtig ist jedoch, dass PAL nicht nur die knappen zeitlichen und personellen Ressourcen der Praxisanleiter:innen zu schonen vermag, sondern für Lernende gleichzeitig zahlreiche positive Auswirkungen haben kann, wie die Ergebnisse der Studien belegen konnten. Dieser beiderseitige Vorteil sollte nutzbar gemacht und PAL vermehrt in praktische Pflege-Settings integriert werden. PAL kann dabei als ergänzender Ansatz verstanden und genutzt werden, der Lernenden eine andere, neue Art des Lernens ermöglicht. Womöglich handelt es sich sogar um eine Art des Lernens, die von Praxisanleitenden aufgrund der „Entfernung“ zu den Lernenden in dieser Form gar nicht angeboten werden kann.

5. Fazit

Um PAL in deutsche praktische Pflege-Settings zu integrieren, muss das Konzept zunächst bekannt gemacht und sowohl in die Ausbildung und die grundständigen Studiengänge als auch in die Fort- und Weiterbildungen Pflegenden als Lernmethode integriert werden. Dies könnte erreicht werden, indem Forschung zu PAL in Deutschland vorangetrieben wird und die Ergebnisse beispielsweise auf einschlägigen Veranstaltungen einem breiteren Kreis an Lehrenden und Bildungsexpert:innen vorgestellt werden. Dadurch und über entsprechende Publikationen werden Pflegeschulen, Hochschulen und Fort- und Weiterbildungsstätten auf PAL aufmerksam und können das Konzept in ihr Curriculum integrieren. Somit besteht die Möglichkeit, dass PAL im beruflichen Alltag der Pflegenden als Lernstrategie bewusst(er) ein-

gesetzt wird. Zusätzlich lohnt womöglich eine Integration von PAL als Thema und als pädagogischer Ansatz in Studiengängen für angehende Lehrende in den Gesundheits- und Sozialberufen. Dies könnte sie für diese Option sensibilisieren und die Wahrscheinlichkeit einer Umsetzung im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit erhöhen. Auch in den verschiedenen Praxiseinrichtungen könnte PAL integriert werden, wenn dessen Vorteile und Effekte bekannter sind. Ggf. könnten dann über Lernortkooperationen gemeinsame Strategien entwickelt werden, PAL gezielt zu implementieren. Dass dies Zeit und Energie kostet, liegt auf der Hand. Trotzdem – so die hier präsentierten Ergebnissen – dürfte sich der Einsatz dahingehend lohnen.

6. Literaturverzeichnis

Alfaro P, Di Criscio V, Larouche S et al. (2019): Near Peer Learning To Facilitate Nursing Students' First Medical Surgical Clinical Experience / Apprentissage par les pairs proches de manière à faciliter les premières expériences cliniques en médecine et chirurgie pour les étudiantes en sciences infirmières. *Quality Advancement in Nursing Education–Avancées en formation infirmière*, 5(1): Article 3.

Arksey H, O'Malley L (2005): Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1): 19-32.

Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe (2019): Schüler:innen übernehmen Station. [online] <https://www.bildungscampus-berlin.de/news/artikel/schuelerinnen-uebernehmen-station> [10.08.2020].

Boud D, Cohen R, Sampson J (1999): Peer Learning and Assessment, *Assessment & Evaluation in Higher Education*. Routledge, 24(4): 413-426.

Bourgeois S, Drayton N, Brown AM (2011): An innovative model of supportive clinical teaching and learning for undergraduate nursing students: The cluster model, *Nurse Education in Practice*. Selected papers from the 3rd International Nurse Education Conference Nursing education in a global community 11-14 April 2010, Sydney, Australia, 11(2): 114-118.

Bundesgesundheitsministerium (2017): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben am 24.07.2017. Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereform-gesetz – PflBRefG), Bundesgesetzblatt Teil I [online] http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl117s2581.pdf [27.08.2020].

Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (2019): Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023). Ergebnis der konzertierten Aktion Pflege–Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertier-te_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf [30.06.2020].

Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (2018): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und –Prüfungsverordnung – PflAPrV), Bundesgesetzblatt Teil I [online] http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl118s1572.pdf [02.03.2020].

Bundeszentrale für politische Bildung (2020): Demografischer Wandel, bpb.de [online] <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/> [10.08.2020].

Carey MC, Chick A, Kent B et al. (2018a): An exploration of peer-assisted learning in undergraduate nursing students in paediatric clinical settings: An ethnographic study. *Nurse education today*, 65 (June): 212-217.

Carey MC, Kent B, Latour JM (2018b): Experiences of undergraduate nursing students in peer assisted learning in clinical practice: a qualitative systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, Australia, 16(5): 1190-1219.

Carey MC, Kent B, Latour JM (2019): Using meta-ethnography to develop a conceptual model of peer-assisted learning of nursing students in clinical practice. *Nursing open*, 6(2): 473-481.

Carlson E, Pilhammar E, Wann-Hansson C (2010): Time to precept: supportive and limiting conditions for precepting nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2): 432-441.

Charité – Universitätsmedizin Berlin (2020): Bachelor Pflege [online] https://www.charite.de/studium_lehre/studiengaenge/bachelor_pflege/ [30.06.2020].

- Christiansen A, Bell A (2010):** Peer learning partnerships: exploring the experience of pre-registration nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5–6): 803-810.
- Chuan OL, Barnett T (2012):** Student, tutor and staff nurse perceptions of the clinical learning environment. *Nurse Education in Practice*, 12(4): 192-197.
- Crawford D, Cannon EJ (2018):** Peer learning across the curriculum. *Nurse Education Today*, 65 (June): 239–241.
- Daley LK, Menke E, Kirkpatrick B et al. (2008):** Partners in Practice: a win-win model for clinical education. *The Journal of Nursing Education*, 47(1): 30-32.
- Decaria JE, Sharp C, Petrella RJ (2012):** Scoping review report: obesity in older adults. *International Journal of Obesity*, 36(9): 1141-1150.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019):** WHO ruft 2020 als „Internationales Jahr der Pflegenden und Hebammen“ aus–DBfK [online] <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2019/who-internationales-jahr.php> [15.07.2020].
- von Elm E, Schreiber G, Haupt CC (2019):** Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143(June): 1-7.
- Glomsås HS, Tranum TS, Johannessen AK (2019):** Piloting a practice model in a Norwegian nursing home - A student-managed ward: A way to empower students for the nursing role. *Nurse Education in Practice*, 34(Jan): 161-166.
- Goldsmith M, Stewart L, Ferguson L(2006):** Peer learning partnership: An innovative strategy to enhance skill acquisition in nursing students. *Nurse Education Today*, 26(2) 123-130.
- HammondJA, Bithell CP, Jones L et al. (2010):** A first year experience of student-directed peer-assisted learning. *Active Learning in Higher Education*, SAGE Publications, 11(3): 201-212.
- Helios Kliniken GmbH (2019):** „Highlight Schulstation“ – Examensklasse übernimmt das Kommando, <https://www.helios-gesundheit.de/> [online] <https://www.helios-gesundheit.de/unternehmen/aktuelles/pressemittelungen/detail/> [10.08.2020].
- Hellström-Hyson E, Mårtensson G, Kristofferzon ML (2012):** To take responsibility or to be an on-looker. Nursing students' experiences of two models of supervision. *Nurse Education Today*, 32(1): 105-110.
- Ince-Cushman D, Rudkin T, Rosenberg E (2015):** Supervised near-peer clinical teaching in the ambulatory clinic: an exploratory study of family medicine residents' perspectives. *Perspectives on Medical Education*, 4(1): 8-13.
- Jantzen D (2019):** Refining nursing practice through workplace learning: A grounded theory. *Journal of clinical nursing*, 28(13–14): 2565-2576.
- Kao SST, Peters MDJ, Dharmawardana N et al. (2017):** Scoping review of pediatric tonsillectomy quality of life assessment instruments. *The Laryngoscope*, 127(10): 2399-2406.
- Lauber A (2017):** Von Könnern lernen: Lehr-/Lernprozesse im Praxisfeld Pflege aus der Perspektive von Lehrenden und Lernenden. 1. Aufl. Münster, New York: Waxmann.
- Levett-Jones T, Lathlean J, Higgins I et al. (2009):** Staff-student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2): 316-324.

Li T, Petrini MA, Stone TE (2018): Baccalaureate nursing students' perspectives of peer tutoring in simulation laboratory, a Q methodology study. *Nurse Education Today*, 61(Feb): 235-241.

Lobo C (2014): Collaborative Learning in Practice (CLiP) for preregistration nursing students. University of East Anglia.

Lockspeiser TM, O'Sullivan P, Teherani A, Muller J (2008) Understanding the experience of being taught by peers: the value of social and cognitive congruence. *Advances in Health Science Education. Theory and Practice*, 13(3): 361-72.

McKenna L, French J (2011): A step ahead: teaching undergraduate students to be peer teachers. *Nurse Education in Practice*, 11(2): 141-145.

Medical Teacher (2020): Medical Teacher [online] http://www.medical-teacher.org/MEDTEACH_wip/pages/home.htm [24.06.2020].

Munn Z, Peters MDJ, Stern C et al. (2018): Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1): 143.

Nygren F, Carlson E (2017): Preceptors' conceptions of a peer learning model: A phenomenographic study. *Nurse Education Today*, 49(Feb): 12-16.

Onions CT (1978): The shorter Oxford English Dictionary on historical Principles. Oxford: Clarendon Press.

Pålsson Y, Mårtensson G, Swenne CL et al. (2017): A peer learning intervention for nursing students in clinical practice education: A quasi-experimental study. *Nurse education today*, 51(Apr): 81-87.

Peters M, McInerney P, Munn Z et al. (2020): Chapter 11: Scoping reviews—JBI Reviewer's Manual (2020 version), Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual, [online] <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews> [08.06.2020].

Ravanipour M, Bahreini M, Ravanipour M (2015): Exploring nursing students' experience of peer learning in clinical practice. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(May): 46.

Roberts D (2009): Friendship fosters learning: The importance of friendships in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 9(6): 367-371.

Roberts D (2008): Learning in clinical practice: the importance of peers. *Nursing Standard*, 23(12): 35-41.

Rush S, Firth T, Burke L et al. (2012): Implementation and evaluation of peer assessment of clinical skills for first year student nurses. *Nurse Education in Practice*, 12(4): 219-226.

Secomb J (2008): A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6): 703-716.

Sevenhuysen S, Haines T, Kiegaldie D et al. (2016): Implementing collaborative and peer-assisted learning. *The Clinical Teacher*, 13(5): 325-331.

Stenberg M, Bengtsson M, Mangrio E et al. (2020): Preceptors' experiences of using structured learning activities as part of the peer learning model: A qualitative study. *Nurse Education in practice*, 42(Jan): 102668.

Stenberg M, Carlson E (2015): Swedish student nurses' perception of peer learning as an educational model during clinical practice in a hospital setting an evaluation study. *BMC nursing*, 14(Oct): 48.

Topping KJ, Buchs C, Duran D et al. (2017): Effective Peer Learning: From Principles to Practical Implementation. 1. Edition. New York: Routledge.

Topping KJ (2005): Trends in Peer Learning. Educational Psychology, 25(6): 631-645.

Topping KJ, Ehly S (1998): Peer-Assisted Learning, 1. Edition. New York: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Universitätsklinikum Halle (Saale) (2018): Projekt Schulstation: Auszubildende übernehmen eine Station [online] https://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=2882&tx_ttnews%5Btt_news%5D=5916&cHash=a6057879eb77c727a3df6936029d8ec2 [10.08.2020].

Walsh A (2015): The effect of social interaction on mental health nurse student learning. Nurse Education in Practice, (Special Section: Disaster Management Nursing Education), 15(1): 7-12.

Weiß T, Meißner T, Kempa S (2018): Pflegeberufereformgesetz, 1. Aufl. 2018 Edition. Wiesbaden: Springer Gabler.

VI interTUT – Verstetigung und lessons learned

Anne Neumann, Sophie Kray-Niemczyk, Ariane Gartmann, Elisa Habermann, Alice Kornfeld, Shirley Seither, Sophie Stiehler, Anu Wank

1. Einleitung

Das Projekt interTUT (kurz für interprofessionelle Tutorien) wurde von 2013 bis 2017 im Rahmen des Förderprogramms „Operation Team“ der Robert Bosch Stiftung als gemeinsames Projekt der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Vertreten durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, das Prodekanat für Lehre sowie das Lernzentrum und die Gesundheitsakademie der Charité), der Alice Salomon Hochschule (ASH) und schließlich der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) gefördert (Ewers/Reichel 2017).

Die Kooperationspartner riefen interTUT mit dem Ziel ins Leben, interprofessionelles Lernen in Form von Peer-assisted learning (PAL) – hier im Speziellen Tutorien – zu erproben und bei Erfolg langfristig zu etablieren. Tutorien stellen eine niedrigschwellige sowie flexible Lernform dar, bei der Lernende die Rolle von Lehrenden übernehmen (Topping 1996). Die Idee, dieses Konzept auch für interprofessionelle Begegnungen zu nutzen, entstand nicht zuletzt aufgrund des am Lernzentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Studiengang Humanmedizin bereits seit vielen Jahren etablierten, umfangreichen Tutorien-Angebots. Eine ausführliche Beschreibung des Projektes mit Stand 2013 bis 2017 ist im Working Paper „Kooperativ lernen in den Gesundheitsprofessionen: Das Projekt interTUT“ bereits publiziert (Ewers/Reichel 2017).

Das einstige Pilotprojekt besteht vier Jahre nach Einstellung der Förderung weiter und wird nach wie vor von den drei bereits zu Beginn beteiligten Institutionen, wenn auch in anderer Aufschlüsselung, getragen. Seit Beginn der Förderung entwickelt sich das Projekt bis heute stetig weiter. Eben diese Entwicklungen greift der vorliegende, praktisch ausgerichtete Beitrag auf. Dabei sollen zunächst Hintergründe und der Projektaufbau skizziert werden. Darauf folgend sollen konkrete Weiterentwicklungen und die bei der Etablierung eines solchen Lehr-Lernformates zu beachtenden Herausforderungen sowie diesbezügliche Lösungsansätze zur Sprache kommen. Der Beitrag intendiert keine tiefgehende Auseinandersetzung mit didaktischen Theorien. Vielmehr soll konkretes Handwerkzeug – in Form entwickelter didaktischer Materialien – zur Verfügung gestellt werden, das dabei unterstützen kann, interprofessionelle Tutorien – auch an anderen Standorten – zu implementieren. Nicht zuletzt sollen einige zusammenfassende Empfehlungen ausgesprochen werden, die Institutionen mit Interesse an der Etablierung interprofessioneller Tutorien ggf. inspirieren und/oder sie infolgedessen zur Nutzung in der vorliegenden Form motivieren.

2. Hintergrund

Die Entscheidung für Tutorien als gewählte Form des PAL begründet sich durch die in der Literatur zahlreich vorliegenden positiven Effekte solcher Formate, die zumeist in monoprofessionellen Kontexten untersucht wurden. Der folgende Abschnitt umreißt einige von ihnen:

Es konnte gezeigt werden, dass die Teilnahme an Tutorien sowohl bei den Rezipient:innen als auch den Vermittelnden positive Lerneffekte bewirken kann, darunter z. B. bessere Prüfungsergebnisse, verbesserte Fähigkeiten im Umgang mit Lernen und Prüfungen, höhere Zufriedenheit mit dem Studium sowie geringere Abbruchquoten des Studiums (vgl. u. a. Falchikov 2001; Gill et al. 2006; Burgess et al. 2014). In der Position als Vermittelnde vertiefen Studierende nicht nur ihre Kenntnisse auf dem jeweiligen Fachgebiet, sondern entwickeln darüber hinaus auch praktische, didaktische und kognitive Fähigkeiten (vgl. Ross/Cameron 2007; Burgess et al. 2014). PAL fördert Tiefenlernen und motiviert dazu, sich auch später in der Lehre zu engagieren (Carr et al. 2016). Herinek et al. (2019: 104-119) fassen weitere wesentliche Forschungserkenntnisse zum Einsatz von PAL und Tutorien zusammen, so z. B. auch, dass kommunikative Kompetenzen ausgebaut werden, Selbstbewusstsein durch die Rolle als Tutor:in gefördert wird und das Lernklima bzw. Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten verbessert werden kann. Aufgrund dieser Erkenntnisse sowie den beschriebenen Erfolgen, die im Einsatz von PAL in Form von Tutorien in der v. a. medizinischen Ausbildung verzeichnet wurden, entstand die Idee, Lernenden weiterer Gesundheitsprofessionen einen Zugang zu PAL zu ermöglichen und dies mit interprofessionellen Inhalten im Rahmen gemeinsamer Tutorien zu verbinden.

3. Projektaufbau

Die derzeitige Projektstruktur ist durch Überlegungen der Beteiligten sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen geleitet und weicht von der von Ewers/Reichel (2017) beschriebenen ab. Anders als noch innerhalb der Förderung sind nun Projektleitung und -koordination in diesem Sinne nicht mehr abgebildet. Ausgehend von nicht mehr zur Verfügung stehenden Mitteln für eine hauptamtliche Personalstelle, entwickelte sich interTUT erfolgreich zu einem sich selbst tragenden Projekt, bei dem der Schwerpunkt auf der Arbeit durch die Tutor:innen liegt. Die Transformation der Organisationsstruktur wurde durch die Schaffung nachhaltiger Stellen für studentische Mitarbeiter:innen möglich. Sie verantworten das Projekt größtenteils bezüglich des Inhaltes und der Umsetzung von Tutorien, während die Kooperationspartner:innen für Koordination, Unterstützung und Feedback bei der Planung der Tutorien zur Verfügung stehen. Abbildung 2 zeigt die Projektstruktur, aus der die übergeordnete Rolle der Tutor:innen hervorgeht. Das Alleinstellungsmerkmal des Projektes war und ist, dass das Tutor:innen-Team selbstständig arbeitet und auch die regelmäßigen Treffen zur Berichterstattung über Probleme und Fortschritte mit den Kooperationspartner:innen organisiert. Alle anfallenden Aufgaben werden unter den Tutor:innen so verteilt, dass durch flache Hierarchien viel Freiraum für die Umsetzung neuer Ideen und die Weiterentwicklung bestehender Tutorien entsteht.

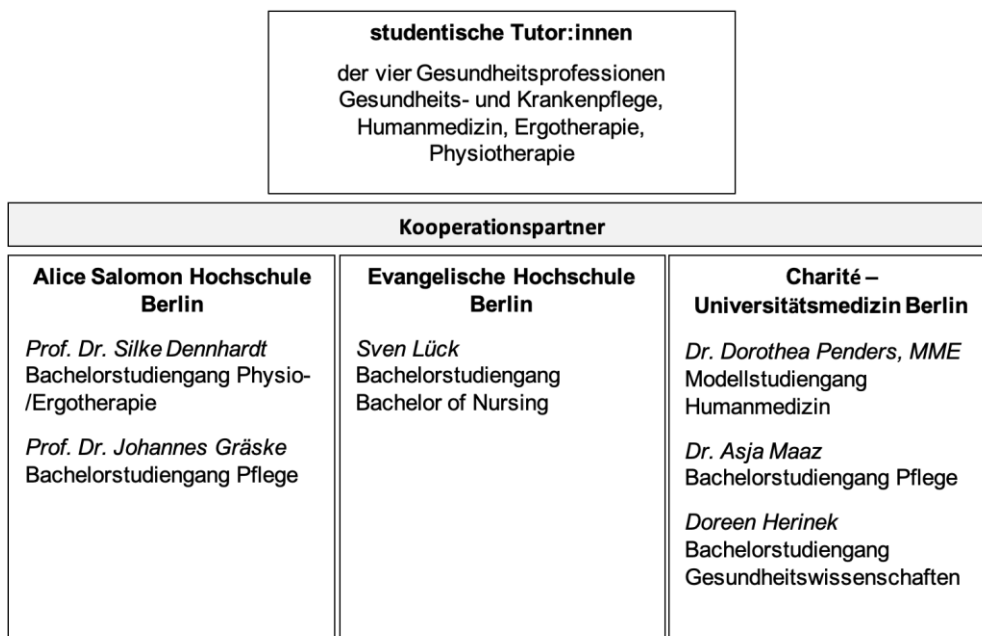


Abb. 2: Organigramm interTUT (Stand: 03/2022)

Wie aus dem Organigramm ersichtlich, besteht das Tutor:innen-Team aus Studierenden der Bachelorstudiengänge Pflege (bzw. Bachelor of Nursing), Physiotherapie und Ergotherapie sowie aus Studierenden der Humanmedizin. Die Rekrutierung der Tutor:innen erfolgt durch Stellenausschreibungen an den Hochschulen und Direktansprache geeigneter Kandidat:innen durch Dozierende und Tutor:innen. Es wird dabei stets darauf geachtet, dass alle beteiligten Professionen im Team vertreten sind. So wird sichergestellt, dass die auf die vier Professionen bezogenen Inhalte der Tutorien überprüft und weiterentwickelt sowie durch interprofessionelle Tutor:innen-Tandems geleitet werden können. Interprofessionalität wird in diesem Sinne von zwei Seiten her gelebt: Anders als in bereits beschriebenen Projekten (vgl. z. B. Gill et al. 2006) ist nicht nur die Lerngruppe berufsheterogen zusammengesetzt, sondern auch die Tutorien werden von mindestens zwei Tutor:innen unterschiedlicher Berufsgruppen durchgeführt.

Neu eingestellte Tutor:innen werden auf ihre Tätigkeit vorbereitet, indem sie bei Tutorien hospitieren, für Fragen sowie Feedback in engem Kontakt mit den anderen Teammitgliedern stehen und von Beginn an in die Arbeit des Teams einbezogen werden. Dies dient nicht zuletzt der Qualitätssicherung der Tutorien. Das Lernzentrum bietet zudem in jedem Semester methodische Fortbildungen an, an denen die Tutor:innen teilnehmen können. Durch die sukzessive, aktive Einbindung in die Tutorien und in den Austausch

mit den Teammitgliedern werden die Tutor:innen zunehmend für das Thema Interprofessionalität sensibilisiert und reflektieren die Rolle ihrer eigenen Profession in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsprofessionen.

Die Teilnehmenden der Tutorien profitieren von der Weitergabe des Wissens sowie dem Austausch auf Augenhöhe (Gill et al. 2006), bei dem die Tutor:innen vor allem eine moderierende Funktion innehaben. Ziel ist es, den Austausch der aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen kommenden Teilnehmenden zu fördern und dadurch eine kritische Auseinandersetzung mit interprofessionellen Themen, z. B. der Versorgung am Lebensende, zu etablieren. Aufgrund der Förderung des Projekts durch die oben genannten Institutionen stammen die Teilnehmenden vor allem aus den Bereichen Humanmedizin, Physiotherapie, Pflege und Ergotherapie. Seltener nehmen Studierende und Auszubildende aus anderen Bereichen wie Hebammenkunde, Gesundheitswissenschaften, Logopädie oder Diätassistenz an den angebotenen Tutorien teil.

4. Erfahrungen und Empfehlungen

In diesem Abschnitt werden Erfahrungen aus den vergangenen Jahren mit der Etablierung und Verstärkung des Projekts diskutiert, dabei auftretende Hürden beleuchtet und anschließend Empfehlungen zum Umgang mit diesen ausgesprochen. Dabei liegt das Augenmerk auf vier – aus Perspektive des Projekts – zentralen Themen: Interprofessionalität, Öffentlichkeitsarbeit, wissenschaftliche Begleitung und Inspiration für andere Ausbildungsinstitutionen.

4.1 Interprofessionalität

Im Projekt ist die Umsetzung der Interprofessionalität in besonderer Weise gelungen. Diese spiegelte sich neben dem Fokus auf interprofessionellen Inhalten von Beginn an in der Zusammensetzung der Teilnehmenden wider. Es zeigt sich, dass die Gruppen immer dann besonders engagiert mitdenken und mitarbeiten, wenn möglichst viele Professionen vertreten sind. Der Wunsch nach Beteiligung zahlreicher anderer Professionen kam dabei in den Evaluationen der Tutorien regelmäßig zum Ausdruck (siehe auch Ewers/Reichel 2017). Es gilt daher stets: Ein Tutorium findet nur dann statt, wenn sich Teilnehmende aus mindestens zwei verschiedenen Professionen anmelden. Dies bedeutet demnach auch, dass in der Vergangenheit immer wieder Tutorien abgesagt werden mussten, da nicht genügend Anmeldungen verschiedener Professionen vorlagen. Mögliche Gründe für fehlende Anmeldungen könnten z. B. ein geringer Bekanntheitsgrad des Projektes oder die Unvereinbarkeit mit aktuellen Terminen und Curricula der Studierenden bzw. Auszubildenden sowie eine zu große geografische Distanz von der jeweiligen Institution zum Lernzentrum der Charité, an dem die Tutorien örtlich stattfinden, sein. Zudem könnten eingeschränkte Anrechnungsmöglichkeiten in einzelnen Studien- und Ausbildungsgängen begründen, dass Tutorien nicht besucht werden. Durch die Einrichtung neuer Studiengänge, wie z. B. dem Bachelor Pflege an der Charité und der Alice Salomon Hochschule kann dieser Effekt durch Zugewinn von neuen Teilnehmenden prospektiv womöglich geschmälert werden. Auch verspricht die Lokalisation verschiedener Studien- und Ausbildungsgänge an einem Standort (wie es für die Studiengänge Humanmedizin, Gesundheitswissenschaften und Pflege sowie den Ausbildungsgang Pflege an Charité der Fall ist) einen Abbau von Zugangshürden für Studierende bzw. Auszubildende.

Wie bereits erwähnt, werden alle Tutorien stets durch ein interprofessionelles Tutor:innen-Tandem geleitet. Dadurch können fehlende Perspektiven auf Teilnehmenden-Seite ergänzt und Interprofessionalität authentisch gemacht werden.

Empfehlungen:

Wir empfehlen, dass möglichst mindestens drei Professionen in den Tutorien vertreten sein sollten, wobei das eingesetzte Tutor:innen-Tandem im Zweifel eine dritte professionelle Perspektive ergänzen kann. So können Diskussionen lebendig gestaltet und mehrere Perspektiven aufgezeigt werden.

Auch die Aufnahme interprofessioneller Lehr-Lernangebote in die jeweiligen Curricula der Gesundheitsprofessionen oder zumindest die Etablierung adäquater Anrechnungsmöglichkeiten dürfte positive Auswirkungen auf die Teilnehmendenzahlen sowie die Diversität der vertretenen Professionen haben.

4.2 Öffentlichkeitsarbeit

InterTUT ist mittlerweile ein an den beteiligten Institutionen etabliertes Projekt. Während Peer-geleitete Tutorien bereits an vielen deutschen medizinischen Fakultäten eingesetzt werden (Alvarez/Schultz 2017), findet das Thema Interprofessionalität weiterhin nur langsam Einzug in solche Konzepte (Herinek et al. 2019). Aus diesem Grund ist die Vorstellung des Projektes und der Tutorien im öffentlichen Rahmen elementar – auch, um das seit Beginn des Projekts bestehende Ziel zu verfolgen, interprofessionelles Lernen in Peer-gestützten didaktischen Konzepten weiter zu verbreiten. Hierfür sind die Weiterentwicklung der Tutorien sowie öffentliche Auftritte auf Konferenzen, Fachtagungen sowie in Netzwerken neben der Durchführung von Tutorien fester Bestandteil der Arbeit der Tutor:innen-Teams. Das Team ist regelmäßig auf thematisch passenden Symposien und Kongressen wie z. B. den Jahrestagungen der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) vertreten, um das Projekt vorzustellen. Durch die Teilnahme an solchen Veranstaltungen konnten sowohl Kontakte zu anderen Arbeitsgruppen aus den Bereichen „Peer-Teaching“ und „interprofessionelle Bildungsarbeit“ geknüpft als auch Inspirationen für neue Tutorien gesammelt werden.

Um das Projekt möglichst früh im Studium bekannt zu machen und viele Studierende zu erreichen, wurde eine Vorstellung in der Einführungswoche der Studiengänge der Charité – Universitätsmedizin Berlin etabliert, die inzwischen interprofessionell gestaltet ist. Hier wird den Studienanfänger:innen der Human- und Zahnmedizin, der Gesundheitswissenschaften und der Pflege ein kurzer Einblick in die hausinternen PAL-Projekte gegeben und interTUT im interprofessionellen Kontext eine zentrale Position beigemessen. Gleiches gilt für die Erstsemester aller weiteren kooperierenden Einrichtungen, in welchen regelmäßig Kurzvorstellungen des Projekts stattfinden.

Um auch bei stetigem Wechsel der Tutor:innen die Qualität der Tutorien zu sichern, nimmt das Team regelmäßig an Fortbildungen teil. Das Lernzentrum der Charité veranstaltet für ihre angestellten Tutor:innen in diesem Rahmen semesterweise Peer-Teaching-Wochenenden, an welchen in der Vergangenheit unter anderem Workshops zu Didaktik, Visualisierung und Moderation angeboten wurden. Diese sind auch Ort für Austausch und Vernetzung mit Peer-Tutor:innen aus anderen Arbeitsgruppen. Außerdem bieten Schulungen die Möglichkeit, sowohl die neuen als auch bestehenden Tutorien mit Fachwissen anzureichern und sich mit der entsprechenden Thematik tiefergehend auseinanderzusetzen. Exemplarisch fand als Basis zur Entwicklung des neuen „interTUT 7“ eine fachliche Schulung zu interkultureller Kompetenz statt.

Empfehlungen:

Um sich bekannt zu machen und sich gut zu vernetzen, empfehlen wir die regelmäßige Teilnahme an und Präsentation auf Konferenzen und themenbezogenen Kongressen. Diese dienen auch dazu, einen Blick in andere Projekte zu werfen sowie Inspirationen zu sammeln, und stärken das Netzwerk interprofessioneller Lehre im Gesundheitswesen. Die Rekrutierung von Teilnehmenden lässt sich durch regelmäßige Informationsveranstaltungen positiv beeinflussen. Sie sollten institutionell gewollt und fest verankert werden.

4.3 Wissenschaftliche Begleitung

In der Literatur wird immer wieder die Notwendigkeit weiterer wissenschaftlicher Betrachtungen des PAL betont. Besonders Studien zu Langzeiteffekten (Yu et al. 2011) sowie zur Effektivität von PAL-Formaten, die „Soft Skills“ vermitteln, (Guraya/Abdalla 2020) werden gefordert.

Aus diesem Grund – und auch weil dem Projekt eine Projektförderung innewohnte – waren Evaluationen bis 2017 fester Bestandteil von interTUT. Dabei war die wissenschaftliche Begleitung durch Projektmitarbeitende abgesichert. Seitdem das Projekt jedoch verstetigt und mit Eigenmitteln der kooperierenden Einrichtungen finanziert wird, findet keine explizite wissenschaftliche Begleitung mehr statt. Die Evaluationen der einzelnen Tutorien durch die Teilnehmenden werden zwar wie gewohnt durchgeführt, sie wurden aber seither nicht kumulativ und systematisch ausgewertet oder veröffentlicht. Dies ist insofern kritisch zu bewerten, als dass sich Projekte nur dann nachhaltig verstetigen lassen, wenn deren Effekte vielfältig analysiert und dokumentiert sind.

Empfehlungen:

Bei der Implementierung neuer interprofessioneller Formate sollte eine enge und langfristige wissenschaftliche Begleitung von Beginn an mitgedacht werden, um die zugrundeliegende Evidenz auszubauen. Dabei wäre es denkbar, dass eine kooperierende Einrichtung stärker in diese Aufgabenübernahme eingebunden wird. Neben der Auswertung der Evaluationen könnte auch die Entwicklung der Tutorien oder Veränderungen interprofessioneller Einstellungen in den wissenschaftlichen Betrachtungen berücksichtigt werden.

4.4 Inspiration für andere Ausbildungsinstitutionen

Dieser Aspekt steht mit den oben genannten in enger Verbindung. Es wird bereits seit Beginn des Projektes die Hoffnung formuliert, mit interTUT als Modell für die Etablierung ähnlicher Projekte an anderen Universitäten und Hochschulen zu fungieren. Zu diesem Zweck werden die Materialien des Projekts in der Hoffnung, diesem Ziel entsprechen zu können, hiermit öffentlich zur Verfügung gestellt.

Empfehlungen:

Mit der Veröffentlichung dieser Materialien wird die Hoffnung verknüpft, dass auch andere Institutionen ihre Projektideen und -materialien teilen. Auf diese Weise können mit weniger Mitteln gute Ideen an anderen Standorten umgesetzt, Konkurrenzgedanken minimiert und ein kontinuierlicher Austausch gefördert werden. Interprofessionelle Angebote können auf diese Weise mit vergleichsweise geringem Aufwand etabliert und ggf. verstetigt werden.

5. Handreichungen

Seit Publikation der ersten vier Tutorien (vgl. Ewers/Reichel 2017), welche basierend auf dem Feedback der Teilnehmenden stetig weiterentwickelt wurden, sind drei weitere Tutorien entstanden. Die Ideen hierfür resultieren einerseits aus Evaluationsergebnissen der Teilnehmenden sowie aus denen der Tutor:innen, andererseits aus Diskussionen und Anregungen aus Besuchen verschiedener Foren. An dieser Stelle sollen die neu entstandenen Tutorien 5-7 (in ähnlicher Art und Weise wie die Tutorien 1-4 in der Publikation Ewers/Reichel 2017) vorgestellt werden.

5.1 Kurzbeschreibung interTUT 5

Das fünfte interTUT mit dem Titel „Du bist, was Du isst!“ thematisiert die Ernährung von Patient:innen im ambulanten und stationären Gesundheitsbereich. Es behandelt die verschiedenen Beiträge der Professionen zu diesem Aspekt der Versorgung mit dem Fokus auf Patient:innen mit Handicap. Dabei ermöglichen besonders Selbsterfahrungen zum Thema Beeinträchtigung und Ernährung sowie ein Quiz mit anschließender Diskussion eine intensive Auseinandersetzung: Wie isst man, ohne sehen zu können? Lässt sich ein Apfel einhändig schneiden?

5.2 Kurzbeschreibung interTUT 6

Unter dem Titel „Konfliktsituationen am Lebensende“ geht es im interTUT 6 um das Konzept „Palliative Care“ und dessen interprofessionelle Ausrichtung. Die Teilnehmenden erlernen theoretische Aspekte der palliativen Versorgung von Patient:innen und reflektieren ihre Einstellungen und die Rolle ihrer Profession in einer simulierten ethischen Fallbesprechung.

5.3 Kurzbeschreibung interTUT 7

InterTUT 7 thematisiert unter dem Stichwort „Cultural Safety“ den Umgang mit Patient:innen aus anderen Kulturen und mit begrenzten Deutschkenntnissen. Durch theoretische Vertiefung, Gruppenarbeiten mit Rollenspielen und Diskussionen werden die Teilnehmenden für ihre Rolle in einem kulturell diversen Gesundheitssystem sensibilisiert und entwickeln gemeinsam Lösungsstrategien, um den dadurch entstehenden Herausforderungen zu begegnen.

5.4 Ausblick: interTUT8

Derzeit in Entwicklung und Erprobung befindet sich bereits ein weiteres Tutorium, das sowohl auf ein Online- als auch auf ein Präsenz-Setting angelegt ist. Unter dem Titel „Gelebte Interprofessionalität - Wunsch oder Wirklichkeit?“ werden die Teilnehmenden die Konzepte „Interprofessional Collaboration“ (IPC) und „Interprofessional Education“ (IPE) kennenlernen sowie gemeinsam Lösungsansätze für Herausforderungen entwickeln, die im Rahmen von Interprofessionalität auftreten. Sie werden für die Konfliktthematik der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor sensibilisiert und verlassen das Tutorium als „Botschafter:innen“ für interprofessionelle Zusammenarbeit.

6. Zusammenfassung

Sowohl das interprofessionelle Tutor:innen-Team als auch die beteiligten Kooperationspartner:innen und Kooperationseinrichtungen, an denen das Projekt angesiedelt ist, zeigen weiterhin großes Interesse an der Weiterentwicklung des Projekts sowie der Etablierung des Konzepts – auch an anderen Universitäten und Hochschulen. Dazu gilt es, die weitere curriculare Einbindung von interTUTs vorzubereiten sowie neue Tutorien zu entwickeln und somit das Tutorien-Angebot weitergehend zu vergrößern. Darüber hinaus sollen die Erfahrungen mit dem hier vorgestellten Konzept weitergegeben werden und zur Etablierung ähnlicher Projekte anregen.

Mit der Veröffentlichung der interTUTs 5 bis 7 ist die Grundlage für die Etablierung solcher oder ähnlicher Peer-gestützter interprofessioneller Tutorien gelegt. Nicht zuletzt deshalb sollen die hier zur Verfügung gestellten Materialien der Inspiration für andere Hochschulen, Universitäten oder Schulen des Gesundheitswesens dienen. Die Materialien können in diesem Sinne gerne unter Angabe dieser bibliographischen Quelle genutzt werden.

7. Literaturverzeichnis

Alvarez S, Schultz JH (2017): Practice Report/Bericht aus der Praxis: An exploration of peer tutor roles and recruitment at German medical schools. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 127(128): 80-84.

Burgess A, McGregor D, Mellis C (2014): Medical students as peer tutors: a systematic review. *BMC Medical Education*, 14(1): 1-8.

Burgess A, Black K, Chapman R et al. (2012): Clinical teaching skills for medical students: our future educators. *The Clinical Teacher*, 9(5): 312–316.

Carr SE, Brand G, Wei L et al. (2016): "Helping someone with a skill sharpens it in your own mind": a mixed method study exploring health professions students experiences of Peer Assisted Learning (PAL). *BMC Medical Education*, 16(1): 1-10.

Ewers M, Reichel K (2017): Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen–Einleitung. *Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: Das Projekt InterTUT. Working Paper 17-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin: 3-8.*

Falchikov N (2001): Learning together: Peer tutoring in higher education, Psychology Press. London/New York: Routledge.

Gill D, Parker C, Spooner M et al. (2006): Tomorrow's doctors and nurses: peer assisted learning. *The Clinical Teacher*, 3(1): 13-18.

Guraya SY, Abdalla ME (2020): Determining the effectiveness of peer-assisted learning in medical education: A systemic review and meta-analysis. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 15(3): 177-184.

Herinek D, Reichel K, Ewers M (2019): Von und mit Tutor*innen interprofessionell lernen. In: Ewers M, Paradis E, Herinek D (Hrsg.): *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Beltz Juventa:104-119.*





Ross MT, Cameron HS (2007): Peer assisted learning: a planning and implementation framework: AMEE Guide no. 30. *The Medical Teacher*, 29(6): 527-545.

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

Yu TC, Wilson NC, Singh PP et al. (2011): Medical students-as-teachers: a systematic review of peer-assisted teaching during medical school. *Advances in Medical Education and Practice*, 23(2): 157-172.

VII interTUT – 2. Manual zur Durchführung

Erläuterung der verwendeten Symbole:

-  Tipps, Hinweise oder Empfehlungen für die Durchführung
-  Empfohlener zeitlicher Rahmen für die einzelnen Aufgaben
-  Notwendige Materialien, Beispiele für Ergebnisdokumentation
-  Empfehlungen speziell für die Durchführung im online-Format bzw. die Nutzung von Online-Plattformen

interTUT 5

Du bist, was Du isst!

Ernährung im interprofessionellen Kontext

Worum geht es?

Möglichkeiten der Ernährung bei Patient:innen mit Handicaps sowie die Zusammenarbeit der Professionen bei der Ernährung von Patient:innen

Wer kann mitmachen?

Studierende und Schüler:innen der Ergotherapie, Pflege, der Humanmedizin und der Physiotherapie unabhängig vom jeweiligen Stand ihrer Ausbildung sowie Studierende und Schüler:innen weiterer, am Thema beteiligter Professionen.

Was ist das Ziel?

Die praktische Erfahrung von Handicaps und deren Auswirkung auf Ernährung sowie der Umgang verschiedener Professionen mit diesen bei der Ernährung der Patient:innen.

Dauer des Tutoriums

150-180 Minuten

Gruppenstärke

5 bis 15 Teilnehmende in interprofessioneller Zusammensetzung mit zwei Tutor:innen aus verschiedenen Gesundheitsprofessionen

Raum

2 Seminarräume oder Kleingruppenräume, je nach Gruppengröße. Das interTUT wurde aufgrund des hohen praktischen Anteils noch nicht im online-Format durchgeführt.

Vorbereitungszeit

60 Minuten

Medien und Material

PowerPoint-Präsentation, Pinnwände, Quizfragen (laminiert), Teller, Besteck, Einhandbrett, AgeMan®, laminiertes Material „Tortendiagramm“, Handouts, Material für Praxis-Stationen (Andickpulver, Joghurt/Pudding, Saft, Äpfel, Brot, Aufstrich o. ä.)

Lernziele

Die Teilnehmenden

- kennen Schnittstellen zwischen den Gesundheitsberufen im Kontext der Ernährung von Patient:innen und können die Tätigkeitsschwerpunkte der jeweiligen Berufe themenbezogen erläutern.
- erkennen die Bedeutung eines respektvollen Umgangs mit Patient:innen bei der Ernährung. Um den Patient:innen angemessene Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme geben zu können, üben sie das Anreichen von Nahrung anhand von Selbsterfahrungssituationen mit simulierten Handicaps.

- entwickeln ein Verständnis dafür, wie interprofessionelles Arbeiten in der Praxis aussehen kann. Sie analysieren Momente der interprofessionellen Zusammenarbeit und reflektieren, dass bei der Zusammenarbeit, je nach Thema, die Fertigkeiten und das Wissen einer einzelnen Berufsgruppe zeitweise im Vordergrund stehen können.

Ablauf interTUT 5

Begrüßung

Vorstellungsrunde:

Zur lockeren Hinführung zum Thema kann zum Beispiel die Nennung des Lieblingsgerichts bei der Vorstellungsrunde dienen.



10 Minuten

Einführung

Erläuterung des Ablaufs des Tutoriums sowie der Lernziele.

Leitgedanken des Tutoriums definieren.



5 Minuten

Aufgabe A

Mein Stück vom Kuchen!

Die Teilnehmenden haben die Aufgabe, in Kleingruppen zu definieren, wie groß die Anteile der einzelnen Professionen an der Ernährung von Patient:innen sind. Sind alle Professionen vertreten, vertreten die Teilnehmenden die jeweils eigene Berufsgruppe, ansonsten vertritt jede/r eine Berufsgruppe, der er/sie nicht angehört.



Die Kleingruppen erhalten unterschiedlich große „Kuchenstücke“ eines Tortendiagramms in verschiedenen Farben. Jede Farbe entspricht einer Profession.

Nach 10 Minuten werden die Ergebnisse des Austauschs in der großen Runde diskutiert.

Fazit ist, dass keine eindeutige Lösung existiert. Anteile der einzelnen Professionen variieren abhängig von Versorgungssituation und Krankheitsbild. Eine bestmögliche Ernährung kann dann gewährleistet werden, wenn die unterschiedlichen Möglichkeiten der Professionen bekannt sind und diese zusammenarbeiten.



20 Minuten

Theorie A

Erläuterung einiger Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme in Form einer PowerPoint-Präsentation.

Hierzu werden einzelne Bilder zu den Themen Trinkhilfen, Sitz- und Lagerungshilfen, Hilfsmittel für Speisen und Essbesteck gezeigt, die sich die Teilnehmenden im Rahmen ihres Wissensstands und ihrer Profession selbst erläutern sollen.



Vorhandene Hilfsmittel werden gezeigt.



An dieser Stelle können vor allem die Teilnehmenden aus der Physiotherapie (Sitz- und Lagerungshilfen) sowie aus Pflege und Ergotherapie aktiviert werden, ihre Kenntnisse beizutragen.



10 Minuten

Aufgabe B

Praktische Selbsterfahrung



Die Teilnehmenden erlernen einen respektvollen Umgang mit Patient:innen, die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigen, indem sie an praktischen Selbsterfahrungsstationen in verschiedene Rollen schlüpfen und die Nahrungszubereitung und -anreicherung bei Patient:innen mit verschiedenen Handicaps kennenlernen.

Von den sieben aufgebauten Stationen sollen mindestens drei ausprobiert werden.

Abschließend Austausch und Reflexion in der Gruppe.



35 Minuten

Pause



nach Bedarf / 10 Minuten

Aufgabe C

Ernährungsduell

Die Teilnehmenden werden in zwei interprofessionelle Gruppen aufgeteilt und treten in einem Quiz gegeneinander an.

Die beginnende Gruppe wählt eine Frage einer bestimmten Punktzahl (50, 100, 300, 500 Punkte) aus den Kategorien „Epidemiologie“, „Sport & Ernährung“, „Anatomie & Physiologie“, „Krankheitsbilder“ und „Nahrungsmittel“. Bei den Fragen handelt es sich um Schätzfragen, freie Fragen oder Multiple Choice Fragen. Bei Schätzfragen antworten beide Gruppen, bei den letztgenannten Fragetypen zunächst die Gruppe, die am Zug ist. Liegt sie falsch, hat die gegnerische Gruppe die Chance zu antworten.



Kommen Fragen oder Wissenslücken auf, sollten die Teilnehmenden angeregt werden, sich die Antworten so weit wie möglich gegenseitig zu erklären.

Die Teilnehmenden erhalten im Anschluss ein Handout mit allen Fragen und Erklärungen.



30 Minuten

Aufgabe D

In Bezug auf Aufgabe A sollen die Teilnehmenden Schnittstellen der Aufgaben der einzelnen Professionen anhand von vier auf Ernährung bezogenen Themen aufzeigen.

Die Erfahrungen aus Aufgabe B können als Grundlage dienen. Kommen den Teilnehmenden keine Ideen, können die Tutor:innen Beispiele aus ihren Beobachtungen aus der Praxis anführen.



15 Minuten

Abschluss

Mündliche und schriftliche Evaluation des Tutoriums

Tab. 4: Fragen und Antworten Ernährungsquiz² (Kurzversion) (Anhang 1)

EPIDEMIOLOGIE	SPORT & ERNÄHRUNG	ANATOMIE & PHYSIOLOGIE	KRANKHEITS-BILDER	NAHRUNGS-MITTEL
500	500	500	500	500
<p>Frage: Wie viele Menschen waren 2017 weltweit chronisch unterernährt?</p> <p>Antwort: 821 Millionen Menschen – entspricht 11% der Weltbevölkerung (FAO 2017)</p>	<p>Frage: Wieviel g/kg Körpergewicht Eiweiß sollte man pro Tag zu sich nehmen?</p> <p>Antwort: 0,8 g/ kgKG (DGE 2017)</p>	<p>Frage: Woran stirbt man beim Verdursten?</p> <p>Antwort: Herzstillstand/Kreislaufversagen: durch akutes Nierenversagen bedingte Hyperkaliämie (Speckmann et al. 2019)</p> <p><i>Anmerkung: für die volle Punktzahl muss mind. das Nierenversagen genannt werden</i></p>	<p>Frage: Welche Nascherei steht im Verdacht, Symptome wie Hypokaliämie, sekundäre Hypertonie, Schwindel und Ödeme auszulösen?</p> <p>a) Salzstangen b) Lakritz c) Brausepulver</p> <p>Antwort: b) (Weber, Anlauf 2014; Meyer 2000; Borsch 2017)</p>	<p>Frage: Isoflavone (z. B. in Sojabohnen) sind mit einer Risikoreduktion für verschiedene Erkrankungen assoziiert. Für welche Erkrankung konnte in Studien KEIN positiver Effekt nachgewiesen werden?</p> <p>a) Brustkrebs b) Prostatakrebs c) Chronisch-inflammatorische Darmerkrankungen d) Herzinfarkt</p> <p>Antwort: c) (Tsugane 2021)</p>
300	300	300	300	300
<p>Frage: Wie viel Prozent der Erwachsenen in Deutschland essen täglich Fleisch oder Wurst?</p> <p>Antwort: 37% essen täglich Fleisch (TK 2017)</p>	<p>Frage: Welcher Zusammenhang zwischen dem Konsum von Bitterschokolade (Kakaoanteil >80%) und Sport ist richtig?</p> <p>a) Schokolade lässt den Blutzuckerspiegel in die Höhe schnellen und verringert so die Ausdauerleistung bei intensiven Sporteinheit um 40 %.</p> <p>b) Der Konsum von Bitterschokolade vor körperlicher Aktivität verringert den oxidativen Stress und vermindert so die sportinduzierten Muskelschäden.</p> <p>c) Schokolade verringert die Leistungsfähigkeit durch eine Dämpfung des Parasympathikus.</p> <p>Antwort: b) (Cavarretta et al. 2018)</p>	<p>Frage: Welche Funktion haben die Gallensäuren?</p> <p>Antwort: Neutralisierung des sauren Speisebreis, Verdauung und Resorption von Fettsäuren, Ausscheidung nicht-wasserlöslicher Stoffwechselendprodukte (Heinrich et al. 2014)</p>	<p>Frage: Wodurch entsteht Gicht und welche Faktoren begünstigen die Entstehung (nennt mind. 2)?</p> <p>Synonym: klinisch manifeste Hyperurikämie, Arthritis urica</p> <p>Antwort: chronische Erhöhung des Harnsäurespiegels; die Salze der Harnsäure (Uratkristalle) lagern sich v.a. in Gelenken ab. Primär: genetische Disposition und purinreiche Kost, oft mit metabol. Syndrom, Alkoholismus. Sekundär: Hyperurikämie im Rahmen einer anderen Grunderkrankung durch vermehrte Harnsäurebildung bzw. verminderte Harnsäureausscheidung (z.B. durch Tumoren, Medikamente Nierenerkrankungen) (Arastéh et al. 2018)</p>	<p>Frage: Was genau beschreibt die Einheit Kalorie?</p> <p>a) Die spezifische Energie bzw. Energiedichte, die bei deren Verstoffwechslung im Körper eines Organismus verfügbar gemacht werden kann</p> <p>b) Die Wärmeenergie, die erforderlich ist, um (unter bestimmten Bedingungen) 1 Gramm Wasser um 1 Grad Celsius zu erwärmen</p> <p>c) Die Menge an bereitgestellter Energie, die nötig ist, um alle stoffwechselaktiven Zelleinheiten von 1g Körpergewicht zu versorgen</p> <p>Antwort: b) (Biesalski et al. 2018)</p>

² Hinweis: diese Informationen entsprechen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Zeitpunkt des Drucks des Working Papers. Zu berücksichtigen sind Weiterentwicklungen des Wissens und auch der hier angesprochenen Entwicklungen (z. B. der statistischen Daten), weshalb vor der Anwendung eine sorgfältige Überprüfung der hier gegebenen Antworten erfolgen sollte.

EPIDEMIOLOGIE	SPORT & ERNÄHRUNG	ANATOMIE & PHYSIOLOGIE	KRANKHEITS-BILDER	NAHRUNGS-MITTEL
100	100	100	100	100
<p>Frage: Wie viele Menschen in Deutschland ernähren sich vegan?</p> <p>Antwort: 1,13 Millionen Menschen (Statista 2021)</p>	<p>Frage: Welche Sportart verbraucht am meisten Kalorien?</p> <p>Referenzwerte: Durchschnittlicher gewichts-unabhängiger Kalorienverbrauch pro 10 min Sport.</p> <p>a) Laufen (zügiges Tempo) b) Trampolin springen c) Wasserski</p> <p>Antwort: b) (Graf, Höher 2009)</p>	<p>Frage: Welcher Nerv vermittelt größtenteils die Geschmacksempfindungen auf der Zunge?</p> <p>a) N. facialis b) N. glossus superficialis c) N. vagus</p> <p>Antwort: a) (Schünke et al. 2015)</p>	<p>Frage: Was genau bedeutet die Einnahmeempfehlung von Arzneimitteln „vor dem Essen“ und „nach dem Essen“?</p> <p>a) Einnahme 1 Stunde vor dem Essen und ca. ½ - 1 Stunde nach dem Essen b) Einnahme mindestens ½ Stunde vor dem Essen und 2 - 3 Stunden nach dem Essen c) Einnahme direkt vor dem Essen und ca. ½ Stunde nach dem Essen</p> <p>Antwort: a) (Biesalski et al. 2017)</p>	<p>Frage: Welches der genannten Nahrungsmittel enthält die größte Menge Vitamin B12?</p> <p>a) rohes Hühnerfleisch b) gekochtes rotes Hühnerfleisch c) getrocknetes Rindfleisch d) Ochsenniere</p> <p>Antwort: d) (Gille, Schmid 2015)</p>
50	50	50	50	50
<p>Frage: Wie viel Prozent der Bevölkerung über 18 Jahre waren im Jahre 2017 in Deutschland überge-wichtig?</p> <p>Antwort: 53% (Destatis 2019)</p>	<p>Frage: Nenne mindestens vier Hilfsmittel für die Nahrungszubereitung!</p> <p>mögliche Antworten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einhandbrett • Griffverdickungen am Besteck • Schnabeltasse • Flaschenöffner-Hilfe • Messer mit Winkelgriff • Antirutschmatten unter dem Geschirr • Randerhöhung für Teller 	<p>Frage: Welches Hormon ist wichtig für die Zuckeraufnahme der Zellen?</p> <p>Antwort: Insulin (Heinrich et al. 2014)</p>	<p>Frage: Nennt mind. 5 Gründe für die Verschlechterung des Ernährungszustandes im Krankenhaus!</p> <p>mögliche Antworten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlechte Qualität von Anamnese und Dokumentation • Konzentration auf organische Erkrankungen • Zeitmangel beim Personal • Nüchternphasen/ Warten auf Diagnostik • Visite beim Essen • Starre Essenszeiten • Frühzeitiges Abräumen von Geschirr • Stuhlgang/ Erbrechen / Inkontinenz/ etc. 	<p>Frage: Wie viele Kalorien sollte ein durchschnittlicher Mensch ungefähr pro Tag zu sich nehmen?</p> <p>Antwort: ca. 2100kcal/d bzw. 8820kJ/d bei einem durchschnittlichen normal aktiven Erwachsenen. Empfohlener Tagesbedarf variiert abhängig von Aktivität, Geschlecht und Alter (Behrends et al. 2012).</p>

Anhang 2: Selbsterfahrungsstationen

Es werden 7 verschiedene Stationen aufgebaut und mit Nahrungsmitteln sowie Hilfsutensilien (Gewichtsurte, Brillen, Einhandbrett, Tremorhandschuhe etc.) bestückt.

Aufgabe:

Teilt Euch in interprofessionelle Zweiergruppen auf und testet die verschiedenen Stationen. Ihr könnt nach einigen Minuten tauschen. Für diese Aufgabe habt Ihr 20 – 30 min Zeit. Probiert in diesem Zeitraum 1 bis 3 Stationen aus. Tauscht Euch über Eure Erfahrungen aus und reflektiert Euer Erleben.

Station 1:

Stellt Euch vor, Ihr leidet an Multipler Sklerose. Zu Euren Symptomen gehören Sprach- und Schluckstörungen. Um Euch das Schlucken zu erleichtern, könnt Ihr Eure Getränke mit Pulver andicken und kosten. Versucht Euch vorzustellen, wie es Euren Patienten:innen dabei geht.

Station 2:

Stell Dir vor, Du hast eine Hemiparese rechts nach einem Schlaganfall. Um die Situation besser zu simulieren, beschwere Deinen rechten Arm mit einem Gewichtsgurt aus dem AgeMan® und benutze nur Deine linke Hand. Nun versuche, einen Apfel zu schneiden. Als Unterstützung kannst Du das Einhandbrett benutzen. Nach einigen Minuten wird getauscht.

Station 3:

Stell Dir vor, Du hast das Parkinson-Syndrom. Um die Situation besser zu simulieren, ziehe Dir die Tremor-Handschuhe aus dem AgeMan® an. Bereite Dir nun ein Brot mit Aufstrich zu und schneide es in kleine Stücke. Oder versuche ein volles Glas mit einem Getränk anzuheben und daraus zu trinken. Nach einigen Minuten wird getauscht.

Station 4:

Stell Dir vor, Du bist immobil und musst deshalb im Bett liegen. Des Weiteren hast Du ein Glaukom (Grüner Star = Folge einer Reihe von Erkrankungen, die zu einer Schädigung des Sehnervs und dadurch unbehandelt zur Erblindung führen kann). Um die Situation besser zu simulieren, lege Dich auf eine Liege und setze Dir die Brille aus dem AgeMan® auf (versucht eine zur Nahrungsaufnahme geeignete Position auf der Liege zu finden. Bedenkt dabei, dass die Rückenlage wegen der Aspirationsgefahr nicht möglich ist!). Dein/e Partner:in reicht Dir nun einen Joghurt an und unterstützt Dich beim Trinken aus der Schnabeltasse. Wie hat es sich angefühlt? Nach einigen Minuten wird getauscht.

Station 5:

Stell Dir vor, Du hast eine Netzhautablösung (Ablatio oder Amotio retinae = Ablösung der inneren photorezeptortragenden Schicht der Netzhaut von der äußeren Schicht des Pigmentepithels) und eine Plegie (vollständige Lähmung). Aus diesem Grund muss Dir Dein/e Partner:in das Essen anreichen. Um die Situation besser zu simulieren, setze die Brille aus dem AgeMan® auf. Dein/e Partner:in setzt sich auf die betroffene Seite und reicht Dir wortlos einen Joghurt oder Brot mit Aufstrich an (soetwas kann bei der Versorgung durchaus vorkommen, aufgrund von z. B. Platzmangel, Zeitdruck, Unkenntnis, etc.). Wie fühlst Du Dich als „Patient:in“, wenn Du das Essen nicht kommen siehst und niemand mit Dir spricht? Nach einigen Minuten wird getauscht.

Station 6:

Stell Dir vor, Du hast bereits ein höheres Lebensalter erreicht. Inzwischen hast Du eine Makuladegeneration (= ein im höheren Lebensalter auftretender Schwund des Pigmentepithels der Netzhautmitte, der zu

einer Funktionsstörung der Photorezeptoren im Bereich der Makula führt) und bist schwerhörig. Des Weiteren leidest Du an einer Kraftminderung in den Händen, sodass Du Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme benötigst. Um die Situation besser zu simulieren, setze die Brille auf und benutze die Ohropax sowie die Kopfhörer aus dem AgeMan®. Dein/e Partner:in reicht Dir das Essen an und spricht dabei in normaler Lautstärke. Du musst immer wieder darum bitten, lauter zu sprechen. Wie fühlt Ihr Euch in der Situation? Nach einigen Minuten wird getauscht.

Station 7:

Stell Dir vor, dass Du blind bist. Verbinde Dir dafür die Augen z. B. mit einem Schal. Dein/e Partner:in richtet Dir etwas zu essen an und erklärt Dir, wo das Besteck etc. liegt und welche Speise, wo auf dem Teller angerichtet ist (nutzt dafür das „Uhren-Prinzip“). Versuche, anhand der Beschreibung deines/r Partners:in das Essen „zu finden“. Wie fühlst Du Dich in dieser Situation? Nach einigen Minuten wird getauscht.

Uhren-Prinzip: Bei Sehverlust wird die Anordnung von Speisen nach dem „Uhren-Prinzip“ erklärt: z. B. die Erbsen liegen auf 12 Uhr, die Kartoffeln auf 3 Uhr etc.

interTUT 6

Konfliktsituationen am Lebensende

Eine interprofessionelle Herausforderung

Worum geht es?

Umsetzung des (mutmaßlichen) Patient:innenwillens am Lebensende durch die Arbeit im interprofessionellen Team mit Einsatz der ethischen Fallbesprechung.

Wer kann mitmachen?

Studierende und Schüler:innen der Ergotherapie, der Pflege, der Humanmedizin und der Physiotherapie unabhängig vom jeweiligen Stand ihrer Ausbildung sowie Studierende und Schüler:innen weiterer, am Thema beteiligter Professionen. Vorkenntnisse zu Palliative Care und Abläufen im Krankenhaus sind hilfreich, aber nicht notwendig.

Was ist das Ziel?

Grundlegendes Wissen der verschiedenen Begrifflichkeiten des Konzepts Palliative Care sowie die Selbsterfahrung einer ethischen Fallbesprechung anhand eines konkreten Fallbeispiels.

Dauer des Tutoriums

150 Minuten

Gruppenstärke

5 bis 15 Teilnehmende in interprofessioneller Zusammensetzung mit zwei Tutor:innen aus verschiedenen Gesundheitsprofessionen

Raum

Ein Seminarraum oder Kleingruppenraum, abhängig von der Anzahl der Teilnehmenden; kann gut im online-Format durchgeführt werden und ist in diesem Kontext ebenfalls erprobt

Vorbereitungszeit

60 Minuten

Medien und Material

PowerPoint, Aufgabenblätter und Rollenbeschreibungen der Ethischen Fallbesprechung, Namensschilder für jede Berufsgruppe zum Anstecken, Informationsbroschüren zum Thema Palliative Care und Patientenverfügung (z.B. der Deutschen Krebshilfe und des Bundesjustizministeriums), Handout; im online-Format digitale Möglichkeiten nutzen

Lernziele

Die Teilnehmenden

- kennen das patientenorientierte, interprofessionelle Konzept von Palliative Care und können die Bedeutung von Patient:innenverfügung und Vorsorgevollmacht erläutern.
- kennen ethische Prinzipien, die für die Formulierung von Fragestellungen im Rahmen Ethischer Fallbesprechungen von Bedeutung sind.

- simulieren eine ethische Fallbesprechung im interprofessionellen Team anhand eines Patient:innenfalls. Dabei erarbeiten sie die verschiedenen Perspektiven, Schwerpunkte und Aufträge der Berufe Medizin, Pflege, Ergotherapie und Physiotherapie in einem palliativmedizinischen Setting.
- analysieren und reflektieren die Rolle der eigenen Profession in der Begleitung von sterbenden Patient:innen und ihren Angehörigen.

Ablauf interTUT 6

Begrüßung

Begrüßung der Teilnehmenden und Vorstellungsrunde



Zum Einstieg eignet sich die Frage nach den Interessen der Teilnehmenden am Thema sowie nach eventuellem Vorwissen zur Thematik. Hierdurch kann bereits ein Fokus für das thematisch sehr breite Tutorium gesetzt werden.



10 Minuten

Einführung

Vorstellung der Lernziele



Sensibilisierung der Teilnehmenden für die spezielle Thematik des Tutoriums. Betonung des respektvollen Umgangs miteinander.

Erwähnen, dass der Bereich Palliativversorgung und Ethik im Zusammenhang mit Sterben und Tod sehr weit ist und nur ein Bruchteil durch das Tutorium abgedeckt werden kann, wobei der Fokus auf dem interprofessionellen Austausch und weniger auf dem Erwerb von Fachkenntnissen liegt.



10 Minuten

Theorie A

Was ist eigentlich Palliativversorgung?

Unterstützt durch eine PowerPoint-Präsentation wird Hintergrundwissen zum Thema Palliativversorgung und Patient:innenverfügung vermittelt.



10 Minuten

Aufgabe A

Palliative Care und Interprofessionalität

Es werden Begriffe geklärt, die palliative Maßnahmen beschreiben (bspw.: Ernährung, Schmerztherapie, Aufklärung, Entspannungsmethoden, Trauerarbeit, Nasensonde, PEG, Lebensqualität fördern, Körperpflege, ...). Dabei soll auch die Interprofessionalität deutlich werden: Welche Profession ist für welche Maßnahme verantwortlich? Wo gibt es Überschneidungen?



Die Vermittlung von Hintergrundwissen kann interaktiv in Form eines Quiz vermittelt werden. Diverse Online-Plattformen ermöglichen einen Einsatz im online-Format.



25 Minuten

Pause

Informationsmaterial anbieten, durch das sich die Teilnehmenden tiefergehend informieren und bestimmte Begriffe etc. nachlesen können.



10 Minuten

Theorie B

Ethische Fallbesprechung



Den Teilnehmenden wird das Konzept, die Zielsetzung und der Ablauf einer ethischen Fallbesprechung erklärt. Für eine ethische Fallbesprechung relevante ethische Prinzipien werden erläutert und typische Beispiele für Fragestellungen gemeinsam gefunden.

Das Nimwegener Modell als Leitfaden für ethische Fallbesprechungen wird besprochen.

Unterstützend und visualisierend eignet sich auch hier eine Power-Point-Präsentation.



10 Minuten

Aufgabe B

Simulation einer ethischen Fallbesprechung



Anhand eines konkreten Fallbeispiels wird eine ethische Fallbesprechung simuliert. Dazu wird zunächst der Fall vorgestellt und fünf Rollen der verschiedenen Professionen (Sozialarbeit, Medizin, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie) werden unter den Teilnehmenden verteilt. Eine Person kann zudem die Moderation übernehmen, die ansonsten eine/r der Tutor:innen besetzt. Jede Rolle erhält eine Rollenbeschreibung sowie das für sie spezifische Hintergrundwissen.

Die übrigen Teilnehmenden nehmen eine beobachtende Rolle ein.

Die moderierende Person führt das Team nach der Nimwegener-Methode durch die Fallbesprechung.



In einigen Meeting-Plattformen lässt sich der Name der Teilnehmenden verändern. Diese Funktion kann im online-Format genutzt werden, um die Teilnehmenden beim Einfinden in ihre Rollen zu unterstützen.



50 Minuten

Aufgabe C

Reflexion der Fallbesprechung

Es werden wieder alle Teilnehmenden in die Runde integriert, um Erfahrungen und Beobachtungen auszutauschen. Dabei kann sich an folgenden Leitfragen orientiert werden: Wie haben sich die Teilnehmenden gefühlt? Sind alle mit dem Resultat der Besprechung zufrieden? Welche Besonderheiten haben die beobachtenden Teilnehmenden wahrgenommen? Möchten die Teilnehmenden auf persönlicher Ebene noch etwas hinzufügen?



15 Minuten

Abschluss

Mündliche und schriftliche Evaluation des Tutoriums.

Fallvignette

Herr Johann Stern, 62 Jahre, wurde bewusstlos von einer Nachbarin in seiner Wohnung aufgefunden. Seitdem liegt er im Koma auf einer internistischen Intensivstation. Es wurde ein ausgedehnter hypoxischer Hirnschaden durch Schlaganfall diagnostiziert. Momentan wird er beatmet. Ein Wiederaufwecken war bisher nicht möglich.

Da Herr Stern keine/n Betreuer:in im Falle eines Krankheitsfalles festgelegt hat und die Schwester sich nicht in der Lage sah, die Betreuung zu übernehmen, wurde ein gesetzlicher Betreuer bestimmt, der den Patienten selbst nicht kennt. Dieser signalisierte im Gespräch mit dem zuständigen Arzt, dass er seine Entscheidung von der geplanten ethischen Fallbesprechung abhängig machen möchte.

Herr Stern ist alleinstehend. Seit ein paar Jahren arbeitet er in einem Laden für Musikinstrumente. Durch diese Arbeit hat er sein Hobby des Posaune Spielens begonnen. Einmal die Woche spielt er in einem Laienorchester. Zu seinen Mitmusikern hat er wenig Kontakt. An den Wochenenden fährt er regelmäßig allein in seine Ferienwohnung an der Müritz, um dort zu angeln. In seiner Freizeit trifft er sich mit seinen Skatfreunden in der Eckkneipe. Diese berichten, dass Herr Stern nichts von Arztbesuchen hält. Er ist nicht gläubig und trifft Entscheidungen in seinem Leben immer wohl überlegt.

Der Konflikt

Auch eine Woche nach dem Vorfall ist unklar, ob Herr Stern aus dem Koma erwachen wird. Die behandelnden Ärzt:innen sind unsicher über die bestmögliche weitere Therapie. Sie gehen bei Herrn Stern von einer schweren Hirnschädigung aus, die Hirntodkriterien sind allerdings nicht vollständig erfüllt. Da Herr Stern bereits seit 7 Tagen beatmet wird, stünde in den nächsten 3-5 Tage ein Luftröhrenschnitt (Tracheotomie) an, um eine Langzeitbeatmung besser durchführen zu können. Herr Sterns Schwester, Frau Wilms, besteht auf eine Fortführung der Therapie. Sie glaubt zu wissen, dass Herr Stern alles Menschenmögliche hätte versuchen wollen, um auch weiterhin am Leben zu bleiben.

Im Team gibt es Uneinigkeit über die Sinnhaftigkeit der Fortführung einer Therapie. Es gab deswegen bereits mehrere teaminterne Diskussionen. Einzelne im Team fühlen sich aufgrund der ungeklärten Situation belastet.

Ihr vereinbart eine ethische Fallbesprechung mit Vertreter:innen aller Berufsgruppen, die Kontakt mit dem Patienten haben, um gemeinsam die bestmögliche Lösung für Herrn Stern zu finden.

Fragestellung der ethischen Fallbesprechung:

Soll die Beatmung und Therapie bei Herr Stern fortgeführt oder beendet werden?

Moderation

Deine Rolle:

Du bist Psycholog:in im gleichen Krankenhaus. Du kennst den Patienten nicht, da Du nicht auf Station, sondern in der Ambulanz des Krankenhauses arbeitest. Du wurdest vom Team zur Moderation hinzugebeten und hast Dich gerne dazu bereit erklärt. Deine Aufgabe: Du sorgst dafür, dass die Fallbesprechung möglichst geordnet abläuft und moderierst den Prozess neutral. Das Wohl des Patienten soll im Zentrum der Besprechung stehen.

Ablauf:

- Formulierung des Problems durch Moderator:in
- Ununterbrochene Vorstellung der Perspektiven der unterschiedlichen Berufsgruppen auf den Fall
- Statements der einzelnen Teilnehmer:innen zur Problemlösung, zum weiteren Prozedere und Therapieempfehlungen
- Zusammenfassung des Ergebnisses durch die Moderation

(Zeitraumen: 30 - 40 min.)

Zur Orientierung dient im interTUT-Tutorium die Nimwegener Methode (siehe z. B. Gollan 2017).

Formulierung des Problems:

Herr Stern, 62-jähriger Patient mit Schlaganfall vor einer Woche, seitdem nicht aus dem Koma erweckbar. Vermutet wird ein schwerer Hirnschaden. Die Frage ist nun, ob die Beatmung fortgeführt werden oder die Therapie beendet werden soll. Ihr erarbeitet einen Vorschlag, den Ihr dem Betreuer vorlegen könnt.

Ärztin/Arzt

ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR DIE VORSTELLUNGSRUNDE:

Herr Stern ist ein verhältnismäßig junger Patient. Er hat einen ausgedehnten Mediainfarkt erlitten (= die A. cerebri media ist betroffen). Ihr habt bereits einmal geprüft, ob Herr Stern anfängt selbst zu atmen, wenn die Sedierung herunter reguliert wird. Bisher ohne Erfolg. Anhand der durchgeführten Diagnostik (MRT Kopf, tägliche neurologische Untersuchungen) gehst Du bei Herrn Stern von einer schweren Hirnschädigung aus. Der Patient ist bisher allerdings nicht als hirntot zu erklären, denn die Kriterien zur Diagnosestellung eines Hirntodes treffen nicht vollständig zu. Du hast die Hausärztin von Herrn Stern kontaktiert, um mehr über die medizinische Vorgeschichte des Patienten herauszufinden. Die Hausärztin hat Herrn Stern das letzte Mal vor fünf Jahren gesehen. Damals diagnostizierte sie eine arterielle Hypertonie und eine Hypercholesterinämie.

Da Herr Stern bereits seit 7 Tagen beatmet wird, stünde in den nächsten 3-5 Tage eine Tracheotomie (Luftröhrenschnitt) an, um eine Langzeitbeatmung komplikationsloser durchführen zu können.

INFOS FÜR DEN AUSTAUSCH MIT DEN KOLLEG:INNEN:

Du siehst zwei Möglichkeiten für das weitere Vorgehen: Man könnte nochmals die Sedierung herunterregulieren, um zu sehen, ob ein Atemantrieb vorhanden ist. Sollte das nicht der Fall sein, kann man:

- eine Tracheotomie durchführen und weiter beatmen
- oder die Therapie beenden.

Du arbeitest nun schon seit 5 Jahren auf der Intensivstation, deswegen bist Du eher für Lösung b), da die Prognose für Herr Stern nicht gut ist (s. u.). Ob Du im Laufe der Diskussion bei Deinem Standpunkt bleibst oder ihn änderst, darfst Du selbst entscheiden. Aber Du hast immer im Hinterkopf, dass Du Deine Entscheidung im Endeffekt auch juristisch verantworten können musst.

Im Gespräch mit der Hausärztin hast Du noch erfahren, dass Herr Stern starker Raucher war. Der Patient weigerte sich, Medikamente gegen seinen Bluthochdruck einzunehmen und wollte nicht über Raucherentwöhnungsprogramme aufgeklärt werden. Er hat die Praxis verlassen und ist seitdem nicht mehr dort erschienen. Untersuchungen zur Krebsvorsorge (Darm, Hautkrebs, ...) und Schutzimpfungen hat er kategorisch abgelehnt.

Hintergrundwissen in Kürze:

- Patient mit Mediainfarkt und damit schlechter Prognose (Mortalität > 80 % bei raumforderndem Mediainfarkt) (Leuwer et al. 2004)
- Ursache eines Komas, Patientenalter und Dauer des Komas beeinflussen das Outcome: Je länger ein Koma andauert, desto unwahrscheinlich ist ein Wiederaufwachen oder ein Wiederaufwachen ohne schwere Folgeschäden (Wijdicks/Cranford 2005).

Sozialarbeiter:in

ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR DIE VORSTELLUNGSRUNDE:

Du wurdest zu der ethischen Fallbesprechung gebeten, um Deine Einschätzung zur weiteren Versorgung des Patienten in die Diskussion einfließen zu lassen. Deshalb hast Du Dich mit dem sozialen Umfeld von Herrn Stern und mit möglichen Versorgungsstrukturen befasst.

Soziales Umfeld: Herr Stern arbeitet als Einzelhandelskaufmann in einem Laden für Musikinstrumente. Er lebt alleine. Herr Stern hat engen Kontakt zu seiner Schwester, die in der gleichen Stadt lebt. Außerdem hat Herr Stern zwei Skatfreunde, von denen einer ihn bisher einmal im Krankenhaus besuchen kam.

INFOS FÜR DEN AUSTAUSCH MIT DEN KOLLEG:INNEN:

Du denkst einerseits, dass sich das Entlassungsmanagement sehr aufwendig gestalten wird. Außerdem hast Du Dich länger mit Frau Wilms unterhalten. Dein Eindruck ist, dass die Schwester die Situation versteht und auf die unrealistische Genesung ihres Bruders hofft. Andererseits bist du sehr gut über alle Versorgungsstrukturen informiert und siehst passende Möglichkeiten, Herrn Stern nach einer Weiterführung der Therapie zu versorgen. Es würde sich sicherlich je nach Gesundheitszustand ein passender ambulanter Pflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung finden lassen. Du könntest Frau Wilms beratend zur Seite stehen und z. B. den Kontakt zu einem lokalen Pflegestützpunkt herstellen.

Du findest beide Lösungsvorschläge vertretbar und hoffst, dass Deine Informationen zur Entscheidungsfindung beitragen. Dir ist es in der ethischen Fallbesprechung am wichtigsten, dass alle Kolleg:innen versuchen, sich zu überlegen, wie Herr Stern selbst entschieden hätte. Ob Du im Laufe der Diskussion bei Deinem eher neutralen Standpunkt bleibst, oder ihn änderst, darfst Du selbst entscheiden.

Pflegefachperson

ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR DIE VORSTELLUNGSRUNDE:

Du hast täglich viele Stunden mit Herrn Stern zu tun. Du nimmst deswegen auch die vielen langen Besuche von Frau Wilms wahr und unterhältst Dich oft mit ihr. Sie hat Dich bereits mehrmals bei der Körperpflege ihres Bruders unterstützt und Du bist ihr/e Hauptansprechpartner:in auf der Station. Während der ersten Tage nach dem Vorfall wirkte sie sehr überfordert und schien die Situation nicht erfassen zu können. In den letzten Tagen wurde sie zunehmend ruhiger und ihr konnten ausführlich über die mögliche Therapiefortsetzung und deren pflegerischen Konsequenzen für ihren Bruder sprechen (Dekubitus-, Thrombose-, Pneumonie-, Kontrakturrisiko, künstliche Ernährung, Inkontinenz, Infektionsrisiko durch u. a. venöse Zugänge, etc.).

INFOS FÜR DEN AUSTAUSCH MIT DEN KOLLEG:INNEN:

Du stimmst für die Fortführung einer Therapie, bist aber bereit, mit den anderen zu diskutieren. Ob Du im Laufe der Diskussion bei Deinem Standpunkt bleibst oder ihn änderst, darfst Du selbst entscheiden. Gestern hat die Schwester Dich bei der Grundpflege unterstützt. Anschließend hattet ihr wieder ein ausführliches Gespräch, bei dem sie sehr geweint hat. Es scheint, als habe sie verstanden, dass eine Tracheotomie und eine weitere Beatmung nicht nur ein kleiner Eingriff, sondern lebensverlängernde Maßnahmen sind. Trotzdem denkt sie weiterhin, dies sei der Lösungsvorschlag, welcher dem Willen ihres Bruders entspricht.

Physiotherapeut:in

ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR DIE VORSTELLUNGSRUNDE:

Du kommst täglich zu Herrn Stern, um ihn passiv durchzubewegen. Er zeigte bisher keine körperlichen Reaktionen auf die Therapie, seine Muskulatur wird zunehmend atrophisch. Du führst regelmäßig eine

reflektorische Atemtherapie durch. Du hast nicht das Gefühl, dass er Deine Anwesenheit registriert oder Du ihn mit deinen therapeutischen Maßnahmen „erreicht“.

INFOS FÜR DEN AUSTAUSCH MIT DEN KOLLEG:INNEN:

Seit vielen Jahren arbeitest Du schon auf dieser Station und hast schon oft Patient:innen mit ähnlicher/gleicher Diagnose behandelt, ohne dass sich ihr Gesundheitszustand verbessert hat. Selbst wenn Herr Sterns Atmung wieder einsetzen würde, besteht nur eine geringe Aussicht auf eine vollständige körperliche Genesung. Nach so einem ausgedehnten Hirnschaden bleiben oft große Beeinträchtigungen zurück. Er wird sehr wahrscheinlich körperlich stark eingeschränkt sein, was mit einem hohen Pflege- und Therapieaufwand verbunden ist.

Aus all diesen Gründen sprichst Du Dich eher gegen die Fortführung einer Therapie aus. Ob Du im Laufe der Diskussion bei Deinem Standpunkt bleibst oder ihn änderst, darfst Du selbst entscheiden.

Ergotherapeut:in

ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR DIE VORSTELLUNGSRUNDE:

Du weist auf die therapeutischen Möglichkeiten hin und dass es ausreichender Ressourcen bedarf, Herrn Stern therapeutisch zu aktivieren, um z. B. 1-2x täglich durch basale Stimulation mit ihm in Kontakt zu treten und Resonanz/Reaktionen abzuwarten. Es könnten zusätzlich auch Angehörige geschult werden, z. B. durch Musik, Düfte und Berührung in Kontakt mit Herrn Stern zu treten. Außerdem kommen auch musiktherapeutische Angebote in Frage.

Du gehst auf mögliche weitgehende Einschränkungen in den Aktivitäten des alltäglichen Lebens (ATLs) ein und bemerkst die Unsicherheit in der Prognose. Unklar ist ebenfalls, wie Herr Stern seinen Zustand selbst aktuell erlebt.

INFOS FÜR DEN AUSTAUSCH MIT DEN KOLLEG:INNEN:

Du stellst die Frage nach seinen Rollen im sozialen Gefüge, Familie, Freunde u. ä. und welche Angebote für Angehörige und andere Bezugspersonen gemacht werden können.

Du kennst Frau Wilms nicht. Du regst im Gespräch aber an, dass die Schwester mehr in die Versorgung eingebunden werden sollte, um ihr die Situation verständlicher zu machen (Beteiligung bei der Grundpflege, Basale Stimulation).

Du kannst distanziert die Argumente der anderen Gesprächspartner abwägen. Ob Du im Laufe der Diskussion bei Deinem eher neutralen Standpunkt bleibst oder ihn änderst, darfst Du selbst entscheiden.

interTUT 7

Cultural Safety

Interkulturalität im Gesundheitswesen

Worum geht es?

Es geht um den praktischen Umgang mit Patient:innen, die nicht Deutsch sprechen und/oder aus anderen Kulturen stammen, indem verschiedene Möglichkeiten der Übersetzung sowie deren Grenzen, Vor- und Nachteile vorgestellt werden.

Wer kann mitmachen?

Studierende und Schüler:innen der Ergotherapie, der Pflege, der Humanmedizin und der Physiotherapie unabhängig vom jeweiligen Stand ihrer Ausbildung sowie Studierende und Schüler:innen weiterer am Thema beteiligter Professionen.

Was ist das Ziel?

Teilnehmende sollen für ihre Rolle in einem kulturell diversen Gesundheitssystem sensibilisiert werden und gemeinsam Lösungsstrategien entwickeln, um den dadurch entstehenden Herausforderungen zu begegnen.

Dauer des Tutoriums

150-180 Minuten

Gruppenstärke

6-15 Teilnehmende in interprofessioneller Zusammensetzung mit zwei Tutor:innen aus verschiedenen Gesundheitsprofessionen

Raum

Zwei Seminarräume oder Kleingruppenräume, der Gruppengröße entsprechend; kann gut im online-Format durchgeführt werden und ist in diesem Kontext ebenfalls erprobt.

Vorbereitungszeit

30 bis 60 Minuten

Medien und Material

Waage, Dekosteine, Bandolino, PowerPoint-Präsentation, Handouts, Flipchart, DVD mit Filmausschnitt „Wüstenblume“ (Material abhängig davon, ob das Tutorium in Präsenz oder online stattfindet)








Lernziele







Die Teilnehmenden

- können den Kulturbegriff definieren.
- lernen verschiedene Wege der Kommunikation mit fremdsprachigen Patient:innen kennen und können diese in der Praxis anwenden.
- sind sich Vor- und Nachteilen verschiedener Kommunikationsformen mit fremdsprachigen Patient:innen bewusst.

- sind in der Lage, die Begriffe Kulturalisierung und Kulturbindheit zu erklären und reflektieren deren Relevanz in ihrem beruflichen Alltag.

Ablauf interTUT 7

<u>Begrüßung</u>	<p>Vorstellungsrunde</p> <p>Zur Vorstellung und Hinführung zum Thema können die Teilnehmenden gebeten werden, kurz von einer interkulturellen Erfahrung im Gesundheitswesen zu berichten (Kommunikationshürden, kulturelle Missverständnisse in Praxis oder Krankenhaus o. ä.)</p> <p> 10 Minuten</p>
<u>Einführung</u>	<p>Erläuterung des Ablaufs sowie der Lernziele</p> <p> Betonen, dass Kultur ein sehr konfliktbehaftetes Thema darstellen kann, das zu jeder Zeit einen respektvollen Umgang untereinander erfordert und dessen vielfältige Facetten nicht vollständig durch das Tutorium abgedeckt werden können.</p> <p> 5 Minuten</p>
<u>Aufgabe A</u>	<p><i>Einstiegsquiz</i></p> <p> Aufteilung der Großgruppe in Kleingruppen mit maximal vier Teilnehmenden. Jede Kleingruppe erhält die Fragen, Bandolinos sowie Lösungsschablonen und spielt für sich, während sich die Tutor:innen im Hintergrund halten und nur bei Fragen und Konflikten behilflich sind.</p> <p>Im Anschluss wird die Videosequenz „Kultur Konfetti – Was ist Kultur“ auf YouTube gezeigt.</p> <p> Option: Nutzung einer Online-Plattform für ein interaktives Quiz</p> <p> 40 Minuten</p>
<u>Theorie A</u>	<p>Einführung in die Thematik des Dolmetschens durch Leitfragen, die in der Großgruppe diskutiert und durch die Tutor:innen sowie Grundinformationen auf PowerPoint-Folien ergänzt werden.</p> <p> 10 Minuten</p>
<u>Aufgabe B</u>	<p><i>Gruppenarbeit</i></p> <p>Die Teilnehmenden werden in drei interprofessionelle Gruppen eingeteilt. Alle Gruppen erhalten ihre Aufgabenstellung.</p> <p>Gruppe 1: Sprachbarrieren; mit Videosequenz "Wüstenblume - Beginn" als Negativbeispiel</p> <p>Gruppe 2: Institutionelle Barrieren</p> <p>Gruppe 3: Kulturblindheit oder Kulturalisierung?</p> <p>Die Form der Präsentation der Ergebnisse kann frei gewählt werden (Plakat, Rollenspiel, Sketch, o. ä.).</p>

		30-40 Minuten
<u>Pause</u>		Bei Bedarf / 10 Minuten
<u>Aufgabe C</u>		<p><i>Präsentation der Ergebnisse</i></p> <p>Die Teilnehmenden sollen nun in dieser Reihenfolge ihre Ergebnisse präsentieren:</p> <p>Sprachbarrieren: Welche Kommunikationswege gibt es, Vorteile und Nachteile, Probleme</p> <p>Institutionelle Barrieren: Handlungsfelder, Service-Angebote und strukturelle Vorgaben</p> <p>Kulturbblindheit oder Kulturalisierung: Definition der Begriffe, Fragen zur Selbstreflexion</p> <p>Es wird jeder Gruppe ca. 5-10 min. Zeit gegeben.</p>
		30 Minuten
<u>Aufgabe D</u>		<p><i>Waage</i></p> <p> Es wird eine Waage aufgebaut. Eine Schale der Waage stellt die Kulturbblindheit, die andere die Kulturalisierung dar. Die Tutor:innen lesen Beispiele vor und die Teilnehmenden entscheiden, in welche Waagschale das jeweilige Beispiel gehört. Symbolisch werden dafür Dekosteine in die entsprechenden Schalen gelegt.</p> <p>Jedes Gruppenergebnis kann hierbei individuell ausfallen.</p> <p>Abschließend sollen die Teilnehmenden im Plenum kurz ihren eigenen "Interkulturellen Werkzeugkoffer" mit 5 wichtigen Fähigkeiten und Regeln für den Umgang mit Interkulturalität im Berufsalltag zusammenstellen; hier ist Raum für Diskussion und Reflektion eigener Erfahrungen.</p>
		Im online-Format erfolgt die Diskussion der Beispiele über Visualisierungstools.
		15 Minuten
<u>Abschluss</u>		Mündliche und schriftliche Evaluation, Verabschiedung

Anhang 1: Gruppenarbeit Aufgabenstellungen

Gruppe 1 – Sprachbarrieren

Erarbeitet und **bespricht** in den nächsten 20 Minuten mögliche Strategien zur Überwindung von Sprachbarrieren anhand des folgenden Fallbeispiels. **Präsentiert** anschließend Eure Ergebnisse im Plenum.

- **Schaut** Euch die Szene Minute 7:15 bis 9:10 aus dem Film **“Wüstenblume”** (2009) an. Die Geschichte basiert auf dem Leben des Modells Waris Dirie. Mit 13 Jahren floh sie vor einer Zwangsehe aus ihrem Heimatland Somalia nach Großbritannien. Daraufhin entdeckt sie ein Starfotograf und wird zu einem weltberühmten Model. Im Laufe der Zeit macht sie sich stark gegen traditionelle Frauenbeschneidung, welcher sie selbst als kleines Mädchen zum Opfer fiel (Herrmann et al. & Hormann 2009). Im gezeigten Filmausschnitt spricht und versteht sie noch wenig Englisch.
- **Überlegt** Euch nun, wie Ihr an Stelle des Arztes oder der Pflegenden in dieser Situation handeln würdet und welche Strategien Ihr verwendet, um Sprachbarrieren zu überwinden.
- **Tauscht** Euch über mögliche Kommunikationswege aus. Welche Übersetzungsapps kennt Ihr? Wie würdet Ihr eine professionelle Dolmetscherin oder einen Laiendolmetscher einsetzen?
- **Sammelt** und **vergleicht** jetzt Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Verständigungswege. Überlegt euch auch, welche **Risiken** diese bergen.
- Zusatz: Überlegt, in welcher Situation Ihr mit dem Problem konfrontiert ward, nicht die Sprache Euer Patient:innen zu sprechen. Wie habt Ihr reagiert und wie würdet Ihr jetzt vorgehen?

Gruppe 2 – Institutionelle Barrieren

Erarbeitet in den nächsten 20 Minuten folgende Aufgabe:

Lest den Text **“Patient:innenbefragung, Städtisches Klinikum München GmbH”**. **Diskutiert** folgende Fragen und **präsentiert** Eure Ergebnisse im Plenum.

Welche Handlungsfelder der interkulturellen Öffnung zeichnen sich in dieser Befragung ab? Welche Bereiche haltet Ihr für relevant? Welche strukturellen Gegebenheiten könnten die Patient:innenversorgung verbessern? Über welche Service-Angebote sollte ein **“kultursensibles Krankenhaus”** verfügen?

Gerne könnt Ihr Eure persönlichen Erfahrungen einfließen lassen.

Patient:innenbefragung, Städtisches Klinikum München GmbH

„Bei den vom Qualitätsmanagement routinemäßig durchgeführten Patientenbefragungen zeigte sich immer wieder, dass der Rücklauf hinsichtlich nichtdeutscher Patientinnen und Patienten nicht repräsentativ war. Schriftliche Befragungen stoßen bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig auf große Vorbehalte. Oft werden auch Fragen nicht verstanden oder können nicht in der gewünschten Differenzierung beantwortet werden. Deshalb hat das StKM als erste Klinik in der Bundesrepublik Deutschland 2009/2010 eine türkischsprachige Patient:innenbefragung durchgeführt. 200 türkischsprachige Patientinnen und Patienten wurden an 4 Standorten des Städtischen Klinikums freiwillig und anonym während ihres Klinikaufenthaltes mit einem Kurzfragebogen des Qualitätsmanagements (QM) persönlich in ihrer Muttersprache befragt. Verglichen mit der umfassenden (schriftlichen) Befragung vom Klinikum Schwabing zeigen alle Bewertungen der türkischsprachigen Patientinnen und Patienten eine vergleichsweise größere Zufriedenheit mit allen klinischen Leistungen. Nur die Frage nach einem respektvollen Umgang wurde deutlich schlechter bewertet. Anhand von Zusatzfragen konnten die Befragten mit Migrationshintergrund ihre Wünsche hinsichtlich des Einsatzes von Dolmetscher:innen, nach mündlichen sowie schriftlichen Informationen sowie bezüglich eines Gebetsraumes angeben. Die Befragungsergebnisse zeigten, dass der Besuch eines/r Dolmetschers:in häufiger gewünscht wird, als dies angeboten wurde, dass mündliche wie schriftliche Informationen (Veranstaltungen etc.) auf großes Interesse stoßen und dass die allermeisten der Befragten die Einführung von Gebetsräumen für sehr wichtig halten.“ (Droste et al. 2015: 74)

Gruppe 3 – Kulturbblindheit oder Kulturalisierung

Erarbeitet in den nächsten 20 Minuten folgende Aufgaben:

- **Recherchiert** die Definitionen der Begriffe **“Kulturalisierung”** und **“Kulturbblindheit”** und präsentiert sie nach der Gruppenarbeitsphase den anderen Teilnehmenden.
- **Tauscht Euch** über **eigene Erfahrungen** in diesem Bereich aus und **ordnet** diese Situationen den Begriffen Kulturalisierung und Kulturbblindheit zu. Haltet ein Beispiel pro Begriff fest. Wenn Ihr bisher keine solcher Situationen erlebt oder beobachtet habt, **lest** die vorgegebenen **Fallbeispiele** und **ordnet** diese den Begriffen zu.
- **Überlegt**, welche Fragen Ihr Euch selbstreflektierend stellen könntet, bevor es zu Situationen wie in den Fallbeispielen kommt. Lest Euch anschließend die Möglichkeiten zur transkulturellen Selbstreflexion von Domenig (2007) durch und sammelt, welche Fragen Ihr für sinnvoll und welche für ungeeignet haltet.
- Stellt Eure Ergebnisse den anderen Teilnehmenden vor.

Transkulturelle Pflegeanamnese (Domenig 2007)

Das Pflegeassessmentgespräch dient dazu, eine professionelle Beziehung zwischen Pflegenden und Patient:innen herzustellen, die sich förderlich auf den Genesungs- und Krankheitsprozess auswirkt. Dies setzt ein grundlegendes Interesse an der Lebenswelt der Patient:innen und eine bewusste Zuwendung voraus. Die Fähigkeit zur Empathie beinhaltet einerseits die Patient:innen zu verstehen und andererseits sie dieses Verstehen wissen zu lassen. Erst dann kann eine “echte Beziehung” hergestellt werden. Bei Patient:innen mit Migrationshintergrund besteht die Gefahr, dass aufgrund kommunikativer Barrieren und mangelnder transkultureller Kompetenz keine “echte” Beziehung aufgebaut werden kann.

Ziel ist das Verstehen der konkreten, individuellen oder familiären sozialen Praxis und nicht Anwenden von “Kulturrezepten” auf einzelne Patient:innen.

Auszug aus Fragen, die sich Pflegende beim Eintrittsgespräch mit Migrant:innen stellen können:

1. *Wie kann ich mit meinem Gefühl der Unsicherheit und meiner teilweisen transkulturellen Inkompetenz umgehen?*
2. *Kann ich eine gute transkulturelle Pflegeanamnese in der mir zur Verfügung stehenden Zeit überhaupt durchführen?*
3. *Soll ich Angehörige, und wenn ja welche, in das Pflegeanamnesegespräch einbeziehen, und wie gehe ich dabei vor?*
4. *(...)*

Anhang 2: Fallbeispiele Kulturwaage

Nach Vorstellung der beiden Begriffe wird der Begriff Kulturalisierung kritisch hinterfragt. Im Zusammenhang damit erfolgt auch eine Definition von Rassismus und eine Erwähnung unterschiedlicher Ebenen und Formen. Bevor das Spiel "Waage" beginnen kann, werden zudem vier mögliche Gesprächsstrategien für die anschließend vorgestellten Situationen aufgezeigt. Hierzu können die Tutor:innen veranschaulichend gerne ein Beispiel zur Anwendung dieser Strategien nennen.

Erklärung Spiel „Waage“: Eine Schale der Waage steht für Kulturblindheit, die andere für Kulturalisierung. Es werden Beispielsituationen von den Tutor:innen vorgelesen und die Teilnehmenden sollen entscheiden, welches Beispiel in welche Waagschale gehört. Anschließend wird besprochen, wie die Teilnehmenden in der Situation selbst reagieren würden und ob sie dabei gegebenenfalls auf eine der aufgeführten Gesprächsstrategien zurückgreifen würden.

Eine mögliche Beispielsituation:

Es ist Ramadan. Herr Özkan liegt nach einer unkomplizierten Fraktur des Unterarms kurzzeitig stationär auf der Unfallchirurgie. Trotz mehrfachen Hinweisen darauf, dass er fastet, bekommt er jeden Tag mehrfach die Mahlzeiten zu den üblichen Zeiten auf seinen Nachttisch gestellt.

Literaturverzeichnis

interTUT 5:

Arastéh K, Baenkler HW, Bieber C et al. (Hrsg.) (2018): Duale Reihe Innere Medizin. 4., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Behrends J, Bischofberger J, Deutzmann R et al. (Hrsg.) (2012): Duale Reihe Physiologie. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Biesalski H, Grimm P, Nowitzki-Grimm S (Hrsg.) (2017): Taschenatlas Ernährung. 7., unveränderte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Biesalski H, Bischoff SC, Pirlich M, Weimann A (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin: nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart). New York: Georg Thieme Verlag.

Borsch J (2017): FDA warnt vor Herzrhythmusstörungen. Warum Lakritz gefährlich werden kann. Deutsche-Apotheker-Zeitung [online] <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/11/03/warum-lakritz-gefaehrlich-werden-kann> [September 2019].

Cavarretta E, Peruzzi M, Del Vecovo R et al. (2018): Dark chocolate intake positively modulates redox status and markers of muscular damage in elite football athletes: a randomized controlled study. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2019): Pressemitteilung Nr. 14 vom 2. April 2019. [online] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2019/PD19_14_p002.html [September 2019].

DGE – Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2017): Referenzwerte Protein. [online] <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/protein/> [2017].

FAO – Food and Agriculture Organization of the United Nations (2017): The State of Food Security and Nutrition in the World 2017 [online] <http://www.fao.org/3/I7695e/I7695e.pdf> [Juli 2021].

Gille D, Schmid A (2015): Vitamin B12 in meat and dairy products. *Nutrition Reviews*, 73(2): 106-115.

Graf C, Höher J (2009): Fachlexikon Sportmedizin: Bewegung, Fitness und Ernährung von A-Z. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Heinrich PC, Müller M, Graeve L (Hrsg.) (2014): Löffler/Pertrides Biochemie und Pathobiochemie. 9., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.

Meyer R (2000): Pseudohyperaldosteronismus – Lakritsverzehr mit Folgen. *Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen Ausgabe A*, 97(10): 596-597.

Schünke M, Schulte E, Schumacher U et al. (Hrsg.) (2015): Prometheus LernAtlas – Kopf, Hals und Neuroanatomie. 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Speckmann EJ, Hescheler J, Köhling R (Hrsg.) (2019): Physiologie – Das Lehrbuch. 7. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.

Statista (2021): Personen in Deutschland, die sich selbst als Veganer einordnen oder als Leute, die weitgehend auf tierische Produkte verzichten, in den Jahren 2015 bis 2020 [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/445155/umfrage/umfrage-in-deutschland-zur-anzahl-der-veganer/> [August 2021].

TK – Techniker Krankenkasse, Bereich Markt und Kunde, Fachbereich Gesundheitsmanagement, Voermans S (2017): TK-Ernährungsstudie 2017 [online] <https://www.tk.de/re-source/blob/2033596/0208f5f5844c04abbbcb1389872ee01/iss-was-deutschland-data.pdf> [September 2019].

Tsugane S (2021): Why has Japan become the world's most long-lived country: Insights from a food and nutrition perspective. *European Journal of Clinical Nutrition*, 75(6): 921-928.

Weber F, Anlauf M (2014): Treatment resistant hypertension – investigation and conservative management. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(25): 425-431.

interTUT 6:

Gollan K (2017): Praktisches Vorgehen in sechs Phasen – So moderieren Sie ethische Fallbesprechungen in der Klinik. *Pädiatrie*, 29(1): 44-47.

Leuwer M, Trappe H, Schürmeyer T, Zuzan O (Hrsg.) (2004): Checkliste Interdisziplinäre Intensivmedizin. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Wijdicks EF, Cranford RE (2005): Clinical diagnosis of prolonged states of impaired consciousness in adults. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(8): 1037-1046.

interTUT 7:

Herrmann P, Herrmann B, Krausz D, Hegele G (Produzierende), Hormann S (Regisseurin) (2009): Wüstenblume [Film]. Deutschland, Österreich, Frankreich: Desert Flower Filmproductions.

Droste M, Gün AK, Kiefer H et al. (2015): Qualitätsmanagement. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): *Das kultursensible Krankenhaus – Ansätze zur interkulturellen Öffnung*. 3. Auflage: 74.

Domenig D, Stauffer Y, Georg J (2007): Transkulturelle Pflegeanamnese. In: Domenig D (Hrsg.): *Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. vollständig überarbeitet und erweitert Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber: 30.

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>

Impressum:

Working Paper No. 22-02 der Unit

Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, Dezember 2022

ISSN 2193-0902