

Gemeinsam besser werden für Patienten

Handbuch für Lernbegleiter auf interprofessionellen Ausbildungsstationen

Inhalt

10 Vorwort

12 Gemeinsam besser werden – Lernbegleiter ermöglichen den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen

17 Gute Lernbegleiter finden

- 18 Voraussetzungen und notwendige Kompetenzen
- 19 Profil und Haltung

21 Rollen und Rollenverständnis der Lernbegleiter

- 22 Rollen im Kontakt mit den Lernenden
- 24 Übergeordnete pädagogisch-organisatorische Rollen
- 24 Toolbox

26 Methodenkompetenz für Lernbegleiter

- 26 Lernziele setzen
- 27 Toolbox

29 Strategien für die Umsetzung der Lernziele

- 29 Strukturierungshilfen (scaffolds)
- 32 Peer-teaching
- 32 Toolbox

34 Methoden zur Vermittlung praktischer Fertigkeiten (skills)

- 35 Toolbox

37 Reflexion

- 38 Toolbox

40 Evaluation und Überprüfung von Lernzielen

- 41 Summatives Assessment
- 41 Formatives Assessment
- 41 Toolbox

43 Feedback geben

- 45 Das WWW-Feedback
- 46 360-Grad-Feedback
- 47 Fünf-Finger-Feedback
- 49 Peer-Feedback
- 49 Toolbox

**51 Lernbegleiter stärken sich selbst –
Einholen von Feedback zur Lernbegleitung (Evaluation)**

- 52 One-Minute-Paper
- 53 Interkollegiales Feedback und Supervision der Lernbegleitung

55 Briefing und Debriefing

- 57 Toolbox

59 Warum Teach-back wichtig ist**63 Standardsituationen**

- 64 Voraussetzungen/Vorbereitung
- 64 Visite bei Patienten
- 65 Übergaben
- 65 Behandlungsplan/Versorgungsplan und Entlassmanagement
- 65 Patientengespräch (Aufklärung, Beratung/Schulung) und Angehörigengespräch
- 66 Einbeziehung von anderen Berufsgruppen (Konsile)
- 66 Medikation
- 66 Aufnahme/Befunderhebung und Maßnahmen
- 67 Toolbox

69 Herausfordernde Situationen

- 70 Die Wortführer/„Gesprächsmonopolisierer“
- 71 Fachsprache am Bett
- 72 Unpünktlichkeit und das große Schweigen
- 72 Chef schon wieder zu spät
- 73 Ist das wirklich nötig? Notwendigkeit/Zweckmäßigkeit wird hinterfragt
- 73 Ich Arzt, du Pflege!
- 74 Schlechte Nachrichten, sterbende Patienten und persönliche Betroffenheit
- 74 Schwierige, anspruchsvolle Angehörige
- 75 Bloß keine Fehler machen!
- 76 Lustlose Lernende
- 76 Die Ausbildungsstation ist eine Last!
- 77 Toolbox

**79 Interprofessionelle Ausbildungsstationen
in Deutschland und der Schweiz****82 Literatur****86 Glossar/Terminologie****87 Impressum**

- 13 Tab. 1 Muster und Stereotype in einem vereinfachten Systemvergleich
- 14 Tab. 2 Typologie der Kompetenzen
- 14 Tab. 3 Klassifikation interprofessioneller Lernarrangements
- 80 Tab. 4 Ausgewählte Aspekte der Online-Befragung
- 86 Tab. 5 SPIKES – Protokoll zum Überbringen schlechter Nachrichten

In dieser Publikation wird aus Gründen der leichteren Lesbarkeit meist die männliche oder die neutrale Form verwendet. Dies schließt immer Personen jeden Geschlechts ein.

Gemeinsam besser werden für Patienten

Handbuch für Lernbegleiter auf interprofessionellen Ausbildungsstationen

Beat Sottas – Im Auftrag der Robert Bosch Stiftung

Unter Mitarbeit von

Dr. Christina Baur

Medizinische Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg

Dr. Sebastian Bode

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Freiburg

Irina Cichon

Robert Bosch Stiftung GmbH

Nicole Ferschl

München Klinik Schwabing

Sebastian Flottmann

Institut für Gesundheitsforschung und Bildung
Universität Osnabrück

Dr. Sebastian Friedrich

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Freiburg

Dr. Hanno Grahn

Universitäres Herzzentrum Hamburg

Dr. Stephan Kolb

Bereich Bildung und Wissenschaft
Klinikum Nürnberg

Dr. André L. Mihaljevic

Universitätsklinikum Heidelberg

Anika Mitzkat, MSc

Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Martina Müller-Schilling

Universitätsklinikum Regensburg

Lisa Murrmann

Auszubildende HIPSTA Heidelberg

Marcus Odenwald

Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. Egbert Opitz

Philipps-Universität Marburg

Dr. Anthea Peters

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Kerstin Schmenger

Robert Bosch Stiftung GmbH

Karin Schneider Büsser

Careum Stiftung Zürich (Schweiz)

Claudia Schuck

Centrum für Pflegeberufe
Klinikum Nürnberg

Franziska Staab, B.A.

Universitätsklinikum Regensburg

Dr. Jasmina Sterz

Universitätsklinikum Frankfurt

Christine Straub, M.A.

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Freiburg

Dr. Wencke Uennigmann

Universitätsklinikum Münster

Birgit Wershofen, MScN

Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität
München

Dr. Swantje Wienand, MME

Klinikum Links der Weser, Bremen

Nina Zerban, M.Sc.

Universitätsklinikum Würzburg

Vorwort

Erfahrungen zeigen, dass eine wirkungsvolle interprofessionelle Zusammenarbeit nicht automatisch eintritt, sondern der Vorbereitung und Begleitung bedarf. Alle Gesundheitsberufe müssen in ihrer Aus- und Weiterbildung Kompetenzen erwerben, die sie auf ein wirksames Zusammenarbeiten in Teams mit unterschiedlichen Fachpersonen vorbereiten, damit in der Versorgung eine Handlungsgemeinschaft entstehen kann. Sie müssen lernen, sich im Rahmen interprofessioneller Teams ihrer jeweils spezifischen Kompetenzen zu vergewissern und die Bedeutung der arbeitsteiligen Ergänzung durch andere berufliche Kompetenzen zu würdigen und zu nutzen. Interprofessionelle Ausbildung (Interprofessional Education, IPE) ist damit eine notwendige Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit (Interprofessional Practice IPP, bzw. Interprofessional Collaborative Practice, IPCP).

Erfreulicherweise werden in jüngster Zeit die Impulse zur Stärkung der interprofessionellen Ausbildung im deutschen Sprachraum breit diskutiert und angenommen. Die Entwicklung von interprofessionellen Lehrformaten im Medizinstudium sowie in Ausbildungen und Studiengängen der Pflege- und Therapieberufe ist spürbar. Zahlreiche Projekte wurden initiiert sowie vielfältige Ansätze für die inhaltliche, methodisch-didaktische und strukturelle Gestaltung der Lerneinheiten erprobt und evaluiert. Auch das neue Format der interprofessionellen Ausbildungsstationen nach schwedischem Vorbild – entwickelt in den 1970er-Jahren in Linköping und hier oft als IPSTA abgekürzt – hat erfolgreich in Deutschland Einzug gehalten und erfreut sich großer Zustimmung sowohl bei Lehrenden als auch bei Studierenden und Auszubildenden.

Diese Entwicklung markiert einen wichtigen und gut darstellbaren Transformationsschritt bei der Überwindung der monoprofessionellen Ausbildungen und Sozialisationsmuster. Dabei ist es entscheidend, für die Lernbegleiter wie auch die Studierenden und Auszubildenden die bestmöglichen Rahmenbedingungen, Hilfsmittel und Anleitungen bereitzustellen.

Die Robert Bosch Stiftung setzt sich bewusst dafür ein, allen Interessierten all die wertvollen Erkenntnisse aus den geförderten Projekten, aus den zahlreichen Arbeits- und Vernetzungstreffen sowie aus den internationalen Studienreisen zur Verfügung zu stellen. Das vorliegende Handbuch folgt dem im Jahr 2018 veröffentlichten Praxisleitfaden „Interprofessionelle Ausbildungsstationen“ mit dem Ziel, den Lernbegleitern auf interprofessionellen Ausbildungsstationen ein Methodentool anzubieten.

Dieses Handbuch wurde von den genannten Autoren zusammen mit schwedischen Experten während arbeitsintensiver Workshops und Diskussionsrunden auf einer Studienreise nach Stockholm im November 2019 erarbeitet. Darin sind die praktischen Erfahrungen der Autoren aus der Umsetzung der IPSTAs in Deutschland sowie die Impulse aus der Stockholm-Studienreise zusammengefasst.

Unser Dank gilt allen mitwirkenden Autoren, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit großem Engagement eingebracht haben. Auf eine namentliche Zuordnung zu den einzelnen Kapiteln wird verzichtet, da in den Austausch- und Peer-review-Runden wesentliche Ergänzungen und Verknüpfungen erfolgt sind.

Zur Verbesserung der Lesefreundlichkeit wurden die Beiträge so geordnet, dass die in Aus- und Weiterbildung erfahrungsgemäß auftauchenden Fragen in übersichtlichen Kapiteln angeordnet sind. Dazu haben wir jeweils eine Toolbox eingefügt, welche die wichtigsten Punkte zusammenfasst. Wir wünschen Ihnen mit diesem Handbuch für Lernbegleiter viel Erfolg.

Dr. Beat Sottas
formative works

Irina Cichon
Robert Bosch Stiftung

Gemeinsam besser werden

Lernbegleiter ermöglichen den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen

Deutsches Modell Meister-/Kapitänsprinzip	Angelsächsisches Modell Innovation/Kompetition	Skandinavisches Modell soziale Wohlfahrt
Lehrling, Novize → Meister (Chef) Vorsprung bei Wissen und Können Professional status Fertigkeiten und Fähigkeiten vorbehaltene Tätigkeiten	Opportunitäten erkennen Wissen und Status wenig formal Versuch und Irrtum Mut haben, etwas wagen überzeugen können	Versorgung/health for all egalitär – wenig Statusdenken Profil statt Profession miteinander reden Team Performance
Autorität → Hierarchie (Der Chef hat immer recht)	Autorität → Entrepreneurship (Erfolg gibt Recht)	Autorität → Integrationsfähigkeit (erfolgreiches Case Management)
Korporatismus (Zunftdenken): wirtschaftliche Interessen schützen	Allianzen schmieden Konkurrenten besiegen	Kooperationskompetenz Wohlfahrtsstaats-Modell
„Therapeutische Zweierkiste“ Ich und mein Patient Individualtherapeutischer Ansatz	„Patientengut“ Gesundheit als Ware Marktanteile gewinnen	„Handlungsgemeinschaft“ Gesundheit als gesellschaftliches Gut Schnittstellen-Management

Tabelle 1: Muster und Stereotype in einem vereinfachten Systemvergleich

Quelle: Sottas, eigene Darstellung

Seit den 1970er-Jahren¹ wird postuliert, dass im Bereich der Gesundheitsberufe zusätzlich zur eigenen fachlichen Expertise auch das Potenzial anderer Berufe durch interprofessionelle Zusammenarbeit genutzt werden muss.

Seit über 40 Jahren ist bekannt, dass 80% der Behandlungsfehler durch mangelhafte Kommunikation, Schubladendenken, fehlende Wertschätzung anderer Fachpersonen und Hierarchieansprüche entstehen.

Im internationalen Systemvergleich wird deutlich, warum es nicht überall leicht ist, interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit zu verankern. Bestimmte kulturelle und soziologische Muster können förderlich oder hinderlich wirken. Die Hürden und Erfolgsfaktoren lassen sich wie folgt darstellen:

Die Aufspaltung und gegenseitige Abgrenzung steht im Widerspruch zur Versorgungspraxis, die wegen steigender Komplexität der Therapien sowie der dabei notwendigen professions- und sektorenübergreifenden Prozesse zunehmend in Teams stattfinden muss.

In Vorbereitung auf die spätere Berufsausübung ist auch die Bildung verpflichtet, Antworten auf diese Veränderungen zu geben. Interprofessionelle Aus- und Weiterbildungen sind dabei wirksame strategische Optionen, um bei Gesundheitsfachkräften eine kooperationsfreundliche Haltung zu verankern, sie auf die im Alltag notwendigen Formen der Zusammenarbeit (Reeves et al. 2017) vorzubereiten und sie für entscheidende Punkte zu sensibilisieren.

Überzeugende Erfahrungen in vielen Ländern bestätigen, dass die Ausbildung zumindest in Teilen interprofessionell gestaltet werden sollte. Interprofessionelles Lehren und Lernen wird zunehmend als Erfolgsfaktor für eine effektive, effiziente, sichere und nachhaltige Gesundheitsversorgung erkannt (u. a. WHO 2010, Schot et al. 2019).

Auch im neuen Entwurf der ärztlichen Approbationsordnung für Deutschland wird ein besonderer Fokus auf die interprofessionelle Ausbildung als Vehikel einer späteren verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit gelegt.

Einer raschen und wirkungsvollen Umsetzung steht entgegen, dass – gerade in Deutschland auch wegen der dortigen eng gedachten Berufsgesetzen – Lehren und Lernen hauptsächlich monoprofessionell angelegt und organisiert ist. Den vorgeschriebenen Endpunkt bilden professionsspezifische Kompetenzen. Gemeinsame und v. a. interprofessionelle Kompetenzen sind selten oder gar nicht Teil des Lernens. Gelingende Interprofessionalität baut allerdings wesentlich auf der sogenannten "Kooperationskompetenz" auf:

¹ OECD und WHO (1975): Paris Conference on Health Universities, siehe Sottas et al. (2013).



Professionsspezifische Kompetenzen	Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, die in jeder Berufsgruppe individuell vermittelt werden und den Kern bzw. die Expertise des Berufs ausmachen und das berufliche Handeln im engeren Sinn definieren. Schaffen von Methodenkompetenz und Identität, damit Rollenklarheit überhaupt entstehen kann. komplementäre Kompetenzen Erkennen und Wahrnehmen der Vielfalt von Rollen, Aufgaben und Kompetenzen (was man in Ausbildung lernt)
Gemeinsame Kompetenzen	Recht, Gesundheitspolitik, Ökonomie, Ethik, Kommunikation, Dokumentation, Forschung und Evidenz, Qualitätsmanagement, Selbstbestimmungsrechte und Patientenbeteiligung bzw. Nutzerorientierung. Orientierungswissen Gesundheitssystem-Kompetenz
Interprofessionelle Kompetenzen	Prinzipien der Teamarbeit, Organisation der Arbeitsteilung, Schnittstellenmanagement, Wertschätzung, Gruppendynamik und Macht, interprofessionelle Konfliktfähigkeit, Praxistransfer, Prozessmoderation, kooperative Führungsprinzipien. Kooperationskompetenz (was man in Ausbildungen meist noch nicht lernt)

Tabelle 2: Typologie der Kompetenzen

Quelle: Sottas, Kissmann, Brügger 2016; in Ergänzung von Barr 1998

Interprofessionelles Lernen (miteinander – voneinander – übereinander) ist allerdings kein einheitliches Konzept, sondern manifestiert sich in ganz unterschiedlichen Formen.

Es gibt viele unterschiedliche interdisziplinäre und interprofessionelle Lehr- und Lernformate, die unterschiedliche Ziele und Qualitäten haben:

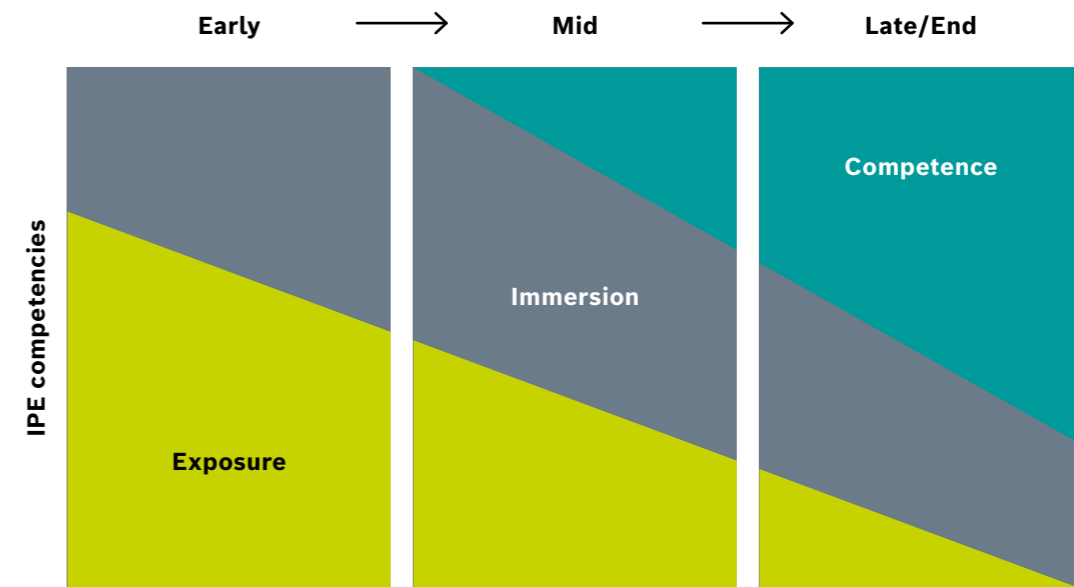
Klassifikation	Lernmethoden
6 Praxisbasiertes Lernen	Praktische interprofessionelle Übungen in realitätsnahem späteren Arbeitsumfeld
5 Handlungsbasiertes Lernen	Gemeinsame Projekte, problembasiertes Lernen, fallbasiertes Lernen, gemeinsame Forschung
4 Simulationsbasiertes Lernen	(Lang dauernde, aufwändige) Rollenspiele, Skillstraining, Simulation an Puppen oder mit Schauspielern
3 Beobachtungsbasiertes Lernen	Über die Schulter der Berufspraxis, Mitlaufen im Berufsalltag einer Fachperson
2 Austauschbasiertes Lernen	Debatten, Spiele, Falldiskussionen, Problemlösung, Seminare, Workshops, Stegreifrollenspiele (Klassen-/Seminarraum)
1 Theoriebasiertes Lernen	Einführungen, Vorlesungen in Konzeption und Evidenz von IPE; normative Dimension, Sensibilisierung (Trockenübung)

Tabelle 3: Klassifikation interprofessioneller Lernarrangements

Quelle: Sottas & Kissmann 2016

Das Klassifikations-Schema macht deutlich, dass die Ansprüche an die pädagogische und didaktische Vorbereitung und die dazu notwendigen Ressourcen von Stufe zu Stufe ansteigen. Pädagogen würden sagen, dass die Lernarrangements mit jeder höheren Stufe taxonomisch komplexer werden. Interprofessionelle Ausbildungsstationen gehören zum Typ 6, also zu den anspruchsvollsten Lernformaten.

Zusammenfassend können die Erfolgsfaktoren für interprofessionelles Lernen anhand des kanadischen 3-Phasen-Modells von Charles/Bainbridge/Gilbert dargestellt werden:



3-Phasen-Modell nach Charles/Bainbridge/Gilbert 2010

- 1 Zeit** ist zentral: Interprofessionelle Kompetenzen werden nach und nach erworben. Es braucht Zeit für gemeinsame Lern- und Reflexionsprozesse.
- 2 Prozesshaftigkeit:** Einmal ist keinmal: Interprofessionelle Haltung benötigt mehr als einzelne Übungen. Zielführend ist ein Gesamtkonzept mit unterschiedlichen IPE-Aktivitäten und Verarbeitung der Lernerfahrungen.
- 3 Terminierung:** Interprofessionelles Lernen soll früh beginnen. In der Frühphase sind Kontakte und Begegnungsmöglichkeiten wichtig (Kennenlernen, Vertrauen), die Austausch und Lernen von- und übereinander ermöglichen. Gemeinsames Entscheiden in Komplexsituationen funktioniert in der Spätphase (Mehrwerte werden real erlebt).
- 4 Affektkontrolle:** Gefühle ordnen und Vorurteile abbauen Haltung gegenüber Wir-Gruppe und „den anderen“ erkennen Veränderungen beim Wahrnehmen und Wertschätzen der anderen Berufe. IP-affine Einstellungen, Werte, Haltungen werden über die Emotionen geregelt (Reflexion!).

Gute Lernbegleiter finden



Nach den allgemeinen, eher strategischen und konzeptionellen Überlegungen soll das Interesse im Folgenden den Lernsituationen gelten, in denen Lernbegleiter eine Scharnierfunktion haben.

Viele haben bereits wertvolle Erfahrungen in monoprofessionellen Settings gesammelt.

Lernen im Rahmen der interprofessionellen Ausbildung ist anspruchsvoller, weil es eine zusätzliche Komplexitätsstufe hinzufügt: das Verknüpfen der Ziele der eigenen Profession mit den Zielen der anderen Professionen und das Bündeln, um gemeinsam eine bessere und wirksamere Versorgung zu erzielen.

Mit Blick auf die künftigen Herausforderungen wird die Rolle der Lernbegleiter zu einem zentralen Erfolgsfaktor für das Lernen und die Versorgungsqualität.

Voraussetzungen und notwendige Kompetenzen

Für die Rolle der Lernbegleitung auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation eignen sich Personen, die über die unten aufgeführten fachlichen, sozial-kommunikativen und methodischen Voraussetzungen² verfügen und die sich zusätzlich mit den Kernkompetenzen interprofessioneller Zusammenarbeit identifizieren (siehe Tabelle 2).

Fachliche Kompetenzen

Lernbegleiter sollten

- vorzugsweise aus den Gesundheitsberufen stammen (Pflege, Medizin, Therapie, Psychologie u. a.),
- über einschlägige und robuste Erfahrungen in der klinischen Patientenversorgung verfügen,
- bereits Weiterbildungen/Schulungen in Praxisanleitung und Medizindidaktik absolviert haben, bzw.
- die Bereitschaft mitbringen, sich für die Rolle der Lernbegleitung didaktisch weiterzubilden.

Sozial-kommunikative Kompetenzen

Lernbegleiter sind

- teamorientiert
- empathisch
- kommunikativ
- respektvoll und Werturteile vermeidend
- offen für Neues
- flexibel
- tolerant gegenüber Differenzen, Missverständnissen und anderen Sichtweisen
- konfliktfähig und auf Konfliktlösungen hinwirkend
- strukturiert
- vermittelnd zwischen Erfahrungen und Wahrnehmungen anderer
- konstruktiv im Umgang mit Unsicherheiten
- motivierend.³

Methodische Kompetenzen

Lernbegleiter sind in der Lage,

- Abläufe geschehen zu lassen, ohne impulsiv und korrigierend einzugreifen
- Lernprozesse team- und patientenorientiert zu gestalten
- Lerngruppen beim Erarbeiten gemeinsamer Ziele und Erwartungen anzuleiten und zu unterstützen
- Raum zu lassen für Entscheidungsfindungen und selbstständige Problemlösungen
- die Lernenden strukturiert zu beobachten
- Instrumente zur Evaluation des Lernstandes adäquat einzusetzen
- Lernzielkontrollen zu planen, durchzuführen und auszuwerten
- bei Gefährdung der Patientensicherheit entschieden einzugreifen und:
- das eigene „Lehrhandeln“ bzw. die Lernbegleitung kritisch zu reflektieren.

² Diese Voraussetzungen sind aus dem europäischen Qualifikationsrahmen EQF abgeleitet. Dieser nennt drei Dimensionen: Knowledge, Skills, Responsibility & Autonomy siehe <https://ec.europa.eu/ploteus/fr/node/1440>. Der deutsche Qualifikationsrahmen DQR nennt ebenfalls drei Dimensionen: Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz. Die deutsche Kultusministerkonferenz KMK ergänzt diese durch Methodenkompetenz, kommunikative Kompetenz und Lernkompetenz, die als immanenter Bestandteil von Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz bezeichnet werden. https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf

³ Sargeant et al. (2010) verweisen diesbezüglich auf die Wichtigkeit, versteckte Machtstrukturen, Hierarchien und Stereotype zu adressieren, die zwischen den Berufsgruppen bestehen können.

Profil und Haltung

Identifikation

Lernbegleiter identifizieren sich durch die international empfohlenen Kernkompetenzen interprofessioneller Zusammenarbeit. Diese unterscheiden sich von denjenigen, die für die monoprofessionelle Praxisanleitung gebräuchlich sind.

Einprägsam sind die Kriterien aus dem kanadischen British Columbia Framework, welche die Wirkungsziele wie folgt zusammenfassen⁴:

- Gemeinsame Grundwerte und Haltungen
- Verständnis von Rolle und Verantwortlichkeit
- Interprofessionelle Kommunikation
- Funktionieren als Team
- Gemeinsame Entscheidungsfindung
- Konfliktbewältigung
- Kontinuierliche Qualitätsverbesserung

⁴ Weltweit gibt es mehrere anerkannte Frameworks für interprofessionelle Kernkompetenzen, u. a.

- das „BC Competency Framework for Interprofessional Collaboration“ aus British Columbia, Kanada
- das „National Interprofessional Competency Framework“ des CIHC aus Kanada
- das CAIPE Statement aus Großbritannien
- das „Interprofessional Capability Framework“ (CUILU) aus Sheffield, Großbritannien
- die „Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice“ (IPEC) aus den USA
- das „Curtin University Interprofessional Capability Framework“ aus Australien
- das CanMeds 2015 Framework, Kanada
- die Materialien von Nexus, dem National Center for Interprofessional Practice and Education, USA (ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Referenzen siehe Bibliographie).

Der Nationale Kompetenzorientierte Lernzielkatalog (NKLM) wird erstmalig ein Kapitel zu interprofessionellen Kompetenzen enthalten. Der Aufbau orientiert sich an den „Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice“ (IPEC).

Rollen und Rollenverständnis der Lernbegleiter



Lernbegleiter nehmen auf einer Ausbildungsstation verschiedene Rollen wahr.

Rollen sind soziale Konstrukte, d. h. Personen präsentieren sich in einer bestimmten Art und Weise. Aber sie werden von anderen Personen auch in einer bestimmten Art und Weise wahrgenommen. Diese beiden Sichtweisen stimmen vielfach nicht überein.

Auf Ausbildungsstationen haben Lernbegleiter aufgrund ihrer Funktion und ihrer pädagogischen Qualifikation – aber auch wegen ihrer fachlichen Qualifikation im Beruf und wegen ihres Alters – eine bestimmte Rolle. Oft haben sie sogar mehrere Rollen gleichzeitig.

Die Teilnehmer schreiben Lernbegleitern bestimmte Werte zu („Muster-Professionals“), sie richten besondere Erwartungen an sie (sie können zwischen richtig und falsch unterscheiden, sie sind nett, haben stets ein offenes Ohr und sind ansprechbar, sie garantieren Sicherheit) und erwarten bestimmte Handlungsmuster und Verhaltensweisen (sie führen Prozeduren detailliert und präzise vor, sie unterstützen und helfen immer).

Auf interprofessionellen Ausbildungsstationen sind die verschiedenen Rollen der Lernbegleiter auf zwei Ebenen angesiedelt:

- Sie haben Rollen gegenüber den Lernenden und
- sie haben Rollen innerhalb der Organisation.

Rollen im Kontakt mit den Lernenden

Lehr- und Lernumgebungsgestalter

Zu dieser Rolle gehört, dass Lernbegleiter Themen sowohl detailliert als auch exemplarisch erläutern können. Dabei sind sie bei manifesten Defiziten immer auch Skills-Trainer. Sie können auch die Bedeutung des selbstgesteuerten Lernens erklären und dessen Umsetzung fördern. Dazu achten sie auf eine angemessene räumliche und zeitliche Gestaltung des Lernprozesses.

Ein Hauptaugenmerk liegt in der Wahrnehmung von Situationen, die besondere Lernchancen für die Lernenden bieten („teachable moments“).

Als Gestalter des Lernprozesses regen Lernbegleiter die Lernenden immer wieder zu einer Reflexion ihres Handelns sowie zum Austausch zwischen allen Beteiligten an.

Motivator

Lernbegleiter ermutigen die Lernenden, sowohl die interprofessionellen Lernziele der Ausbildungsstation als auch ihre individuellen, professionsspezifischen Lernziele zu verfolgen.

Dabei unterstützen sie Lernende durch individuelle und gruppenbezogene Maßnahmen und verstärken das Erreichen der Lernziele durch eine positive Grundhaltung. Sie vermitteln, dass die Erfahrungen auf der Ausbildungsstation neben fachlichen Kompetenzen insbesondere die für die Praxis wichtigen Kooperationskompetenzen fördern (s. Einleitung: Gemeinsam besser werden).

Sie setzen positive Energien frei, damit die Lernenden die Verantwortung für selbstgesteuertes Lernen und Kompetenzaufbau übernehmen wollen.

Kommunikationsförderer

Lernbegleiter achten auf Kommunikationsmuster, die für die individuellen Lernprozesse (und die Gruppenprozesse) sowie für die Patientensicherheit förderlich sind.

Sie moderieren die Kommunikationsprozesse bedarfs- und situationsgerecht – sowohl zwischen den Lernenden als auch im Umgang mit Patienten, deren Angehörigen/Zugehörigen und anderen Fachpersonen auf der Station.

Sie schaffen transparente Kommunikationsstrukturen und sprechen hinderliche Muster spätestens in der Reflexion an.

Beobachter

Lernbegleiter beobachten die Lernenden bei der Vorbereitung und Durchführung des Versorgungsprozesses, bei der interprofessionellen Kommunikation und bei der Nachbereitung. Dabei richten sie einen kritischen Blick auf die individuellen Kompetenzen und deren Entwicklung.

Lernbegleiter beobachten und analysieren die Interaktionsmuster zwischen den Lernenden sowie zwischen den Lernenden und den Patienten. Sie achten auf die Gruppendynamik, Hierarchiemuster, Machtansprüche, Paternalismus, (Un-)Professionalität sowie die auftretenden Emotionen.

Vorbild

Lernbegleiter leben die für die interprofessionelle Ausbildungsstation vereinbarten „Regeln“ in authentischer Weise vor.

Sie stehen mit Überzeugung und Engagement für interprofessionelle Kooperation ein und können Mehrwerte an konkreten Beispielen aufzeigen.

Auf interprofessionellen Ausbildungsstationen können Lernbegleiter in besonderer Weise vermitteln, dass gute Professionalität dank Interprofessionalität noch besser wird.

Bewerter

Lernbegleiter geben den Lernenden laufend Rückmeldungen zu den erreichten Lernfortschritten und weisen auf weitere Lernerfordernisse hin.

Bei der Bewertung werden in erster Linie formative Methoden eingesetzt (s. Kap. Formatives Assessment).

Dies unterscheidet sich deutlich von Prüfungssituationen: Lernbegleiter sind Feedbackgebende und leiten zur Reflexion an.

Patientenfürsprecher

Lernbegleiter achten auf die Wahrung der Interessen der Patienten.

In dieser Rolle tragen sie neben dem Schutz und der Sicherheit des Patienten auch dazu bei, dass ein Dialog auf Augenhöhe entsteht und die Würde des Patienten auch in den Umgangsformen gewahrt wird. Es geht nicht um „Fälle“ oder Objekte wie „die Schulter in Zimmer 12“, sondern um Menschen.

In diese Rolle gehören auch der ehrliche Umgang mit Fehlern und das Wahrnehmen von Verantwortung, wenn etwas passiert.

Diversitätsmanager

Lernbegleiter vermeiden „Kolonisierung“! Wenn unterschiedliche Professionen zusammenkommen, entsteht leicht die Gefahr, dass sich die einen gegenüber den anderen profilieren und als besser darstellen. Dabei wird oft übersehen, dass in einem solchen gruppendynamischen Prozess anderen Personen Werte, Konzepte oder Lösungen aufgedrängt werden, ohne dass diese diskutiert, abgewogen und konsentiert werden. Nötigung ist keine gute Strategie, um die vorhandene Diversität zu nutzen – es geht darum, gemeinsam besser zu werden!

Führung/Leadership

Lernbegleiter sind überzeugte IPE-Verfechter mit einem „inneren Feuer“. Gerade in Pionierphasen und bei ausgeprägter fachlicher Abgrenzung oder professioneller Profilierung können sie mit Überzeugung die Mehrwerte interprofessioneller Zusammenarbeit darlegen. Gegen außen schaffen sie Sichtbarkeit und auf der Ausbildungsstation übernehmen sie als Team Builder Verantwortung für das gemeinsame Erreichen der Lernziele.

Leadership umfasst auch das Erkennen von Grenzen und das Eingreifen in Situationen, die Patienten gefährden, die organisatorischen Abläufe beeinträchtigen oder die finanziellen und technischen Ressourcen aufs Spiel setzen. Ein wichtiges Element ist das Pflegen einer konstruktiven Fehlerkultur.

Übergeordnete pädagogisch-organisatorische Rollen

Mitglied des interprofessionellen Lernbegleiterteams

Lernbegleiter sind Teil eines Teams, sowohl professionell als auch interprofessionell.

Der Austausch im Team stellt die Kontinuität der Lernbegleitung im Rahmen von Übergabe-/Teamgesprächen und durch die Weitergabe aller relevanten Informationen an weitere Lernbegleiter (und ggf. die Stationsleitung oder ärztliche Leitung) sicher.

Organisatorisches Bindeglied

Lernbegleiter stellen ein Bindeglied zwischen der interprofessionellen Ausbildungsstation und der „Regelstation“ dar. Sie gestalten alle notwendigen Abstimmungsprozesse proaktiv, indem sie an der Planung und Organisation mitwirken.

Botschafter für die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit

Lernbegleiter klären andere über die Bedeutung und Effekte der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit auf.

Sie können deren Wichtigkeit im klinischen Kontext begründen und setzen sich für die Verbreitung von IPE und interprofessioneller Zusammenarbeit ein.

Reflektierte Lernbegleiter

Lernbegleiter befinden sich in ständiger Selbstreflexion in Bezug auf das eigene (Lehr-)Handeln.

Es gibt nicht die eine richtige Methode, sondern viele Möglichkeiten, wie Lernende nach Maßgabe ihres Wissensstands, ihrer Neigungen und ihrer Talente im Lernen und Arbeiten mit-, von- und übereinander besser werden können.

Toolbox

- Lernbegleiter sind weder Vorgesetzte noch Kollegen – sie sind Facilitators und ermöglichen interprofessionelle Lernerfahrungen in der Ausbildung.
- Als Gestalter des Lernprozesses identifizieren sie teachable moments.
- Sie sind Motivator für kooperatives Lernen.
- Als Beobachter haben sie die Kommunikation und die Gruppendynamik im Blick.
- Sie sprechen Hierarchiemuster, Machtansprüche, Paternalismus, (Un-)Professionalität und Emotionen an.
- Bei der Bewertung bevorzugen sie formative Methoden.
- Sie fördern die Diversität – Auszubildenden anderer Berufsrichtungen werden nicht die eigenen Werte und Konzepte aufgedrängt.
- Lernbegleiter stehen im Hintergrund – aber bei Gefährdung von Patienten, Beeinträchtigung der Abläufe und Verschwendung von finanziellen und technischen Ressourcen greifen sie entschieden ein.
- Sie reflektieren das eigene „Lehrhandeln“.



Methodenkompetenz für Lernbegleiter

Die im Folgenden dargestellten Methoden sollen eine Hilfestellung für die didaktische Umsetzung auf interprofessionellen Ausbildungsstationen sein. Mit ihnen können die teachable moments auf den interprofessionellen Ausbildungsstationen sinnvoll genutzt werden.

Die Lektüre des Handbuchs ersetzt in keinem Fall eine didaktische Ausbildung.

Lernziele setzen

Die Definition von Lernzielen ist sowohl für Lehrende als auch für Lernende essentiell, um den Endpunkt aufzuzeigen und den Lernprozess sichtbar zu machen. Dabei ist wichtig, dass zwischen monoprofessionellen bzw. fachlichen Lernzielen und interprofessionellen Lernzielen unterschieden wird.

Das Setzen von Lernzielen gilt sowohl für die individuelle Ebene (z. B. Erklären der eigenen professionellen Sichtweise) als auch für die Teamebene (z. B. Sozialkompetenz bei der interprofessionellen Visite).

Beispiel für Lernziele auf der individuellen Ebene:

- Absolventen können am Ende des Einsatzes auf der interprofessionellen Ausbildungsstation erklären, weshalb und wie ein Aufklärungsgespräch für eine Herzkatheteruntersuchung mit einem Patienten auf eine bestimmte Weise durchgeführt wird.
- Absolventen können am Ende des Einsatzes auf der interprofessionellen Ausbildungsstation den Kollegen erläutern, wie und weshalb die Flüssigkeitsbilanzierung eines Patienten selbstständig auf eine bestimmte Weise durchgeführt und dokumentiert wird.

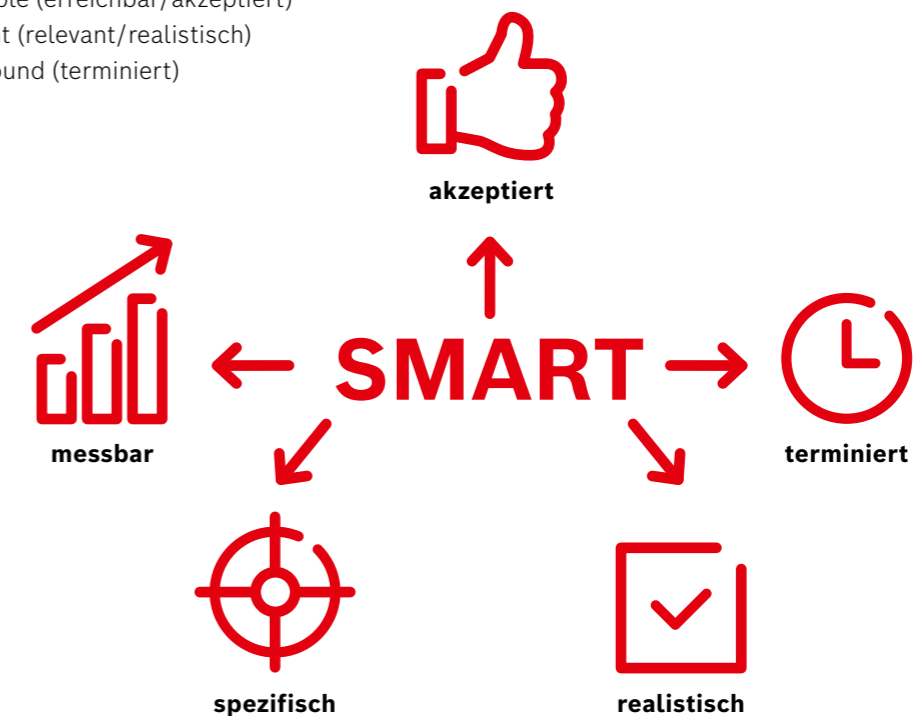
Beispiel für Lernziele auf der Teamebene:

- Die Absolventen können die eigenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen reflektieren und erklären.
- Die Absolventen können innerhalb des Teams zeitgerechtes und konstruktives Feedback geben.

Toolbox

Lernziele mit der SMART-Methode formulieren

- S**pecific (spezifisch)
- M**easurable (messbar)
- A**ttainable (erreichbar/akzeptiert)
- R**elevant (relevant/realistisch)
- T**ime bound (terminiert)



Quelle: <https://i.pinimg.com/originals/f0/c4/68/f0c468d3d83e43196a3745b0cc14c6dc.png>

Strategien für die Umsetzung der Lernziele



Strukturierungshilfen (scaffolds)

Auf interprofessionellen Ausbildungsstationen sollen die Lernenden grundsätzlich bereits zu Beginn ihres Einsatzes selbstständig arbeiten.

Weil sich die Lernenden in einem Lernprozess befinden, bilden Strukturierungshilfen (scaffolds) eine wichtige Unterstützung und geben Sicherheit.

Diese Strukturierungshilfen können von den Lernbegleitern zur Verfügung gestellt oder von den Lernenden selbst entwickelt werden.

Wichtig für den Einsatz von Strukturierungshilfen ist, dass sie als Hilfestellung in den Lernprozess eingegeben werden können. Bei fortgeschrittenen Lernenden sollte Raum gegeben werden, sich von solchen Hilfsmitteln zu lösen (fading).

Ein bekanntes Beispiel für den Einsatz von Strukturierungshilfen auf interprofessionellen Ausbildungsstationen ist die Verwendung des ISBAR-Schemas für Übergabesituationen:

Identify

Sich selbst, seine Rolle und den Patienten identifizieren.

Hallo, ich bin Michael Müller, HIPSTA Student. Es geht um den Patienten Peter Wolf, geb. am 01.01.1962.

Situation

Was ist das aktuelle Problem des Patienten?

Der Patient zeigt eine akut einsetzende Atemnot.

Background

Was ist die Vorgeschichte/ der Kontext?

Der Patient ist am 3. postoperativen Tag. Whipple'sche Operation bei Pankreaskopfkarcinom. Die Vitalzeichen sind: 142/87, Puls 94, Sauerstoffsättigung 87%, Temperatur 37,5°. Der Bauch ist weich mit Darmgeräuschen.

Assessment

Was ist Ihrer Meinung nach das Problem?

Ich vermute, dass der Patient eine Lungenembolie hat.

Recommendation

Was ist Ihre Empfehlung? Warten auf Rückmeldung.

Ich würde dem Patienten Sauerstoff geben und ihn in den Überwachungsbereich bringen. Außerdem wünsche ich mir, dass Sie als Oberarzt einen Blick auf den Patienten werfen. Was soll ich sonst noch tun?

Student/in im Praktischen Jahr

Auszubildende/r der Pflege

1. Kopf

Allgemeinzustand
Schmerzen?
Infektion?

1. Kopf

Schmerzen numerische Ratingskala (Schmerzskala)
Delir/Verwirrtheit

2. Atmung

Atmung?
Pulmonale Nebendiagnosen
Klinische Untersuchung?

2. Atmung

Auffälliges Atmen?
Arterieller Sauerstoffpartialdruck
Pneumonie-Prophylaxe
Temperatur/Fieber?

3. Herz

Klinische Untersuchung?
Kardiale Nebendiagnosen

3. Herz

Puls, Blutdruck, Rhythmus

4. Gastrointestinaltrakt

Protonenpumpen-Inhibitoren?
Essen/Trinken
Stuhlgang

4. Gastrointestinal Trakt

Koststufe
Trinkmenge
Bilanzierung notwendig?
Teller-Monitoring notwendig?

5. Pankreas

Fettstuhl?
Meteorismus

5. Pankreas

Blutzuckerwerte

6. Nieren

Urinqualität
Harnwegsinfektion?
Katheter?

6. Nieren

Ausscheidung (ml)
Flüssigkeitsstatus

7. Extremitäten

Mobilität
Antikoagulation

7. Extremitäten

Mobilität,
Thrombose-Prophylaxe

8. Drainagen/Katheter

Entfernung möglich?
Sekret: Qualität/Quantität

8. Drainagen/Katheter

Wie lange liegt die Drainage?
Sekretmenge

9. Wunde

Wundstatus?
Klammern/Fäden entfernen?

9. Wunde

Wunddokumentation
Wundbehandlung

10. Labor

Blutbild, Gerinnung, Leberwerte,
Natrium, Kalium, Kreatinin,
Blutzucker, Amylase, Lipase

10. Labor

-

11. Medikation

Absetzen möglich?
Oralisierung möglich?

11. Medikation

Applikationsform

12. Entlassung

Hausarzt/Angehörige kontaktiert?
Anschlussheilbehandlung?
Onkologisches Prozedere?

12. Entlassung

Sozialdienst involviert?
Anschlussheilbehandlung?

Quelle: Auszug aus dem Visitentool, Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation

Toolbox

ISBAR-Schema (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation)
 Schaubilder, Flussdiagramme
 Checklisten SOP (Standard Operation Procedures)
 Richtlinien, die auf Stationen eingesetzt werden

Peer-teaching

Peer-teaching meint Lern-Lehr-Situationen, in der Lernende sich gegenseitig unterrichten.

Für die Lernenden liegt der Vorteil des Peer-teaching darin, dass sie vorbehaltlos Fragen stellen und Fehler machen können, ohne eine Bewertung durch Vorgesetzte befürchten zu müssen. Gleichzeitig wird durch die Vorbereitung des Unter-

richts bereits vorhandenes Wissen und Können aufgefrischt und vertieft. Die Lernenden nehmen beim Peer-teaching die Rolle der Lehrenden ein.

Die Zielsetzung kann durch die Lernenden selbst erfolgen und sollte sich an einer konkreten Patientensituation orientieren.

Toolbox

Auszubildende der Gesundheitsberufe instruieren Medizinstudierende beim Legen eines Blasenkatheters.

Medizinstudierende erläutern Pflegeschülern oder Studierenden der Gesundheitsberufe die Bedeutung von Kreuzallergien bei der antibiotischen Therapie.

Auszubildende der Physiotherapie demonstrieren Medizinstudenten und Pflegeschülern den Umgang mit Gehhilfen bei Patienten nach Einsatz einer Hüftprothese.



Methoden zur Vermittlung praktischer Fertigkeiten (skills)

Auch auf interprofessionellen Ausbildungsstationen kann ein anleitendes Lehr-Lern-Verhältnis notwendig sein. Der entscheidende Unterschied zur gewohnten Situation besteht darin, dass die Lernenden selbstständig eigene Defizite erkennen müssen und dann bei den Lernbegleitern aktiv Anleitung erfragen.

Die Lehrmethoden müssen in Abhängigkeit von den Kompetenzen der Lernenden und der Komplexität der Tätigkeiten bzw. Fertigkeiten ausgewählt werden.

Toolbox

See one, treat one, teach one (Flexner 1910) – face-to-face

- 1** Eine Fertigkeit wird demonstriert.
- 2** Unter Supervision wird sie selbstständig durchgeführt.
- 3** Kontrolle, Feedback und Wiederholung stellen die fachliche Korrektheit sicher.
- 4** Das Erlernte wird von Lernenden an andere Lernende weitergegeben (siehe Peer-teaching).

4-Schritt-Methode (Peyton 1998) – auch für Kleingruppen

- 1** Der Lehrende macht – in gewohnter Schnelligkeit – die Fertigkeit einmal vor.
Die Handlung wird nicht kommentiert.
- 2** Der Lehrende wiederholt die Handlung langsam und erklärt exakt jeden einzelnen Schritt, er ermuntert zu Nachfragen.
- 3** Der Lehrende lässt sich die Schritte exakt von einem/den Lernenden erklären und führt die Schritte Stück für Stück nach deren Anweisungen aus; Mängel und Fehler werden besprochen.
- 4** Lernende führen die Fertigkeit unter Supervision selbst durch.



Reflexion

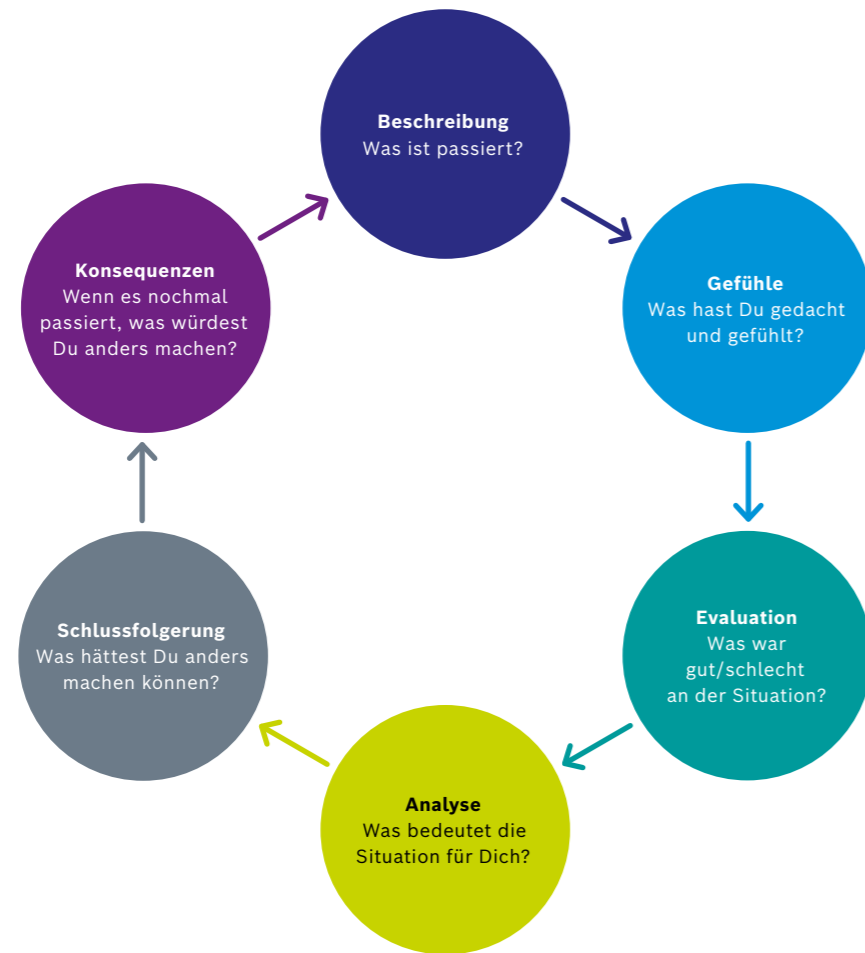


In regelmäßigen Abständen sollen die Arbeiten und Erfahrungen auf der Ausbildungsstation gemeinsam mit den Lernenden reflektiert werden. Hierbei können professionsspezifische ebenso wie interprofessionelle Aspekte (z. B. Werte und Ethik, Rollen, Zusammenarbeit, Kommunikation, Haltungen, Emotionen, Affekthandlungen ...) besprochen werden.

Gute Reflexion muss eine Moderation haben – auch Lernende können das!

Reflexion ist wichtig, um gemeinsam besser zu werden.

Eine hilfreiche Methode für eine strukturierte Reflexion anhand einer spezifischen Situation ist das Modell von Gibbs (1988):



Quelle: Reflexionsmodell von Gibbs et al.

Toolbox

- Ziele der Reflexion im Voraus festlegen.
- Moderator bestimmen.
- Zurückblicken auf die Situation: kurz resümieren.
- Verstehen: Wie habe ich reagiert? Was waren meine Gefühle in der Situation?
- Erkenntnisse: Was ist deutlich geworden? Was habe ich gelernt?
- Evaluation der Stärken und Schwächen.
- Vorhandenes Wissen einbauen: Gibt es Evidenz zu berücksichtigen?
- Take-Home Message: Was nehmen wir mit für das interprofessionelle Handeln?



Evaluation und Überprüfung von Lernzielen

Interprofessionelle Ausbildungsstationen sind als Lehr- und Lernorte auch mit Fragen der Beurteilung des Lernfortschritts konfrontiert.

Weil Lernende mit unterschiedlichen Voraussetzungen, Erwartungen und Haltungen auf eine interprofessionelle Ausbildungsstation kommen, ist zu Beginn eine Standortbestimmung wichtig.

In vielen Fällen treffen Lernende unterschiedlicher Fachrichtungen zum ersten Mal aufeinander. Lernbegleiter müssen sich bewusst machen, welche interprofessionellen Fähigkeiten die Lernenden bereits vor dem Einsatz auf der Ausbildungsstation haben und welche erst erworben werden müssen.

Ein Format, mit dem diese Eingangsbeurteilung (Assessment) dokumentiert werden kann, ist ein Portfolio.

Darin können die Lernenden persönliche und gruppenbezogene (sowohl monoprofessionelle als auch interprofessionelle) Lernziele für die Zeit auf der Ausbildungsstation am besten in Form von SMART-Zielsetzungen festlegen.

Diese Ziele können im Verlauf und im Abschlussfeedback überprüft werden.

Grundsätzlich gibt es zwei verschiedene Formen der Überprüfung von Lernzielen:

1 Ergebnisevaluation = **summatives Assessment:** Hierbei erfolgt die Einordnung der Leistung im Sinne einer abschließenden Bewertung oder Benotung.

2 Prozessevaluation = **formatives Assessment:** Es werden Informationen über den Fortschritt des Lernprozesses und notwendige weitere Schritte im Sinne eines Feedbacks gegeben.

Summatives Assessment

Summatives Assessment dient der Überprüfung, in welchem Maße Lernziele erreicht wurden. Klassischerweise findet ein summatives Assessment in Form einer notengebenden oder bestehensrelevanten Prüfung (passed/failed bzw. bestanden/nicht bestanden) statt.

Da es sich bei den Ausbildungsstationen um einen geschützten Lehr-Lern-Raum handelt, sollte das summative Assessment von nachgeordneter Rolle sein und hinsichtlich der vertrauensvollen Beziehung zwischen Lernbegleitern und Lernenden immer auf seine Notwendigkeit hin überprüft werden.

Weil in der Ausbildung und auf Ausbildungsstationen auch „qualifikationsrelevante“ Lernziele überprüft werden, sollte das Lernen und das Prüfen organisatorisch klar getrennt werden.

Formatives Assessment

Gemeint ist „Formierung“, also Gestaltung. Ziel des formativen Assessments ist die Förderung des Lernprozesses durch ergebnisorientierte Begleitung. Der Lernprozess verläuft dabei spiralförmig, weil kontinuierliche Rückmeldungen an die Lernenden das Lernergebnis optimieren.

Formative Rückmeldungen können strukturiert oder unstrukturiert erfolgen.

Ein Beispiel für ein strukturiertes formatives Assessment ist die Beobachtung eines Lernenden oder einer Lerngruppe mithilfe eines strukturierten Beobachtungsbogens.⁵

In der Nachbesprechung dienen die Items des Beobachtungsbogens dazu, relevante Aspekte der Lehr-Lern-Situation zu erfassen und darauf basierend Entwicklungspotenziale des Lernenden aufzuzeigen.

Der Vorteil der standardisierten Erfassung liegt darin, Veränderungen über die Zeit vergleichen und sichtbar machen zu können.

Das direkte Beobachten einer Patienteninteraktion ist ein unstrukturiertes formatives Assessment. Es erfolgt spontan, wenn teachable moments erkannt werden. Unstrukturierte Assessments sind situativ, darum selektiv und nicht systematisch oder vollständig.

⁵ IP-Vita aus Heidelberg von Mitzkat et al., Publikation in Bearbeitung.

Toolbox

- Zu Beginn des Einsatzes immer eine Standortbestimmung machen.
- Voraussetzungen, Erwartungen und Ängste im Portfolio aufschreiben lassen.
- Individuelle und gemeinsame Lernziele im SMART-Format festhalten.
- Formative Assessments sind die Methode der Wahl.
- Strukturierte Beobachtung mit Hilfe eines Beobachtungsbogens aufzeichnen.
- Teachable moments mit unstrukturierten Assessments nutzen.
- Summative Assessments vermeiden.

Feedback geben



Eine positive Feedbackkultur fördert das Aufrechterhalten einer vertrauensvollen Lehr-Lern-Beziehung.

Um eine Feedbackkultur zu etablieren, ist es gerade im interprofessionellen Kontext hilfreich, wenn sich die Lernenden selbst Feedbackregeln geben und diese schriftlich festhalten, z. B. auf einem Poster, das für alle sichtbar ist. Unterstützend können diese auf eine Memokarte für Kitteltaschen gedruckt werden.

Besonders in emotional aufwühlenden Situationen kann dann auf die Feedbackregeln verwiesen werden.

Ziel eines jeden Feedbacks ist die Verringerung der Diskrepanz zwischen gezeigtem Verhalten und einem erwünschten Ziel. Effektives Feedback beantwortet hierbei drei Fragen:

- Wohin soll ich mich entwickeln? (Feed up)
- Wie gut bin ich unterwegs dorthin? (Feed back)
- Wohin als nächstes? (Feed forward)

(Hattie & Timperly 2007)

Nachfolgend werden einige Methoden für die Umsetzung eines Feedbacks vorgestellt, die sich für den Kontext einer interprofessionellen Ausbildungsstation eignen. Sind in der Institution bereits bestimmte Feedbackmethoden etabliert, sollten diese genutzt werden.

Am Universitätsklinikum Freiburg fasst eine Kitteltaschenkarte grundsätzliche Aspekte zusammen:

	
<h3>Feedback geben:</h3> <ul style="list-style-type: none"> • zeitnah und situativ • als Ich-Botschaft und sachbezogen • orientiert an selbst beobachtetem Verhalten • konstruktiv mit Bezug auf veränderbare Aspekte • angemessene Menge an Informationen 	<h3>Feedback empfangen:</h3> <ul style="list-style-type: none"> • ruhig bis zum Ende anhören • Beobachtungen des anderen akzeptieren • Verständnisfragen stellen • Aussagen in eigene Worte fassen • Verbesserungen, Änderungen oder Alternativen überlegen

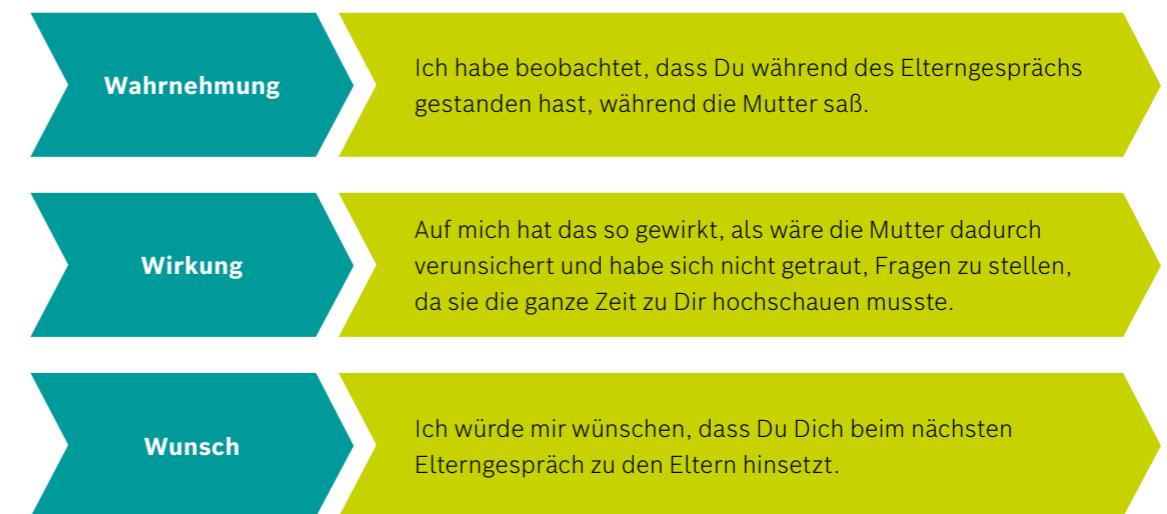
Herausgeber: Universitätsklinikum Freiburg, 2019

Gestaltung: Medienzentrum, Sottas, Kissmann, Brügger 2016; in Ergänzung von Barr 1998

Das WWW-Feedback

Der Blick auf die Wahrnehmung stellt sicher, dass beim WWW-Feedback das Interesse einer konkreten, beobachteten Situation gilt. Im zweiten Schritt wird abgeleitet, wie diese Situation auf den Feedbackgeber gewirkt hat. Als drittes wird ein konkreter Wunsch formuliert.

Nachfolgend ist ein Beispiel für ein solches Feedback nach einem Elterngespräch auf einer pädiatrischen Ausbildungsstation dargestellt:



Quelle: IPAPÄD/IPANEO 2020, Studiendekanat Medizin Freiburg, Akademie für medizinische Berufe Freiburg

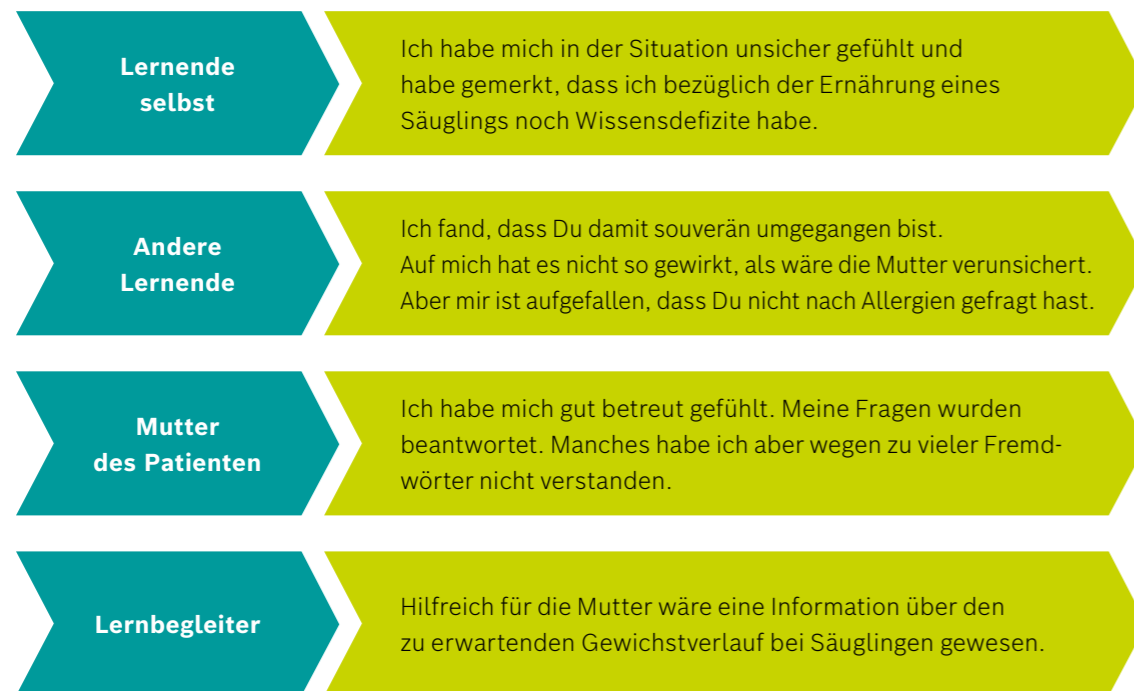
360-Grad-Feedback

Beim 360-Grad-Feedback werden alle Personen, die Teil der Lehr-Lern-Situation waren, als Feedbackquelle genutzt.

Zunächst reflektiert der Lernende selbst über die Situation, dann die anderen Lernenden.

Im dritten Schritt erhält der Patient die Gelegenheit, sein Feedback zu formulieren, bevor am Schluss der Lernbegleiter ergänzt.

Nachfolgend ist ein Beispiel für ein Feedback dargestellt, das nach einem Gespräch mit der Mutter eines Säuglings auf einer pädiatrischen Ausbildungsstation unter Verwendung der 360-Grad-Methode erfolgte:

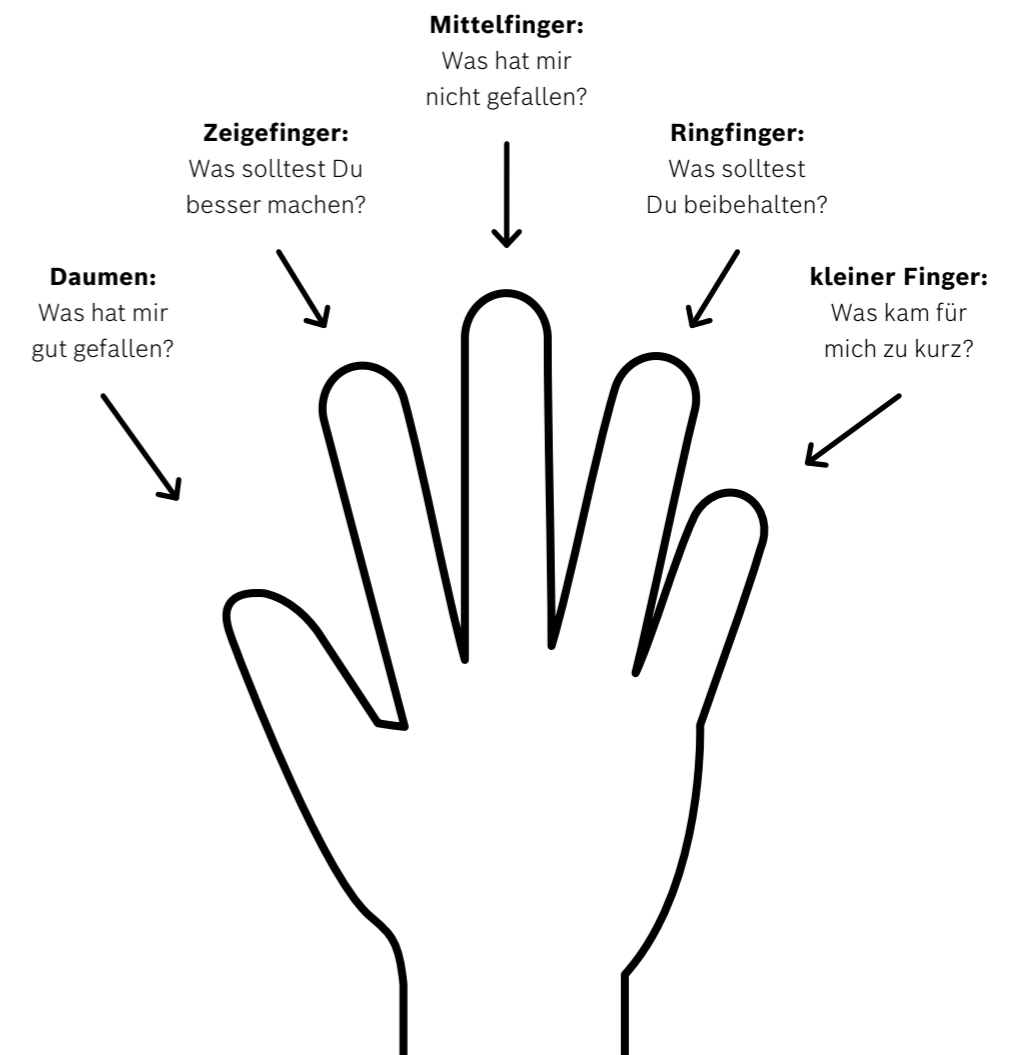


Quelle: IPAPÄD/IPANEO 2020, Studiendekanat Medizin Freiburg, Akademie für medizinische Berufe Freiburg

Fünf-Finger-Feedback

Durch die Fünf-Finger-Methode kann Feedback so strukturiert werden, dass negative und positive Aspekte in einem ausgewogenen Verhältnis in die Rückmeldung einfließen.

Hierbei steht jeder Finger der Hand für eine Leitfrage:



Im Folgenden ist ein Beispiel für ein Fünf-Finger-Feedback nach einer Blutentnahme dargestellt:



Quelle: IPAPÄD/IPANEO 2020, Studiendekanat Medizin Freiburg, Akademie für medizinische Berufe Freiburg

Dieses einfache Beispiel über eine Fertigkeit kann gut als Vorlage genommen werden, um z. B. ein Austrittsgespräch nach einer Hüft-TEP im interprofessionellen Team bestehend aus Medizin, Physio, Pflege und Sozialarbeit vorzubereiten.

Peer-Feedback

Eine besondere Form des Feedbacks ist jenes, das sich Lernende gegenseitig geben.

Für den Kontext einer interprofessionellen Ausbildungsstation sind Peer-Feedbacks besonders gut geeignet, weil nicht nur Feedback-Nehmende vom Feedback profitieren, sondern durch das aufmerksame Beobachten und die Auseinandersetzung mit dem Beobachteten auch die Feedback-Geber.

Weil damit ein Moment interprofessionellen Lernens gefördert werden kann, sollten Studierende und Auszubildende darin bestärkt werden, sich Peer-Feedbacks zu geben.

Diese fördern nebenbei die Kommunikationskompetenz.

Grundsätzlich eignen sich für das Peer-Feedback alle vorgestellten Methoden. Das Feedback kann sowohl professionsspezifisch als auch über die Professionen hinweg gegeben werden.

Gerade zu Beginn des Einsatzes kann es hilfreich sein, mit professionsspezifischem Peer-Feedback zu beginnen, da dies den Lernenden häufig leichter fällt.

Im weiteren Verlauf des Einsatzes und mit zunehmender interprofessioneller Sozialisation wird es für die Lernenden leichter, auch den anderen Berufsgruppen Feedback zu geben. Situationen ergeben sich etwa bei Anamnesegesprächen (Medizin, Pflege), Visiten (Medizin, Pflege, Physio, Ergo), Erstmobilisation (Physio, Pflege), Patientenedukation (Medizin, Pflege, Ernährungsberatung) usw.

Beobachten sich die Lernenden im Sinne eines Peer-Feedbacks über einen längeren, vorher definierten Zeitraum sprechen wir von Shadowing – sie begleiten einander als „Schatten“.

Toolbox

- Die Lernenden formulieren Feedbackregeln spätestens am dritten Tag des gemeinsamen Einsatzes. Idealerweise werden sie bei der Einführungsveranstaltung festgelegt.
- Auf Poster oder Kitteltaschenkarte für alle sichtbar machen.
- Feedback auf drei Fragen geben:
 - Wohin sollen wir uns entwickeln?
 - Wo stehen wir auf dem Weg zum Ziel?
 - Was tun wir als nächstes?
- Die Teilnehmer ermuntern, Feedback-Formen zu testen und sich eine der Feedback-Methoden anzueignen.

Lernbegleiter stärken sich selbst

Einholen von Feedback zur Lernbegleitung (Evaluation)



Lernbegleiter sind ebenfalls auf konstruktive Rückmeldungen zu ihrer Tätigkeit angewiesen, um selber und zusammen mit den Lernenden besser zu werden.

Eine Möglichkeit besteht darin, während des Einsatzes auf der interprofessionellen Ausbildungsstation Feedback einzuholen – mindestens am Ende eines Einsatzes.

Dazu können strukturierte und/oder unstrukturierte Methoden eingesetzt werden.

Ein Beispiel für eine strukturierte Evaluation ist die Verwendung von vorbereiteten Evaluationsbögen. Diese bieten den Vorteil, dass sehr viele Informationen zu vordefinierten Themen eingeholt werden können.

One-Minute-Paper

Ein Beispiel für ein unstrukturiertes Feedback, das ad-hoc eingeholt werden kann, ist das One-Minute-Paper.

Hierbei können Freitextkommentare zu kurzen, offenen Fragen beantwortet werden.

Besonders gut gefallen hat mir ...

Das nehme ich mit ...

Unklar geblieben ist mir ...

Interkollegiales Feedback und Supervision der Lernbegleitung

Lernbegleiter haben selbst ein großes Potenzial, sich gegenseitig durch Feedback zu unterstützen.

Die internationale Erfahrung zeigt, wie wichtig es ist, dass sich die Lernbegleiter regelmäßig zu einem Austausch treffen.

Das kollegiale Feedback kann als Ad-hoc-Feedback in konkret erlebten Situationen der Lernbegleitung (z. B. Beisitz bei der Nachbesprechung einer Visite) oder geplant und strukturiert erfolgen.

Nachfolgend ist ein Beispiel für die Agenda eines regelmäßigen Treffens der Lernbegleiter dargestellt:

Agenda Treffen Lernbegleiter

TOP1: Aktuelles aus der Ausbildungsstation

Gibt es aktuelle Herausforderungen oder Besonderheiten in der Gruppe der Lernenden?
Gibt es aktuelle Herausforderungen hinsichtlich der Patienten?
Gibt es organisatorische Neuheiten oder Veränderungen?

TOP2: Aktuelles aus der Lernbegleitung

Welche Erfahrungen wurden seit dem letzten Treffen in der Lernbegleitung gemacht?
Gab es Situationen, die besonders gut gelaufen sind? Warum?
Gab es Situationen, die weniger gut gelaufen sind? Warum?

TOP3: Lernziele

Welche Lernziele haben sich die Teilnehmer gesetzt?
Wie wurden diese überprüft?
Welche wurden erreicht, welche nicht und warum?

TOP4: Methodenkoffer

Welche Methoden wurden seit dem letzten Treffen eingesetzt?
Was hat gut funktioniert, was weniger gut?
Gab es Situationen, in denen eine besondere Methode wünschenswert gewesen wäre?
Was gibt es Interessantes aus anderen Ausbildungsstationen oder aus Publikationen zu berichten?

TOP5: Zusammenfassung und ggf. Aufgabenverteilung bis zum nächsten Treffen

Briefing und Debriefing



Beim Briefing handelt es sich um eine kurze Einweisung vor einer Aufgabe.

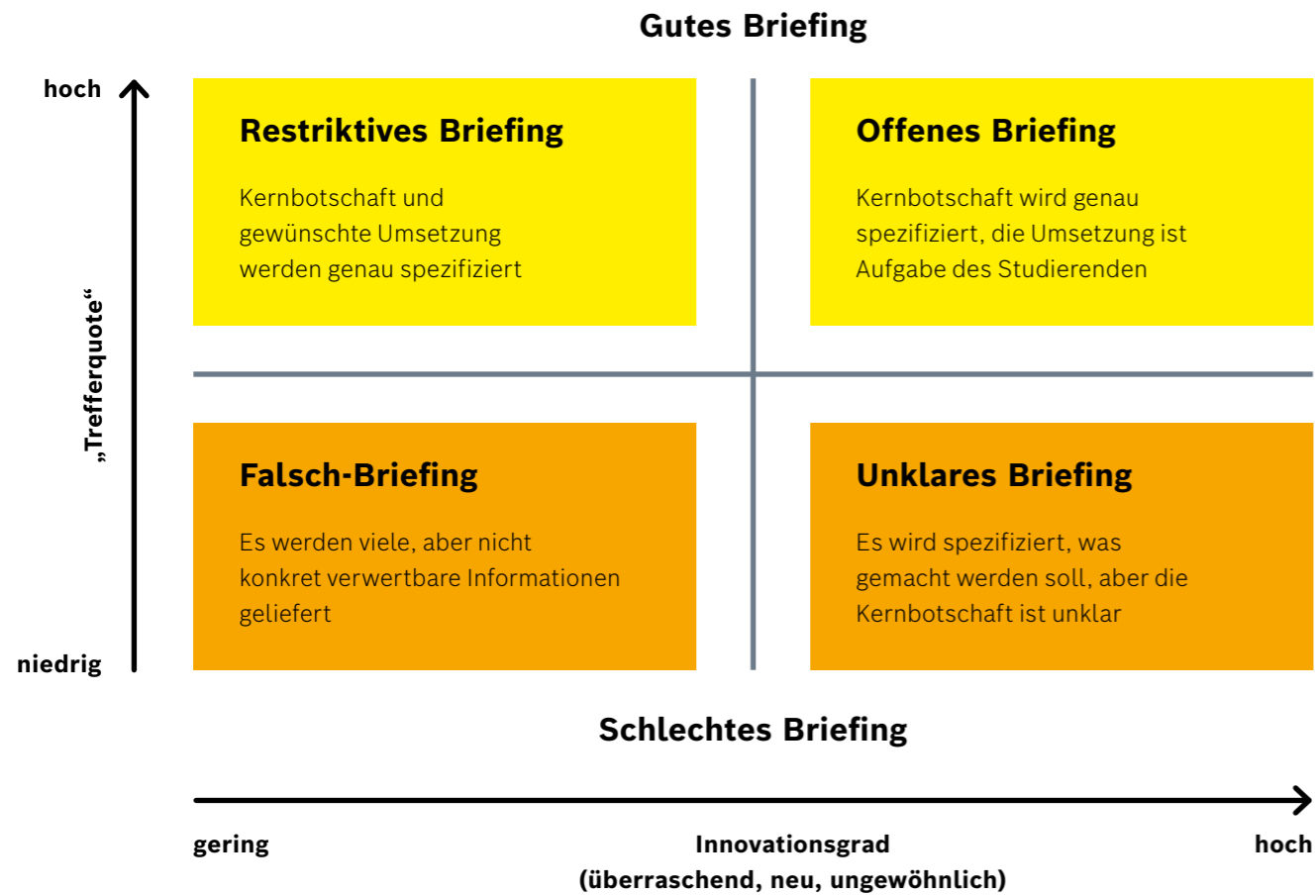
Elemente des Briefings sind neben der Beschreibung der eigentlichen Tätigkeit auch das Besprechen der Rahmenbedingungen und Besonderheiten sowie möglicher Fallstricke.

In Abhängigkeit vom Ausbildungsstand der Lernenden kann es nötig sein, beim Briefing sehr kleinschrittig vorzugehen und den Ablauf in mehrere Sequenzen aufzuteilen. Dies ist insbesondere bei sehr komplexen Tätigkeiten oder bei Risiken für die Patientensicherheit entscheidend.

Wichtig sind Rückfragen und Teach-back-Sequenzen (siehe folgendes Kapitel).

Bei fortgeschrittenen Lernenden kann nah an der späteren Praxis vorgegangen werden.

Ein offenes Briefing bietet mehr Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Ausgestaltung der Handlung.



Quelle: Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Lehre, modifiziert nach Monzel (2011), www.adoach.de

Nach der Durchführung der Aufgabe ist ein Debriefing seitens der Lernbegleiter wichtig.

Debriefing beschreibt eine strukturierte Nachbesprechung.

Elemente des Debriefings sind die Reflexion der Handlung, die Identifikation von Problemen, die während der Tätigkeit aufgetreten sind, und der Umgang mit ihnen sowie möglichen Verbesserungsvorschläge.

Beim Debriefing ergeben sich große Überschneidungen mit Feedback (vgl. Kapitel zu Feedback) und Reflexion (vgl. Kapitel Reflexion). Da im Debriefing besonders auf die Emotionen der Lernenden und aufgetretene Probleme eingegangen wird, eignet es sich vor allem für eine strukturierte Nachbesprechung nach emotional belastenden Situationen, wie beispielsweise medizinischen Notfällen (vgl. Herausfordernde Situationen).

Ein Beispiel für ein strukturiertes Debriefing nach komplexen Situationen ist folgendes Schema:

- Abfragen der Emotionen („Wie fühlt ihr euch?“)
- Beschreiben der Situation („Was ist passiert?“)
- Analyse
- Persönliche Lernbotschaft („Was nehmen wir hieraus mit?“)

Briefing und Debriefing sind in Art und Umfang situations- und kontextabhängig.

Für fortgeschrittene Lernende oder Routinesituationen können sie auch kurz ausfallen.

Toolbox

- Briefing in kleinen Schritten bei komplexen Abläufen und Risiken für Patientensicherheit.
- Teach-back einsetzen zum Schaffen von Klarheit und Sicherheit.
- Debriefing machen – Gefühle abfragen und Lerngewinne formulieren lassen.

Warum Teach-back wichtig ist



Viele Informationen werden bereits während bzw. kurz nach einem Gespräch vergessen.

Beim Teach-back werden Patienten aufgefordert, das Gehörte in eigenen Worten wiederzugeben. Falsches und Fehlendes kann korrigiert oder bedarfsgerecht und individuell ergänzt werden.

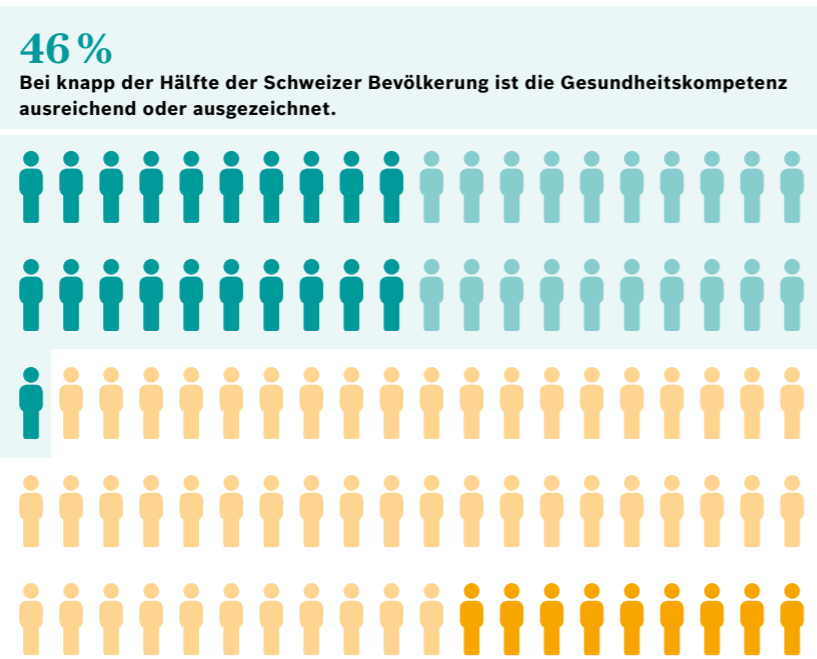
Studien zu Gesundheitskompetenzen aus Deutschland, aus der Schweiz und anderen europäischen Ländern zeigen, dass die Hälfte der Bevölkerung gesundheitsbezogene Informationen nicht versteht. Es ist daher wichtig, die Patienten das Gehörte oder die Anweisung in eigenen Worten wiedergeben zu lassen.

10 von 100 Personen haben eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz.

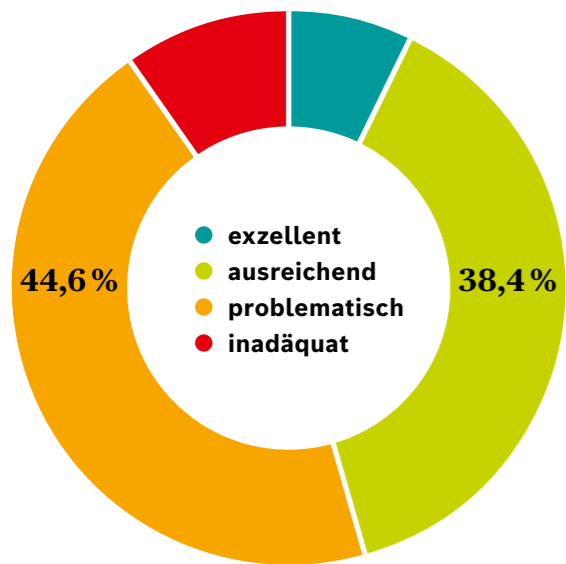
36 von 100 Personen haben eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

45 von 100 Personen haben eine problematische Gesundheitskompetenz.

9 von 100 Personen haben eine unzureichende Gesundheitskompetenz.



Quelle: Bevölkerungsbefragung „Erhebung Gesundheitskompetenz 2015“, <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02837/index.html?lang=de>



Mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland (54,3%) sieht sich im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen vor erhebliche Schwierigkeiten gestellt.

Abbildung: Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Deutschland (in Prozent der Bevölkerung), Schaeffer et al. 2016
Quelle: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/forschungsergebnisse-f%C3%BCr-deutschland>

Gesundheitskompetenzen sind abhängig von Alter und Bildung. Menschen mit chronischen Krankheiten haben überproportional hohe Defizite.

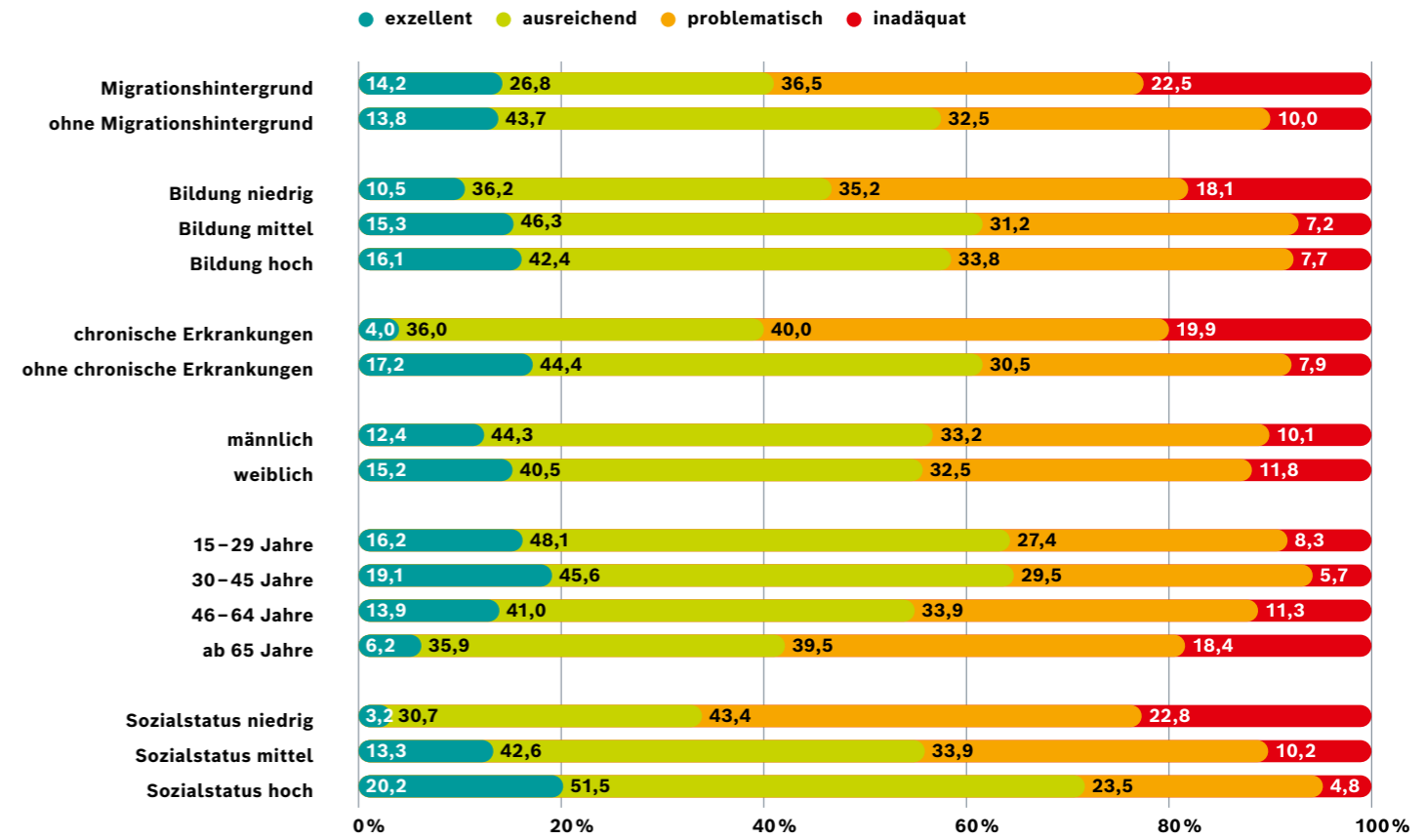


Abbildung: Health Literacy-Niveaus der Dimension „Verstehen von Informationen“ nach Subgruppen in Prozent
Quelle: Schaeffer et al. 2016

Standardsituationen



Verhaltensempfehlungen für Lernbegleiter in Standardsituation tragen dazu bei, unnötige Irritationen und Diskussionen zu vermeiden und die gesetzten Lernziele besser zu erreichen.

Die folgende Auflistung von Standardsituationen umfasst einige Beispiele, die in jeder interprofessionellen Ausbildungsstation zu erwarten sind, und andere, die eher auf fachspezifischen Stationen eintreten.

Bei den fachspezifischen Beispielen wird ein mögliches Verhalten exemplarisch dargestellt, das analog auf andere Situationen übertragen werden kann.

Mitgenannt sind hier gelegentlich auch Aspekte, die als Sozial- und Selbstkompetenz für gutes professionelles Handeln im Gesundheitsbereich eigentlich selbstverständlich sein sollten.



Voraussetzungen/Vorbereitung

1. Lernbegleiter stellen sicher, dass die Rahmenbedingungen stimmen und ein optimales Umfeld für interprofessionelles Lernen entsteht.
2. Neben den interprofessionellen Lernzielen sollen die fachlichen/monoprofessionellen Lernziele bekannt und möglichst für alle sichtbar sein.
3. Lernbegleiter stellen sicher, dass Patienten über die Besonderheiten einer interprofessionellen Ausbildungsstation informiert sind:
 - Ausbildung fokussiert nicht nur auf Fachlichkeit, sondern auch auf Kommunikation, Zusammenarbeit, professionelles Verhalten, Emotionen etc.
 - Es besteht keine Gefährdung durch die Auszubildenden, weil die Lernbegleiter auf fachliche Richtigkeit und Patientensicherheit achten.
 - Wegen der Ausbildung befinden sich oft mehrere Personen im Zimmer.
4. Bei hohem Arbeitspensum oder komplexen Situationen setzen die Lernbegleiter Prioritäten – wer tut wann was?
5. Diese Priorisierung wird mit der ärztlichen und pflegerischen (Stations-)Leitung abgesprochen.



Visite bei Patienten

1. Alle Lernenden stellen sich vor – und die Teilnehmer grüßen die Patienten!
2. Im Sichtfeld des Patienten stehen
3. Hierarchisches Gefälle verringern: Kopfteil hochstellen, Bett hochfahren
4. Alle Teilnehmer sollen zu Wort kommen, um relevante berufsspezifische Aspekte einzubringen
5. Patienten aktiv einbeziehen
 - Fragen zulassen und fördern
 - in Laiensprache den Stand und das weitere Vorgehen erklären
 - das Gesagte von den Patienten in eigenen Worten nacherzählen lassen (Teach-back).
6. Den auf der Abteilung festgelegten Visiten-Ablauf einhalten und Strukturierungshilfen nutzen
7. Prüfen, ob die Informationen, Befunde, Änderungen, Anordnungen von den jeweils zuständigen Lernenden korrekt dokumentiert werden
8. Patientenrelevante Probleme, Herausforderungen oder Risiken ansprechen
9. Ungenügende Sozialkompetenz und Fehlverhalten ansprechen
10. CAVE: Es ist nicht die Visite der Lernbegleiter – diese befinden sich im Hintergrund
Lernbegleiter unterstützen nur bei Bedarf und treten danach sofort in den Hintergrund zurück.



Übergaben

1. Patienten werden nach einem Schema vorgestellt (z. B. (I)SBAR/SOAP etc.), ggf. Scores verwenden (z. B. Dekubitus, DM, Sturz, Pneumonie, MMS, GCS etc.)
2. Den vorgegebenen Zeitrahmen einhalten
3. Konzentration und Aufmerksamkeit bei den Übergabeteilnehmern einfordern
4. Verständnisfragen fördern
5. Bei kommunikativen Unklarheiten nachfragen
6. Teach-back einsetzen – nicht nur bei Unsicherheiten



Behandlungsplan/Versorgungsplan und Entlassmanagement

1. Involvierte Partner planen gemeinsam
(CAVE: Es gibt unterschiedlichste Organisationsformen in den Krankenhäusern)
2. Vorausschauende Planung: sofort, heute, mittel- und langfristig
Therapie-/Behandlungsziele interprofessionell festlegen
3. Alle werden angehört
4. Patienten, Angehörige und Betreuer früh einbeziehen: als Koproduzenten, nicht als Ausführungsgehilfen
5. Dokumentation gemäß geltendem Standard erstellen
6. Die notwendigen Unterlagen rechtzeitig erstellen
(Rezepte, Arbeitsunfähigkeit, Überleitungsbögen, Arztbriefe etc.)
7. Prüfen, ob und wie die Maßnahmen umgesetzt werden



Patientengespräch (Aufklärung, Beratung/Schulung) und Angehörigengespräch

1. Eine ruhige, möglichst ungestörte Atmosphäre schaffen.
Augenhöhe anstreben – bei Sitzordnung Machtgefälle vermeiden
2. Eine angemessene Laiensprache anstreben und mit Rückfragen dafür sensibilisieren
3. Das Gespräch gut vorbereiten und als Leitfaden notieren: Inhalt/Thema, Strategie/Struktur, Ziel/Botschaft, Gesprächsführung/wichtige Fragen, Formulare, z. B. Anästhesieprotokoll, Einwilligungserklärungen oder Aufklärungsbögen (informed consent)
4. Hilfsmittel und Instrumente nutzen:
z. B. SPIKES zum Überbringen schlechter Nachrichten oder NURSE zum Umgang mit Emotionen
5. Auf die Haltung achten (Paternalismus reflektieren!)
6. In der Dokumentation neben Fachfragen auch soft factors festhalten:
Sorgen, Ängste, Emotionen etc.



Einbeziehung von anderen Berufsgruppen (Konsile)

1. Sich bei der Kontaktaufnahme mit Namen und Funktion vorstellen
2. Die Fachsprache(n) adäquat einsetzen – Status- und Kompetenzmarkierung vermeiden
3. Problem und Sachfrage präzise darstellen
4. Frage und Unterstützungsbedarf klar formulieren
5. Freundliche und wertschätzende Würdigung der Beiträge



Medikation

Sicherstellen der 6-R-Regel:

Richtiger Patient?

Richtige Dosierung?

Richtiger Zeitpunkt?

Richtiges Medikament?

Richtige Applikation?

Richtige Dokumentation?

Und: auf hygienisch korrektes Vorgehen achten!



Aufnahme/Befunderhebung und Maßnahmen

Z. B. bei der Ermittlung von Risikoprofilen (Diabetes mellitus, Sturz, Dekubitus, Pneumonie), bei klinischen Untersuchungen oder bei der Patientenversorgung: Verbände, Katheter, Mobilisation, Atemtherapie, Schlucktraining etc.)

1. Im Team die anstehenden Maßnahmen nennen und Umsetzungsplanung erstellen
2. Die eigene Person und Funktion vorstellen
3. Die anstehenden Maßnahmen für alle verständlich nennen, ggf. Teilschritte und Schwierigkeiten erklären
4. Das Einverständnis des Patienten einholen
5. Die Maßnahme korrekt durchführen, ggf. gemäß Richtlinie/Standard
6. Die Dokumentation ausreichend aktualisieren

Toolbox

- Lernbegleiter sind nicht Hauptakteure, sondern befinden sich im Hintergrund. Sie unterstützen nur bei Bedarf und treten danach sofort in den Hintergrund zurück.
- Neben dem fachlich-methodischen Aspekt nutzen Lernbegleiter die Situation für interprofessionellen Austausch und fordern die unterschiedlichen Gesichtspunkte der Professionen ein.
- Interprofessionelle Lernmomente (teachable moments) ergeben sich in allen Standardsituationen oft spontan – diese Chancen unbedingt nutzen und zusammen mit den Teilnehmern bewusst den Lernzielen zuweisen.
- Jede bewusst betrachtete Lernsituation mit einem Feedback/einer Reflexion abschließen.
- Überprüfen, ob und wie Maßnahmen (Anordnungen, Briefe, Gespräche etc.) durchgeführt werden.
- Mit zunehmendem Kompetenzerwerb der Lernenden (Lernkurve, entrustable professional activities) zieht sich der Lernbegleiter sukzessive zurück.
- Lernbegleiter greifen bei kritischen Maßnahmen und Notfallsituation sofort und bestimmt ein, um die Patientensicherheit zu gewährleisten.
- Sie geben einen Input über das richtige Verhalten; die Teilnehmer sollen dies in eigenen Worten wiedergeben (Teach-back).



Herausfordernde Situationen



Für Lernbegleiter können unterschiedlichste Komplikationen auftreten, die Lehren und Lernen anspruchsvoll machen. In diesem Kapitel werden elf Situationen dargestellt, die erfahrungsgemäß regelmäßig auftreten. Sie werden hier anhand von klinischen Alltagssituationen überspitzt illustriert.

Auch wenn sie im ersten Moment als störend und problematisch wahrgenommen werden, können Lernbegleiter störende Situationen oder Irritationen als teachable moments erkennen und in interprofessionellen Lehrsituationen nutzen, um gemeinsam besser zu werden.



Die Wortführer/„Gesprächsmonopolisierer“

Situation: Am dritten Tag auf der Ausbildungsstation fällt Ihnen als Lernbegleiter auf, dass die sehr motivierte Schülerin Marie bei der Visite immer sofort das Wort ergreift und über „ihre“ Patientin berichtet. Nach ihrer ausführlichen Schilderung der Situation und des Zustands der Patientin fragt sie den PJler Martin: „Gibt es noch was aus ärztlicher Sicht?“

Welche Möglichkeit haben Sie als Lernbegleiter eine Ausgewogenheit zwischen pflegerischen und ärztlichen Redebeiträgen herzustellen?

Lösungsvorschlag 1: Unmittelbar nach der Visite die Teilnehmer fragen, wie sie den Umfang und die Art der Redebeiträge in fachlicher, sozial/gruppenspezifischer und kommunikativer Hinsicht einschätzen und die Antworten auf Flipchart/Tafel festhalten.

Lösungsvorschlag 2: Am folgenden Tag bewusst eine andere Reihenfolge bei der Patientenvorstellung vorgeben, also starten mit Medizin, dann Physio, Ergo, Pflege, um effektiv voneinander, miteinander und übereinander zu lernen.

Lösungsvorschlag 3: Wenn direkt nach der Visite keine Zeit für die Reflexion ist, wird dieser Punkt in der nächsten gemeinsamen Reflexion aktiv thematisiert und aufgearbeitet.

Durch Peer-Feedback, das sich an den Feedback-Regeln der Ausbildungsstation orientiert, stellen die Teilnehmer positive und negative Aspekte der bisherigen Durchführung der interprofessionellen Visite dar und überlegen gemeinsam, welche Visitenstruktur bzw. welches Vorgehen zu ausgeglicheneren Anteilen der Redebeiträge der verschiedenen Berufsgruppen führt.



Fachsprache am Bett

Situation: PJler Paul zur Patientin: „Sie haben einen CrP-Anstieg und einen nitritpositiven U-Status. Wir überlegen, Ihnen ein bakterizides Chemotherapeutikum zu geben.“

Wie bringen Sie die Lernenden dazu, Sachverhalte in patientengerechter Sprache verständlich mitzuteilen, damit die Patienten verstehen können, was mit ihnen passiert und wie sie selbst aktiv mitwirken können?

Lösungsvorschlag 1: Bitten Sie die Patientin, das Gehörte mit eigenen Worten wiederzugeben (Teach-back-Methode).

Achten Sie darauf, fachspezifische Ausdrücke direkt im Patientenzimmer zu klären, um Verunsicherungen zu vermeiden.

Lösungsvorschlag 2: Im Rahmen der nächsten vorgesehenen Reflexion bitten Sie einen der Gruppenteilnehmer, die Situation aus seiner Sicht zu beschreiben und zusammenzufassen. Bitten Sie z. B. PJler Paul, die Sicht der Patientin wiederzugeben. Die Gruppe soll so das Problem benennen (Gebrauch von Fachsprache und Abkürzungen) und Lösungsvorschläge erarbeiten (zielgruppenorientierte Kommunikation).

Bieten Sie Paul die Möglichkeit, gemeinsam mit der Gruppe noch einmal zur Patientin zu gehen und die Situation nachzubesprechen.

Vermitteln Sie dabei auch, dass es nebst dem Verstehen und Nachvollziehenkönnen seitens der Patienten ebenfalls darum geht, als Fachperson Empathie zu zeigen und die Adhärenz der Patienten zu gewinnen. Diese sind wesentliche „Mitproduzenten ihrer eigenen Gesundheit“.



Unpünktlichkeit und das große Schweigen

Situation: Während der ersten Woche auf der Ausbildungsstation kommt PJlerin Charlotte mehrfach deutlich zu spät. Dadurch sind die Arbeitsprozesse und die Abstimmung der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten stark beeinträchtigt. Die anderen Teammitglieder scheinen mit dieser Situation unzufrieden zu sein, äußern sich jedoch nicht konkret. Eine gegenseitige Rückmeldung zwischen den beiden Teams unterbleibt gänzlich. Welche Möglichkeit gibt es für Sie als Lernbegleiter, zur Lösung dieser Situation beizutragen?

Lösungsvorschlag 1: Rasch handeln

- Die Situation ansprechen: die Unpünktlichkeit wird wahrgenommen – sie schafft Konflikte, auch wenn niemand offen darüber redet
- Termin setzen: angemessenen Zeitpunkt und Ort finden, um den Konflikt anzusprechen
- Einzelgespräche mit Teammitgliedern vermeiden, damit kein Eindruck von Parteilichkeit und Frontenbildung entsteht, was die interprofessionelle Teambildung schädigt.

Lösungsvorschlag 2: Im Wochenrückblick thematisieren

Anlässlich des Rückblicks auf die erste Woche lassen Sie die Teilnehmer zunächst über positive und negative Aspekte reflektieren. Sollte die Problematik nicht angesprochen werden, weisen Sie darauf hin, dass Unpünktlichkeit auf der Abteilung nicht tragbar ist.

Chef schon wieder zu spät

Situation: PD Dr. Rainer Ungeduld kommt erneut deutlich verspätet zur Visite, das ganze Team wartet.

Lösungsvorschlag 1: Leitung der Ausbildungsstation bespricht dies im Rahmen der Führungsgespräche – das Hierarchieproblem kann nicht von Studierenden/Auszubildenden und Lernbegleitern gelöst werden.

Lösungsvorschlag 2: Die Teilnehmer arbeiten routinemäßig weiter, bis PD Dr. Rainer Ungeduld eintrifft. Bei seinem Erscheinen zeigen sie sich erfreut, sprechen ihn aber auf die Verspätung und den damit verbundenen Zeitverlust und die Störung des Tagesablaufs an.

Durch die Reflexion in der Gruppe wird die Dysfunktionalität durch Hierarchien thematisiert. Zum einen können notorische Verspätungen und Wartenlassen das Machtgefälle markieren – Entschuldigungen mit authentischer Begründung tragen zum guten Klima bei.

Zum anderen sind Verspätungen ein Indikator für Qualitätsverluste und Ressourcenvergeudung. Es soll daher auch vermittelt werden, dass der Normalbetrieb grundsätzlich weitergehen muss und dies auch Engagement, Eigenverantwortung und Selbststeuerung durch das interprofessionelle Team erfordert.

Ist das wirklich nötig?

Notwendigkeit/Zweckmässigkeit wird hinterfragt

Situation: Frau Brömmelkamp (85 Jahre) ist mit starken Bauchschmerzen bei chronischer Obstipation auf der Ausbildungsstation aufgenommen worden. Es steht jetzt eine Koloskopie an. Die Patientin fühlt sich unter den abführenden Maßnahmen sichtlich unwohl. Der Schüler Martin fragt nach der Visite: „Muss das denn wirklich sein?“ Die PJlerin Paula antwortet: „Ja natürlich, sonst sieht man ja bei der Spiegelung nichts und vielleicht hat sie ja einen Tumor oder so.“ Wie gehen Sie mit unterschiedlichen Wertvorstellungen (zum Beispiel bei Indikations-/Therapieentscheidungen) um?

Lösungsvorschlag 1: Thematisieren Sie diesen Zielkonflikt in der nächsten Reflexion. Erfragen Sie, wie die Beteiligten jeweils die Situation erlebt haben und welche Intention z. B. hinter der Frage von Martin stand. Lassen Sie das Team diskutieren und moderieren Sie diese interprofessionelle Fallanalyse.

Lösungsvorschlag 2: Falls die Gruppe zu keinem Konsens kommt, mit dem sich alle Beteiligten wohlfühlen, ziehen Sie weitere Akteure (z. B. Oberarzt) hinzu. Achten Sie darauf, dass die verschiedenen Einschätzungen und Gesichtspunkte dargestellt und diskutiert werden – es gibt oft nicht nur eine einzige, „objektive“ Bewertung, und das Selbstbestimmungsrecht der Patientin ist vorrangig.

Ich Arzt, du Pflege!

Situation: Es ist Montag 9 Uhr und Zeit für die Visite. Aufgeregt schnappen sich Schülerin Marie und PJler Paul ihre Unterlagen und eilen zum Patientenzimmer. Vor dem Zimmer begrüßen sie die Lernbegleiter. Die Nervosität der Teilnehmer steigt. An die Lernbegleiter gewandt beginnt Paul die Fallvorstellung am Bett des Patienten – ohne dass dies vorher vereinbart gewesen ist. Marie versucht mehrfach aus dem Hintergrund zu Wort zu kommen, wird jedoch kaum wahrgenommen.

Lösungsvorschlag 1: Legen Sie die Reihenfolge vorgängig fest und achten Sie im Laufe der Zeit auf Abwechslung.

Lösungsvorschlag 2: In der Reflexion soll zunächst mittels Peer-Feedback die Wahrnehmung der unterschiedlichen Teilnehmer zur Sprache kommen. Hierbei sollten die klar definierten Feedback-Regeln angewandt werden.

Um Situationen mit professionsspezifischen Rollenstereotypen zu vermeiden, sind eine Rollendefinition sowie ein Visitenstandard elementar. Interprofessionelle Ausbildungsstationen sind Orte, an denen bewusst Hierarchien, Stereotype und Vorurteile reflektiert werden sollen.



Schlechte Nachrichten, sterbende Patienten und persönliche Betroffenheit

Situation: Nach Erhalt aller Untersuchungsergebnisse wird der Patientin Frau Stock vom Arzt im Beisein von PJlerin Paula und Schüler Martin die Diagnose einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung übermittelt. Im Anschluss ist Martin sehr still.

Lösungsvorschlag 1: Der Lernbegleiter reflektiert das zuvor stattgefundenе Gespräch mit Paula und Martin auf sachlicher Ebene, um anschließend mit Paula und Martin die entstandenen Emotionen anzusprechen. In den nächsten Tagen kann das Thema erneut von den Lernbegleitern aufgegriffen werden, um weiteren Redebedarf zu identifizieren.

Lösungsvorschlag 2: Die persönliche Betroffenheit wird zum Anlass genommen, um aus interprofessioneller Perspektive mögliche Strategien zur Problembewältigung zu erarbeiten (unterstützende/palliative/ergänzende Interventionen). Dabei sollen alle Berufe ihre Vorschläge einbringen und hinsichtlich Machbarkeit, erwartetem Nutzen und Akzeptanz begründen.

Der interprofessionelle Rahmen eröffnet die Möglichkeit, auch das individuell unterschiedliche Erleben sowie die Grenzen therapeutischer Möglichkeiten zu thematisieren.

Schwierige, anspruchsvolle Angehörige

Situation: Frau Kummer, Angehörige einer Patientin in Zimmer 21, verlangt mehrmals am Tag eine Auskunft oder Intervention von den Studierenden und Auszubildenden. Aufgrund der vielen Unterbrechungen im Ablauf sind die Teilnehmer genervt.

Lösungsvorschlag 1: Der Lernbegleiter hält sich zurück, damit die Teilnehmer selbstständig die Herausforderungen erkennen und analysieren können und Lösungsstrategien entwickeln – das fördert interprofessionelles Lernen und sensibilisiert für (berechtigte) Anwesenheit von Angehörigen.

Lösungsvorschlag 2: Diese Situation wird zum Anlass genommen, den Leitfaden zum Umgang mit Angehörigen zu besprechen bzw. einen solchen zu entwickeln und einzuüben. Die einfachste Lösung – verbindliche Zeiten, die Angehörigenbesuche und -gespräche festlegen (z. B. morgens nach der Visite und am späteren Nachmittag) – lässt sich u. U. nicht durchsetzen.

Deshalb eher einen gangbaren Modus für ein Miteinander entwickeln und den Angehörigen Gesprächstermine anbieten. Tandemgespräche (Pflege und Medizin) stärken die Teilnehmer und helfen, Kompetenzen für diese wichtige Beziehungsarbeit aufzubauen.

Bloß keine Fehler machen!

Situation: Herr Schenkel klagt nach seiner Knie-OP während der Visite über Schmerzen. Er hat eine dokumentierte Metamizol-Unverträglichkeit. Dennoch ordnet PJlerin Paula 1 g Metamizol i. v. als Kurzinfusion an. Als Paula und Schüler Martin gemeinsam die Infusion richten, kommen Sie als Lernbegleiter dazu und hören, wie Martin fragt: „Hatte der nicht eine Metamizol-Unverträglichkeit?“ Paula antwortet: „Ah, ja ja, ich lösche schnell die Verordnung und wir geben Paracetamol.“ Als Paula und Martin Ihre Anwesenheit bemerken, ist den beiden das sichtlich unangenehm.

Wie thematisieren Sie als Lernbegleiter Fehlerkultur und Fehlervermeidung?

Lösungsvorschlag 1: Die Teilnehmer nicht bloßstellen oder tadeln – und auch nicht mit hierarchischen Sanktionsdrohungen reagieren (keine summative Bewertung machen!).

Damit werden die Bemühungen zur Nutzung von CIRS (Critical Incidents Reporting System) untergraben.

Ein Hauptproblem scheint zu sein, dass Paula und Martin Angst davor haben, dass Kollegen, Lernbegleiter oder Vorgesetzte den Fehler bemerken könnten.

Lösungsvorschlag 2: Nehmen Sie die Situation umgehend als Impuls für eine Lernsituation. Im Gespräch mit der gesamten Gruppe können Sie die Entstehung des Fehlers, seine möglichen Konsequenzen und Strategien zur künftigen Vermeidung diskutieren. Die Impulse sollen aus der Gruppe kommen. Stellen Sie als positiv heraus, dass der Fehler rechtzeitig bemerkt und kommuniziert wurde. Die Reflexion soll sowohl die Sachebene (Wie kam es zum Fehler?) als auch die Beziehungsebene (Verliere ich bei Fehlern das Gesicht vor meinen Kollegen oder Vorgesetzten?) umfassen.

Irren ist menschlich. Die Teilnehmer sollen Fehler als normalen Teil der Arbeit annehmen lernen und Strategien entwickeln, kooperativ und konstruktiv mit Fehlern umzugehen (CIRS konstruktiv nutzen!). Ein wichtiges Ziel des lebenslangen Lernens besteht darin, selbst und im Austausch mit anderen zu lernen, um Fehler nicht zu wiederholen.

Lustlose Lernende

Situation: In der Gruppe gibt es zwei Teilnehmer, die sich kaum beteiligen, kein Interesse und keine Initiative zeigen und offensichtlich darauf warten, dass die anderen die Arbeit machen. Sie haben zudem ständig ihre Mobiltelefone in der Hand und scheinen durch die in der virtuellen Parallelwelt laufende Kommunikation stark absorbiert zu sein.

Lösungsvorschlag 1: Setzen Sie durch verbindliche Vorgaben durch, dass persönliche Geräte im Arbeitszimmer deponiert bleiben – die permanente Ablenkung schadet dem Ruf der Fachpersonen, sie wirken unseriös, und das Vertrauen schwindet, wenn Patienten sich als Nebensache empfinden.

Lösungsvorschlag 2: Suchen Sie rasch das Gespräch mit den Betroffenen – das Verhalten ist unsolidarisch und beeinträchtigt das Lernen der ganzen Gruppe. Wenn es nicht besser wird, müssen Sie Sanktionen aussprechen.

Die Ausbildungsstation ist eine Last!

Situation: An einem Montagmorgen beginnen Sie mit einem neuen Team als Lernbegleiter auf einer Ausbildungsstation. Schon bei der Morgenübergabe bemerken Sie, dass die Stationsleitung bei der Besprechung der interprofessionell betreuten Patienten die Augen verdreht und ungeduldig wird. Später hören Sie, wie in der Frühstückspause im Pflegeteam Klagen laut werden, dass sie „jetzt auch noch diese Ausbildungsstation an der Backe haben“. Es ist offensichtlich, dass etwas in der Luft liegt und eine unterschwellige Abwehrhaltung vorhanden ist.

Lösungsvorschlag 1: Versuchen Sie zunächst, Ihren Eindruck zu objektivieren. Bei klaren Hinweisen suchen Sie das Vier-Augen-Gespräch mit der Stationsleitung, um den Klärungsbedarf zu ermitteln. Bei organisatorischen Problemen (Unterbesetzung, hohes Arbeitspensum etc.) muss die Situation auf der Führungsebene angegangen werden.

Lösungsvorschlag 2: Bei grundsätzlichen Vorbehalten gegen die Ausbildungsstation muss die Projektorganisation bzw. die Projektgruppe und die Linie (Pflegedienstleitung, leitende Ärzte) einbezogen werden. Sie können durch ihre Anwesenheit auf Station Probleme wahrnehmen und bei Bedarf an die weiteren Verantwortlichen rückmelden.

Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dass Ausbildungsstationen einen entlastenden Effekt haben, weil sich die Auszubildenden stark engagieren. Im Dialog können Ansätze für Arbeitsteilung und Zusammenarbeit gefunden werden. Rundtischgespräche ermöglichen zudem, die Konsolidierung und Weiterentwicklung von Ausbildungsstationen in einer für alle Beteiligten akzeptablen Form zu besprechen.

Toolbox

- Klare Rollendefinition schaffen (schriftlich).
- Klare Gesprächs- und Feedback-Regeln inkl. Peer-Feedback erarbeiten (gemeinsam und schriftlich am ersten Halbtage, auf Flipchart-Bogen festhalten und für alle sichtbar aufhängen).
- Das direkte Gespräch suchen (Vier Augen? Sechs Augen? Jetzt oder später?).
- Empowerment – die Beteiligten stärken: Probleme wahrnehmen, aber die Gruppe das Problem selbst benennen lassen. Erarbeiten von Lösungen an das Team delegieren („zuhören und auf den Händen sitzen“!).
- In der Reflexion Sach- und Beziehungsebene ansprechen.
- In der Reflexion die Sozialkompetenzen ansprechen.
- Deeskalationsstrategie: zunächst interne Lösungsstrategien mit direkt Beteiligten entwickeln, bei Problemen weitere relevante Akteure einbeziehen (Stationsleitung, Oberarzt, Projektgruppe, Projekt-Steuergruppe).
- Change-Management: regelmäßige Treffen des Kernteams, Strategieklausur mind. zwei Mal im Jahr, übergreifende Treffen mit anderen Ausbildungsstationen, Kurz-Inputs durch interne Fortbildungen für Fachpersonen, die nicht involviert sind.



Interprofessionelle Ausbildungsstationen in Deutschland und der Schweiz

Status quo und Aspekte der Lernbegleitung

Dr. Sebastian Bode, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
Prof. Dr. Marcus Krüger, Klinik für Neonatologie, München Klinik Harlaching und Schwabing
Christine Straub, M.A., Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

In Deutschland und der deutschsprachigen Schweiz sind aktuell (Stand: April 2020) an neun Standorten interprofessionelle Ausbildungsstationen (IPSTAs) mit maßgeblicher Beteiligung von Medizinfakultäten etabliert. In einer Online-Umfrage (Unipark/Questback 2020) im Zeitraum vom 19.02.2020 bis 20.03.2020 wurden über einen Verteiler der Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Förderprogrammes „Operation Team“ gezielt relevante Personen der aktiven interprofessionellen Ausbildungsstationen angeschrieben. Über einen Link erhielten diese Personen Zugang zum Online-Fragebogen mit der Aufforderung, den Online-Fragebogen an jedem Standort jeweils nur einmal auszufüllen. Der Online-Fragebogen wurde an jeweils zwei Standorten von pflegerischen Mitarbeitern und von Mitarbeitern anderer Fachbereiche, an vier Standorten von ärztlichen Mitarbeitern und an einem Standort gemeinsam von einem ärztlichen Mitarbeiter sowie einem Mitarbeiter eines anderen Fachbereichs ausgefüllt. Die folgende Tabelle zeigt ausgewählte Aspekte und Ergebnisse der Befragung in Zusammenhang mit der Lernbegleitung auf einer IPSTA.



Standort (in alphabetischer Reihenfolge)	Fachbereich	Teilnahme verpflichtend oder freiwillig	Anzahl der Teilnehmer pro Block	Anzahl der Patienten, die pro Tag auf der IPSTA betreut werden	Anzahl der Lernbegleiter pro Tag auf der IPSTA	Zeitlicher Umfang in Unterrichts- einheiten zur Vorbereitung der Lernbegleiter (1 UE = 45 Minuten)
			Medizinstudierende/ Pflegerauszubildende/ Andere		ärztliche/ pflegerische/ andere Lernbegleiter	
Universitätsklinikum Bonn	Pädiatrie	freiwillig	2/2	3	1/1	10
Klinikum Links der Weser Bremen	Allg./ Viszeralchirurgie	freiwillig	1/1	6	1/1	3
Universitätsklinikum Freiburg	Pädiatrie	freiwillig	2/4	4	1/1	2
Universitätsklinikum Heidelberg	Allg./ Viszeralchirurgie	freiwillig	4/4/1-2	6	1/2/1	6
Universitätsmedizin Mannheim	Innere Medizin	verpflichtend	12/6/2	12	1/1/1	k. A.
München Klinik und TUM	Neonatalogie	freiwillig	2/2	2	1/1	2
Klinikum Nürnberg	Allg./ Viszeralchirurgie, Gastroentero- logie	freiwillig	4/4	4-8	2/2	2
Universitätsklinikum Regensburg	Innere Medizin	freiwillig	8/4	8	1/2	k. A.
Universitätsspital Zürich	Verschiedene (Innere Medizin, Unfallchirurgie, Geriatric, Ortho- pädie)	freiwillig	2/4	6	2/1/1	8

Tabelle 4: Ausgewählte Aspekte der Online-Befragung, die im Zusammenhang mit der Lernbegleitung auf den interprofessionellen Ausbildungsstationen stehen. k. A. = keine Angabe. Datenerhebung und -analyse: Bode, S., Krüger, M., Straub, C. in Kooperation mit allen genannten interprofessionellen Ausbildungsstationen.

Weitere Ergebnisse der Online-Befragung, die für die Lernbegleitung auf IPSTAs relevant sind, beziehen sich auf folgende Aspekte:

1. Berufsgruppenzugehörigkeit der teilnehmenden Auszubildenden und Studierenden:

An allen Standorten werden Auszubildende der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (AG(K)KP) ab dem zweiten und/oder dritten Ausbildungsjahr auf den IPSTAs eingesetzt. An sieben Standorten nehmen Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJ) am Lehr-/Lernformat IPSTA teil, zwei Standorte bieten die Teilnahme für Medizinstudierende im fünften Studienjahr an. Gemeinsam mit AG(K)KP und PJ nehmen an vier Standorten Auszubildende der Physiotherapie vom ersten bis zum dritten Ausbildungsjahr teil. Weitere Teilnehmende sind Auszubildende der Ergotherapie und Ernährungsberatung (an einem Standort) und Studierende der Pharmazie (an einem Standort).

2. Durchführungsmodus:

An sechs Standorten wird die IPSTA blockweise mit einer Dauer von zwei bis vier Wochen durchgeführt. Eine kontinuierliche Durchführung ist an drei Standorten etabliert.

3. Reflexionsmöglichkeiten für die Teilnehmer auf der IPSTA:

An allen Standorten finden für die Teilnehmer zu definierten Zeitpunkten eine Abschlussreflexion sowie Reflexionen statt. Unmittelbar im Arbeitsprozess auf der IPSTA wird eine Reflexion an fünf Standorten durchgeführt. An drei Standorten reflektieren die Teilnehmer selbstständig, an acht Standorten findet eine Reflexion unter Anleitung statt.

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass auf den bisher etablierten IPSTAs in Deutschland und der deutschsprachigen Schweiz wesentliche Aspekte der Durchführung und Lernbegleitung durchgängig sind, jedoch an die Bedürfnisse und Gegebenheiten der jeweiligen Standorte und Fachbereiche adaptiert werden (müssen). Eine entscheidende Voraussetzung für diese Adaption ist die berufsgruppenübergreifende Kooperation und Abstimmung hinsichtlich der Lernbegleitung als „Motor und Katalysator“ für das interprofessionelle und fachliche Lernen und Arbeiten auf einer IPSTA. Zur Verfestigung des Lerngewinns und zur Verstärkung dieses Lernformats sind strukturierte Reflexionen unabdingbar.



Literatur

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality: Use the Teach-Back Method.

Online unter: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2_tool5.pdf [Stand: 15.1.2020].

Baik, D., Abu-Rish Blakeney, E., Willgerodt, M., Woodard, N., Vogel, M., Zierler, B. (2018): Examining interprofessional team interventions designed to improve nursing and team outcomes in practice: a descriptive and methodological review. In: *Journal of Interprofessional Care*, S. 1 – 9.

Baile, W.F. et al. (2000): SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. In: *Oncologist*, 5(4), S. 302 – 11.

Barr, H. (1998): Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. In: *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), S. 181 – 187

British Columbia Competence Framework for Interprofessional Collaboration (2008): British Columbia Competence Framework for Interprofessional Collaboration. Leading Interprofessional Education & Research, Ort unbekannt. Online unter: <http://chd2.sites.olt.ubc.ca/files/2013/05/BC-Competency-Framework-for-IPC.pdf> [Stand: 18.1.2020].

Charles, G., Bainbridge, L., Gilbert, J. (2010): The University of British Columbia model of interprofessional education. In: *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), S. 9 – 18. Online unter: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13561820903294549> [Stand: 29.01.2020].

CAIPE – Centre for the Advancement of Interprofessional Education (2016): Collaborative practice through learning together to work together: Statement of Purpose [Internet]. Fareham: CAIPE. Online unter: <https://www.caipe.org/resource/CAIPE-Statement-of-Purpose-2016.pdf> [Stand: 29.01.2020].

CanMEDS (2015): Physician Competency Framework. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Online unter: <http://canmeds.royalcollege.ca/en/framework> [Stand: 29.01.2020].

CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. CIHC: Vancouver BC. Online unter: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf [Stand: 29.01.2020].

CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010): A national interprofessional competency framework. Online unter: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf [Stand: 20.12.2019].

Curtin University Interprofessional Capability Framework. Perth. Online unter: <https://healthsciences.curtin.edu.au/studying-health-sciences/interprofessional-education/about-ipe/> [Stand: 29.01.2020].

European Commission. Descriptors defining 8 levels in the European Qualifications Framework (EQF). Online unter: <https://ec.europa.eu/ploteus/fr/node/1440> [Stand: 29.01.2020].

Flexner, A. (1910): *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Smithonian.

Gibbs, G. (1988): *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Polytechnic.

Hägg, Martinell, A., Hult, H., Henriksson, P., Kiessling, A. (2017): Medical students' opportunities to participate and learn from activities at an internal medicine ward: An ethnographic study. *BMJ Open*. 7. e013046. 10.1136/bmjopen-2016-013046.

Hallin, K., Kiessling, A. (2016): A safe place with space for learning: Experiences from an interprofessional training ward. In: *Journal of Interprofessional Care*, 30(2), S. 141 – 148. DOI: 10.3109/13561820.2015.1113164.

Hattie, J., Timperley, H. (2007): The Power of Feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), S. 81 – 112. Online unter: <https://doi.org/10.3102/003465430298487> [Stand: 29.01.2020].

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2016) : Core competencies for interprofessional collaborative practice. Report of an expert panel. Washington D.C. Online unter: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipecreport.pdf> [Stand: 29.01.2020].

IPEC (2011): *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*. San Francisco: The Interprofessional Education Collaborative. Updated 2016. Online unter: <https://www.ipecollaborative.org/core-competencies.html> [Stand: 29.01.2020].

Joswig, M., Cichon, I., Schäfer, T. (Hg.) (2019): *Sternstunden interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – (Un-)wahre Patientengeschichten aus dem Leben*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Jünger, J. et al. (2019): *Berufsübergreifend denken – interprofessionell Handeln. Empfehlungen zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten*. Mainz: IMPP.

Kiesewetter, J., Fischer, M.R. (2015): The Teamwork Assessment Scale: A Novel Instrument to Assess Quality of Undergraduate Medical Students' Teamwork Using the Example of Simulation-based Ward-Rounds. *GMS Z Med Ausbild*. 32(2):Doc19. DOI: 10.3205/zma000961.

KMK – Kultusministerkonferenz (2017): *Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse. Überarbeitete Fassung*. Berlin: KMK. Online unter: https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-02-Qualifikationsrahmen/2017_Qualifikationsrahmen_HQR.pdf [Stand: 29.01.2020].

KMK – Kultusministerkonferenz (2018): *Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. Berlin: KMK. Online unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf [Stand: 29.01.2020].

Langendyk, V., Hegazi, I., Cowin, L., Johnson, M., Wilson, I. (2015): *Imagining Alternative Professional Identities: Reconfiguring Professional Boundaries Between Nursing Students and Medical Students*. In: *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 90. S. 732 – 737. 10.1097/ACM.0000000000000714.

Langendyk, V., Mason, G., Wang, S. (2016) : How do medical educators design a curriculum that facilitates student learning about professionalism? In: *International Journal of Medical Education*, 7. S. 32 – 43. 10.5116/ijme.5683.c2e0.

Lie, D.A., Richter-Lagha, R., Forest, C.P., Walsh, A., Loheny, K. (2017): When less is more: validating a brief scale to rate interprofessional team competencies. *Med Educ Online*, 22(1):1314751.

Mette, M., Baur, C., Hinrichs, J., Oestreicher-Krebs, E., Narciß, E. (2019): *Implementing MIA – Mannheim's interprofessional training ward: first evaluation results*. In: *GMS Journal for Medical Education*, 36(4).

Mihaljevic, A.L., Mitzkat, A., Schmidt, J., Fuzon, B., Probst, P., Götsch, B., Trierweiler-Hauke, B. (2019): Ausbildungscurriculum für interprofessionelle Lernbegleiter auf interprofessionellen Ausbildungsstationen. Präsentation auf der GMA Tagung, Frankfurt/Main, 27. Sept. 2019.

Mitzkat, A., Mink, J., Arnold, C., Krug, K., Mahler, C., Mihaljevic, A.L., Schmidt, J., Trierweiler-Hauke, B., Kiesewetter, J., Wensing, M., Ullrich, C.: Individuelle Kompetenzen und Team-Performance in der interprofessionellen Zusammenarbeit erfassen: Die Entwicklung des Interprofessionellen Visiten Individual und Team Assessment-Tools (IP-VITA). In: ZMS forthcoming 2020.

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Online unter: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/forschungsergebnisse-f%C3%BCr-deutschland/> [Stand: 29.01.2020].

NEXUS – The National Center for Interprofessional Practice and Education. Minnesota. Online unter: <https://nexusipe.org/informing/resource-center> [Stand: 29.01.2020].

Nisbet, G., Lee, A., Kumar, K., Thistlethwaite, J., Dunston, R. (2011): Interprofessional Health Education. A Literature Review. Overview of international and Australian developments in interprofessional health education (IPE). Sydney: Centre for Research in Learning and Change, University of Technology.

Nock, L. (2016): Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsberufen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Nock, L. (2018): Gemeinsam besser werden für den Patienten. Interprofessionelle Lehrkonzepte aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Oosterom, N., Floren, L.C., ten Cate, O., Westerveld, H.E. (2018): A review of interprofessional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes, *Medical Teacher*.

Parsell, G., Bligh, J. (1999): The development of a questionnaire to assess the readiness of healthcare students for interprofessional learning (RIPLS). In: *MedEduc*.1999, 33(2):95-100. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1999.00298.x.

Pelling, S., Kalen, A., Hammar, M., Wahlstrom, O. (2011): Preparation for becoming members of health care teams: findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. In: *Journal of Interprofessional Care*. 2011, 25(5):328-332.

Peyton, J.W. (1998): *Teaching and Learning in Medical Practice*. Heronsgate Rickmansworth, Herts.: Manticore Europe Ltd.

Prentice, D., Jung, B., Taplay, K., Stobbe, K., Hildebrand, L. (2016): Staff perceptions of collaboration on a new interprofessional unit using the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS). In: *Journal of Interprofessional Care*, 2016, 30(6), S. 823–825. DOI: 10.1080/13561820.2016.1218447.

Reeves, S., Xyrichis, A., Zwarenstein, M. (2017): Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, Volume 32, 2018 – Issue 1. Online unter: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150> [Stand: 29.01.2020].

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2018): *Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ein Praxisleitfaden*. Stuttgart. Online unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-08/Interprofessionelle_Ausbildung_Leitfaden.pdf [Stand: 29.01.2020].

Sargeant, J., Hill, T., Breau, L. (2010): Development and Testing of a Scale to Assess Interprofessional Education (IPE) Facilitation Skills. In: *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2010, 30(2), S. 126 – 131.

Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E., Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: 10.2390/0070-pub-29088450.

Schot, E., Tummers, L., Noordegraaf, M. (2019): Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. In: *Journal of Interprofessional Care*. Online unter: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007> [Stand: 29.01.2020].

Sottas, B., Brügger, S., Meyer, P. (2013): Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice. Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten. Winterthur: Verlag ZHAW, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.

Sottas, B., Kissmann, S. (2015): Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). Eine Übersichtstudie zur Evidenzlage. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit. Bern.

Sottas, B. (2016): Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In: Müller-Mielitz S. et al. (Hrsg.) *Innovationen in der Gesundheitswirtschaft*, S. 44–56. Melsungen: Bibliomed Verlag.

Sottas, B., Mentrup, C., Meyer, P.C. (2016): Interprofessionelle Bildung und Praxis in Schweden. In: *IJHP*, 3, Issue 1, S. 8–15. Online unter: <http://www.degruyter.com/view/j/ijhp.2016.3.issue-1/ijhp-2016-0002/ijhp-2016-0002.xml?format=INT> [Stand: 29.01.2020].

Sottas, B., Kissmann, S., Brügger, S. (2016): Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit. Bern. Online unter: https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2016_3_IPE-Erfolgsfaktoren-Messinstrument-Best-Practice-Beispiele-QR.pdf [Stand: 29.01.2020].

Sottas, B. (2019): Blindflug in die eHealth-Welt? Bildungsdefizite machen Professionalisierungsbemühungen der Gesundheitsberufe zunichte. In: *IJHP*, 3, Issue 1, S. 8-15. Online unter: <http://www.degruyter.com/view/j/ijhp.2016.3.issue-1/ijhp-2016-0002/ijhp-2016-0002.xml?format=INT> [Stand: 29.01.2020].

Straub, C., Hinrichs, J., Mette, M., Dürkop, A., Narciß, E., Baur, C., Oestreicher-Krebs, E., Bode, S. (2019): Schulung für angehende LernbegleiterInnen auf einer Interprofessionellen Ausbildungsstation. Präsentation und Workshop. GMA Tagung, Frankfurt/Main. 27. Sept. 2019.

The Interprofessional Curriculum Renewal Consortium, Australia (2013): *Curriculum Renewal for Interprofessional Education in Health*. Sydney: Centre for Research in Learning and Change, University of Technology, Sydney. Online unter: https://www.researchgate.net/publication/266801162_Curriculum_Renewal_for_Interprofessional_Education_In_Health [Stand: 27.12.2019].

Thistlethwaite, J., Dallest, K., Moran, M., Dunston, R., Roberts, C., Eley, D., Bogossian, F., Forman, D., Bainbridge, L., Drynan, D., Fyfe, S. (2016): Introducing the individual Teamwork Observation and Feedback Tool (iTOFT): Development and description of a new interprofessional teamwork measure. In: *Journal of Interprofessional Care*, 2016, 30(4), S. 526–528.

Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E.G., Kaap-Frohlich, S., Karstens, S., Reiber, K., Stock-Schröer, B., Sottas, B. (2015): Position statement GMA Committee: Interprofessional Education for the Health Care Professions. *GMS Z Med Ausbild.* 2015, 32(2), Doc22. DOI: 10.3205/zma000964

WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3)*. Geneva: World Health Organization.

Glossar/Terminologie

CIRS	Critical Incidents Reporting System
DM	Diabetes mellitus
EM	Entlassmanagement
EPA	Entrustable Professional Activities
EQF/DQR	European Qualification Framework/Deutscher Qualifikationsrahmen
GCS	Glasgow Coma Scale, Skala zur Abschätzung einer Bewusstseinsstörung
IPCP	Interprofessional Collaborative Practice
IPE	Interprofessional Education
IPSTA	umgangssprachliche Abkürzung für interprofessionelle Ausbildungsstation
ISBAR	wie SBAR, wobei vorab die Identification erfolgt: Vorstellen von Fachperson und Patient
MMS	Mini Mental Status, Instrumente zur Erfassung von kognitiven Störungen
NURSE	Instrument zum Umgang mit Emotionen
PJler	Medizinstudent im praktischen Jahr
SBAR	Strukturierung der Kommunikation: Situation, Background, Assessment, Recommendation
Scaffold	„Gerüst“ – Orientierungshilfen, Anleitungen gem. konstruktivistischen Lerntheorien
SMART	Methode zur Zieldefinition
SOAP	Subjective Objective Assessment Plan – Strukturierungshilfe für Anamnese, Diagnostik, Befund und Therapie: subjektive Beschwerden, objektive Befunde, Analyse, Planung
SOP	Standard Operation Procedures
SPIKE	Methode zum Überbringen schlechter Nachrichten in sechs Schritten

Phase	Abkürzung	Inhalt/Thema	Kennzeichen
1	S	Setting	Bezugspersonen einbeziehen, Störungen vermeiden, Zeitrahmen setzen, Informationen bereithalten
2	P	Perception of condition	Abfrage von Vorwissen, Patientenwahrnehmung erkunden, blinder Fleck?
3	I	Invitation from the patient to give information	Bereitschaft zur Aufnahme der Botschaft abfragen, Patientenentscheidung akzeptieren ggf. weitere Gespräche anbieten
4	K	Knowledge: giving medical facts	Klare und deutliche Übermittlung der Botschaft, kurze Sätze, keine Fachwörter, Code-Switching, Verständnis abfragen
5	E	Explore emotions and sympathy	Aktives Zuhören und Spiegeln, Emotionen zulassen, Zeit und Raum geben, empathische Rückmeldungen
6	S	Strategy and summary	Aussichten klären und Gespräche/Schritte planen

Tabelle 5: SPIKES – Protokoll zum Überbringen schlechter Nachrichten

Quelle: Baile WF et al. 2000

Impressum

Herausgeber

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Projektleiter

Dr. Beat Sottas
formative works

Kontakt

Beat Sottas
Telefon +41 79 285 91 77
sottas@formative-works.ch

Irina Cichon
Telefon +49 711 46084-139
irina.cichon@bosch-stiftung.de

Redaktion

Irina Cichon
Alicia Armbruster
Robert Bosch Stiftung

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2020
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck

Offizin Scheufele
Druck und Medien GmbH & Co. KG

Zitierhinweis

Sottas, Beat et al. (2020):
Handbuch für interprofessionelle Ausbildungsstationen.
Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

ISBN 978-3-939574-58-3

