

Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten – Pilotimplementierung, Begleitevaluation und Erarbeitung von Implementierungsstrategien für ein longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“

und

„Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation in der Medizin“

- Bericht zum gemeinsamen Arbeitstreffen am 05. – 06.10.2018 in Mainz

Das Arbeitstreffen fand am 05. – 06.10.2018 in Mainz mit insgesamt 96 TeilnehmerInnen statt.

Im Rahmen des Arbeitstreffens wurden zunächst die Themen „Stärkung der kommunikativen Kompetenzen in der Krebsversorgung“ sowie „Die Bedeutung des Masterplanes Medizinstudium 2020 für die Lehre und Prüfung kommunikativer und interprofessioneller Kompetenzen“ präsentiert. Zudem wurde über den aktuellen Stand der oben genannten Projekte berichtet sowie die Themengebiete „Mangelhafte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung“ und „Interprofessionelle Ausbildungsstation“ anhand konkreter Beispiele vorgestellt. Die Arbeitsgruppen beschäftigten sich mit den fünf Schwerpunktthemen Best Practice Beispiele, Institutionelle Rahmenbedingungen zur Implementierung longitudinaler Curricula, Qualifizierung der Dozierenden und studentischen TutorInnen, Entwicklung eines Blueprints, Staatsexamina Medizin und fakultätsinterne Prüfungen.

Vorträge im Plenum

Stärkung der kommunikativen Kompetenzen in der Krebsversorgung – Ergebnisse aus dem Nationalen Krebsplan (Dr. Jutta Semrau, Bundesministerium für Gesundheit)

Frau Dr. Semrau skizzierte die Schwerpunkte des Nationalen Krebsplans. Dabei wurde deutlich, dass die Arbeiten im nationalen Krebsplan weit über die Onkologie hinausreichen. Im Fokus eines der vier Handlungsfelder ist die Patientenorientierung, ein Thema das auch Eingang in die Allianz für Gesundheitskompetenz gefunden hat. Um die Patientenorientierung zu stärken, gibt es neben den bestehenden Maßnahmen, wie der Förderung der Implementierung des longitudinalen Mustercurriculums u. a. die Idee, eine nationale Gesundheitsplattform mit Informationen zur evidenzbasierten Medizin zu entwickeln. Perspektivisch sind die Stärkung der kommunikativen Kompetenzen auch in der Fort- und Weiterbildung sowie die Einbindung weiterer Professionen (wie z. B. durch Förderung der Entwicklung eines Nationalen Lernzielkataloges für Kommunikative Kompetenzen in der Pflege) wichtige Ziele. Kommunikative Kompetenzen bei der Zertifizierung von Krankenhäusern bzw. Betreibergesellschaften als Kriterium einfließen zu lassen, ist eine mögliche Maßnahme, die

ebenfalls zeigt, dass das Thema „Kommunikative Kompetenzen“ weit über die Onkologie hinausreicht.

In der Diskussion wurde u. a. die Frage nach einer Arbeitsdefinition der „Patientenorientierung“ gestellt. Wichtige Kriterien aus der Perspektive des Nationalen Krebsplans sind die Augenhöhe zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn und das Treffen präferenzsensitiver Entscheidungen. Die PatientInnen sollen die Informationen bekommen, die Sie benötigen, um die Behandlung mitzutragen.

Masterplan Medizinstudium 2020: Was bedeutet das für die Lehre und Prüfung kommunikativer und interprofessioneller Kompetenzen (Prof. Dr. med. Jana Jünger, Institut für medizinische und pharmazeutischen Prüfungsfragen, Mainz)

Frau Prof. Jünger betonte zum Einstieg den Zusammenhang zwischen longitudinalem Mustercurriculum und Patientensicherheit. Im Folgenden skizzierte sie die Änderungen, die durch den Masterplan Medizinstudium 2020 auf die medizinische Ausbildung zukommen. Mit der Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung im Jahr 2012 sind kommunikative und interprofessionelle Kompetenzen in der Ausbildung fest verankert. Seitdem ist es ein wichtiges Ziel, Kommunikationstrainings in allen Fächern zu integrieren, nicht nur wie bisher in den „sprechenden Fächern“, um dem Missverständnis zu begegnen, es sei nur für diese Fächer wichtig. Nach wie vor ist die Vermittlung dieser Kompetenzen zu heterogen und zu wenig mit den klinischen Inhalten verknüpft. Die Lösung funktioniert über extrinsische (via Prüfungen, insbesondere Staatsexamina) und intrinsische (via fächerübergreifende Lehre) Motivation.

In der Diskussion wurde erörtert, ob bzw. welche Änderungen im 2. Staatsexamen bezüglich der MC-Fragen zu erwarten sind. Alle Examen werden sich ändern – so wird der schriftliche Teil des 2. Staatsexamens perspektivisch elektronisch durchgeführt werden, was den Einsatz von Videos und Key Feature Fragen ermöglicht. Auch Fragen zu Patientenrechten, Sicherheit, Digitalisierung und der Umgang mit Patientendaten werden nach rechtlicher Beratung möglich sein.

Angesprochen wurde auch eine Studie der Ethikkommission, die zeigt, welche Probleme durch fortschreitende Bürokratisierung und Personalmangel entstehen. Erfahrungen aus der internationalen Zusammenarbeit zeigen, dass es wichtig ist, Änderungen in der Ausbildung mit dem klinischen Alltag zu verlinken. In den USA scheint das nicht gelungen zu sein. Empfehlungen zur Umsetzung bzw. Anknüpfung an die Versorgung können hier weiterhelfen, um zu klären, wie arbeitsplatzbasiertes Lernen erfolgreich sein kann.

Einerseits soll die Ausbildung in Deutschland standardisiert und verbessert werden – andererseits haben wir 20-30 % ausländische ÄrztInnen, die nach anderen Standards ausgebildet wurden. Dies eröffnete die Diskussion, wie mit diesem Sachverhalt umzugehen sei. Den Ärztekammern sind die Herausforderungen bekannt und bewusst und ein möglicher Lösungsvorschlag wäre, dass sich diese KandidatInnen dem deutschen Staatsexamen unterziehen müssen, um die Approbation zu erhalten, ähnlich wie dies in den USA und in Kanada praktiziert wird. Auf diese Weise kann die Qualität gesichert werden und „Inländer-Diskriminierung“ vermieden werden.

Die bvmd begrüßt die Entwicklung und fragt, wie die Änderungen in den Staatsexamen umgesetzt werden sollen und nach welchen Implementierungsstrategien vorgegangen werden soll. Die Implementierung soll auf der Grundlage des kompetenzbasierten Gegenstandskatalogs erfolgen, dessen

Entwicklung in den nächsten drei Jahren durch das IMPP erfolgen wird. Beispielsweise wird sich das IMPP bei der Implementierung der bundeseinheitlichen OSCE-Prüfung an den Vorerfahrungen anderer Länder orientieren. Einige Fakultäten haben bereits jetzt eine PJ-Eingangsmessung in Form einer OSCE-Prüfung. Perspektivisch sollten alle Fakultäten solche Messungen einführen, damit alle Studierenden die gleichen Chancen haben. Unterstützend kommt hier die flächendeckende Dozenten- und Tutorenqualifikation zum Tragen.

Nationales Longitudinales Mustercurriculum Kommunikation - Pilotimplementierung an vier Standorten: Erfahrungsberichte aus Hamburg, Heidelberg, Magdeburg und Mainz (Dr. med. Christian Brünahl, PD Dr. med. Jobst Schultz, Dr. med. Kerstin Reschke, Dr. Sabine Fischbeck)

Die KooperationspartnerInnen stellten jeweils den aktuellen Stand des Projektes am eigenen Standort vor. Zum aktuellen Zeitpunkt wird an allen Standorten der Vorschlag: aktueller Stand zur Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen erhoben. Zudem wurden im Projekt gemeinsam die beiden Themenbereiche „Risikokommunikation“ und „Motivational Interviewing“ definiert, die an allen Standorten in der Lehre und Prüfung umgesetzt werden sollen.

Nach den allgemeinen Informationen zum modularen Aufbau des Medizinstudiums in **Hamburg** stellte Herr Dr. Brünahl das Kommunikationscurriculum dar, das in Form einer Lernspirale aufeinander aufgebaut ist. Eine besondere Herausforderung bei der Implementierung neuer kommunikativer Themenbereiche stellen die organisatorischen Rahmenbedingungen dar, u. a. gibt es für über 600 Modulbausteine insgesamt 180 verantwortliche Lehrkoordinatoren.

In **Heidelberg** besteht die aktuelle Herausforderung in einer curricularen Reform, bei der Pflichtstunden reduziert werden sollen. Die bestehenden Lehrveranstaltungen zur Lehre kommunikativer Kompetenzen konnten zwar beibehalten werden, eine Aufstockung des Stundenkontingents zur Integration neuer Themen, wie z. B. Risikokommunikation gestaltet sich dagegen schwierig.

In **Magdeburg** besteht ein großes Entwicklungspotenzial. Zur Implementierung der Themen Risikokommunikation und Interessenkonflikte werden Anknüpfungspunkte an bestehende Veranstaltungen geprüft. Weiterhin wird eine didaktische Basisschulung für Dozierende zum Vorschlag: Themenbereich Arzt-Patienten-Kommunikation erarbeitet.

Die Herausforderung in **Mainz** liegt darin, die drei Disziplinen Medizinische Psychologie, Praktikum, Psychosomatik, die bisher schwerpunktmäßig das Thema Kommunikation vertreten haben, longitudinal zu verknüpfen und mit der klinischen Lehre zu vernetzen.

Diskussion

Die Vernetzung mit der Praxis bzw. zu konkreten Patientenszenarien ist schwierig bzw. herausfordernd. Häufig fehlt es an Sensibilität bei Studierenden und Lehrenden. Als Lösungsansätze wurden hierfür Vorschlag: eine bessere Qualifizierung der Dozenten und mögliche Änderungen der Bedingungen am Arbeitsplatz genannt.

Erfahrungen aus der Schlichtungsstelle zeigen, dass ärztliche Kommunikation ohne Dokumentation Probleme verursachen kann. Wie kann sichergestellt werden, dass Gelehrtes auch Dokumentationsstrategien und -standards enthält? Frau Prof. Jünger verweist auf ein Projekt im Bereich Entlassungsmanagement mit dem Schwerpunkt Dokumentation von Frau Dr. S. Wienand aus Bremen, das sich in der Entwicklung befindet.

Herr Dr. Brünahl führt aus, dass Studierende großes Interesse an Kommunikation haben, hauptsächlich im Bereich der praktischen Umsetzung. Wichtig sei daher, wie praktische Übungseinheiten ins Studium integriert werden können, bei denen der interprofessionelle Ansatz gelebt wird und wie verdeutlicht werden kann, dass Dokumentation eine wesentliche Rolle bei der Zusammenarbeit spielt.

Diskutiert wurde die Frage nach der Abstimmung und Tiefe der Lernziele bzw. -inhalte: was soll in Aus- und was in Weiterbildung gelehrt werden? Frau Prof. Jünger berichtet, dass diese Diskussion im Nationalen Krebsplan geführt wurde und einige Lernziele sicher nach wie vor diskussionswürdig seien. Solange die Weiterbildung wenig standardisiert stattfindet, seien diese Inhalte am besten in die Ausbildung zu integrieren. Als Antwort auf die grundlegende Frage, was ein Absolvent wirklich brauche, um Patientenorientierung und -sicherheit zu gewährleisten und ob es dafür genügend qualifizierte Dozenten gebe, setzt Frau Prof. Jünger auf geplante Dozentenqualifikationsprogramme und die parallele Integration der Inhalte in die Weiterbildung.

Mangelhafte Kommunikation im Arzt-Patient-Verhältnis: Medizinische und juristische Konsequenzen (Prof. Dr. Marcel Verhoff und Prof. Markus Parzeller, Universitätsklinikum Frankfurt)

Herr Prof. Verhoff und Herr Prof. Parzeller stellten einleitend den Bezug zwischen Rechtsmedizin und Kommunikation her: Angehörigengespräche, Gespräche mit traumatisierten Patienten, Gewaltopfern bieten kommunikative Herausforderungen. Dazu kommt die Übersetzungsfunktion vor Gericht als Gutachter.

Bei Verfahren zu Behandlungsfehlern liegen in 40 % der Fälle die Fehler bei der Aufklärung, da der Unterschied zwischen Selbstbestimmungsaufklärung und Sicherungsaufklärung oft nicht klar sei. Dieser Unterschied sei allerdings wesentlich, wenn es um die Frage der Beweislast gehe. Im einen Fall liegt die Beweislast beim Arzt, im anderen Fall jedoch beim Patienten.

Die meisten Verfahren zu Behandlungsfehlern enden nicht mit einem Urteil, sondern einem Vergleich. Warum ist es jedoch nicht vorher möglich, sich zu einigen, ohne dass ein Gerichtsverfahren stattfindet?

Die Ursache dafür ist im Umgang mit Fehlern bzw. der Fehlerkommunikation zu suchen. Das Patientenrechtegesetz § 630c I-III sorgt für eine schwierige Konstellation. Es dient einerseits der Rechtssicherheit und der Fehlervermeidung, andererseits sind Ärzte durch die Versicherer angehalten, keine Fehler einzugestehen. Der Vortrag wurde durch die Darstellung von Beispielfällen für Kommunikationsfehler abgerundet, die die Folgen mangelhafter Kommunikation verdeutlichten.

Als Fazit wurden mehr Unterrichtseinheiten für Medizinrecht gefordert, um angehende Ärzte besser auf den Beruf vorzubereiten.

Diskussion

Eine Vertreterin des Aktionsbündnisses Patientensicherheit berichtet, dass Ärzte oft rechtliche Anforderungen nicht kennen, z. B. bei Patientenverzicht auf Aufklärung.

Als weitere Hürde für einen besseren Umgang mit Fehlern wurde die Haltung der Versicherer (Haftpflicht) diskutiert. Diese wollen nicht, dass Ärzte Fehler proaktiv ansprechen. Andererseits soll nach dem Patientenrechtegesetz die Aufklärung wahrheitsgemäß erfolgen (und nicht versicherungsökonomisch).

Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation – HIPSTA (PD Dr. med. André Mihaljevic)

Die Idee zur Ausbildungsstation entstand durch Hospitation bei der Ausbildungsstation am Karolinska Institut in Stockholm. In Heidelberg ist die Ausbildungsstation an der Universitätsklinik für Allgemein-Viszeral- und Transplantationschirurgie angesiedelt.

Das Konzept sieht vor, dass jeweils vier Medizinstudierende im Praktischen Jahr und vier Auszubildende aus dem Bereich Gesundheitskrankenpflege mit einem ärztlichen und einem pflegerischen Lernbegleiter vier Wochen lang in zwei Schichten für zwei „eigene“ Patientenzimmer zuständig sind.

Die Ausbildungsstation wird von allen Beteiligten sehr positiv bewertet. Die PatientInnen fühlen sich auf dieser viel besser aufgehoben und besser betreut.

Diskussion

Die Lernbegleiter sind entscheidend, um Lernen und Austausch anzuregen. Die Lernbegleiterin im Bereich Pflege ist in den kompletten Tagesablauf miteinbezogen. Der ärztliche Lernbegleiter kommt dagegen punktuell bei der Visite oder in Notfallsituationen dazu. Die Delegation erfolgt, wo möglich, via Entrustable Professional Activities (EPAs).

Zudem wurde die Frage diskutiert, zu welchem Zeitpunkt während des Studiums/der Ausbildung interprofessionelle Lehre beginnen sollte. Für den optimalen Zeitpunkt gebe es bisher keine Evidenzen. Eine weitere Frage ist, ob gute interprofessionelle Ausbildung ein Garant für gute Zusammenarbeit ist. Fazit der Diskussion war hier, dass andere Faktoren das Outcome mitbeeinflussen: Eine gute Ausbildung reicht nicht, es braucht entsprechende Strukturen in den Kliniken.

Neben den Plenarvorträgen wurden die Schwerpunktthemen Best Practice Beispiele, Institutionelle Rahmenbedingungen zur Implementierung longitudinaler Curricula, Qualifizierung der Dozierenden und studentischen TutorInnen, Entwicklung eines Blueprints, Staatsexamina Medizin und fakultätsinterne Prüfungen in den **Arbeitsgruppen** bearbeitet.

Arbeitsgruppe - Best Practice Beispiele

Moderation: A. Mutschler, Dr. med. Stefan Bushuven

Im Rahmen der Arbeitsgruppe wurden zwei interprofessionelle Best Practice Beispiele präsentiert:

1. Interprofessionelles Training in der Infektionsprävention und Patientensicherheit (Dr. med. Stefan Bushuven, Radolfzell)
2. Interprofessionelle Teamarbeit: „Durch Barrieren schneiden“ (Dipl.-Psych. Sonia Sippel, Würzburg)

Im nächsten Schritt wurde das Klassifikationsschema für die Aufbereitung von Best Practice Beispielen diskutiert. Folgende Anmerkungen bzw. Änderungsvorschläge wurden in der Gruppe definiert:

- Erklärung bzw. Legenden zu den einzelnen Lehr- und Prüfungsformaten und –methoden ergänzen
- Herausforderungen der Umsetzung des BPB mit ggf. Lösungen
- Studierende ersetzen durch Teilnehmende
- Beteiligte Berufsgruppen: Studierende oder Dozierende?
- Mehrwert der Versorgung: Evidenzbasiert oder hypothetische Einschätzungen/Annahmen
- Feld „Sonstige“ als Freitext eingeben
- Ergänzung: ambulant, stationär, sektionsübergreifend

Arbeitsgruppe - Institutional Readiness

Moderation: Dr. med. S. Kolb, N. Deis

Zielsetzung des Workshops war, die bereits im Projekt erzielten Ergebnisse zu konkretisieren und zu ergänzen mit dem Fokus auf administrative und operative Mechanismen zur Implementierung interprofessioneller Lehre. Insgesamt sollten Empfehlungen zur Umsetzbarkeit interprofessioneller Lehre im Hinblick auf die strukturellen Rahmenbedingungen definiert werden.

In den bisherigen Diskussionen zum Thema „Strukturelle Rahmenbedingung zur Implementierung interprofessioneller Lehre“ wurden folgende Empfehlungen festgehalten:

- Ein curriculares Steuerungsteam einsetzen, das neben MedizinerInnen und Angehörigen verschiedener Heilberufe, aus Ethikern, VertreterInnen der CurriculumsentwicklerInnen, Juristen, ... besteht.
- Evidenzen liefern: weshalb ist interprofessionelles Lernen wichtig? Was ist der positive Impact auf Patientenoutcomes?
- Systemischen Ansatz wählen: vorhandene Lerngelegenheiten nutzen, um die Schwelle bei der Implementierung gering zu halten und Synergien zu nutzen.

Diese Empfehlungen wurden im Rahmen des Workshops konkretisiert und ergänzt, um die notwendigen administrativen und operativen Mechanismen auszuarbeiten, die für die Implementierung interprofessioneller Lehre von Bedeutung sind:

I. Grundlagen

Gesundheitspolitische Empfehlungen und Vorgaben

- WHO
- Wissenschaftsrat
- Empfehlungen des Nationalen Krebsplans
- Masterplan Medizinstudium 2020

Evidenzen, Benefits

Interprofessioneller Zusammenarbeit wird ein deutlich positiver Effekt sowohl auf die generelle Patientenversorgung als auch auf die Patientensicherheit zugeschrieben. Zudem sind gewinnbringende Effekte auf gesundheitsökonomische Faktoren sowie Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit dargestellt.

Innovationsfähigkeit

Interprofessionelles Lernen ist an deutschen Fakultäten bisher wenig etabliert und die Einführung eines interprofessionellen Curriculums bietet eine gute Chance, die Innovationsfähigkeit der eigenen Institution unter Beweis zu stellen. Ein Interprofessionelles Curriculum kann somit einen attraktiven Standortvorteil darstellen.

Anknüpfungspunkte

Bevor die inhaltliche und organisatorische Planung des Curriculums beginnen kann, lohnt es sich, dem systemischen Ansatz folgend klinische Anknüpfungspunkte zu identifizieren:

- Welche Best Practice Beispiele interprofessioneller Zusammenarbeit gibt es in den eigenen Institutionen?
- Wo wären mögliche neue Lernorte für interprofessionelles Lernen?
- Gibt es Verbindungen zu anderen Projekten der Organisationsentwicklung am eigenen Standort?
- Welche Lehr- und Prüfformate sind geeignet?
- Welcher Verpflichtungsgrad wäre angemessen - IPL als Pflichtveranstaltung oder als Wahlpflichtfach?

Klärung rechtlicher Rahmenbedingungen:

- Kapazitätsrecht
- ÄAppO und Ausbildungsordnungen

Commitment / Change Management

Mit Hilfe eines „Letter of Intent“, den die wesentlichen Stakeholder unterzeichnen, wird das Commitment der beteiligten Institutionen und Abteilungen signalisiert. Im Sinne des Change Managements wird dadurch das Bewusstsein für die Dringlichkeit des Wandels geschaffen und die richtungweisenden Personen werden in einer Koalition vereint.

II. Operative Rahmenbedingungen

Steuerungsgruppe und Projektorganisation

Um die organisatorischen, rechtlichen und ethischen Herausforderungen bei der Implementierung interprofessionellen Lernens bestmöglich zu bewältigen, ist es empfehlenswert ein curriculares Steuerungsteam zu bilden. Diese sollte nach den Grundsätzen des Projektmanagements vorgehen. Regelmäßige Begleitung der Steuerungsgruppe durch professionelles Coaching sichert die konstruktive Zusammenarbeit der Gruppe. Ein weiterer Erfolgsfaktor für die Arbeit der Steuerungsgruppe ist die organisationsinterne sowie -externe Vernetzung mit den relevanten Stakeholdergruppen.

Eingangsvoraussetzungen, Vorkenntnisse, Zeitpunkt von IPE

Welche Vorkenntnisse sollen die Lernenden mitbringen? Gegebenenfalls können bestimmte Eingangsvoraussetzungen definiert werden, deren Erreichen durch summative oder formative Prüfungen evaluiert werden kann, z. B. analog der OSCE-Prüfungen, mit denen an manchen Fakultäten die PJ-Reife geprüft wird.

Curriculare Abstimmung und Logistik

Die Curricula unterschiedlicher Studien- und Ausbildungsgänge müssen aufeinander abgestimmt und die Zeitfenster für gemeinsames Lernen definiert werden. Weiterhin sollen logistische Fragen geklärt werden, z. B. ob sich alle Lernenden auf dem gleichen Campus befinden.

Leerzeile einfügen

Arbeitsgruppe – Dozenten- und Tutorenqualifikation

Moderation: Prof. Dr. med. Jana Jünger, Heike Wild

Den Teilnehmern wurde ein Überblick über die bisher im Rahmen des Projektes erarbeiteten interprofessionellen Konzeptentwürfe zur Qualifizierung von Lehrenden vorgestellt. Dazu gab Frau Prof. Jünger detaillierte Informationen zu Umfang und Inhalt der verschiedenen Bausteine und Module des Konzeptes, das über mehrere Stufen die Qualifizierung der Dozierenden für Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen parallel zur Erarbeitung des Mustercurriculums Kommunikation sicherstellt. Dabei ging sie explizit auf die im Baustein „Interprofessionelle Kommunikation“ bereits festgelegten Kernkompetenzen und Lernmethoden ein.

Zur Erarbeitung einer Empfehlung für die Implementierung des interprofessionellen Bausteines in die Schulungen für Dozierende und studentische TutorInnen diskutierte die AG in Kleingruppen, welche Strukturen und Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Implementierung dieser Konzepte notwendig sind bzw. geschaffen werden müssten.

1. Modelle der Umsetzung

- Habilitanden-Programm mit Zustimmung der Fakultäten (z.B. - 200UE Med. Didaktik)
- Bestandteil der Prüfung für angehende Fachärzte (Ärztekammern)
- Leistungsorientierte Mittel (LOM) oder Qualitätssicherungsmittel (QSM)
- Über Forschungs-Lehrevaluation

2. Geeignete Institution (klären: Finanzierung und Ausstattung)

- Zentren für Medizindidaktik an den Fakultäten
- Lehr-Lern-Kliniken

3. Voraussetzungen

- Umsetzung in Zusammenarbeit mit erfahrenen PraktikerInnen
- strukturell: Priorität in der Fakultät; Gelder, Räume stellen
- Interprofessionalität: Kooperation mit Pflegeberufen
- Anerkennung über Ärztekammern

In einem weiteren Vortrag stellte Heike Wild das Qualifizierungsprogramm „Ärztliche Kommunikation für Tutorinnen & Tutoren“ 2017 mit dem vom 13. bis 15.10.2017 in Berlin stattfindenden Modul II der Summerschool vor, für das am dritten Tag ein interprofessionellen Baustein konzipiert wurde, der im Rahmen dieser Veranstaltung pilotiert wird. Sie erläuterte ausführlich die Entwicklung des Konzeptes dieser interprofessionellen Einheit. Diese besteht aus drei thematischen Blöcken (Rollenbilder, Konfliktsituationen, Übergabe im Team), welche jeweils inhaltlich und methodisch-didaktisch von den Teilnehmenden bearbeitet werden.

Im Anschluss erarbeiteten die Teilnehmenden der Arbeitsgruppe Maßnahmen, welche bei der Implementierung von interprofessioneller Tutorenqualifikation berücksichtigt werden sollten. Dazu

wurden vier Bereiche vorgegeben: Personelle Ressourcen, Teilnehmerrekrutierung, institutionelle Bedingungen, Qualitätssicherung und Evaluierung.

Formulierte Maßnahmen auf der Ebene Teilnehmer(rekrutierung)

Ein Hauptproblem stellt die unterschiedliche Bedeutung von Tutorien bzw. peer assisted learning (PAL) Programmen in den Ausbildungen der verschiedenen Gesundheitsberufe dar. Während Tutorien im Medizinstudium häufig eingesetzte Lehr-Lernformate darstellen, werden sie insbesondere in der berufsfachschulischen Ausbildung anderer Gesundheitsberufen noch selten eingesetzt. Demnach ist der Bedarf an Tutorenqualifikation unterschiedlich und die notwendige Rekrutierung potentieller Tutoren aus den nicht-ärztlichen Bereichen erschwert. In diesem Zusammenhang wurden zwei Maßnahmen formuliert: Zum einen sollen die Fachschulen über die Qualifizierungsmöglichkeiten informieren, auch direkt im Unterricht, und zum anderen sollen zielgruppenspezifische Rundmails versendet werden. Zur Rekrutierung potentieller TutorInnen sollten ferner soziale Netzwerke genutzt werden. Auch der Einsatz von Anreizsystemen in Form von Zertifikaten, Vergabe von Creditpoints für außerfachliche Schlüsselqualifikationen oder Anrechnung als Wahlfach wurden diskutiert.

Formulierte Maßnahmen auf der Ebene Institution

Hier wurde die Finanzierung von Tutorenqualifikationsprogrammen als größte Hürde für die Implementierung angesehen. Als Maßnahmen wurden formuliert Fördermittel zu beantragen. Weiterhin zu eruieren sei inwiefern die Möglichkeit einer Förderung durch Kreis/ Land besteht. Übergeordnet wurde festgestellt, dass eine gesetzlich verankerte interprofessionelle Ausbildungsverpflichtung auf institutioneller Ebene die Implementierung von Tutorenqualifikationsprogrammen unterstützen könnte.

Formulierte Maßnahmen auf der Ebene Personal(ressourcen)

Als Hauptproblem wurde hier angesehen, qualifizierte Dozierende für Tutorenqualifikationsprogramme zu finden. In diesem Zusammenhang wurden unterschiedliche Ideen formuliert. Eine Möglichkeit wäre, im Sinne eines „Train the Trainer“ Konzeptes, bereits ausgebildete TutorenInnen einzusetzen. Eine weitere Möglichkeit wären Dozententeams aus Medizindidaktiker, Pflege- und Medizinpädagogen bzw. Lehrende für Gesundheitsberufe zu bilden. Auch wurde diskutiert, ob zumindest in den Anfängen „Change Champions“ eingesetzt werden, die aus einer intrinsischen Motivation (Engagement, Interesse) zunächst einführend Schulungen durchführen. Auch wurde formuliert Selbsthilfeorganisationen mit einzubeziehen, um relevanten Input für das Training der Arzt-Patientenkommunikation aus Patientensicht zu erhalten.

Formulierte Maßnahmen auf der Ebene Qualitätssicherung/Evaluierung

Übergeordnet wurde festgelegt, dass in den Schulungsprogrammen respektvoller interprofessioneller Umgang unter den Teilnehmenden und den Dozierenden herrschen sollte. Inhaltlich sollten interprofessionelle Best Practice Beispiele genutzt werden. Zur Evaluation sollten Fragebögen eingesetzt werden, welche die Dimensionen Zufriedenheit, wahrgenommener Wissenszuwachs, Veränderung der Wahrnehmung anderer Professionen erfassen. Longitudinal sollte erfasst werden, welche Teilnehmenden tatsächlich dann interprofessionelle Tutorien durchführen. Zudem wurde vorgeschlagen die Evaluation und wissenschaftliche Betrachtung von Pilotprojekten mit Qualifikationsarbeiten zu verbinden. Eine Leerzeile löschen

AG Weiterentwicklung: Blueprint und Lernzielkatalog anhand prototypischer Szenarien

Moderation: C. Einig, Prof. Dr. med. B. Kütting

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde wurde das Projekt „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation in der Medizin“ in Zielsetzung und Entwicklungsstand vorgestellt. Dabei wurde besonders die Entstehung des Blueprints durch Expertengruppen hervorgehoben. Der Blueprint umfasst die vier Kategorien Symptome/Krankheit/Gesundheitsförderung, Settings/Raum, Anlässe und Problemmuster. Im Zentrum dieser Blueprintkategorien steht die Förderung der interprofessionellen Kernkompetenzen (Werte und Ethik, Rolle und Verantwortung, Teamarbeit, Kommunikation).

Für die Arbeitsgruppe und die Weiterentwicklung des Blueprints wurde auf Basis einer Evidenzrecherche entschieden, die 8 Unterrichtstage á 6 Stunden anlassbezogen zu gestalten. Es gibt Hinweise auf positive Effekte besonders bei den Anlässen Visite, klinische Entscheidungsfindung, Übergabe und Entlassungsmanagement (Lindpaintner et al. 2013; Quasching et al. 2013; Wacogne/ Diwakar 2010; Zwarenstein et al. 2009). Für andere wichtige Anlässe interprofessioneller Zusammenarbeit (Aufnahme, Fehler-Kommunikation, Therapieplanung, Dokumentation, Medikationsplanung, Aufklärung) besteht weiterer Forschungsbedarf. Passend zu diesen Anlässen sollen prototypische Szenarien entwickelt werden.

Für die Arbeitsgruppe bestand der Auftrag in der Zuordnung der Themen (Anlässe) zu den einzelnen Tagen inklusive den erforderlichen Lernumfang in den Unterrichtseinheiten (EU). In einem zweiten Schritt sollte eine Gewichtung der Anlässe in Bezug auf die genannten vier interprofessionellen Kernkompetenzen vorgenommen werden. Für den ersten Schritt wurde die Arbeitsgruppe in zwei Kleingruppen aufgeteilt, unter Beachtung einer heterogenen Verteilung von Professionen.

In der Kleingruppe 1 erfolgte die Zuordnung der Anlässe zu den Tagen zunächst unter Berücksichtigung eines Behandlungsablaufes in einem Klinikum/ Krankenhaus. Anschließend wurde von den TeilnehmerInnen ein individuelles Ranking vorgenommen. Ein weiteres Entscheidungskriterium war der Komplexitätsgrad der Anlässe. (Absatz eingefügt)

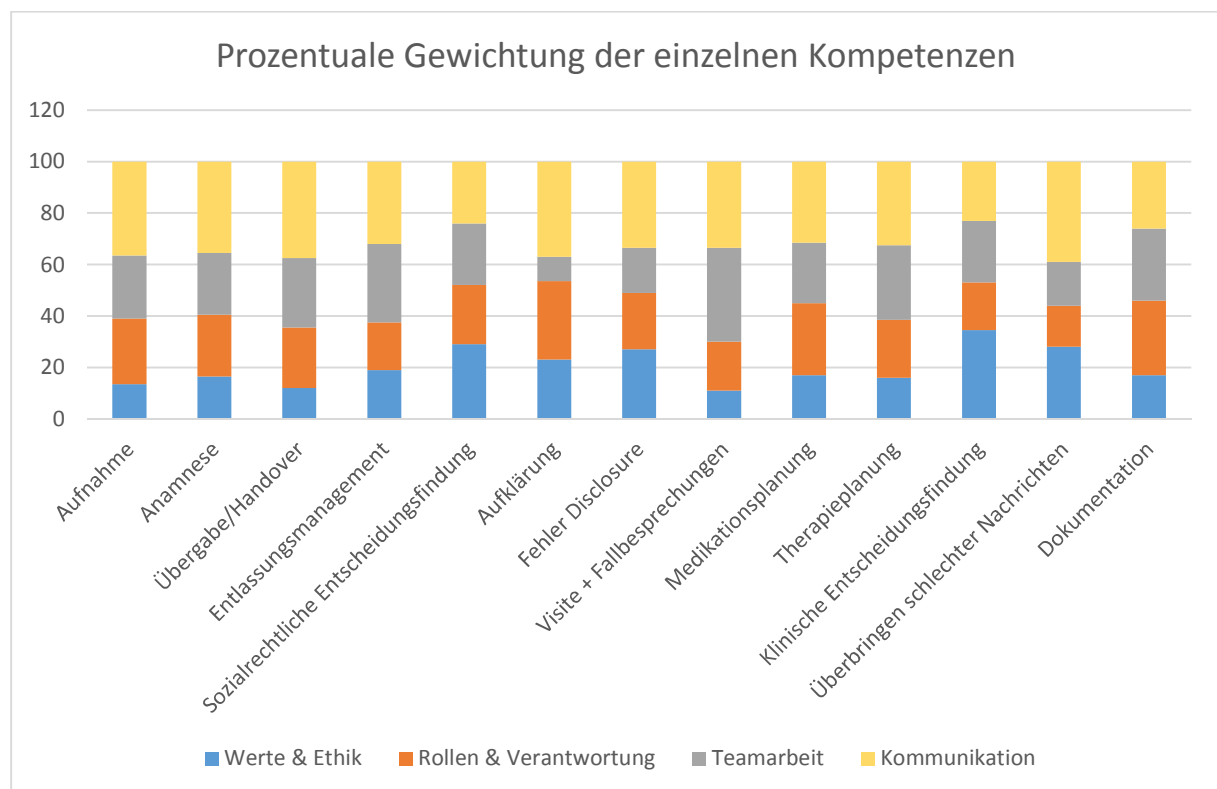
In der Kleingruppe 2 wurde ebenfalls zunächst eine Zuordnung der Anlässe nach klassischen Behandlungsverlauf versucht. Auch eine Clusterbildung wurde vorgenommen. In der Diskussion zeigte sich, dass bei der Zuordnung zu beachten ist, welches Vorwissen die Auszubildenden und Studierenden zur Bewältigung eines Anlasses benötigen. Auch ergab sich eine Zuordnung der Anlässe nach ihrem Standardisierungsgrad und der Verfügbarkeit von Professionen. Eine Zuordnung der Anlässe anhand von Inhalten des Studiums und Ausbildung gestaltet sich laut Experten (beider Kleingruppen) schwierig, aufgrund der heterogenen Qualifikationssysteme der jeweiligen Professionen. Nach der Kleingruppenarbeit wurden die Ergebnisse im Plenum vorgestellt und diskutiert. Hieraus ergab sich folgender Konsens bei der Zuordnung der Anlässe auf die Unterrichtstage:

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4
Aufnahme + Anamnese Dokumentation	Übergabe Dokumentation	Entlassungsmanagement Sozialrechtliche Entscheidungsfindung	Aufklärung Fehler Disclosure

Tag 5	Tag 6	Tag 7	Tag 8
Visite + Fallbesprechung	Visite + Fallbesprechung	Klinische Entscheidungsfindung	Überbringen schlechter Nachrichten
Therapieplanung	Therapieplanung		
Medikationsplanung	Medikationsplanung		

Abschließend wurde von den Experten die genaue Definition der Anlässe empfohlen, da es besonders bei den Anlässen Aufklärung und Entlassungsmanagement zu unterschiedlichen professionsabhängigen Erläuterungen kam und die Zuordnung erschwerte. Des Weiteren wird die Aufnahme des OP's als wichtiges Setting interprofessioneller Zusammenarbeit vorgeschlagen.

Im zweiten Schritt erfolgte nun die Gewichtung der Anlässe in Bezug auf die vier Kernkompetenzen. Hierzu wurde von allen Teilnehmenden ein individuelles Ranking vorgenommen. Die Einzelergebnisse wurden dann zu einem Mittel zusammengefasst. Es ergaben sich folgende Rankings:



Arbeitsgruppe - Prüfen interprofessioneller Kompetenzen in den Staatsexamina

Moderation: Dr. I. Streitlein-Böhme, M. Gornostayeva

In diesem Workshop wurde das Konzept für die Neugestaltung des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (M3) dargestellt. Dieses sieht vor, dass die M3-Prüfung aus zwei Teilen besteht: Prüfung am Patienten am ersten Tag und eine OSCE-Prüfung am zweiten Tag.

Bausteine zur standardisierten Überprüfung interprofessioneller Kompetenzen sollen sowohl am ersten als auch am zweiten Tag in die M3-Prüfung integriert werden. Konkret sind eine interprofessioni-

onelle Patientenübergabe an eine standardisierte Pflegekraft sowie OSCE-Stationen beispielweise zu den Themen Entlassungsmanagement und Dokumentation geplant.

Es wurden drei Kleingruppen gebildet mit dem Ziel, folgende Aufgaben zu bearbeiten:

Gruppe 1:

- Identifikation der Kriterien zur Beurteilung einer interprofessionellen Übergabe an eine Pflegekraft
- Erstellung eines Entwurfs für einen Bewertungsbogen (inkl. Gewichtung der Einzelkriterien)

Gruppe 2 + 3:

- Welche Situation zum Thema interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit könnte man in einer OSCE-Station prüfen?

Ergebnisse der Kleingruppen:

Gruppe 1: Bewertungsbogen zur Beurteilung einer interprofessionellen Übergabe

Situation: Studierender übergibt PatientIn an Pflegekraft

Ziel: Strukturierte zielgruppenorientierte Übergabe der Information:
Was ist relevant für die nächsten 24 Stunden?

Kontaktaufnahme (40%)
1. Persönliche Vorstellung <ul style="list-style-type: none"> • Name • Funktion • Grund
2. Patientenvorstellung <ul style="list-style-type: none"> • Name, Alter, Geschlecht • aktuelle Beschwerden • Aufnahmegrund • <u>relevante</u> Vorgeschichte • Medikation? • Was ist das Problem? • Was kann passieren?
3. Empfehlungen <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente, pflegerische Besonderheiten • Monitoring • weitere Untersuchungen • Vorgehen im Notfall • Dokumentation
Rahmenbedingungen (60%)
<u>Formal:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsdichte • Blickkontakt • Höflichkeit, Wertschätzung, ... • Verbindlichkeit • Struktur

Inhaltlich:

- Verständlichkeit (Zielgruppe)
- Gelegenheit zum Nachfragen
- Achten auf nonverbale Kommunikation

Gruppe 2: Situationen für Erstellung einer OSCE-Station zur Überprüfung interprofessioneller Kompetenzen

Vignette:

Prüfiling wird als ärztlicher Notdienst ins Pflegeheim gerufen. Pflegekraft holt ihn von der Pforte ab und führt ihn ins Apartment des bis jetzt unbekanntes Patienten.

Die Pflegekraft informiert: PatientIn 90 Jahre, stöhnt seit 2-3 Stunden. Sie ist seit einiger Zeit leicht dement, Puls und Blutdruck i. O. (Wert festlegen).

Aufgabe:

Was tun Sie jetzt? Führen Sie die notwendigen Schritte aus.

Notwendige Ausstattung: Liege, SchauspielerInnen (Pflegekraft/ PatientIn)

Prüfziele:

- körperliche Untersuchung des/der dementen Patienten/ Patientin (Verletzungen)
- Fremdanamnese – Klärung der Umstände
- Diagnose/ Therapie- Entscheidung
- Kenntnis der notwendigen Schritte

Teilaufgaben:

- körperliche Untersuchung
- Fremdanamnese
- Diagnosestellung
- Therapieentscheidung
- Dokumentation/ ggf. Informationspflichten

Gruppe 3: Situationen für Erstellung einer OSCE-Station zur Überprüfung interprofessioneller Kompetenzen

Welche Situationen im interprofessionellen Setting könnte man in einem OSCE prüfen?

- Konsiliaruntersuchung in der Klinik (psychologische Psychotherapeutin)
- Fallkonferenzen
- Operationsaufklärung bei Patienten mit kognitiver Einschränkung
- Zusammenarbeit OP-Schwester und Ärzte
- Pflege- und Arztpersonal bei alten/ pflegebedürftigen Patienten
- Zusammenarbeit zwischen Polizei und Arzt bei häuslicher Gewalt (oder auch Jugendamt)
- 2 Patienten/ Patientinnen mit ähnlichen Namen werden vor der OP verwechselt
- mündliche Anweisungen von Arzt an Pfleger
- kultursensible Pflegekraft? versucht nicht kultursensiblen Arzt Patienten näher zu bringen.

Ausarbeitung eines OSCEs

Fall: Medizinische Fachangestellte verweigert die Vorbereitung eines Rezeptes

Akteure: Arzt und MFA

Situation: 40 jähriger muslimischer Patient mit abdominellen Beschwerden (Verstopfung)

Arzt soll Agiolax (gelatinehaltig) verschreiben

(Anm. Gelatine darf von Muslimen nicht eingenommen werden)

MFA soll das Rezept ausstellen

MFA verweigert die Anweisung. Klären Sie die Situation ab, aus welchem Grund die

MFA die Anweisung verweigert.

Prüfungsziele

Der Studierende....

- ... kann interprofessionell auf Augenhöhe kommunizieren
- ... kann aktives Zuhören praktizieren
- ... kann auf kultursensible Probleme angemessen reagieren
- ... zeigt Problem- und Konfliktlösungsbereitschaft und -kompetenzen.

Ausblick

Frau Prof. Jünger gab zum Ende der Veranstaltung einen Ausblick auf geplante und kommende Projekte im Bereich kommunikative und interprofessionelle Kompetenzen. Hierbei zeigt sich, dass der Fokus nicht nur auf die Ausbildung beschränkt ist, sondern auch auf der ärztlichen Fort- und Weiterbildung liegt.

Zur Dozentenqualifikation wird die Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern intensiviert. Vorgesehen sind 40 Unterrichtseinheiten „ärztlicher Kommunikationstrainer“ in der Weiterbildung, für onkologisch tätige Ärzte 80 zusätzliche Unterrichtseinheiten.

Für den Ärztlichen Kommunikationstrainer (und andere Gesundheitsberufe) liegt ein Antrag beim Innovationsfonds vor, der 200UE arbeitsplatzbasiertes Training, davon 60UE eigene Lehrtätigkeit beinhaltet, jeweils mit interprofessionellen Anteilen. Die ausgebildeten Trainer fungieren als Multiplikatoren, d.h. sie können in den Kliniken maßgeschneidert Konzepte anbieten und entwickeln.