

Ruprecht - Karls – Universität Heidelberg  
aus der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
am Universitätsklinikum Heidelberg  
(Kommissarische Abteilungsleitung: Prof. Dr. Michel Wensing)

**Entwicklung von (inter-)professionellen Kompetenzen und Identität auf einer  
interprofessionellen Ausbildungsstation**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)  
an der  
Medizinischen Fakultät Heidelberg  
der  
Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von

Johanna Mink

aus

Heidelberg

2022

Dekan: Herr Prof. Dr. med. Hans-Georg Kräusslich

Doktorvater: Herr Prof. Dr. Michel Wensing

## INHALTSVERZEICHNIS

Tabellenverzeichnis .....	5
Abbildungsverzeichnis .....	6
Abkürzungsverzeichnis .....	7
1. Einleitung.....	8
1.1 Interprofessionelles (IP) Arbeiten .....	9
1.2 Kompetenzen .....	11
1.2.1 Kompetenzerwerb.....	12
1.2.2 Interprofessionelle Kompetenzen.....	13
1.2.3 Pflegerische Kompetenzen.....	18
1.2.4 Ärztliche Kompetenzen .....	20
1.3 Identität, Rollen und Sozialisation.....	22
1.3.1 Professionelle Identitätsentwicklung und Sozialisation.....	23
1.3.2 Interprofessionelle Identitätsentwicklung und Sozialisation .....	24
1.4 Interprofessionelle Ausbildung .....	27
1.4.1 Interprofessionelle Ausbildung in den Berufsausbildungen .....	28
1.4.2 Theoretische Grundlagen und empirische Befunde zu IPE .....	29
1.5 Fragestellung .....	33
2. Material und Methoden .....	33
2.1 Forschungsdesign .....	34
2.2 Die Interprofessionelle Ausbildungsstation HIPSTA.....	36
2.2.1 Einführungstag .....	36
2.2.2 Lernziele und EPAs .....	37
2.2.3 Lernbegleitung.....	38
2.3 Studienpopulation.....	38
2.4 Messungen .....	39
2.4.1 Fragebogenerhebung .....	39
2.4.2 Mündliche Befragung .....	41
2.5 Auswertung .....	43
2.5.1 Analyse der Fragebogenerhebung .....	43
2.5.2 Analyse der mündlichen Befragungen .....	44
2.5.3 Triangulation .....	46
2.6 Ethische Aspekte .....	47
3. Ergebnisse.....	48
3.1 Teilnehmer*innen .....	48

3.1.1	Fragebogenerhebung .....	48
3.1.2	Gruppeninterviews .....	49
3.1.3	Follow-up-Einzelinterviews .....	50
3.2	Kategoriensystem qualitative Inhaltsanalyse .....	50
3.3	Kompetenzerwerb .....	54
3.3.1	Fragebogenerhebung mittels UWE-IP .....	54
3.3.2	Freitextkommentare in den Fragebögen .....	62
3.3.3	Qualitative Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews - Kompetenzerwerb .....	63
3.4	Identitätsentwicklung .....	70
3.4.1	Fragebogenerhebung mittels ISVS .....	70
3.4.2	Qualitative Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews - Identitätsentwicklung .....	75
3.4.3	Rekonstruktive Analyse der Gruppeninterviews – interprofessionelle Sozialisation ...	77
3.5	Einflussfaktoren auf Kompetenzerwerb und Identitätsentwicklung .....	98
3.5.1	Qualitative Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews – lernförderliche Faktoren .....	98
3.5.2	Follow-up-Einzelinterviews – lernförderliche Faktoren .....	103
3.6	Kompetenzerwerb und Identitätsentwicklung nach 12 – 18 Monaten .....	108
3.6.1	Interprofessionelle Kompetenzen .....	109
3.6.2	Organisation und Management .....	112
3.6.3	Patient*innenversorgung .....	112
3.6.4	Identitätsentwicklung .....	113
4.	Diskussion .....	120
4.1	Kompetenzerwerb .....	120
4.1.1	Interprofessionelle Kompetenzen .....	120
4.1.2	Professionsspezifische Kompetenzen .....	122
4.2	Nachhaltigkeit des Kompetenzerwerbs .....	123
4.2.1	Interprofessionelle Kompetenzen .....	123
4.2.2	Professionsspezifische Kompetenzen .....	124
4.3	Identitätsentwicklung .....	125
4.3.1	Entwickeln einer dualen Identität nach Khalili .....	126
4.3.2	Professionelle Identitätsentwicklung .....	131
4.4	Nachhaltigkeit der Identitätsentwicklung .....	132
4.4.1	Interprofessionelle Identitätsentwicklung .....	132
4.4.2	Professionelle Identitätsentwicklung nach 1-1,5 Jahren .....	133
4.5	Einflussfaktoren auf Kompetenzerwerb und Identitätsentwicklung .....	134
4.6	Methodendiskussion .....	138

5. Zusammenfassung.....	139
6. Literaturverzeichnis.....	142
7. Eigenanteil an Datenerhebung und -auswertung und eigene Veröffentlichungen .....	155
ANHANG 1 - Fragebogen .....	158
ANHANG 2 – Leitfaden Gruppeninterview.....	173
ANHANG 3 – Leitfaden Einzelinterviews Follow-up.....	177
ANHANG 4 -Freitextkommentare in den Fragebögen.....	180
Lebenslauf .....	187
Danksagung .....	188
Eidesstattliche Versicherung .....	189

## **TABELLENVERZEICHNIS**

Tabelle 1: Rahmenmodell für IP-Kompetenzen des IPEC (2011) .....	14
Tabelle 2: Curriculare Einheiten der Fachkommission nach §53 Pflegeberufegesetz (2020, S. 14) .....	19
Tabelle 3: Überblick über die Datenerhebung und -analyse.....	34
Tabelle 4: Sozio-demographische Daten der Fragebogenerhebung zu drei Zeitpunkten .....	49
Tabelle 5: Sozio-demographische Daten der Gruppeninterviews am Ende des HIPSTA-Einsatzes .....	50
Tabelle 6: Deskriptive Statistik der Subskalen A und B des UWE-IP .....	55
Tabelle 7: Geschätzte mittlere Summenwerte der UWE-IP Skala A im longitudinalen Vergleich .....	57
Tabelle 8: Geschätzte Mittelwerte der Items der UWE-IP Skala A im longitudinalen Vergleich .....	57
Tabelle 9: Geschätzte mittlere Summenwerte der UWE-IP Skala B im longitudinalen Vergleich .....	60
Tabelle 10: Geschätzte Mittelwerte der Items der UWE-IP Skala B im longitudinalen Vergleich .....	60
Tabelle 11: Häufigkeit der angegebenen Kompetenzen im Freitext zu zwei Erhebungszeitpunkten... ..	63
Tabelle 12: Deskriptive Statistik des ISVS Fragebogens .....	71
Tabelle 13: Geschätzte mittlere Summenwerte der ISVS im longitudinalen Vergleich .....	72
Tabelle 14: Geschätzte Mittelwerte der Items der ISVS im longitudinalen Vergleich .....	72
Tabelle 15: Orientierungsrahmen der einzelnen Gruppen .....	94
Tabelle 16: Orientierungsrahmen der beiden Typen .....	97

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Interprofessional socialization framework (IPSF) (Khalili et al. 2013, S. 451) .....	26
Abbildung 2: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews.....	52
Abbildung 3: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse der Follow-up--Einzelinterviews.....	53
Abbildung 4: Summenwerte der Skala A des UWE-IP zu den drei Erhebungszeitpunkten.....	56
Abbildung 5: Summenwerte der Skala B des UWE-IP zu den drei Erhebungszeitpunkten.....	59
Abbildung 6: Mittelwerte im ISVS Fragebogen zu den drei Erhebungszeitpunkten .....	71

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ÄAPPO Approbationsordnung für Ärzt\*innen

CanMEDs Canadian Medical Education  
Directives for Specialists

CC Interprofessional Communication

CE Curriculare Einheit

CIHC Canadian Interprofessional Health  
Collaborative

DQR Deutscher Qualifikationsrahmen

EbM evidenzbasierte Medizin

EPA Entrustable Professional Activity

HIPSTA Heidelberger Interprofessionelle  
Ausbildungsstation

IP Interprofessionell

IPC interprofessional collaboration

IPCP interprofessional collaborative practice

IPCPCP interprofessional collaborative  
patient-centred practice

IPE Interprofessional Education

IPEC Interprofessional Education  
Collaborative Expert Panel

IPL Interprofessional Learning

IPSF Interprofessional Socialization  
Framework

IPSTA Interprofessionelle Ausbildungsstation

ISVS Interprofessional Socialization and  
Valuing Scale

Kap. Kapitel

KMK Kultusministerkonferenz

LBM Ärztliche\*r Lernbegleiter\*in

LBP Pflegerische\*r Lernbegleiter\*in

PfIAPrV Pflegeberufe-Ausbildungs- und -  
Prüfungsverordnung

PJ Praktisches Jahr / hier auch:  
Medizinstudierende im Praktischen Jahr

PS Pflegeauszubildende

RR Roles/Responsibilities

SBAR Situation, Background, Assessment,  
Recommendation

SD Standard Deviation

TT Teams and Teamwork

UWE-IP University of Western England  
Interprofessional Questionnaire

VE Values and Ethics

WHO World Health Organisation

## 1. EINLEITUNG

Für eine gute Gesundheitsversorgung braucht es nicht nur gut ausgebildete Fachkräfte, sondern auch eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen Versorger\*innen, Patient\*innen und bei Bedarf auch deren Angehörigen, denn an der Gesundheitsversorgung sind immer mehrere Akteur\*innen beteiligt, die ihre unterschiedliche Expertise und Perspektive in Bereichen wie Diagnostik, Prävention, Therapie, Pflege, Rehabilitation oder Palliation einbringen. Die Kommunikation zwischen Gesprächspartner\*innen aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen oder auch aus unterschiedlichen Fachbereichen ist jedoch aufgrund von Unterschieden in Fachsprache oder Standards fehleranfällig (Foronda et al. 2016), was in der Versorgung zu Verzögerungen oder zu Behandlungsfehlern führen kann (van Leijen-Zeelenberg et al. 2015). Demgegenüber kann eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen durch interprofessionelle Ausbildung (engl. Interprofessional Education (IPE)) Fehler in der Patient\*innenversorgung vermeiden und Patient\*innenoutcomes verbessern (Irajpour et al. 2019; Reeves et al. 2013; Weller et al. 2014). Gleichzeitig kann die Arbeitszufriedenheit der in der Versorgung Tätigen durch optimierte Zusammenarbeit verbessert werden.

Grundlegend für eine funktionierende Zusammenarbeit sind professionsspezifische, wie auch interprofessionelle Kompetenzen sowie die Identitätsentwicklung der Lernenden<sup>1</sup> in Gesundheitsberufen. Im Folgenden wird dargelegt, was unter den Begriffen interprofessionelle Zusammenarbeit, (inter-)professionelle Kompetenzen, Identität und Sozialisation sowie Interprofessionelle Ausbildung verstanden wird. In den folgenden Kapiteln wird erst ein Einblick in definierende Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit gegeben (Kap. 1.1). Anschließend werden Kompetenzen im Hinblick auf interprofessionelle sowie pflegerische und medizinische Rahmenmodelle beleuchtet (Kap. 1.2) und die Identitätsentwicklung durch Sozialisation erläutert (Kap. 1.3). Anschließend wird ein Blick auf die Aspekte interprofessioneller Ausbildung in den pflegerischen und medizinischen Curricula geworfen und die Evidenzlage interprofessioneller Ausbildung mit besonderem Ausgenmerk auf klinische interprofessionelle Ausbildung dargestellt (Kap. 1.4). Dieses Kapitel endet mit der Fragestellung dieser Arbeit (Kap. 1.5). Es folgen die Darstellung der angewandten Forschungsmethoden (Kap. 2), die Ergebnisse (Kap. 3) sowie eine kritische Diskussion der Ergebnisse (Kap. 4) und eine Zusammenfassung (Kap. 5).

---

<sup>1</sup> Unter Lernenden werden hier Personen zusammengefasst, die sich in der Berufsausbildung, also in einer schulischen, betrieblichen oder universitären Ausbildung, befinden, d.h. sowohl Pflegeschüler\*innen wie auch Medizinstudent\*innen sind inkludiert.



## 1.1 Interprofessionelles (IP) Arbeiten

Interprofessionelles Arbeiten kann unterschiedlich strukturiert sein und hängt immer von dem Setting bzw. von den Tätigkeitsfeldern und Aufgaben ab. Je nachdem, wie komplex, dringlich oder unvorhersehbar die Aufgaben sind, in welchem Ausmaß die Teammitglieder voneinander abhängig sind und wie die Verantwortungen geteilt werden, ist die Zusammenarbeit enger oder eher vergleichbar mit einem Netzwerk. Entsprechend differenzieren Reeves et al. (2010) zwischen *Teamwork*, *Collaboration*, *Coordination* und *Networking* (Reeves et al. 2010:44ff.) Im Folgenden sind die Begriffe ins Deutsche übersetzt, nach absteigender Intensität der Zusammenarbeit sortiert und basierend auf Reeves et al. 2010 definiert:

- Interprofessionelle Teamarbeit – umfasst eine geteilte Identität im Team, die Teammitglieder empfinden ein starkes Zugehörigkeitsgefühl zu ihrem Team, sowie gegenseitige Abhängigkeit. Die Verantwortung wird geteilt, alle Teammitglieder werden integriert. Eine solche Teamarbeit findet sich häufig in Bereichen der Versorgung, die wenig vorhersehbar sind und dringliche, sowie komplexe Teamaufgaben erfordern, wie auf Intensivstationen oder Notaufnahmen.
- Interprofessionelle Zusammenarbeit – basiert auf einer weniger stark ausgeprägten geteilten Identität und Integration als in der Teamarbeit. Dennoch wird die Verantwortung geteilt und es herrscht eine gegenseitige Abhängigkeit, wofür klare Rollen und Verantwortlichkeiten erforderlich sind. Aufgaben sind auch hier eher unvorhersehbar aber etwas weniger komplex und dringlich, wie beispielsweise auf einer chirurgischen Station.
- Koordinierung – diese Art der interprofessionellen Arbeit unterscheidet sich von den vorgenannten insofern, als dass die Integration und die gegenseitige Abhängigkeit weniger zentral sind. Aufgaben sind eher vorhersehbar und weniger dringlich, Kontakt ist seltener und die Berufsgruppen arbeiten eher parallel und besprechen sich lediglich in regelmäßigen Abständen um die Versorgung von Patient\*innengruppen sicherzustellen. In diesen Bereich fällt auch die Überweisung von Patient\*innen.
- Vernetzen – Die Vernetzung kann sowohl synchron wie auch asynchron stattfinden, das heißt, die Mitglieder des Netzwerks, die auch wechseln können, tauschen sich Face-to-face aber auch via E-Mail zu Themen aus, die nicht unbedingt die direkte Patient\*innenversorgung betreffen müssen, wie beispielsweise in einem Forschungsnetzwerk.

Die vorangegangenen Definitionen sind sehr nah übersetzt aus (Reeves et al. 2010, S. 45ff.).

Etwas allgemeiner definiert die World Health Organisation (WHO) kollaborative Teamarbeit wie folgt:

*“Collaborative practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings.”* (WHO 2010:13)

In Arbeiten zu dem Thema Interprofessionalität wird häufig die Bezeichnung interprofessionelle Zusammenarbeit (engl. Interprofessional collaboration (IPC), bzw. interprofessional collaborative practice (IPCP)) verwendet, wobei nicht zwischen Teamarbeit und Zusammenarbeit differenziert wird. In dieser Arbeit wird diese Terminologie entsprechend verwendet und lediglich bei eindeutigen Anzeichen für Teamarbeit, die mehr ist als die parallele Arbeit verschiedener Professionen, entsprechender Begriff verwendet.

*“Interprofessional teams come into existence to ensure that health and social care professions can complete a care task (...) that they could not achieve so effectively on their own.”* (Reeves et al. 2010, S. 39)

Gerade in Situationen, die unvorhergesehene und dringliche Anforderungen stellen, ist es wichtig, dass sich die Gruppe als adaptives interprofessionelles Team gemeinsam an die jeweilige Situation und die individuellen Bedürfnisse der Patient\*innen anpasst (Reeves et al. 2010, S. 44ff.). Darüber hinaus helfen in diesen Situationen Leitlinien oder Protokolle, an denen sich die Teammitglieder orientieren können und die beispielsweise die Informationsweitergabe strukturieren. Die Definition der Teamarbeit entspricht auch dem Verständnis einer Gruppe als komplexes, lernendes System, das mehr ist als Summe ihrer Teile (Newell 2008). Das heißt, die Mitglieder des Teams bringen ihre jeweilige Expertise ein und arbeiten auf ein geteiltes Ziel hin, wobei ein gemeinsames Verständnis der Situation und Bedarfe der Patient\*innen entsteht, das über das Verständnis jedes einzelnen Teammitglieds hinaus geht (Khalili 2013, S. 24). Faktoren, die eine bedeutende Rolle in der Operationalisierung von interprofessioneller Arbeit spielen, werden von Reeves et al. 2010 unterteilt in relationale Faktoren, also die Beziehung zwischen Vertreter\*innen verschiedener Gesundheitsberufe betreffend, prozessuale Faktoren, also den Ablauf von Zusammenarbeit in Abhängigkeit von verschiedenen Settings betreffend, organisationale Faktoren, also die Strukturen am Arbeitsplatz betreffend und kontextuelle Faktoren, also die gesellschaftlichen, politischen und/oder ökonomischen Bedingungen betreffend. Die Beziehung der Teammitglieder untereinander, die Aspekte, wie Macht, Hierarchien, berufliche Sozialisation, Teamzusammensetzung, -rollen und -prozesse umfasst, kann durch die entsprechende interprofessionelle Ausbildung verbessert werden (Reeves et al. 2010).

Interprofessioneller Zusammenarbeit werden, wie in einem aktuellen Review von Pomare et al. (2020) dargelegt, positive Auswirkungen in verschiedenen Bereichen zugeschrieben. Im Hinblick auf Patient\*innen werden beispielsweise bessere klinische Outcomes, höhere Zufriedenheit und Sicherheit erreicht, während für Mitarbeiter\*innen Aspekte wie Zufriedenheit und Effizienz zu- und Fehlerquoten abnehmen und auf Organisationsebene unter anderem niedrigere Morbiditäts- und Mortalitätsraten erreicht werden (Pomare et al. 2020). Eine Verbesserung von interprofessioneller Zusammenarbeit kann positive Auswirkungen auf Effizienz und Behandlungsergebnisse in der Versorgung haben (Gilbert et al. 2010; Reeves et al. 2017).

Neben dem Erwerb von professionsspezifischen Kompetenzen während der Berufsausbildung kann also auch der Erwerb von Kompetenzen, die für die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation benötigt werden, die Lernenden adäquat auf das professionelle Handeln in ihrem künftigen beruflichen Alltag vorbereiten (Frenk et al. 2010; Reeves 2016). Gezielte interprofessionelle Lehrangebote mit dem Ziel der Verbesserung von interprofessioneller kollaborativer patient\*innenzentrierter Praxis (engl. interprofessional collaborative patient-centred practice (IPCPCP)) können neben einer Verbesserung der Zufriedenheit von Patient\*innen (Straub und Bode 2019) auch zu einer Reduktion von Komplikationen oder der Wiedereinweisung von Patient\*innen führen (Hendricks et al. 2018; Meek et al. 2013).

## **1.2 Kompetenzen**

Zunächst erfolgt eine Begriffsklärung von Kompetenz und Identität, sowie ein Einblick in die aktuellen Curricula der medizinischen und pflegerischen Ausbildung<sup>2</sup>. Kompetenz ist im allgemeinen Sprachgebrauch ein sehr weit gefasster Begriff, der oftmals synonym für den Begriff Fähigkeit gebraucht wird. Es zeigt sich eine große Vielfalt an Definitionen und es wird deutlich, dass es sich bei Kompetenz nicht um eine spezifische Fähigkeit handelt, sondern vielmehr um Wissen, Fertigkeiten und Haltungen, die in verschiedenen Bereichen individuell verwirklicht werden können, sich also in der Performanz ausdrücken. Aus der anthropologischen Pädagogik stammt die Einteilung der Kompetenz in Sach- oder Fachkompetenz, Sozialkompetenz und Selbstkompetenz als die Basis von Reife und Handlungsfähigkeit (Roth 1971). Abgesehen von dieser Unterteilung kann Kompetenz übergeordnet beschrieben werden als stets von personalen und situativen Faktoren beeinflusstes

---

<sup>2</sup> Hier wird bewusst zwischen medizinisch und pflegerisch unterschieden, da Pflege zwar auch in der medizinischen Versorgung arbeitet, jedoch die pflegerische Tätigkeit nicht allein auf medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlagen fußt, sondern eine eigene pflegewissenschaftliche Theorie- und Evidenzbasierung deutlich wichtiger ist.

„*Handlungspotential zur Bewältigung komplexer, individueller Situationen*“ (Dütthorn 2014, S. 95). Im Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) wird die Handlungskompetenz in acht Niveaustufen unterteilt. Kompetenz bedeutet hier „*die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.*“ (Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen 2011, S. 4).

### 1.2.1 Kompetenzerwerb

Kompetenzerwerb in der Berufsausbildung findet unter anderem in Praxiseinsätzen statt. Eine wichtige Rolle spielen dabei das *learning by doing*, aber auch das soziale Lernen, sowie das informelle Lernen, d.h. berufliche Handlungskompetenz entsteht aus einer Verknüpfung von formalem, institutionellem Lernen und informellem Lernen im berufspraktischen und privaten Alltag. Dabei kann durch kontextbasiertes Handeln ein umfassendes Verständnis von komplexen Situationen entstehen (Dreyfus und Dreyfus 1980). Wichtig für den Kompetenzerwerb ist die Verknüpfung von praktischen Tätigkeiten mit kognitiven, reflexiven Prozessen, die vor allem in der Kommunikation und im Austausch darüber stattfinden (Dütthorn 2014; Holoch 2002).

Informelles Lernen ist ein schwer fassbarer und vor allen Dingen auch schwer messbarer Vorgang.

„*Zu den informellen Lernaktivitäten (INF) zählen alle solche, die weder den formalen Bildungsaktivitäten noch den non-formalen Weiterbildungsaktivitäten zuzurechnen sind, also auf eine durch eine Lehrperson vorstrukturierende Lerngelegenheit verzichten.*“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2018, S. 8).

In anderen Definitionen wird das informelle Lernen sowohl als bewusstes als auch als unbewusstes Lernen beschrieben, bspw. als „*beiläufiges Lernen im Alltag, am Arbeitsplatz, [...]*.“ (Kirchhof 2007, S. 343) Kirchhof verdeutlicht, dass beispielsweise in Problemlösungsstrategien ein informelles Lernen und somit ein Kompetenzerwerb steckt. Es sind nicht nur explizites Wissen, sondern eben auch in hohem Maße implizites Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen und Werthaltungen, die die berufliche Handlungskompetenz und die professionelle Identität ausmachen.

Bedeutsam für die Kompetenzentwicklung ist es, „*den Lernern eine optimale Möglichkeit zu bieten, ihre Kompetenzen selbstorganisiert, in einem kommunikativen Prozess mit Lernpartnern (Netzwerk) aufzubauen.*“ (Erpenbeck und Sauter 2015, S. 20)

Erpenbeck und Sauter (2015) beschreiben vier Stufen der Kompetenzentwicklung in der Praxis, wobei hier das selbstorganisierte Lernen eine zentrale Rolle spielt:

- *Wissensaufbau* durch Wissensvermittlung (kognitivistisch), Wissenskonstruktion (konstruktivistisch) oder Wissens- und Erfahrungsaustausch (konnektivistisch) erfolgt sowohl am Lernort Schule / Universität wie auch in der klinischen Praxis.
- *Qualifikation*, also das Verarbeiten und Vertiefen von Wissen durch Anwendung auf Fallbeispiele oder Simulationen, was häufig in Schule bzw. Universität stattfindet
- *Wissenstransfer* in die Praxis, also die Anwendung des Wissens in praktischen Einsätzen gesteuert durch bestimmte Aufgabenstellungen
- *Kompetenzentwicklung* durch Erfahrungslernen in der realen Praxis, basierend auf Herausforderungen und begleitet von Lernermöglichkei\*innen (Facilitator\*innen) (Erpenbeck und Sauter 2015)

Dementsprechend kann in klinischen Einsätzen, wie dem auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation, ein Wissenstransfer in die Praxis stattfinden. Wissen und Fertigkeiten, die in der theoretischen und praktischen Ausbildung und Lehre vermittelt wurden, werden nicht nur in der Praxis angewendet, sondern die Performanz wird auch an den entsprechenden Kontext angepasst. Im eigenverantwortlichen Arbeiten in der klinischen Praxis kann eine Kompetenzentwicklung stattfinden, da die Lehrenden keine Aufgaben stellen, sondern die Lernenden auf reelle Anforderungen in der Praxis reagieren müssen. Auch auf einer Ausbildungsstation gibt es Facilitator\*innen, im Folgenden Lernbegleiter\*innen genannt, die den Kompetenzerwerb begleiten, für Rückfragen zur Verfügung stehen, Feedback geben und reflektive Prozesse anregen.

### 1.2.2 Interprofessionelle Kompetenzen

Allgemeine Kompetenzen für Mitarbeiter\*innen der Gesundheitsversorgung werden in einem von der WHO herausgegebenen Artikel wie folgt definiert:

*“...the essential complex knowledge based acts that combine and mobilize knowledge, skills, and attitudes with the existing and available resources to ensure safe and quality outcomes for patients and populations.”* (Langins und Borgermans 2015, S. 3)

Zentrale Kompetenzen, die in verschiedenen Kompetenz-Rahmenmodellen für interprofessionelle Kompetenzen aus dem englischsprachigen Raum formuliert werden, liegen in den Bereichen Kommunikation, Teamarbeit sowie Rollen und Verantwortlichkeiten (Canadian Interprofessional Health Collaborative 2010; Curtin University 2013; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011). Zusätzlich wird in den Frameworks der Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), sowie der Curtin University (Australien) noch Konfliktlösung benannt. Patient\*innenzentrierte

Versorgung wird nur im kanadischen Modell als einzelne Kompetenzkategorie identifiziert, im US-Amerikanischen Framework (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC)) werden zusätzlich Werte und ethische Grundsätze kategorisiert, in den anderen werden diese in allen Bereichen mitgedacht. Für die vorliegende Studie dient das Kompetenzrahmenmodell der IPEC als Grundlage, da dieses auf Outcomes der Lehre fokussiert, weniger auf die Zusammenarbeit in der Praxis. Da es sich auch hier um die Analyse des Kompetenzerwerbs durch eine interprofessionelle Lehr-/Lernsituation handelt, scheint dieses Modell am passendsten. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die einzelnen Items, die die vier Kompetenzdomänen charakterisieren. Die Items sind nah am Original übersetzt.

**Tabelle 1:** Rahmenmodell für IP-Kompetenzen des IPEC (2011)

Werte und ethische Grundsätze in interprofessioneller Praxis (engl. Values and Ethics (VE))
Die Interessen der Patient*innen und Bevölkerung ins Zentrum der interprofessionellen Gesundheitsversorgung setzen (VE1)
Die Würde und Privatsphäre der Patient*innen respektieren, während Vertraulichkeit in der Team-basierten Versorgung aufrechterhalten wird (VE2)
Kulturelle Vielfalt und individuelle Unterschiede anerkennen, die die Patient*innen, Populationen und das Team charakterisieren (VE3)
Die einzigartigen Kulturen, Werte, Rollen/Verantwortlichkeiten und Expertisen der anderen Professionen respektieren (VE4)
In Kooperation arbeiten mit denen, die Versorgung erhalten, denen, die Versorgung erbringen, und anderen, die zur Prävention und Gesundheitsversorgung beitragen (VE5)
Entwickeln einer vertrauensvollen Beziehung mit Patient*innen, Familien und anderen Teammitgliedern (VE6)
Ein hohes Maß an ethischem Verhalten und Qualität der Versorgung im eigenen Beitrag zur Team-basierten Versorgung an den Tag legen (VE7)
Ethische Dilemmata, die charakteristisch für interprofessionelle patient*innen-zentrierte Versorgungssituationen sind, managen (VE8)

In Beziehungen mit Patient*innen, Familien und anderen Teammitgliedern mit Ehrlichkeit und Integrität handeln (VE9)
Die Kompetenz in der eigenen Profession entsprechend der Tätigkeitsfelder aufrechterhalten (VE10)
Rollen/Verantwortlichkeiten (engl. Roles/Responsibilities (RR))
Die eigenen Rollen und Verantwortlichkeiten klar gegenüber Patient*innen, Familien und anderen Professionellen kommunizieren (RR1)
Die eigenen Grenzen in Fertigkeiten und Wissen erkennen (RR2)
Zu Rate ziehen von Kolleg*innen verschiedener Gesundheitsberufe sowie assoziierter Ressourcen, um die eigene professionelle Expertise zu ergänzen und spezifischen Versorgungsbedürfnissen der Patient*innen begegnen zu können (RR3)
Die Rollen und Verantwortlichkeiten anderer Versorgender sowie die Art, wie das Team zusammen zur Versorgung und Prävention arbeitet, erklären (RR4)
Die komplette Bandbreite der Kompetenzen aller Professionen für eine gute Patient*innenversorgung nutzen (RR5)
Mit Teammitgliedern kommunizieren, um die Verantwortlichkeiten eines jeden Mitgliedes in der Durchführung der Behandlung zu klären (RR6)
Interdependente Beziehungen mit anderen Professionen bilden um Versorgung zu verbessern und Lernen voranzutreiben (RR7).
Sich für kontinuierliche professionelle und interprofessionelle Entwicklung einsetzen um die Teamleistung zu verbessern (RR8)
Die einzigartigen und ergänzenden Fähigkeiten aller Teammitglieder nutzen um Patient*innenversorgung zu optimieren (RR9)
Interprofessionelle Kommunikation (engl. Interprofessional Communication (CC))

Auswahl von effektiven Kommunikationsmethoden, inklusive Informationssystemen und Kommunikationstechnologien, um Diskussionen und Interaktionen zu ermöglichen, die die Teamfunktion verbessern (CC1)
Organisieren und Kommunizieren von Informationen mit Patient*innen, Familien und Mitgliedern des Versorgungsteams in einer verständlichen Form ohne disziplinspezifische Terminologie, wenn möglich (CC2)
Das eigene Wissen und Meinungen gegenüber Teammitgliedern selbstbewusst, klar und respektvoll ausdrücken, um ein gemeinsames Verständnis von Informationen, Behandlung und Versorgungsentscheidungen zu sichern (CC3)
Aktiv zuhören und andere Teammitglieder ermutigen ihre Ideen und Meinungen zu äußern (CC4)
Zeitnahes, sensibles, instruktives Feedback an andere geben können über deren Performanz im Team, sowie respektvoll als Teammitglied auf das Feedback von anderen antworten. (CC5)
Nutzen einer respektvollen Sprache, die einer gegebenen schwierigen Situation, grundlegenden Konversation oder interprofessionellem Konflikt angemessen ist (CC6)
Erkennen, wie die eigene Einzigartigkeit inklusive Erfahrungsstand, Expertise, Kultur, Macht und Hierarchie im Versorgungsteam zu einer effektiven Kommunikation, Konfliktlösung und positiven interprofessionellen Arbeitsbeziehungen beiträgt (CC7)
Konsequent die Relevanz von Teamarbeit in patientenzentrierter Versorgung kommunizieren (CC8)
Teams und Teamarbeit (engl. Teams and Teamwork (TT))
Beschreiben der Prozesse der Teamentwicklung und der Rollen und Praktiken effektiver Teams (TT1)
Entwickeln von Einigkeit über ethische Prinzipien, die alle Aspekte der Patient*innenversorgung und der Teamarbeit leiten (TT2)
Andere Professionen entsprechend der jeweiligen Versorgungssituation in die gemeinsame patient*innen-zentrierte Problemlösung einbeziehen (TT3)



Das Wissen und die Erfahrungen von anderen Professionen entsprechend der jeweiligen Versorgungssituation einbeziehen um Versorgungsentscheidungen zu informieren, wobei patienten- und gesellschaftliche Werte und Vorlieben für Versorgung respektiert werden (TT4)
Führungsstile anwenden, die die kollaborative Praxis und Effektivität des Teams unterstützen (TT5)
Sich und andere einbringen, um konstruktiv Meinungsverschiedenheiten zwischen Mitarbeiter*innen und mit Patient*innen und Familien über Werte, Rollen, Ziele und Aktionen zu managen (TT6)
Verantwortung für präventions- und versorgungsrelevante Outcomes mit anderen Professionen, Patient*innen und Kommunen teilen (TT7)
Reflektieren der eigenen sowie der Teamleistung mit dem Ziel der Verbesserung dieser (TT8)
Prozessoptimierungsstrategien nutzen um die Effektivität von interprofessioneller Teamarbeit zu verbessern (TT9)
Vorhandene Evidenz nutzen um effektive Teamarbeit und teambasierte Praxis auf Informationen zu basieren (TT10)
Effektiv in verschiedenen Settings in Teams und in verschiedenen Teamrollen arbeiten (TT11)

Obgleich alle Rahmenmodelle gute Ansatzpunkte für die Entwicklung interprofessioneller Lehre liefern, so fehlen meist konkrete Vorschläge zur Kompetenzmessung oder Operationalisierung der Kompetenzen (Thistlethwaite et al. 2014). Huber et al. (2019) beschreiben darauf reagierend in dem ersten deutschsprachigen Kompetenzrahmenmodell realitätsnahe Unterrichtsformate, wie interprofessionelle Ausbildungsstationen, als am geeignetsten für den interprofessionellen Kompetenzerwerb (Huber et al. 2019).

Ein Ansatz zur Operationalisierung interprofessioneller Kompetenzen ist, diese in Form von sogenannten „Entrustable Professional Activities“ (EPAs, bzw. in diesem Fall IPE EPAs) zu definieren (Mihaljevic et al. 2018). Kritikpunkt daran ist, dass EPAs auf das Individuum ausgerichtet sind, während IPC in einem Team stattfindet und hier entsprechend auch die Teamleistung beurteilt werden sollte, weswegen ein anderer Ansatz die Integration interprofessioneller Kompetenzen in bestehende EPAs ist (Ten Cate und Pool 2020). So ist auch in aktualisierten Versionen der

pflegerischen und medizinischen Curricula die interprofessionelle Ausbildung wiederholt aufgegriffen, wie in Kapitel 1.4.1 zusammengefasst wird.

### 1.2.3 *Pflegerische Kompetenzen*

Bezogen auf die Berufsausbildung im Allgemeinen gilt der Beschluss der ständigen Konferenz der Kultusminister (KMK) der Länder in der Bundesrepublik über den berufsschulischen Erwerb von Handlungskompetenz in Lernfeldern, welcher Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz differenziert. Ziel der Berufsausbildung ist, dass die „*am Ende des Lernprozesses erworbene Handlungskompetenz [...] Fach-, Selbst-, und Sozialkompetenz [vernetzt]*“ (Kultusministerkonferenz 2018). Das Konzept der Pflegekompetenz nach Christa Olbrich, als ein Beispiel der pflegedidaktischen Umsetzung, bezieht in einem interaktionalen Verständnis die Beeinflussung von Umfeld, Bewusstsein und beruflichem Können ein. Es werden vier aufeinander aufbauende Dimensionen des pflegerischen Handelns differenziert, nämlich das regelgeleitete Handeln (Kompetenz, das erlernte Wissen in der Praxis zu nutzen), das situativ-beurteilende Handeln (Kompetenz, sich in Patient\*innen hineinzusetzen, eine Situation zu deuten und entsprechend zu agieren), das reflektierende Handeln (Kompetenz, das eigene Denken und Handeln zu reflektieren) und das aktiv-ethische Handeln (Kompetenz, nach moralisch ethischen Vorsätzen zu handeln und das eigene Handeln auch zu vertreten) (Olbrich 2018).

Ein international anerkanntes Kompetenzmodell ist das Stufenmodell von Benner (1984), die Kompetenz in fünf Niveaustufen unterteilt. Diese sind hierarchisch angeordnet, beginnend mit dem/der *Anfänger\*in*, über den/die *fortgeschrittene/n Anfänger\*in*, den/die *kompetente\*n Pflegenden\*in* und den/die *erfahrene\*n Pflegenden\*in* hin zum/zur *Pflegeexpert\*in* (Benner 2017). Die unterschiedlichen Kompetenzniveaus sind bezogen auf das direkte Handeln in der Pflegepraxis, also in der Interaktion mit Patient\*innen, Kolleg\*innen, Angehörigen und anderen. Die WHO (2020) formuliert die folgenden Kompetenzen für Pflegenden, die in der Primärversorgung arbeiten:

- Fürsprache und Empowerment von Patient\*innen
- Effektive Kommunikation
- Teamarbeit und Leitung
- Personenzentrierte Versorgung und klinische Praxis
- Lebenslanges Lernen und Forschung (World Health Organisation 2020)

In den Rahmenlehrplänen der Fachkommission nach §53 des Pflegeberufgesetzes wird Kompetenz definiert „*als die Fähigkeit und Bereitschaft, in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell*

zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen. Kompetenz ist als Handlungsvoraussetzung des/der Einzelnen anzusehen, die nicht unmittelbar beobachtet werden kann, sich jedoch mittelbar im Handeln selbst zeigt. Das beobachtbare Handeln wird auch als *Performanz bezeichnet.*“ (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufgesetz 2020, S. 12)

Kompetenzerwerb findet in erster Linie anhand von Pflegesituationen statt. In diesen neuen Rahmenlehrplänen wird auch ein deutlicher Fokus auf die Übernahme von Verantwortung sowie die Übernahme von vorbehaltenen pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen des Pflegeprozesses gelegt. Die Rahmenlehrpläne sind anhand der folgenden curricularen Einheiten (CE) kategorisiert:

**Tabelle 2:** Curriculare Einheiten der Fachkommission nach §53 Pflegeberufgesetz (2020, S. 14)

- |    |  |
|----|--|
| 01 | Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden  |
| 02 | Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen  |
| 03 | Erste Pflegeerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren  |
| 04 | Gesundheit fördern und präventiv handeln   |
| 05 | Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken   |
| 06 | In Akutsituationen sicher handeln  |
| 07 | Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team   |
| 08 | Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten  |
| 09 | Menschen in der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen   |
| 10 | Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern   |
| 11 | Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen |

Die Ausbildung zum Pflegefachmann oder zur Pflegefachfrau dauert insgesamt drei Jahre und setzt sich zusammen aus 2100 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht und 2500 Stunden praktischer Ausbildung, in der die Auszubildenden lernen, *„die im Unterricht und in der praktischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen aufeinander zu beziehen, miteinander zu verbinden und weiterzuentwickeln.“* (§ 3 Abs. 1 Satz 2 PflAPrV), wobei sie durch die Praxisanleitung aus der Einrichtung und Praxisbegleitung aus der Schule unterstützt, supervidiert und begleitet werden.

### 1.2.4 Ärztliche Kompetenzen

Die ärztlichen Kompetenzen sind in dem Nationalen Lernzielkatalog für Medizin (NKLM) definiert. Diese orientieren sich an dem kanadischen Rollenmodell für Ärzt\*innen, den CanMEDs. Kompetenz ist in diesem wie folgt definiert:

**„Competency:** *An observable ability of a health care professional that develops through stages of expertise from novice to master clinician*“ (Frank 2015, S. 7)

Bezugnehmend auf die im vorherigen Abschnitt beschriebene Differenzierung im Bereich der pflegerischen Kompetenzen, zeigt sich, dass in diesem Fall die Performanz als beobachtbare Fähigkeit im Fokus steht. Im Zentrum der CanMEDs stehen professionsspezifisches Wissen, Fähigkeiten und Werte, ausgeübt in der Rolle des/der *medical experts*, die die folgenden sechs verschiedenen Rolle in sich vereint:

- *Communicator* – Kommunikation und Beziehungsaufbau mit Patient\*innen und deren Angehörigen; Vermitteln von relevanten Informationen
- *Collaborator* – effektive Zusammenarbeit mit Vertreter\*innen der eigenen Profession und anderen Professionen der Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Perspektive der Patient\*innen
- *Leader* – Übernahme von Verantwortung für die optimale Sicherheit und Qualität der Patient\*innenversorgung
- *Health Advocate* – Verbesserung von Gesundheit durch den Einsatz der eigenen Expertise und die Zusammenarbeit mit und Vertretung von zu Versorgenden
- *Scholar* – Verpflichtung zum lebenslanges Lernen und Lehren, individuell und kollaborativ, zur Aufrechterhaltung einer exzellenten Versorgung
- *Professional* – Verantwortung gegenüber den Patient\*innen, der Gesellschaft, sowie der eigenen Gesundheit (Frank 2015)

Im aktualisierten NKLM 2.0 (MFT 2021) werden vier Kompetenztiefen definiert, die sich unterteilen in

1. Faktenwissen
2. Handlungs- und Begründungswissen
- 3a. Handlungskompetenz unter Anleitung
- 3b. Handlungskompetenz selbstständig

Inhaltlich werden die Bereiche Diagnostik, Therapie, Notfallmanagement und Prävention/Rehabilitation abgedeckt. Interprofessionelle Kompetenzen werden für jeden Teilbereich unter dem Aspekt Management zusätzlich aufgeführt. Das ärztliche Tätigkeitsspektrum wird zusammengefasst in Kernkompetenzen, wie *“die Erhebung der Anamnese, die körperliche Untersuchung und psychosoziale Befunderhebung, diagnostische, insbesondere invasive Maßnahmen, die Bewertung von weiterführenden Untersuchungen, die Diagnosestellung mit Differentialdiagnostik, die partizipativen Entscheidungen zur Art der Therapie, die Durchführung therapeutischer Maßnahmen sowie die Aufklärung und Beratung von Patientinnen und Patienten.“* (MFT 2021, ID. III.8)

Im NKLM wird Kompetenz definiert als *Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie professionelle Haltungen*. Angelehnt an die CanMED Rollen sind im Absolvent\*innenprofil des NKLM sieben ärztliche Kompetenzrollen definiert:

- Der/die Ärzt\*in als Medizinische\*r Expert\*in (zur Berufsausübung befähigt)
- Der/die Ärzt\*in als Gelehrte\*r (lebenslanges Lernen, EbM, Lehren)
- Der/die Ärzt\*in als Kommunikator\*in (vertrauensvolle Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung gestalten, interprofessioneller & -disziplinärer Austausch, Patient\*innensicherheit)
- Der/die Ärzt\*in als Mitglied eines Teams (patient\*innenzentrierte partnerschaftliche, respektvolle & effektive Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Disziplinen)
- Der/die Ärzt\*in als Gesundheitsberater\*in & -fürsprecher\*in (präventive Beratung, Unterstützung anderer & Selbstfürsorge als professionelles Handeln)
- Der/die Ärzt\*in als Verantwortungsträger\*in und Manager\*in (Übernahme von Verantwortung für medizinische Versorgung, Beteiligung an der Verbesserung der Gesundheitsversorgung, Qualitätssicherung)
- Der/die Ärzt\*in als professionell Handelnde\*r (Selbstreflexion, Empathie, professionelle Distanz, Uneigennützigkeit & Selbstsorge, Effizienz)
- Der/die Ärzt\*in als Visionär\*in (kritisches Hinterfragen und kreative, innovative Umgestaltungsansätze für die Versorgungsrealität) (MFT 2021, ID. IV.2)

Darüber hinaus werden *„Entrustable Professional Activities (EPAs)“* in den Bereichen stationäre Aufnahme, Betreuung und Entlassung von Patient\*innen, ambulante Betreuung von Patient\*innen mit akuten oder chronischen Erkrankungen, Durchführung von Prävention und Früherkennung beschrieben.

Die Ausbildung zum/zur Ärzt\*in umfasst in der Regel sechs Jahre Universitätsstudium à 5500 Stunden. Während der ersten fünf Jahre findet in der klinischen Praxis zusätzlich ein dreimonatiges Krankenpflegepraktikum und eine viermonatige Famulatur statt (§ 1 Abs. 2 ÄApprO), das sechste Jahr ist dann komplett der 48-wöchigen praktischen Ausbildung in Form eines praktischen Jahres (PJ) gewidmet, in dem die Lernenden die erlernten „*ärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vertiefen und erweitern. Sie sollen lernen, sie auf den einzelnen Krankheitsfall anzuwenden. Zu diesem Zweck sollen sie entsprechend ihrem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ihnen zugewiesene ärztliche Verrichtungen durchführen.*“ (§ 3 Abs. 4 Satz 1-3 ÄApprO). Das PJ unterteilt sich in drei jeweils viermonatige Einsätze in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und wahlweise Allgemeinmedizin oder ein anderes Fachgebiet. Diese drei Tertiale werden mit der neuen Approbationsordnung ab 2025 in vier dreimonatige Quartale unterteilt, mit einem zusätzlichen verpflichtenden Einsatz im vertragsärztlichen ambulanten Bereich.

### **1.3 Identität, Rollen und Sozialisation**

Identität wird im Duden definiert als

*„a) Echtheit einer Person oder Sache; völlige Übereinstimmung mit dem, was sie ist oder als was sie bezeichnet wird*

*b) als „Selbst“ erlebte innere Einheit der Person“ (Duden 2021)*

Dabei spielen sowohl individuelle, internale, wie auch soziale, externale Einflüsse eine Rolle in der Identitätsentwicklung, die als fortwährender und nie abgeschlossener Prozess betrachtet werden kann, denn auch das Ergebnis, also die Konstruktion einer Identität wird im Beschreiben dieser durch selbstreflexive Prozesse wieder verändert.

Die Identität entwickelt sich im Rahmen einer Sozialisation, also der „*Einordnung des (heranwachsenden) Individuums in die Gesellschaft und die damit verbundene Übernahme gesellschaftlich bedingter Verhaltensweisen durch das Individuum*“ (Duden 2021).

Die Rolle einer Person wird definiert durch die Erwartungen, die mit einer bestimmten Interaktions-Konstellation verbunden sind. So werden bestimmte, unterschiedliche Erwartungen an eine Pflegekraft oder eine\*n Ärzt\*in im Umgang mit Patient\*innen gesetzt. Diese Rollen sind Teil der professionellen Identität und je nach Setting und Anforderungen, werden unterschiedliche Sub-Rollen ausgefüllt (Michalec und Hafferty 2015), wie sie beispielsweise in den CanMEDs formuliert sind. In den folgenden Kapiteln werden die professionelle und die interprofessionelle Identitätsentwicklung und Sozialisation beschrieben.

### 1.3.1 Professionelle Identitätsentwicklung und Sozialisation

Professionelle Identität wird auch definiert als Teilidentität, die sich im beruflichen sozialen Erfahrungsraum entwickelt und ausdrückt. Die Lernenden passen sich an Anforderungen der beruflichen Rolle an bzw. entwickeln ihre professionelle Rolle als Teil der eigenen Identität (Dinmohammadi et al. 2013). Neben Auswirkungen der persönlichen Erfahrungen und Haltungen, sowie der externalen Erwartungen wird die professionelle Identität maßgeblich von Erfahrungen der Selbstwirksamkeit beeinflusst (Miller et al. 2021). In den Gesundheitsberufen entwickelt sich die professionelle Identität zu einem großen Teil durch Praxiserfahrungen und professionelle Sozialisation (Joynes 2017; Matthews et al. 2019). Ärzt\*innen, die frisch in den Beruf einsteigen, finden und erlernen ihre eigene Rolle häufig unbewusst und ungeplant in informellen berufsalitäglichen Prozessen und im Kontakt mit Pflegenden. Dabei können die Reaktionen und Verhaltensweisen der Pflegenden das eigene Rollenbild mitformen (Burford et al. 2013, S. 397). Auch für die pflegerische Ausbildung wurde beschrieben, dass die professionelle Identität im beruflichen Kontext in Abhängigkeit von Kolleginnen der gleichen und anderer Professionen entwickelt wird (Dütthorn 2014).

Professionelle Sozialisation wird von Reeves et al. wie folgt definiert:

*„Professional socialisation is a process in which individuals acquire the norms, values and attitudes associated with a particular professional group.“* (Reeves et al. 2010, S. 61)

Professionelle Sozialisation beginnt bereits vor Eintritt in die Ausbildung bzw. in das Studium, basierend auf den gesellschaftlich, sozial und familiär geprägten Annahmen und Vorstellungen über den gewählten Beruf und ist ein individueller dynamischer, kontinuierlicher, sowie komplexer Prozess, (Joynes 2017; Khalili 2013; Reeves et al. 2010). Individuelle Erfahrungen werden mit neuem Wissen und Fertigkeiten verknüpft und in sozialen Interaktionen werden Werte und Normen der beruflichen Gruppe internalisiert (Cruess et al. 2015; Dinmohammadi et al. 2013).

Im Rahmen der Berufsausbildung findet in schulischen oder universitären und praktischen Lehr-Lernaktivitäten eine *formelle Sozialisation* statt, während im Rahmen des sozialen Lernens durch Interaktion oder Beobachtung die *informelle Sozialisation* erfolgt (Farrell et al. 2015, S. 9). Der Prozess der Sozialisation wird von Farrell in den drei Stufen des *Wissenserwerbs* in der theoretischen Ausbildung, des *Werdens* in praktischen Einsätzen und der *Festigung* im Berufsalltag, die in eine professionelle Identität münden, beschrieben. Neben der Internalisierung und dem sozialen Erlernen professionsspezifischer Regeln, ethischer Aspekte, Wissen, Kompetenzen und Verhalten entsteht

gleichzeitig ein Zugehörigkeitsgefühl bzw. das Selbstbild als Mitglied einer professionellen Gruppe (Farrell et al. 2015).

### 1.3.2 Interprofessionelle Identitätsentwicklung und Sozialisation

Die Notwendigkeit von signifikanten Anderen in der Sozialisation zeigt, dass auch interprofessionelle Sozialisation in der Praxis stattfinden kann. Derzeit sind die einzelnen Professionen im Gesundheitswesen jedoch noch immer voneinander getrennt, sodass die Berufe eher in Form von Silos beschrieben werden, die wenig Kontakt untereinander haben. Sottas beschreibt das 2015 als „one profession image“ und verweist auf eine stark monoprofessionelle Sozialisation in der Berufsausbildung, die mit einer Abgrenzung von anderen Berufsgruppen einhergeht und auch zur Bestätigung einer Machtposition dienen kann (Sottas 2015). Ursächlich für den fehlenden Kontakt zwischen Gesundheitsberufen wie Pflege und Medizin sind beispielsweise Unterschiede in den Ausbildungsformen und den handlungsleitenden Theorien. In der Pflege ist Praxisorientierung, ein Lernen von Erfahrungen und Vorbildern dominanter als die Wissenschaftlichkeit, und die Pflegeauszubildenden sammeln früher in der Ausbildung Praxiserfahrung und lernen, in einem Team zu arbeiten als die Medizinstudierenden. Im wissensorientierten Studium der Humanmedizin ist Objektivität und Evidenzbasierung vorherrschend (Foronda et al. 2016) und es findet teilweise auch kompetitives Lernen statt (Hall 2005).

Durch den Fokus auf die monoprofessionelle Ausbildung starten Vertreter\*innen von Gesundheitsberufen häufig ihre berufliche Laufbahn mit vorherrschenden Stereotypen, die das Arbeiten miteinander erschweren (Reeves et al. 2010). In der interprofessionellen Ausbildung wird häufig die Theorie der sozialen Identität nach (Tajfel und Turner 1986) als Erklärungsansatz für die Barrieren zwischen verschiedenen Berufsgruppen aber auch als Basis für die Entwicklung eines interprofessionellen Teams herangezogen. Davon ausgehend, dass es innerhalb einer Gruppe mit geteilten Werten und Normen einen *ingroup favoritism* für alle Mitglieder gibt, während gegen andere, Nicht-Mitglieder eine *outgroup discrimination* vorherrschend ist (Tajfel und Turner 1986; Wild und Möller 2009), kann auch zwischen einzelnen Professionen ein entsprechendes intergruppaales Verhalten ursächlich für Barrieren und Stereotypen sein. Dabei ist für eine gute Versorgung auch die Zusammenarbeit notwendig und die Ausbildung in den Berufen muss ergänzt werden durch kooperatives berufsgruppenübergreifendes Lernen.

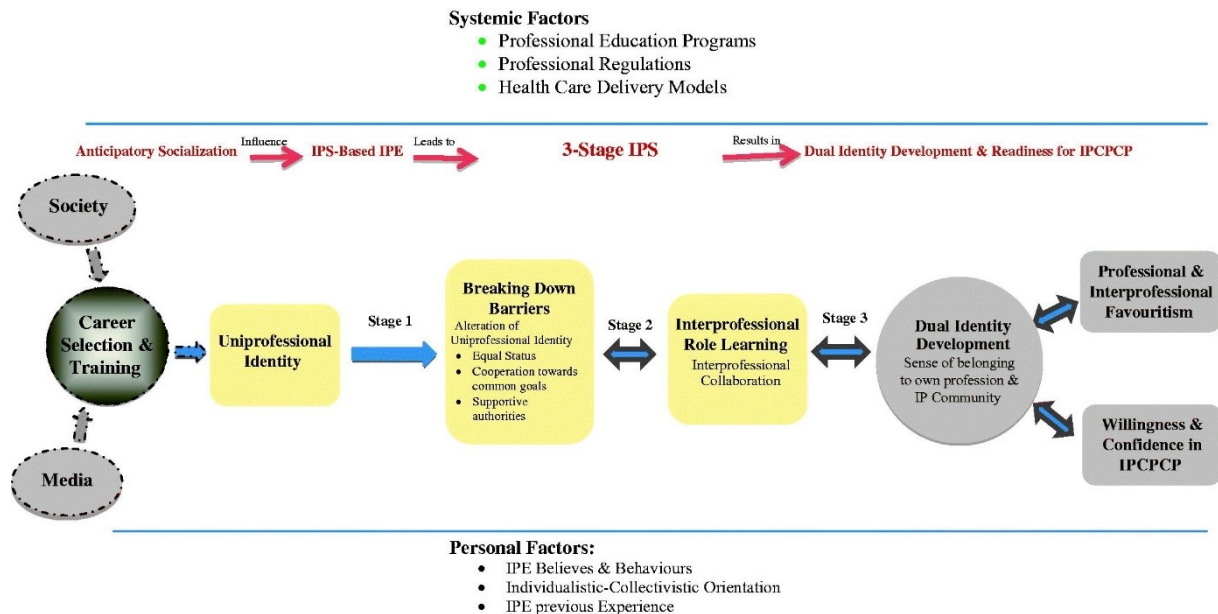
„Das hergebrachte Dogma, dass zuerst die eigene berufliche Identität gefestigt werden muss, bevor die gemeinsame Problemlösung möglich ist, ist unter solchen Alltagsbedingungen zu überdenken.

(Sottas 2015, S. 15)



Durch Beobachten und Handeln als Teammitglied können gruppenspezifische Normen verinnerlicht und eine soziale Identität entwickelt werden, die angepasst ist an die Anforderungen der beruflichen Gruppe (Brown et al. 2012). Um professionelle Sozialisation und Identität um die interprofessionelle Sozialisation, also die Internalisierung von Werten, Normen und Verhalten, Fertigkeiten und Rollen der Profession mit einer interprofessionellen Denkweise (Farrell et al. 2015) zu ergänzen, bedarf es interprofessioneller Lehrangebote in Berufsausbildung und Studium der Gesundheitsberufe. Die Kontakthypothese von Gordon Allport geht davon aus, dass Vorurteile, die zwischen verschiedenen Gruppen herrschen, minimiert werden können, indem Kontakt zwischen Mitgliedern dieser Gruppen hergestellt wird. Dieser Kontakt sollte so strukturiert sein, dass die Teilnehmenden alle auf einer Augenhöhe sind, gemeinsame Ziele haben, zusammenarbeiten um diese Ziele zu erreichen und unterstützt werden von autoritärer Ebene (Allport 1954). So kann nicht nur die Ingroup-Outgroup-Kategorisierung verringert werden, sondern die Lernenden erleben auch die positiven Effekte, die das Lernen in einer heterogenen Gruppe haben kann, in der jede Expertise gefragt und bereichernd ist. In der *Intergroup Contact Theory*, einer Ausdifferenzierung der Kontakthypothese, fokussiert Pettigrew auf die Prozesse, die dabei zwischen den Gruppen ablaufen (Pettigrew 1998). Auch hier sind flache Hierarchien, gemeinsame Ziele, und institutionelle Unterstützung die Rahmenbedingungen für ein positives Gruppenklima und den Abbau von Barrieren und Vorurteilen.

Im Rahmen der interprofessionellen Sozialisation geht es darum, nicht nur die Barrieren und Stereotype zwischen verschiedenen Professionen abzubauen, sondern gleichzeitig eine Gruppenzugehörigkeit zur professionellen und zur interprofessionellen Gruppe zu entwickeln. „Therefore, interprofessional socialization requires strategies that break down misperceptions, prejudices, and stereotypes while maintaining professional uniqueness in their roles and scopes of practice.“ (Khalili 2013, S. 17). Interprofessionelle Sozialisation stellt Khalili in drei Stufen dar, in denen sich aus einer uniprofessionellen Identität eine duale Identität entwickelt. Duale Identität ist das Zugehörigkeitsgefühl sowohl zu der eigenen professionellen Gruppe wie auch zu der interprofessionellen Gruppe, also das Vorhandensein einer professionellen und interprofessionellen Identität. Das Modell von Khalili ist in Abbildung 1 dargestellt.



**Abbildung 1:** Interprofessional socialization framework (IPSF) (Khalili et al. 2013, S. 451)

In der regulären Berufsausbildung wird in erster Linie eine professionelle Identität ausgebildet. Durch den Kontakt zu anderen Berufsgruppen können Barrieren zwischen diesen abgebaut werden. Voraussetzung dafür sind unterstützende Autoritäten, also ein entsprechendes Setting, das den Kontakt ermöglicht und bestimmte Personen, die das auch fördern, ein Arbeiten hin zu gemeinsamen Zielen, sowie ein gleichwertiger Status zwischen den Berufsgruppen. Durch diesen Abbau von Barrieren kann in der Praxis besser zusammengearbeitet werden und so ein interprofessionelles Rollenlernen, also das Kennen und Verstehen der eigenen Rolle, wie auch der der anderen Gesundheitsberufe in der Versorgung. Basierend auf diesem Rollenverständnis kann dann die duale Identität entwickelt werden. Dadurch entsteht einerseits sowohl eine Favorisierung aller Mitglieder der interprofessionellen Ingroup, andererseits aber auch die Motivation und Bereitschaft eine interprofessionelle kollaborative patient\*innenzentrierte Praxis auszuüben (interprofessional collaborative patient-centered practice, IPCPCP). Neben den Möglichkeiten des interprofessionellen Kontakts und der Zusammenarbeit spielen auch personale Faktoren, wie die Erfahrungen in und Einstellungen gegenüber interprofessioneller Ausbildung (IPE) und die Orientierung, eine beeinflussende Rolle in der interprofessionellen Sozialisation. Die Orientierung wird unterschieden in eine individualistische, d.h. der Fokus liegt auf der eigenen Person und die eigenen Ziele werden als wichtiger beurteilt als die der Gruppe, und eine kollektivistische, also mit Fokus auf der Gruppe und deren Ziele und Leistungen. Darüber hinaus können auch systemische Faktoren, wie das Berufsausbildungsprogramm, berufliche Regelungen und Gesundheitsversorgungmodelle die interprofessionelle Sozialisation beeinflussen (Khalili 2013).

Vor allem durch praktische Erfahrungen im realen klinischen Setting, in dem die Vorteile der interprofessionellen Zusammenarbeit erlebt werden, kann eine interprofessionelle Identität entwickelt werden (Price et al. 2021). Da das Gefühl von Kompetenz förderlich für die Identitätsentwicklung sein kann (Cruess et al. 2019), kann das Erleben von Kompetenzen, die eine gute Zusammenarbeit ermöglichen, die interprofessionelle Identitätsentwicklung beflügeln. Entsprechend wichtig sind klinische Einsätze in der Berufsausbildung, in denen eigenständig Verantwortung übernommen, die künftige Rolle „ausprobiert“ und in Interaktion mit anderen entwickelt wird (Joynes 2017).

Neben Peers sind auch Lernbeleiter\*innen bedeutend. Dabei wird in der Literatur zur Identitätsentwicklung von Ärzt\*innen und Pflegenden aus behavioristischer Perspektive die Vorbildfunktion von Supervisor\*innen, bzw. Lernbegleiter\*Innen in Bezug auf das Lernen durch Beobachtung (Bandura 1979) hervorgehoben (Cruess et al. 2019; Hunter und Cook 2018) (Price et al. 2021) sowie deren Aufgabe, reflexive Denkprozesse anzuregen (Cruess et al. 2019). Darüber hinaus können Lernbegleiter\*innen, die Lernenden unterstützen, indem sie ein Zugehörigkeitsgefühl zum Versorgungsteam vermitteln und soziale Interaktionen ermöglichen, was grundlegend für das Lernen und die Identitätsentwicklung ist (Brown et al. 2012; Johnson et al. 2012).

Interprofessionelle Sozialisation und Identitätsentwicklung sind iterative und kontinuierlich stattfindende Prozesse. Wenn diese erfolgreich in interprofessioneller Zusammenarbeit stattfinden, können sie auch gleichzeitig dafür sorgen, diese Zusammenarbeit zu verbessern.

*“This dual identity development is theorized to increase learners’ willingness to seek collaborative teamwork following graduation.”*(Khalili 2013, S. 26)

Allerdings sind diese Aspekte in der Ausbildung der Gesundheitsberufe bislang noch wenig adressiert.

#### **1.4 Interprofessionelle Ausbildung**

Der Erwerb von Kompetenzen, ebenso wie die Entwicklung einer professionellen Identität, bedarf gerade am Ende der beruflichen Ausbildung der praktischen Erfahrungen in einem realen Setting. Darüber hinaus ist der Kontakt zu anderen Lernenden sowie zu Ausgebildeten aus der gleichen und aus anderen Professionen sowohl für die professionelle, wie auch die interprofessionelle Sozialisation und Kompetenzentwicklung sinnvoll.

#### 1.4.1 Interprofessionelle Ausbildung in den Berufsausbildungen

Basierend auf dem Bericht der WHO, der positive Effekte von interprofessioneller Ausbildung, also das Lernen *über-, von- und miteinander* innerhalb verschiedener Berufsgruppen, beschreibt (World Health Organisation 2010), hat auch in Deutschland die Interprofessionalität in der Ausbildung an Bedeutung gewonnen (Cichon und Klapper 2018; Walkenhorst et al. 2015). Sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, sowie auch im Studium der Humanmedizin derzeit Veränderungen statt, die der Interprofessionalität in der Ausbildung, sowie auch dem gezielten Kompetenzerwerb eine größere Gewichtung beimessen. So führen die Neuregelungen in der Pflegeausbildung vom 01.01.2020 durch das Pflegeberufereformgesetz zu einer grundlegenden Änderung hin zu einer generalistisch orientierten Pflegeausbildung. Interprofessionelle Zusammenarbeit wird hier als zentrales Element neben dem Schnittstellenmanagement auf der Mesoebene adressiert (Bundesinstitut für Berufsbildung 2020) und wird auch in Kompetenzbereichen in der Mikroebene wiederholt aufgegriffen. Die Lehre erfolgt anhand von Pflegesituationen, wodurch Verantwortungsübernahme und ganzheitlicher Kompetenzerwerb ermöglicht werden können. Ebenso wird im NKLM ein verstärkter Fokus auf praxisbezogene Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung gelegt, auch in Bezug auf Kommunikation und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit (MFT 2021). Im Masterplan Medizinstudium 2020 wurde zu einem Ausbau des praktischen Bezuges und einer Stärkung der kommunikativen Kompetenzen aufgerufen. Dieser Wandel beantwortet auch die Bedürfnisse der Medizinstudierenden, die sich für ihr PJ mehr Eigenverantwortung und ganzheitliche Betreuungsmöglichkeiten wünschen (Nikendei et al. 2012). Interprofessionelle Kompetenzen werden konkret im Bereich der Übergeordneten Kompetenzen beschrieben, werden aber auch in Konsultationsanlässen und Erkrankungen und in den therapeutischen und Notfallmedizinischen Maßnahmen immer wieder einbezogen (MFT 2021).

Derzeit ist die interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen allerdings noch immer selten, und gerade im klinischen Bereich gibt es erst seit Kurzem erste Bemühungen einer strukturierten interprofessionellen Ausbildung.

#### 1.4.2 Theoretische Grundlagen und empirische Befunde zu IPE<sup>3</sup>

Interprofessionelle Lehr- und Lernaktivitäten basieren auf den Prinzipien des kooperativen Lernens, das durch Kommunikation und Interaktion das Lernen fördert. Um Gruppen harmonisch zusammen zu bringen und gemeinsames Lernen zu ermöglichen, sollten Ziele so strukturiert sein, dass sie nur durch Zusammenarbeit erreicht werden können. Entsprechend ist die Beteiligung und Übernahme von Verantwortung aller Lernenden erforderlich (Wild und Möller 2009). Sogenannte kooperative Lernaufgaben fördern und fordern die positive Interdependenz der Lernenden, so beispielsweise bestimmte Lehr-Lernaktivitäten, in denen die Lernenden auf die Kompetenzen der anderen angewiesen sind (Aronson 2000).

Ähnliches gilt auch für IPE, die dann besonders effizient ist, wenn die Lernenden voneinander, übereinander und miteinander lernen. Dieses interprofessionelle Lernen (IPL) findet gerade in praktischen Einsätzen häufig informell statt. Studien zeigen, dass Interprofessionelle Ausbildung positive Auswirkungen auf die spätere Zusammenarbeit und die Gesundheitsversorgung haben kann (World Health Organisation 2010), Stereotype und Vorurteile zwischen Berufsgruppen abgebaut (Pollard et al. 2005) und das gegenseitige Verständnis wie auch die Wertschätzung erhöht werden (Cartwright et al. 2015; Mahler et al. 2018). Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Kompetenzen verbesserte sich in longitudinalen quantitativen Vergleichen vor und nach IPE-Maßnahmen (Berger et al. 2016; Delisle et al. 2016; Lochner et al. 2018; Mette et al. 2021) ebenso wie die Einstellungen Lernender gegenüber Zusammenarbeit und interprofessioneller Sozialisation (Brown et al. 2018; Cartwright et al. 2015; Seaman et al. 2018). In qualitativen Untersuchungen anhand von Fokusgruppen wurde ein interprofessioneller Kompetenzerwerb durch IPE beschrieben (Mahler et al. 2018), und objektiv wurde in Fremddassessments ein verbessertes interprofessionelles Verhalten nach IPE beobachtet (Brashers et al. 2016). (Aaberg et al. 2019) beschreiben in ihrer Untersuchung positive Auswirkungen eines Team-Trainings mit anschließender Implementierungsphase für Ärzt\*innen, Pfleger\*innen und Pflegehelfer\*innen. Signifikante Veränderungen nach 12 Monaten gab es unter anderem im Hinblick auf die Wahrnehmung von Teamarbeit, Kommunikations-Offenheit, Situations-Monitoring, gegenseitiger Unterstützung und Kommunikation (Aaberg et al. 2019).

---

<sup>3</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.

Vor allem komplexe Lernsituationen sind besonders geeignet, um interprofessionelle Kompetenzen zu erwerben und auf die Komplexität der Gesundheitsversorgung vorzubereiten (Berger et al. 2018). Autonomie und soziale Lernsituationen sind einerseits motivierende Faktoren (Deci und Ryan 2008), dienen aber auch der verstärkten Komplexität, vor allem, wenn der lernenden Gruppe eine große Freiheit in ihrer Entwicklung gegeben wird (Newell 2008). Entsprechend kann die Qualität der Teamarbeit nicht allein an den Kompetenzen der Teammitglieder festgemacht werden, sondern an der Kompetenz des Teams (Lingard 2016).

Ein Kompetenzerwerb anhand komplexer Lehr-/Lernaufgaben kann im Sinne eines konstruktivistischen Ansatzes das individuelle und soziale Lernen in Form eines kognitiven und sozialen Konstruktivismus fördern (Hean et al. 2009). Vor allem die interprofessionelle Ausbildung im praktischen Setting wird von den Lernenden positiv bewertet und IPE im realen klinischen Setting hat sich als effizienter gezeigt als theoretische IPE (Stubbs et al. 2017).

Sobald reale oder auch Schauspielpatient\*innen integriert sind, scheinen die Lernenden in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit besonders zu profitieren. Nasir et al. (2017) zeigten auf, dass in interprofessionellen Lehrsettings, die reale Patient\*innen inkludierten, die Lernenden nicht nur den Kontakt untereinander positiv bewerteten sondern auch mehr über die Rollen der anderen lernten, sich die eigene Selbstsicherheit im Austausch mit anderen Berufsgruppen verbesserte und die Ansicht vertraten, dass das gemeinsame Lernen die Patient\*innenversorgung verbessern kann. Neben diesen quantitativen Ergebnissen wurden in Freitextkommentaren von etwa der Hälfte der Befragten das Vorhaben beschrieben, in Zukunft mehr über die anderen Berufe und die Zusammenarbeit zu lernen und diese zu verbessern (Nasir et al. 2017). Arnold et al. (2020) untersuchten die Durchführung einer Anamnese im interprofessionellen Tandem von Medizinstudierenden und Pflegeauszubildenden mit Hilfe von Schauspielpatient\*innen. In der Evaluation dieser Lernerfahrungen, die anhand von Speeddatings vor und nach dem Kurs durchgeführt wurde, zeigte sich, dass die Lernenden durch diese gemeinsame Erfahrung reflektierten, wie sie sich ihre künftige Zusammenarbeit vorstellten. Dabei wurde die Relevanz der gemeinsamen Koordination der Versorgung erkannt und der Wunsch nach einer effizienten Zusammenarbeit geäußert. Vor allem für die Pflegeauszubildenden schien es wichtig, dass die Medizinstudierenden ihre Kompetenzen erkennen. Das Lernsetting schien ein erster Schritt im Hinblick auf die interprofessionelle Sozialisation und die Bildung einer dualen Identität zu sein (Arnold et al. 2020).

In der Evaluation einer IPE-Maßnahme mit dem Ziel der interprofessionellen Sozialisation, orientiert an dem Interprofessional Socialization Framework (IPSF) (Khalili 2013) wurde dargestellt, dass

Workshops, die explizit die einzelnen Stufen der interprofessionellen Identitätsentwicklung ansprechen, also den Abbau von Barrieren, das interprofessionelle Rollenlernen und die Entwicklung einer dualen Identität, erfolgreich im Hinblick auf die interprofessionelle Sozialisation sein können. Dabei waren sowohl gemeinsame Reflexionen, wie auch die kollaborative Bearbeitung von Fallbeispielen, mit dem Ziel, gemeinsam Ziele für die Patient\*innen zu formulieren, Inhalte von zwei aufeinander aufbauenden Workshops. Daraus entwickelten die Lernenden eine duale Identität und initiierten im Anschluss selbstständig Prozesse zur weiteren Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Es zeigte sich, dass die interprofessionelle Sozialisation unabhängig von Vorerfahrungen und Einstellungen im Bereich IPE sowie von kollektivistischen oder individualistischen Orientierungen stattfand (Khalili und Orchard 2020). Entsprechende Untersuchungen einer interprofessionellen Sozialisation und Identitätsentwicklung können also relevante Hinweise auf die Wertigkeit und Nachhaltigkeit von IPE-Angeboten im Hinblick auf eine verbesserte Zusammenarbeit in der klinischen Praxis geben. Allerdings gibt es noch sehr wenig Forschung im Bereich interprofessioneller Identitätsentwicklung im Rahmen von IPE, da der Fokus der Untersuchungen eher auf professionsspezifischer Identitätsentwicklung liegt (Tong et al. 2020).

#### 1.4.2.1 Die interprofessionelle Ausbildungsstation (IPSTA)

Interprofessionelle Ausbildungsstationen stellen nicht nur komplexe Lehr- Lernsettings dar, sondern bereiten die Lernenden in einem realen Praxissetting auf die spätere Zusammenarbeit und ihre professionsspezifischen Aufgaben in der Patient\*innenversorgung vor. Der Einsatz auf interprofessionellen Ausbildungsstationen ist im skandinavischen Raum weit verbreitet und es wird ein positiver Einfluss auf die interprofessionellen Kompetenzen beschrieben (Jacobsen et al. 2009; Pelling et al. 2011; Reeves et al. 2016). In einem Review zu interprofessionellen Ausbildungsstationen identifizieren (Oosterom et al. 2018) 14 IPSTAs, die in 37 Artikeln beforscht wurden. Davon befand sich fast die Hälfte (N=6) im skandinavischen Raum, der Rest (N=8) im englischsprachigen Raum, hier vor allem in Großbritannien. Das zeigt, dass hier in Europa und weltweit noch Nachholbedarf besteht. Die beschriebenen Studien zeigten, dass die Lernenden ein besseres Verständnis für die Rollen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe in der Versorgung, gemessen im Prä-Post-Vergleich entwickelten. Prä-Post-Vergleiche im Hinblick auf die selbsteingeschätzten IP-Kompetenzen der Lernenden wurden lediglich in sieben der identifizierten Studien durchgeführt, Langzeitauswirkungen in diesem Bereich wurden in vier Studien untersucht, alle mit positiven Ergebnissen. Sieben Studien, die die Patient\*innenperspektive beleuchteten, zeigten eine hohe Patient\*innenzufriedenheit, was für die Patient\*innenzentriertheit solcher IPSTAs spricht. Es fehlen allerdings noch Informationen, wie gelernt wird und welche Settings besonders geeignet sind (Oosterom et al. 2018).

Laut Hood et al. (2014) erleben Studierende, die auf einer IPSTA eingesetzt waren, diese als beste Möglichkeit die interprofessionelle Zusammenarbeit zu erlernen. Kompetenzen, die erworben wurden, waren in erster Linie die Patient\*innenversorgung, Kommunikation und die systematische Zusammenarbeit mit verschiedenen Mitgliedern des Versorgungsteams. Es wurde ein Zugehörigkeitsgefühl zu der Station, sowie die Erkenntnis nicht alleine zu arbeiten beschrieben. Die Autorinnen zeigen die Möglichkeit durch den Einsatz auf einer IPSTA die eigene professionelle Identität „auszuprobieren“, da in sicherer Umgebung eine Rolle eingenommen und im Hinblick auf die Reaktionen der anderen evaluiert und bei Bedarf angepasst werden kann (Hood et al. 2014).

Erste Ergebnisse im Hinblick auf die interprofessionelle Identitätsentwicklung auf einer IPSTA liefern Tong et al. (2021), die anhand von Rückmeldungen von Lernenden aus verschiedenen Berufsgruppen aufzeigen, dass am Ende des Einsatzes interprofessionelle Werte und Normen internalisiert und so eine interprofessionelle Identität entwickelt wurde (Tong et al. 2021). Dennoch gibt es insgesamt noch wenig empirische Befunde zu dem Thema interprofessionelle Identität, wie auch in einem 2020 publizierten Review von Tong et al. beschrieben (Tong et al. 2020). Hier wird deutlich, dass es auch noch keine einheitliche Definition von interprofessioneller Identität gibt.

Gerade in Deutschland ist die Datenlage noch sehr dünn. Es gibt wenig Evidenz zum interprofessionellen Lernen auf IPSTAs, da mit der hier untersuchten Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation (HIPSTA) im Jahr 2017 eine der ersten deutschen IPSTAs implementiert wurde. Erste Ergebnisse aus IPSTAs in Deutschland wurden unter anderem von (Mohr et al. 2020) beschrieben, die ein 2-wöchiges IPE Programm evaluierten, das umrahmt von Input zu Themen wie interprofessioneller Zusammenarbeit und Kommunikation auch den Kontakt und die Therapieplanung mit Patient\*innen einer kardiovaskulären Station beinhaltet. In dieser Evaluation wurde eine signifikante Verbesserung der selbst eingeschätzten Fähigkeiten im Bereich Kommunikation und Teamarbeit, der Einstellung gegenüber interprofessionellem Lernen und den interprofessionellen Beziehungen bei Medizinstudierenden, gemessen mit dem University of Western England Interprofessional Questionnaire (UWE-IP) (Pollard et al. 2004) im Prä-Post-Vergleich gezeigt. Die Pflegeauszubildenden zeigten in diesen Subskalen keine signifikante Veränderung im longitudinalen Vergleich, dagegen verbesserten sich im Gegensatz zu den Medizinstudierenden deren Einstellungen gegenüber der interprofessionellen Interaktion von negativ hin zu neutral. Ähnlich wurde auch auf der Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation (HIPSTA) eine signifikante Verbesserung der Einstellungen der Pflegeauszubildenden und Medizinstudierenden in Bezug auf die interprofessionelle Interaktion im Prä-Post-Vergleich gemessen (Mink et al. 2020). Mohr et al. konnten darüber hinaus signifikante



Unterschiede zwischen den Lernenden der beiden Berufsgruppen in den Subskalen Kommunikation und Teamarbeit sowie interprofessionellem Lernen vor dem Einsatz feststellen, die sich nach dem Einsatz nivellierten. In zusätzlich durchgeführten Fokusgruppen identifizierten die Autor\*innen Themen wie den Wunsch nach mehr IPE-Möglichkeiten, die Erkenntnis der gegenseitigen Ergänzung und den positiven Einfluss von IPE auf die interprofessionellen Beziehungen (Mohr et al. 2020).

(Mette et al. 2021) berichten in ihrer Evaluation einer interprofessionellen Ausbildungsstation einen signifikanten Zuwachs im retrospektiv selbst-eingeschätzten professionellen und interprofessionellen Wissen und der interprofessionellen Kompetenz in allen drei beteiligten Berufsgruppen (Medizinstudierende, Pflegeauszubildende, Auszubildende der Physiotherapie). Darüber hinaus zeigen sie eine signifikant positivere Selbsteinschätzung der Kompetenzen der Lernenden nach dem Einsatz im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Mette et al. 2021).

### **1.5 Fragestellung**

Die wenige bis fehlende Evidenz zu dem Einfluss von einem Einsatz auf einer IPSTA auf die berufsspezifische und interprofessionelle Kompetenzentwicklung, sowie auf die professionelle und interprofessionelle Sozialisation und Identitätsentwicklung macht eine Untersuchung dieser Aspekte notwendig und führte zu folgender Fragestellung:

Welchen direkten und mittelfristigen Einfluss hat das gemeinsame, weitestgehend eigenverantwortliche Arbeiten auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation unter Begleitung von Lernbegleiter\*innen auf Kompetenzen, sowie die Entwicklung einer (inter-)professionellen Identität bei Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege und Medizinstudierenden im praktischen Jahr? Dabei wird folgenden Aspekten nachgegangen:

- a. Wie verändern sich Kompetenzen der Lernenden?
- b. Wie verändert sich das Verständnis für die eigene berufliche Rolle und Identität?
- c. Welchen Einfluss haben das eigenverantwortliche Handeln und das interprofessionelle Setting auf den Kompetenzerwerb und die Identitätsentwicklung?
- d. Wie verändern sich Kompetenzen und Identität in der weiteren Ausbildung oder dem Einstieg in den Berufsalltag?

## **2. MATERIAL UND METHODEN**

Die Datenerhebung zur Beantwortung der Fragestellungen erfolgte im Rahmen der Evaluation der Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation HIPSTA, (Mink et al. 2019) die, gefördert von

der Robert Bosch Stiftung<sup>4</sup>, im April 2017 in der chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg implementiert wurde (Mihaljevic et al. 2018). In der vorliegenden Arbeit werden sowohl eine quantitative wie auch eine qualitative Analyse von schriftlichen und mündlichen Befragungen der Lernenden auf HIPSTA beschrieben. Im Folgenden werden das Forschungsdesign, die HIPSTA, die Studienpopulation, die Datenerhebung und -analyse sowie ethische Aspekte dargestellt.

## 2.1 Forschungsdesign

Zu Beantwortung der Fragestellung wird eine prospektive Mixed-Methods-Beobachtungsstudie ohne Kontrollgruppe mit Pflegeauszubildenden und Medizinstudierenden aus 16 Kohorten durchgeführt, die zwischen April 2017 bis November 2018 auf HIPSTA eingesetzt waren. Die Datenerhebung mittels Fragebögen und Interviews erfolgte von April 2017 bis Februar 2019, wobei in den Fragebogenerhebungen die gesamte Gruppe von Lernenden mehrmals befragt wurde. Mit Hilfe von standardisierten Fragebögen, die in englischer Sprache und teilweise auch in deutscher Übersetzung validiert sind, wurden sogenannte interprofessionelle Kompetenzen zu drei Zeitpunkten abgefragt. Diese Ergebnisse wurden trianguliert mit qualitativen Daten erhoben in Form von teil-strukturierten Interviews und Gruppeninterviews. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die erhobenen Daten und die Auswertung zu den jeweiligen Zeitpunkten unter Zuordnung zu den einzelnen Fragenstellungen.

**Tabelle 3:** Überblick über die Datenerhebung und -analyse

<b>Datenerhebungsmethode</b>	<b>T1 (am Ende des HIPSTA Einsatzes)</b>	<b>T2 (3 Monate nach dem Einsatz auf HIPSTA)</b>	<b>T3 (1 – 1,5 Jahre nach dem Einsatz auf HIPSTA)</b>
<b>Wie verändern sich Kompetenzen der Lernenden auf HIPSTA (s. Kap. 3.3)</b>			
Schriftliche Datenerhebung mittels Fragebögen (s. Kap. 3.3.1)	Quantitativer Prä-Post-Vergleich mittels gemischtem linearen Modell (UWE-IP) Analyse der Freitextantworten	Quantitativer Prä-Follow-up-Vergleich mittels gemischten linearen Modells (UWE-IP)	

<sup>4</sup> Die Förderung der Robert Bosch Stiftung erfolgte im Rahmen des Programms „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ Fördernummer: 32.5.A381.0026.0.

Analyse der Freitextantworten		
Mündliche Datenerhebung mittels Gruppen- und Einzelinterviews (s. Kap. 3.3.)	Qualitative Inhaltsanalyse von Gruppeninterviews	
<b>Wie verändert sich das Verständnis für die eigene berufliche Rolle und Identität? (s. Kap. 3.4)</b>		
Schriftliche Datenerhebung mittels Fragebögen (s. Kap. 3.4.1)	Quantitativer Prä- Post-Vergleich mittels gemischten linearen Modells (ISVS)	Quantitativer Prä- Follow-up- Vergleich mittels gemischten linearen Modells (ISVS)
Mündliche Datenerhebung mittels Gruppeninterviews (s. Kap. 3.4.2 & 3.4.3)	Qualitative Inhaltsanalyse (s. 3.4.2) und rekonstruktive Analyse von Gruppeninterviews (s. Kap. 3.4.3)	
<b>Welchen Einfluss haben das eigenverantwortliche Handeln und das interprofessionelle Setting auf den Kompetenzerwerb und die Identitätsentwicklung? (s. Kap. 3.5)</b>		
Mündliche Datenerhebung mittels Gruppen- und Einzelinterviews (s. Kap. 3.5.1 & 3.5.2)	Qualitative Inhaltsanalyse von Gruppeninterviews (s. Kap. 3.5.1)	Qualitative Inhaltsanalyse von Einzelinterviews (s. Kap. 3.5.2)
<b>Wie verändern sich Kompetenzen und Identität in der weiteren Ausbildung oder dem Einstieg in den Berufsalltag? (s. Kap. 3.6)</b>		

Mündliche Datenerhebung  
mittels Gruppen- und  
Einzelinterviews (s. Kap.  
3.6)

Qualitative  
Inhaltsanalyse von  
Einzelinterviews (s.  
Kap. 3.6)

## 2.2 Die Interprofessionelle Ausbildungsstation HIPSTA

In der chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg wurde auf der viszeralchirurgischen Station im April 2017 die deutschlandweit erste Interprofessionelle Ausbildungsstation implementiert, die HIPSTA (Mihaljevic et al. 2018). In drei- bis fünfwöchigen Praxiseinsätzen wurden jeweils vier Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege in ihrem dritten Ausbildungsjahr und vier Studierende der Humanmedizin in ihrem praktischen Jahr (PJ) ausgebildet, indem sie selbstverantwortlich die Versorgung von insgesamt sechs Patient\*innen in zwei Zimmern übernahmen. Die Versorgung erfolgte weitestgehend selbstverantwortlich unter Supervision von ärztlichen und pflegerischen Lernbegleiter\*innen (siehe Kap. 2.2.3). Die Lernenden auf HIPSTA arbeiteten in Früh- und Spätschicht eingeteilt in je zwei interprofessionelle Tandems die für jeweils eins der beiden Zimmer verantwortlich waren. Den Lernenden stand ein eigenes Büro zur Verfügung, in welchem vier Arbeitsplätze inklusive PC und Zugang zum Klinikinformationssystem für die zwei Pflegeauszubildenden und die zwei PJ-Studierenden pro Schicht vorhanden waren. Darüber hinaus erhielten alle ein eigenes Telefon. Bei der Entwicklung der HIPSTA wurde einerseits ein behavioristischer Ansatz zugrunde gelegt und konkrete interprofessionelle Lernziele und interprofessionelle *Entrustable Professional Activities* (IP-EPA) formuliert. Andererseits sollte das Lernen selbstgesteuert stattfinden und Lernprozesse aus der Praxis heraus initiiert werden, weswegen in der didaktischen Umsetzung durch den Einsatz von Lernbegleiter\*innen als Lernermöglicher\*innen gleichzeitig ein konstruktivistischer Ansatz verfolgt wurde. Neben einer theoretischen Fundierung und Zuhilfenahme bestehender interprofessioneller Kompetenzrahmenmodelle wurden interprofessionelle Ausbildungsstationen des Karolinska Instituts in Schweden als Vorbild genommen (Ericson et al. 2017; Hallin und Kiessling 2016; Ponzer et al. 2004) Im Folgenden werden Struktur, Lernziele und Lernbegleitung auf HIPSTA erläutert.

### 2.2.1 Einführungstag

Der Einsatz der Lernenden auf HIPSTA begann mit einem Einführungstag, an dem a) ein Kennenlernen der Lernenden untereinander ermöglicht wurde und gemeinsam Kommunikationsregeln erstellt wurden, b) die groben Abläufe, sowie die Dokumentation auf Station

vorgelegt wurden und c) ein gemeinsames Basic Life Support Training durchgeführt wurde. All diese Aspekte sind wichtig, um einen den Kontakt in der Gruppe herzustellen, vor allem auch zwischen den beiden Berufsgruppen Pflege und Humanmedizin. Indem gemeinsam Kommunikationsregeln aufgestellt wurden, wurde eine Vereinbarung getroffen, an die sich alle selbstverantwortlich halten mussten und die im HIPSTA Büro aufgehängt wurde. Neben den für den Einsatz relevanten Lernaktivitäten erfolgte an diesem Einführungstag auch die Studienaufklärung durch die Wissenschaftler\*innen der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, die für die Durchführung der Evaluation zuständig waren.

### 2.2.2 Lernziele und EPAs

Während des Einsatzes auf HIPSTA waren die Lernenden für die Aufnahme und Entlassung, die OP-Vorbereitung und die Nachsorge und Überwachung, sowie die Therapieplanung und Diagnostik verantwortlich. Basierend auf dem schwedischen Vorbild wurden die folgenden zwei interprofessionellen Lernziele für HIPSTA übernommen<sup>5</sup>:

- Zusammen mit dem Team sind die Lernenden in der Lage unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte, die Bedürfnisse der Patient\*innen zu erfassen und zu erfüllen und gemeinsam einen Behandlung-, Pflege- und Rehabilitationsplan auszuarbeiten.
- Die/der Lernende ist in der Lage ihre/seine Fähigkeiten und die anderer Mitarbeiter\*innen zum Wohle der Patient\*innensicherheit zu reflektieren und besitzt die Fähigkeit mit Patient\*innen, Angehörigen und anderen Mitarbeiter\*innen des Gesundheitssystems zu kommunizieren und zusammenzuarbeiten.

Darüber hinaus wurden folgende drei interprofessionelle EPAs ausgearbeitet:

- Interprofessionelle Visite in der Chirurgie (Level 3, d.h. darf EPA unter Supervision auf Abruf durchführen)
- Interprofessionelle Patient\*innenaufnahme (Level 4, d.h. darf EPA selbstständig durchführen)
- Interprofessionelles Entlassmanagement (Level 4, d.h. darf EPA selbstständig durchführen)

Entsprechend wurden auf HIPSTA Sozial-, Personal- und Fachkompetenz gestärkt, indem zusammen gearbeitet und gelernt, das theoretische Wissen praktisch angewandt und eigenverantwortlich

---

<sup>5</sup> die Interprofessionellen Lernziele sind adaptiert von den IPE learning objectives der interprofessionellen Ausbildungsstationen des Karolinska Institute, Stockholm (Rene Ballnus).

gearbeitet wurde. Im Rahmen eines Constructive Alignments (Biggs 2003) waren die Lernbegleiter\*innen dafür zuständig entsprechende Lehr-Lernaktivitäten zu ermöglichen und die Erreichung der genannten Lernziele zu beobachten.

### 2.2.3 Lernbegleitung

Die Lernbegleiter\*innen handelten als „Facilitators“, das heißt, sie hatten die Aufgabe Lernen zu ermöglichen (Rogers 1967), indem sie das eigenständige Lernen und eigenverantwortliche Handeln der Lernenden förderten, sich im Hintergrund hielten und nur dann eingriffen, wenn es notwendig war. Während der Frühschicht war ein\*e pflegerische\*r Lernbegleiter\*in (Hauptamtliche\*r Praxisanleiter\*in) durchgehend anwesend und nur für die Begleitung der Lernenden zuständig. Von ärztlicher Seite erfolgte die Lernbegleitung durch die jeweiligen Stationsärzt\*innen im Rahmen der morgendlichen Visite und deren Nachbesprechung, und der Mittagsübergabe, sowie die dauerhafte telefonische Erreichbarkeit. Die Lernbegleiter\*innen aus Pflege (LBP) und Medizin (LBM) waren jeweils für beide Berufsgruppen verantwortlich. Während der Spätschicht war ein\*e Mitarbeiter\*in der Station, in die die HIPSTA-Zimmer integriert sind, für die Lernbegleitung verantwortlich. In der Anfangsphase von HIPSTA gab es noch keine strukturierte Einführung für die Lernbegleiter\*innen. Zur gemeinsamen Absprache fanden regelmäßige Lernbegleiter\*innen Treffen statt.

## 2.3 Studienpopulation

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden insgesamt 16 Kohorten à fünf bis acht Teilnehmenden eingeschlossen. Jede dieser ersten 16 Kohorten setzte sich zusammen aus acht Lernenden, bis auf Kohorte zwei mit fünf und die Kohorten sieben und zehn mit jeweils sieben Lernenden (n=123). Gründe dafür waren eine geringe Bewerber\*innenzahl zu Beginn, sowie andere anfängliche organisatorische Herausforderungen. Da die Größe der Studienpopulation von der Verfügbarkeit der Daten bestimmt war, wurde vorab keine Fallzahlplanung (*power analysis*) durchgeführt, sondern die Befragten anhand eines *convenience sampling* bestimmt. Für den longitudinalen Vergleich der drei Erhebungszeitpunkte wurden alle Lernenden, die in der Zeit von April 2017 bis November 2018 auf der HIPSTA eingesetzt waren, in die Studie eingeschlossen. Die Gruppendiskussionen wurden mit den Kohorten drei bis sieben durchgeführt, bis eine Sättigung der Daten erreicht war. Die Gruppe der Befragten wurde hier im Rahmen eines *theoretical samplings* zusammengestellt, ein zirkuläres Vorgehen war aber aus pragmatischen Gründen in diesem Fall nicht möglich. Die Einladung zur Teilnahme erfolgte mündlich durch eine der beiden Forscherinnen (JM & AM) im Rahmen eines Besuches auf der HIPSTA. Zur Teilnahme an den Follow-up Einzelinterviews wurden alle Lernenden der Kohorten eins bis neun via E-Mail eingeladen und Interviews bis zu einer inhaltlichen Sättigung

durchgeführt. Einschlusskriterium war die Teilnahme an HIPSTA, die Volljährigkeit und das Einverständnis zur Teilnahme.

## 2.4 Messungen

Es wurden Daten sowohl mit Hilfe von Fragebögen wie auch mit Hilfe von Gruppendiskussionen und Einzelinterviews erhoben. Die Lernenden der ersten 16 Kohorten wurden jeweils am Einführungstag, also am ersten Tag des HIPSTA-Einsatzes, über die Studie informiert und über datenschutzrelevante Aspekte, sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt.

### 2.4.1 Fragebogenerhebung<sup>6</sup>

Die schriftliche Datenerhebung mittels Fragebögen erfolgte zu drei Zeitpunkten, und zwar direkt vor Beginn des Einsatzes auf HIPSTA am Einführungstag (T0), am Ende des Einsatzes (T1) und drei Monate später (T2). Die Fragebögen wurden zu T0 und T1 als Papierversion direkt an die Lernenden verteilt, zu T2 wurde ein Online Fragebogen via E-Mail an die Lernenden versandt. Neben drei Fragebögen zu interprofessionellen Kompetenzen und Einstellungen gegenüber IPL und IPC wurden soziodemografische Daten in Form von Geschlecht, Alter, Berufsgruppenzugehörigkeit und Einsatzort erhoben. Zu jedem Ausfüllzeitpunkt wurden die Befragten gebeten einen individuellen Code nach den immer gleichen Vorgaben zu generieren, den sie nur selber nachvollziehen konnten, um die Zuordnung der Fragebögen zwischen den Zeitpunkten zu ermöglichen. Eingesetzt wurden drei Fragebögen in deutscher Übersetzung, von denen in der vorliegenden Arbeit die folgenden zwei zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen wurden:

- University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWE-IP) (Pollard et al. 2004) in validierter deutscher Version (Mahler et al. 2017)
- Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS) (King et al. 2010) in deutscher Übersetzung (Mahler et al., *Manuskript in Vorbereitung*)

Die verwendeten Fragebögen finden sich im Anhang 1. Bei dem dritten eingesetzten Fragebogen handelte es sich um die Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) (Orchard et al. 2012). Auf diese wird aus inhaltlichen Gründen in der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen. Der UWE-IP wurde im Rahmen der Evaluation von HIPSTA zu Zeitpunkt T2, also drei

---

<sup>6</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.

Monate nach Ende des HIPSTA Einsatzes, erst ab der fünften Kohorte eingesetzt. Grund dafür war das eigentliche Ziel der Validierung der deutschen Versionen von ISVS und AITCS.

#### 2.4.1.1 University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWE-IP)

Der UWE-IP (Pollard et al. 2004) wurde in seiner validierten deutschen Version eingesetzt (Mahler et al. 2017). Aus diesem Fragebogen wurden drei der vorhandenen vier Subskalen verwendet, in der vorliegenden Arbeit wird auf zwei davon eingegangen, die jeweils aus neun Items bestehen:

- Die Skala *Kommunikation und Teamarbeit* erfasst die Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen im Bereich Kommunikation und Kollaboration der Befragten. Auf einer vier-stufigen Likert-Skala kann von 1 (ich stimme voll und ganz zu) bis 4 (ich stimme überhaupt nicht zu) ausgewählt werden.
- Die Skala *Interprofessionelles Lernen* erfasst die Einstellungen der Befragten gegenüber dem Lernen gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Gesundheitsberufe. Hier kann auf einer fünf-stufigen Likert-Skala von 1 (ich stimme voll und ganz zu) bis 5 (ich stimme überhaupt nicht zu) ausgewählt werden, inklusive einem mittleren Feld 3 (ich bin unentschieden).

In allen Skalen steht ein hoher Wert für eine negative Einstellungen und ein niedriger Wert für eine positive Einschätzung.

#### 2.4.1.2 Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS)

Die ISVS (King et al. 2010) wurde in deutscher Version verwendet, deren Validierung noch aussteht (übersetzt von Mahler, C. et al., *Manuskript in Vorbereitung*). Die validierte englische Version wurde 2010 von King et al. für Prä-Post-Befragungen zu Annahmen, Einstellungen und Verhalten in Bezug auf interprofessionelle Beziehungen, Kollaboration und Sozialisation entwickelt. Die verwendete Version besteht aus 21 Items, die auf einer 7-stufigen Likert Skala von 7 (in sehr hohem Maße) bis 1 (überhaupt nicht) und der Option „keine Antwort“ bewertet werden können. Je höher der Wert, desto positiver ist die Einstellung. Alle Items werden eingeleitet mit:

*Zum jetzigen Zeitpunkt, basierend auf meiner Teilnahme an interprofessionellen schulischen Aktivitäten und/oder der interprofessionellen Zusammenarbeit in der klinischen Praxis...*

#### 2.4.1.3 Offene Frage

Teil der schriftlichen Befragung waren neben den genannten Skalen auch vier offene Fragen am Ende des Fragebogens. Eine dieser Fragen wurde in der vorliegenden Untersuchung in Bezug auf den Kompetenzerwerb einbezogen. Diese lautete: „*Welche Kompetenzen haben Sie besonders*



*weiterentwickelt?“* und wurde sowohl zu T1 als auch zu T2 gestellt. Vorteil hiervon ist, etwas ausführlichere Informationen der Lernenden auf anonymer Basis zu erhalten.

#### *2.4.2 Mündliche Befragung*

Daten in Form von mündlichen Interviews wurden zum einen in Gruppeninterviews mit den Lernenden am letzten Tag des HIPSTA-Einsatzes und zum anderen in Follow-up Einzelinterviews 12-18 Monate nach dem Einsatz erhoben. Offene mündliche Befragungen werden vorwiegend eingesetzt um Einblick in Bereiche zu erhalten, von denen bislang wenig bekannt ist. Subjektive Meinungen und Einstellungen zu bestimmten Themen können erfragt und individuell und spontan vertieft werden (Döring und Bortz 2016). Die Gruppeninterviews wurden audio-visuell, die Einzelinterviews mit einem Diktiergerät aufgezeichnet, um anschließend wörtlich transkribiert werden zu können. Die Namen der Teilnehmenden wurden in den Transkripten pseudonymisiert. Den Befragten wurden die Transkripte aus pragmatischen Gründen nicht vorgelegt. Während der Interviews wurden keine weiteren Feldnotizen angefertigt.

##### *2.4.2.1 Gruppeninterviews*

Gruppeninterviews wurden in fünf Kohorten jeweils am Ende des Einsatzes auf HIPSTA im HIPSTA-Büro durchgeführt. Die Versorgung der Patient\*innen wurde in der Zeit von den Lernbegleiter\*innen und Kolleg\*innen der Station übernommen. Vier der Gruppeninterviews wurden moderiert von der Autorin der vorliegenden Arbeit (JM) mit dem professionellen Hintergrund Gesundheit und Gesellschaft und Bildungswissenschaften, eine von einer Pflegewissenschaftlerin, M.Sc (AM), beide wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung mit Vorerfahrungen im Führen von Interviews und verantwortlich für die Evaluation von HIPSTA. Die Aufklärung zu dieser Datenerhebung wurde zu Beginn des Einsatzes im Rahmen des Einführungstages von einer der Forscherinnen gegeben. Im Verlauf des jeweiligen HIPSTA-Einsatzes waren die beiden Forscher\*innen zur Datenerhebung immer wieder auf der Station anwesend und aus diesem Grund den Teilnehmenden bekannt. Ebenso waren die Befragten darüber informiert, dass die jeweilige Moderatorin an einer von der chirurgischen Klinik unabhängigen Abteilung beschäftigt war, somit also keinerlei Einfluss auf deren Ausbildung oder das Studium hatte. Ansonsten bestand kein Kontakt zu den Teilnehmer\*innen. Die Lernenden wurden direkt vor Durchführung der Gruppendiskussionen nochmals über den Sinn der Studie und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Ein semi-strukturierter Leitfaden, der es den Lernenden ermöglichte ein eigenes Relevanzsystem zu entfalten, also einen eigenen Fokus zu setzen, diente den Forscherinnen als Gedankenstütze. Dieser war in die folgenden Themenbereiche gegliedert:

- Allgemeines Erleben von HIPSTA
- Setting
- Kompetenzerwerb fachbezogen
- Kompetenzerwerb interprofessionell

Der komplette Leitfaden findet sich in Anhang 2.

Initial war laut Studienprotokoll eine Datenerhebung in Form von Einzelinterviews geplant. Grund für die Änderung in der Datenerhebungsstrategie waren erste Erfahrungen in drei Einzelinterviews mit den Kohorten 1 und 2. Einerseits gestaltete sich die Terminfindung als sehr herausfordernd und die Lernenden mussten extra in ein anderes Gebäude kommen. Andererseits war das Forschungsinteresse nicht nur einen Einblick in die individuell beschriebenen Erfahrungen zu erhalten, sondern auch die Gruppenprozesse und -dynamik zu untersuchen um einen tieferen Einblick in die Sozialisation zu erhalten. In den Gruppendiskussionen konnten die Erfahrungen aller Lernenden erfasst werden. Gruppeninterviews sind ähnlich wie Fokusgruppen besonders geeignet für die explorative Forschung, da zum Einen verschiedene Perspektiven einbezogen und die Einstellungen und Haltungen der Teilnehmer\*innen erfasst werden können, zum anderen aber auch die Art und Weise der Kommunikation untereinander analysiert werden kann (Stalmeijer et al. 2014).

#### 2.4.2.2 Follow-up Einzelinterviews

Die Lernenden wurden 12 bis 18 Monate nach dem Ende ihres Einsatzes auf HIPSTA erneut von der Autorin via E-Mail zu einem Einzelinterview eingeladen. Dabei wurde die Möglichkeit zum Face-to-Face, sowie auch zum Telefoninterview angeboten, beide Möglichkeiten wurden wahrgenommen. Die Interviews wurden alle von der Autorin (JM) anhand eines semistrukturierten Interviewleitfadens durchgeführt, der in Anhang 3 zu finden ist. Darin wurden die folgenden Aspekte angesprochen:

- Allgemeines Erleben von HIPSTA
- Ausbildungseinsätze nach HIPSTA
- Berufseinstieg
- Erleben und Beurteilen der interprofessionellen Zusammenarbeit auf HIPSTA und generell
- Kompetenzerwerb

Die Interviewerin kannte die Teilnehmenden von deren Einsatz auf HIPSTA, und die Teilnehmerinnen wurden informiert, dass die Daten zur Evaluation von HIPSTA im Rahmen der Promotion der Interviewerin verwendet werden, sonst bestand kein weiterer Kontakt untereinander. In den meisten

Interviews, sowohl in der Gruppe als auch in den Einzelinterviews duzten sich die Interviewerin und die Befragten, da in der klinischen Versorgung häufig so üblich und von allen am Projekt Beteiligten so gehandhabt wurde.

## **2.5 Auswertung**

Die Datenanalyse fand in mehreren Schritten statt. Die Daten aus den Fragebögen und den Gruppeninterviews wurden parallel ausgewertet. Anhand dieser ersten Ergebnisse wurde der Interviewleitfaden für die Follow-up-Interviews entwickelt, die im Anschluss analysiert wurden. Durch den Einsatz sowohl von anonymen schriftlichen Befragungen als auch von qualitativen Analysen kann dem in einem klinischen Setting bedeutsamen Kontext und der Komplexität der interprofessionellen Zusammenarbeit Rechnung getragen werden. Die strukturierte Datenerhebung stellt eine standardisierbare und vergleichbare Analyse der Effekte dar, qualitative Analysen geben Einblick in mögliche Gründe für diese Effekte und weitere Faktoren, die eine Rolle im Hinblick auf das interprofessionelle Lernen und die Zusammenarbeit spielen, können aufgedeckt werden (Pomare et al. 2020).

### *2.5.1 Analyse der Fragebogenerhebung<sup>7</sup>*

Die quantitative Analyse der Daten, die mittels strukturierter Fragebögen erhoben wurden, erfolgte mit Hilfe der IBM SPSS Statistics 22 Software in einem ersten Schritt deskriptiv. Soziodemografische Daten in Form von Alter, Geschlecht und Berufsausbildung wurden anhand ihres Mittelwertes inklusive der Standardabweichung (engl. standard deviation (SD)), bzw. der Häufigkeiten dargestellt. Für den longitudinalen Vergleich der Daten werden die Fälle anhand der individuellen Codes den Variablen zu den drei Erhebungszeitpunkten zugeordnet. Mit Hilfe des linearen gemischten Modells wurden die festen Effekte Zeitpunkt, Geschlecht und Berufsgruppe in Zusammenhang mit den mittleren Summenwerte der jeweiligen Skalen berechnet. Signifikante Effekte wurden für einen P-Wert > 0,05 angenommen.

#### 2.5.1.1 UWE-IP Fragebogen

Die Items im UWE-IP, die gegenteilig formuliert sind, wurden invertiert, sodass bei allen Items ein hoher Wert eine negative Haltung spiegelt, während niedrigere Werte eine positive Einschätzung spiegeln. Für beide verwendeten Subskalen des Fragebogens wurde der Summenwert mit einem

---

<sup>7</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.

erlaubten fehlenden Wert berechnet, entsprechend der Verwendung des Fragebogens durch die Autorinnen (Pollard et al. 2004). Für die Subskala A *Kommunikation und Teamarbeit* ergibt sich so ein möglicher Summenwert zwischen neun und 36, während sich für die Subskala B *Interprofessionelles Lernen* ein möglicher Summenwert zwischen neun und 45 ergibt. Orientierend an Pollard et al. (2004) werden die Summenwerte in drei Bereiche unterteilt. Für die Subskala A werden alle Werte zwischen neun und 20 als positiv, zwischen 21 und 25 als neutral und zwischen 26 und 36 als negativ geclustert. In der Subskala B werden Summenwerte zwischen neun und 22 als positiv, zwischen 23 und 31 als neutral und zwischen 32 und 45 als negativ bewertet.

#### 2.5.1.2 ISVS Fragebogen

Alle 21 Items wurden in einem Mittelwert zusammengefasst, wobei die Fälle mit bis zu 30% fehlenden Werten einbezogen wurden, wie es von King et al. (2016) vorgeschlagen wurde. Wenn „keine Antwort“ angegeben wurde, was nicht als fehlender Wert galt, wurde dieser Wert mit dem Mittelwert ersetzt.

#### 2.5.1.3 Offene Frage

Die Antworten in der offenen Frage wurden von der Autorin (JM) induktiv kategorisiert und die Häufigkeiten zu den Erhebungszeitpunkten für die Gesamtstichprobe wie auch für jede Profession einzeln dargestellt. Aufgrund der geringen Menge an Antworten und dem teilweise gegebenen hohen Interpretationsspielraum der Inhalte wurde hier lediglich eine deskriptive Analyse durchgeführt.

### 2.5.2 Analyse der mündlichen Befragungen

Die Daten der Gruppeninterviews und Follow-up-Einzelinterviews mit den Lernenden aus den ersten neun Kohorten auf HIPSTA wurden mit Hilfe der MAXQDA Software ausgewertet. Ein Feedback der Befragten wurde zur Auswertung nicht in den Analyseprozess inkludiert.

#### 2.5.2.1 Gruppeninterviews<sup>8</sup>

Die Gruppeninterviews wurden in zwei Schritten ausgewertet. In einem ersten Durchgang wurden die Daten anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Dieses Analyseverfahren dient dazu, vorhandenes Textmaterial auf das Wesentliche zu reduzieren und zu

---

<sup>8</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Schwarzbeck, V., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Mahler, C. (2022). Interprofessionelle Sozialisation und Zusammenarbeit auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation – eine rekonstruktive Analyse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, zur Publikation angenommen.

analysieren. Die Methode wurde Anfang der 80er Jahre entwickelt, um eine relative große Menge an Daten auszuwerten. Ziel ist, Informationen aus Texten in verschiedene Kategorien zu zerlegen, denen Textbausteine mit ähnlichem Inhalt zugeordnet werden (Mayring 2015). Von den beiden Forscherinnen, die auch die Gruppendiskussionen moderiert hatten (JM & AM), wurden die Transkripte gesichtet, Textstellen paraphrasiert und Kategorien deduktiv-induktiv gebildet. Gemeinsam wurden die identifizierten Kategorien regelmäßig abgeglichen und bei Uneinigkeit das Material erneut geprüft, bis eine Übereinstimmung gefunden wurde. Diese Kategorien wurden mit prägnanten Ankerbeispielen untermauert, also Zitaten aus den jeweiligen Transkripten (Lamnek und Krell 2010). Durch diesen regelmäßigen Austausch wurde das Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit sichergestellt.

Um neben dem expliziten, kommunikativen Wissen der Befragten auch das konjunktive, a-theoretische Wissen zu explizieren, wurde im Anschluss noch eine Analyse mit Hilfe der dokumentarischen Methode durchgeführt. Diese Methode der rekonstruktiven Sozialforschung, wie sie beschrieben ist von (Bohnsack 2013), beruht auf den Grundannahmen der praxeologischen Wissenstheorie, und zwar dass sich die Handlungsmuster der sozialen Wirklichkeit im Alltagshandeln zeigen. Ziel ist es, die handlungsleitenden, kollektiven Wissensbestände zu explizieren und die ihnen zugrunde liegenden kollektiven Erfahrungen zu erfassen. Die geschieht durch eine Analyse davon, „was“ gesagt wird (kommunikatives Wissen), hin zur Analyse, „wie“ gesprochen und interagiert wird (konjunktives Wissen). Die Dokumentarische Methode in Gruppendiskussionen macht sich zu Nutze, dass in diesen eine Kollektivmeinung identifizierbar ist, während es sich in Einzelinterviews um die individuelle Meinung handelt. Wichtig ist dabei eine komparative Analyse gegenüber empirischen Vergleichshorizonten, nicht gegenüber der eigenen Wahrnehmung der Forschenden (Bohnsack 2013).

*„Ein empirischer Zugang zu diesen Wissensdimensionen ist dann möglich, wenn die Erforschten ihr Relevanzsystem in der für sie typischen Eigenstrukturiertheit und Sprache entfalten können. Das Prinzip der Offenheit gewährleistet dabei ein hohes Maß an Gültigkeit und Gegenstandsangemessenheit“ (Nentwig-Gesemann und Gerstenberg 2014, S. 274)*

Von der Autorin wurden Gesprächssequenzen ausgewählt, die interaktiv und thematisch verdichtet diskutiert wurden und das interprofessionelle Lernen und Arbeiten zum Thema haben. Die Datenanalyse erfolgte in drei Schritten:

1. *Formulierende Interpretation*: Die gewählten Passagen wurden in thematische Sequenzen in Form von Ober- und Unterthemen eingeteilt

2. *Reflektierende Interpretation*: Die Art und Weise, wie die Lernenden über IPE und IPC sprechen, wurde analysiert und kollektive Orientierungsrahmen, also die gemeinsamen Annahmen und Vergleichshorizonte der einzelnen Gruppen wurden expliziert
3. *komparative Analyse und induktive sinngenetische Typenbildung*: die Orientierungsrahmen der einzelnen Gruppen wurden im Hinblick auf Ähnlichkeiten und Unterschiede analysiert und darauf aufbauend Typen von Gruppen identifiziert.

Die formulierende Interpretation und die reflektierende Interpretation wurden von der Autorin in Rücksprache mit zwei anderen Wissenschaftlerinnen (AM & VS) durchgeführt und wiederholt diskutiert. Bei Uneinigkeit wurde diese analysiert und das Material erneut gesichtet und gegebenenfalls umstrukturiert. Die beteiligten Forscherinnen brachten Expertise in den Bereichen Psychologie, Pflegewissenschaft, Gerontologie, Pädagogik sowie interprofessionelle Lehre und Forschung mit. Die Typenbildung wurde von der Autorin durchgeführt und anschließend im Team diskutiert. Dieser Austausch diente der Sicherstellung des Gütekriteriums der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit.

#### 2.5.2.2 Follow-up-Einzelinterviews

Die Aufnahmen der Einzelinterviews wurden wörtlich transkribiert. Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2015). Kategorien wurden dabei deduktiv basierend auf einem theoretischen Rahmenmodellen zu interprofessionellen Kompetenzen (Interprofessional Education Collaborative 2016) sowie auf den Ergebnissen der zuvor analysierten Daten erstellt. Innerhalb der Hauptkategorien fand eine deduktive und induktive Kategorienbildung statt. Die Datenanalyse wurde von der Autorin durchgeführt und das erstellte Kategoriensystem mit einer Forscherin (BZ) mit professionellem Hintergrund im Bereich der Soziologie (B.A.) diskutiert und gegebenenfalls etwas modifiziert. Mit einer weiteren Forscherin (CM) mit dem professionellen Hintergrund in den Bereichen Pflegewissenschaften und interprofessionelle Lehre und Forschung (Prof. Dr.) wurden zwei Transkripte anhand des entwickelten Kategoriensystems besprochen und dieses bei Bedarf überarbeitet. So konnte auch hier das Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit erfüllt werden.

#### 2.5.3 Triangulation

Der trianguläre Ansatz, ein anderer Begriff für mixed methods, wie er von Udo Kuckartz beschrieben wird, dient dazu, die quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden zu verknüpfen und somit umfassendere Erkenntnisse zu der Forschungsfrage zu erhalten (Kuckartz 2014). Dabei sollen nicht beide Methoden parallel verwendet werden, sondern vielmehr ergänzend, interdependent und

aufeinander aufbauen. Die Verknüpfung erfolgt bereits in einer frühen Phase der Untersuchung. In der vorliegenden Arbeit fand sowohl eine parallele wie teilweise auch eine sequentielle Triangulation der Daten statt. Die Daten aus Fragebögen und Gruppendiskussionen wurden parallel erhoben, die ersten Ergebnisse wurden in die Leitfadenerstellung integriert, die Durchführung der Einzelinterviews erfolgte dementsprechend sequentiell nach dieser ersten Datenanalyse. Dies bot die Möglichkeit, die ersten Ergebnisse direkt qualitativ und in Hinblick auf deren Nachhaltigkeit zu hinterfragen. Durch die Verwendung der Fragebögen konnten ohne großen Aufwand wiederholt Daten über den Zeitraum des Einsatzes auf HIPSTA und darüber hinaus gesammelt werden. Die qualitativen Daten dienten dazu, die erhaltenen Informationen zu vertiefen und neue Aussagen zur subjektiven Einschätzung des eigenen Kompetenzerwerbs, der Identitätsentwicklung sowie eine Rekonstruktion der Sozialisationsprozesse zu erhalten. Darüber hinaus wurde auch überprüft, inwiefern sich die Daten am Ende gegenseitig bestätigen oder divergieren. Dieser Mixed-Methods-Ansatz erweitert das Verständnis und bringt die Vorteile quantitativer und qualitativer Forschung zusammen. Der Sinn der Verknüpfung zweier Methoden war die Erhebung von ergänzenden und vertiefenden Inhalten, wobei keiner der Methoden Priorität eingeräumt wurde.

## **2.6 Ethische Aspekte**

Für die Fragebogen- und Interview-Befragungen im Rahmen der Evaluation der HIPSTA wurde ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg eingeholt (S-072/2017). Die Teilnehmenden wurden am Einführungstag des HIPSTA Einsatzes über Inhalt und Ablauf der Studie, sowie über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt und schriftliche Einwilligungen zur Teilnahme an der quantitativen und qualitativen Datenerhebung wurden eingeholt. Die Aufklärung übernahm das Wissenschaftlerinnen-Team, das für die Evaluation der Ausbildungsstation verantwortlich war. Die drei beteiligten Wissenschaftlerinnen hatten sonst keinen Bezug zu der Ausbildung der Befragten und waren Mitarbeiterinnen eines anderen Instituts.

Um die Fragebogenerhebung zu drei Zeitpunkten ein und derselben Person zuordnen zu können, wurde von den Teilnehmenden zu jedem Erhebungszeitpunkt ein individueller Code nach immer gleichem Schema generiert.

Die Gruppeninterviews wurden audio-visuell aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert, dabei wurden die Namen der Teilnehmenden pseudonymisiert. Die Video-Aufnahme diente lediglich der Zuordnung der Teilnehmer\*innen bei der Transkription und wurde nicht in die Datenanalyse einbezogen. Die pseudonymisierte Abkürzung für die Teilnehmer\*innen ergibt sich aus der Gruppe (A – E), Gesundheitsberuf (Medizinstudierende im PJ (PJS) oder Pflegeauszubildende im dritten

Ausbildungsjahr (PS)) und der Teilnehmer\*innenummer (1-4), z.B. C-PJ-4, wobei die Buchstaben den Gruppen zufällig zugeordnet wurden.

Die Einzelinterviews wurden auditiv aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert, wobei auch hier die Namen der Teilnehmer\*innen pseudonymisiert wurden. Diese Pseudonyme setzten sich zusammen aus dem Gesundheitsberuf (PJ oder PS) und einer zufälligen Nummerierung (1-4), z.B.: PS-3.

### **3. ERGEBNISSE**

Im Folgenden findet sich eine Darstellung der Ergebnisse aus der longitudinalen Prä-Post-Follow-up-Befragung mit Hilfe der drei Fragebögen, sowie der mündlichen Befragungen anhand von Gruppen- und Einzelinterviews. Die Ergebnisdarstellung gliedert sich nach den Fragestellungen und für jede Fragestellung werden Teile der jeweils relevanten Daten dargestellt. Zu Beginn wird ein Überblick über die Teilnehmenden an den Fragebogenerhebungen und Interviews gegeben.

#### **3.1 Teilnehmer\*innen**

Bei den Teilnehmer\*innen an den schriftlichen und mündlichen Befragungen handelt es sich um Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJ) sowie Pflegeauszubildende im dritten Ausbildungsjahr (PS), die in einer der ersten 16 Kohorten auf HIPSTA eingesetzt waren. Mit Hilfe der Fragebögen wurden Daten wiederholt erhoben, um einen longitudinalen Vergleich in der quantitativen Analyse zu ermöglichen. Bei der mündlichen Datenerhebung in Form von Interviews nahmen Lernende aus jeweils fünf verschiedenen dieser 16 Kohorten teil. Dies wird im Folgenden spezifisch für die Erhebungsmethoden erläutert.

##### *3.1.1 Fragebogenerhebung<sup>9</sup>*

Zum ersten Befragungszeitpunkt T0, direkt vor dem Einsatz auf der interprofessionellen Ausbildungsstation wurden von 123 verteilten 121 ausgefüllte Fragebögen abgegeben, was einer Rücklaufquote von 98,4% entspricht. Beim zweiten Befragungszeitpunkt T1, am Ende des HIPSTA Einsatzes waren nicht alle Lernenden anwesend, sodass nur 119 Fragebögen ausgeteilt wurden, von denen 86 ausgefüllt zurückkamen, was einer Rücklaufquote von 72,3% entspricht. Die online-basierte Follow-up-Befragung wurde via E-Mail versendet. Zwei der E-Mails waren unzustellbar, weswegen

---

<sup>9</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.



nur 121 Lernende befragt wurden, von denen 64 den Fragebogen ausfüllten und so eine Rücklaufquote von 52,9% generierten. Die sozio-demografischen Daten sind in Tabelle 4 dargestellt.

**Tabelle 4:** Sozio-demographische Daten der Fragebogenerhebung zu drei Zeitpunkten

	<b>T0</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Gesamt</b>	<b>121</b>	<b>86</b>	<b>64</b>
<b>Geschlecht</b>			
Männlich	65 (53,7)	47 (54,7)	45 (70,3)
Weiblich	56 (46,3)	39 (45,3)	19 (29,7)
<b>Profession</b>			
Gesundheits- und Krankenpflege	63 (52,1)	46 (53,5)	36 (56,3)
Humanmedizin	58 (47,9)	39 (45,3)	28 (43,8)
<b>Alter</b>			
Mittelwert	24,7	24,7	24,9
SD*	3,6	3,5	3,9
Min-Max	19-40	19-40	20-41

\*SD Standardabweichung

### 3.1.2 Gruppeninterviews

Mit fünf der eingeschlossenen 16 Kohorten wurde jeweils ein Gruppeninterview am Ende des Einsatzes auf HIPSTA durchgeführt. Die Gruppeninterviews fanden in dem Stationszimmer der HIPSTA-Lernenden statt und dauerten zwischen 45 und 65 Minuten. In Gruppe A musste das Interview nach 10 Minuten aufgrund eines versorgerischen Engpasses abgebrochen werden. Diese wurde dann am nächsten Tag fortgeführt. Es nahmen insgesamt 37 Teilnehmer\*innen, davon 18 PJ-Student\*innen und 19 Pflegeschüler\*innen, an den Gruppeninterviews teil. Außer den Befragten und

der Interviewerin war dauerhaft niemand während der Interviews anwesend, teilweise kamen allerdings Mitarbeiter\*innen der Station in den Raum, die Fragen in Bezug auf die Versorgung der Patient\*innen hatten. Dafür wurde dann jeweils das Gespräch kurz unterbrochen, konnte aber im Anschluss stets problemlos weitergeführt werden. Die Benennung der Gruppen mit Buchstaben (A – E) ist zufällig gewählt, die alphabetische Reihenfolge spiegelt nicht die Reihenfolge der Kohorten, um den Datenschutz zu gewährleisten. Tabelle 5 gibt einen Überblick über Geschlecht und Berufsgruppe der jeweiligen Gruppen (A-E)

**Tabelle 5:** Sozio-demographische Daten der Gruppeninterviews am Ende des HIPSTA-Einsatzes

	A	B	C	D	E	<b>Gesamt</b>
<b>Gesamt</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>37</b>
PJ-Student*innen	3	3	4	4	4	<b>18</b>
Männlich	2	2	2	2	2	<b>10</b>
Weiblich	1	1	2	2	2	<b>8</b>
Pflegeschüler*innen	3	4	4	4	4	<b>19</b>
Männlich	0	3	0	1	0	<b>4</b>
Weiblich	3	1	4	3	4	<b>15</b>

Weitere soziodemographische Daten wurden nicht erhoben, um den Datenschutz zu gewährleisten.

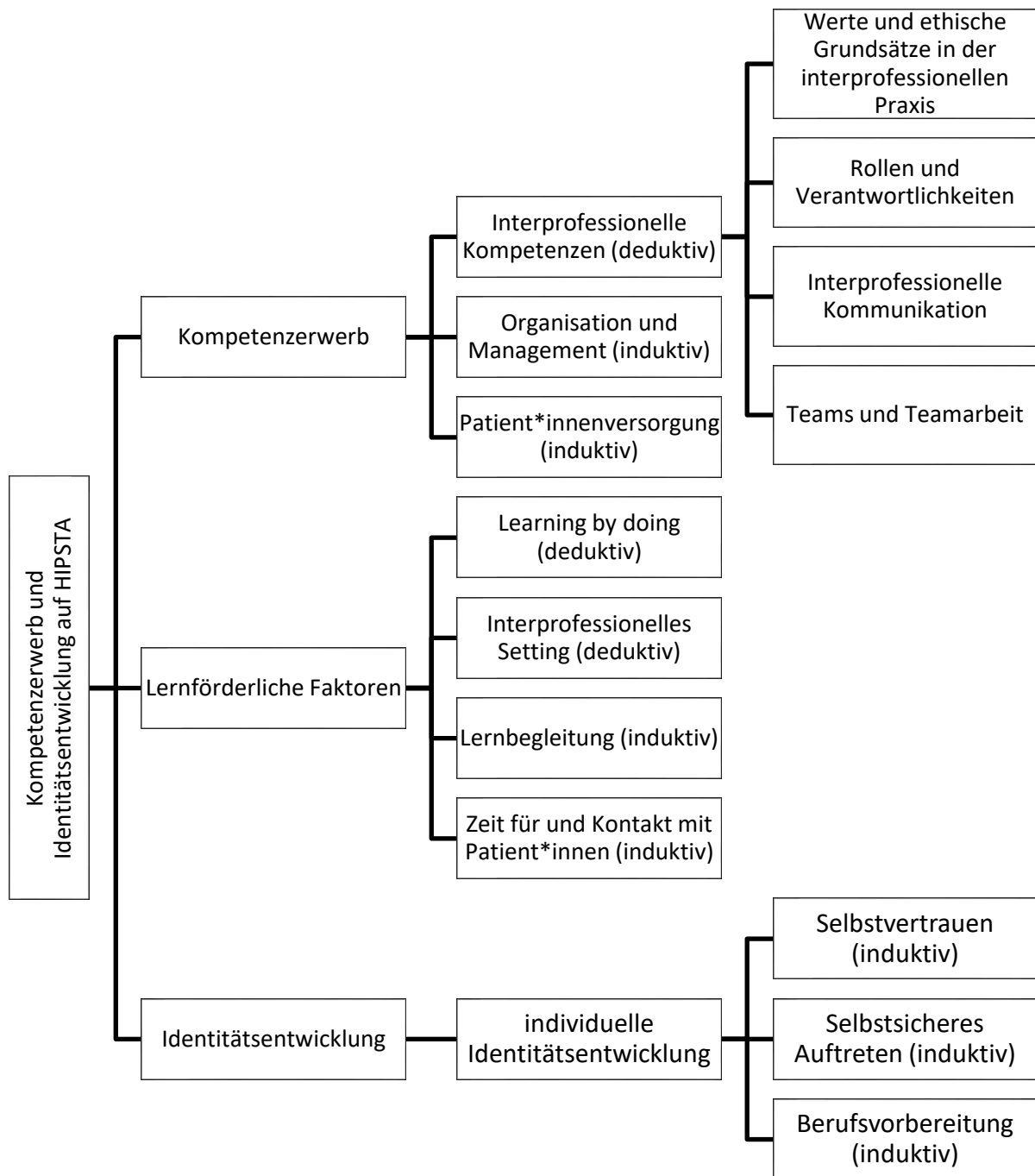
### 3.1.3 Follow-up-Einzelinterviews

Insgesamt wurden 61 Lernende aus den ersten neun Kohorten zur Teilnahme eingeladen. Es wurden acht Interviews mit vier PJ-Studierenden (männlich n=2, weiblich n=2) und vier Pflegeauszubildenden (weiblich n=4) aus fünf der ersten neun Kohorten 12 bis 18 Monate nach deren Einsatz auf HIPSTA durchgeführt. Die Interviews dauerten insgesamt zwischen 15 und 30 Minuten, durchschnittlich rund 26 Minuten und wurden teilweise telefonisch und teilweise im Büro der Autorin durchgeführt.

## 3.2 Kategoriensystem qualitative Inhaltsanalyse

Neben der quantitativen Analyse der schriftlichen Befragung und der rekonstruktiven Analyse der Gruppeninterviews, wurde auch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring zur Auswertung der

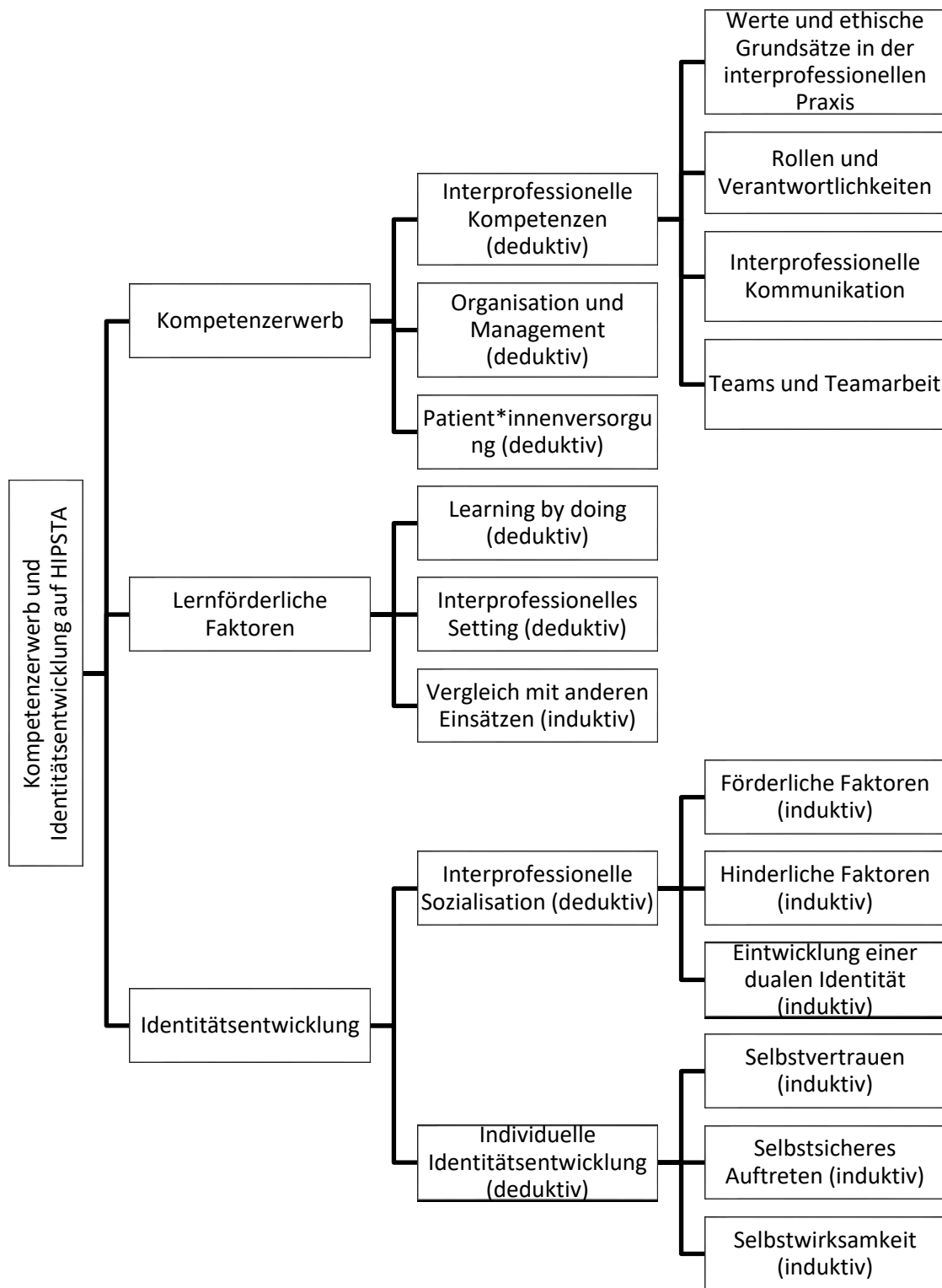
Gruppen- und Einzelinterviews durchgeführt. Für die Gruppeninterviews direkt am Ende des HIPSTA-Einsatzes und die Einzelinterviews 1 – 1,5 Jahre nach dem Einsatz wurden deduktiv basierend auf der Fragestellung die drei Hauptkategorien „Kompetenzerwerb“, „Lernförderliche Faktoren“ und „Identitätsentwicklung“ gebildet und Aussagen der Teilnehmenden entsprechend geclustert. Innerhalb dieser Hauptkategorien wurden in den Gruppeninterviews zehn und in den Einzelinterviews neun Subkategorien deduktiv-induktiv ermittelt. Da die qualitative Inhaltsanalyse in der vorliegenden Arbeit nicht am Stück präsentiert wird, sondern die einzelnen Hauptkategorien in den jeweiligen der Fragestellung entsprechenden Kapiteln dargestellt werden, wird für einen besseren Überblick in Abbildung 2 das gesamte Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews und in Abbildung 3 das gesamte Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse der Einzelinterviews dargestellt.



**Abbildung 2:** Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews

Die Auswertung der Follow-up- Einzelinterviews erfolgte nach der Gruppeninterviews.

Dementsprechend diente neben der Fragestellung der Arbeit auch das entwickelte Kategoriensystem als Grundlage. Dennoch wurden induktiv weitere Kategorien ermittelt.



**Abbildung 3:** Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse der Follow-up--Einzelinterviews

Im Folgenden werden die einzelnen Fragestellungen anhand der erhobenen Daten analysiert.

### 3.3 Kompetenzerwerb

Der Kompetenzerwerb der Teilnehmenden wurde mit Hilfe von Fragebögen, sowie auch in Gruppeinterviews erfragt. Im Folgenden werden erst die Ergebnisse der Fragebogenbefragungen, dann die der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews dargestellt.

#### 3.3.1 Fragebogenerhebung mittels UWE-IP<sup>10</sup>

Mit Hilfe der validierten deutschen Version des UWE-IP (Mahler et al. 2017) wurden die Lernenden zu ihrer Selbst-Einschätzung der eigenen Kompetenzen im Bereich *Kommunikation und Teamarbeit*, sowie zu ihren Einstellungen gegenüber *interprofessionellem Lernen* befragt. In den Kohorten eins bis 16 wurde der UWE-IP zu den ersten beiden Erhebungszeitpunkten, T0 und T1 an alle 123 eingeschlossenen Lernenden auf HIPSTA verteilt, was in einem Rücklauf von n=121 (98,4 %) zum Zeitpunkt T0 und n=86 (72,3 %) zum Zeitpunkt T1 resultierte. Zum Zeitpunkt T2 wurde der UWE-IP an n=95 Teilnehmende der Kohorten fünf bis 16 verschickt, und von n=47 ausgefüllt, was eine Rücklaufquote von 49,5 % entspricht. Für beide Subskalen des UWE-IP wurde der mittlere Summenwert errechnet. Dabei repräsentieren hohe Werte eine negativere Einstellung und niedrige eine positivere. Tabelle 6 zeigt die Mittelwerte der gesamten Gruppe inklusive ihrer Standardabweichung (SD) in den Subskalen A und B des Uwe-IP zu jedem der drei Erhebungszeitpunkte vor dem HIPSTA-Einsatz (T0), am Ende des HIPSTA-Einsatzes (T1) und drei Monate nach dem Einsatz (T2).

---

<sup>10</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.

**Tabelle 6:** Deskriptive Statistik der Subskalen A und B des UWE-IP

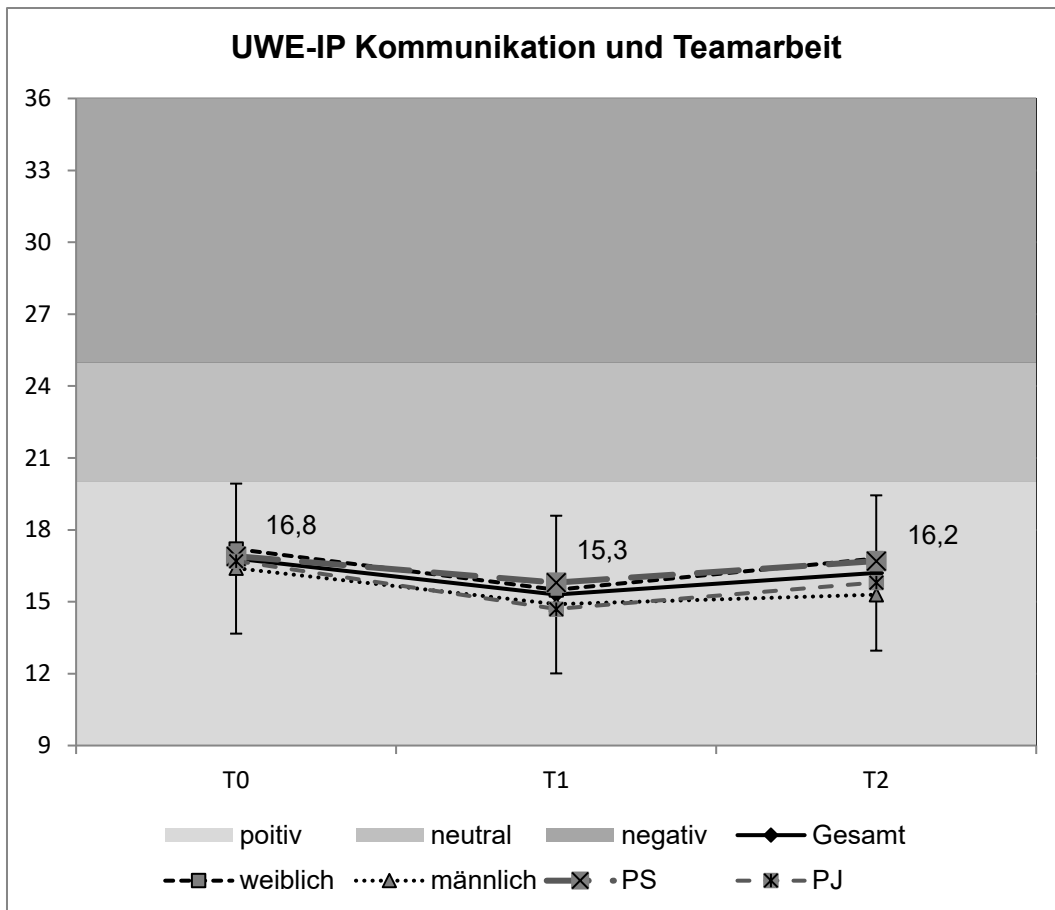
	T0		T1		T2	
UWE-IP Subskala	n	Mittlerer Summenwert (SD*)	n	Mittlerer Summenwert (SD*)	n	Mittlerer Summenwert (SD*)
A: Kommunikation und Teamarbeit	121	16,82 (3,13)	86	15,26 (3,29)	47	16,36 (3,08)
B: Interprofessionelles Lernen	121	15,46 (4,38)	86	13,66 (5,05)	47	15,53 (6,48)

\*SD = Standardabweichung

Die in Tabelle 6 präsentierten Ergebnisse zeigen besser eingeschätzte Fähigkeiten und Einstellungen in beiden Subskalen in T1 im Vergleich zu T0. Sie zeigen aber auch eine Verschlechterung im Follow-up T2. Die Berechnung der Signifikanzen dieser Veränderungen wurde mit Hilfe des gemischten linearen Modells durchgeführt, da diese Herangehensweise die Inkludierung aller 121 Fälle ermöglichte. Im Folgenden werden das Signifikanzniveau der longitudinalen Unterschiede sowie ausgewählter fester Effekte für beide verwendete Subskalen inklusive der einzelnen Items dargestellt.

### 3.3.1.1 UWE-IP – A. Kommunikation und Teamarbeit

In der Subskala A liegen die mittleren Summenwerte, wie in Abbildung 4 dargestellt, zu allen drei Zeitpunkten im positiven Bereich. Die Einteilung der positiven, neutralen und negativen Referenzbereiche, hier in hell-, mittel- und dunkelgrau dargestellt, orientiert sich an den Berechnungen von Pollard (2004). Die Summenwerte der männlichen und weiblichen Befragten, der Pflegeauszubildenden und PJ-Studierenden und der Gesamtstichprobe, die in der Abbildung angegeben sind, basieren auf einer deskriptiven Statistik der vorhandenen Datensätze. Die Bereiche der Standardabweichung sind angegeben für die Gesamtstichprobe.



**Abbildung 4:** Summenwerte der Skala A des UWE-IP zu den drei Erhebungszeitpunkten

In der Analyse mittels gemischtem linearen Modell zeigten die mittleren Summenwerte aus allen drei Messzeitpunkten, sowie die Veränderung dieser Werte über die drei Zeitpunkte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern ( $p=0,126$ ) und den Berufsgruppen ( $p=0,704$ ). In der gesamten Gruppe zeigte sich eine signifikante Veränderung der Werte im Post-hoc-Vergleich zwischen T0, also zu Beginn des Einsatzes auf HIPSTA und T1, also direkt nach dem Einsatz. Die mit Hilfe des gemischten linearen Modells berechnete hochsignifikante ( $p<0,01$ ) Differenz zwischen T0 und T1 liegt bei -1,67. Zum Zeitpunkt T2, drei Monate nach Beendigung des Einsatzes auf HIPSTA, sind die Werte im Vergleich zu T1 wieder um 1,03 gestiegen, was zwar kein signifikanter Unterschied ist, aber dennoch darin resultiert, dass sich die Werte im Vergleich zwischen T0 und T2 ebenso lediglich um -0,63 ( $p=0,52$ ) unterscheiden. Dieser nicht signifikante Unterschied im Vergleich zwischen Prä- und Follow-up-Befragung demonstriert, dass die Selbsteinschätzung der Kompetenzen im Bereich Kommunikation und Teamarbeit sich zwar bessert aber nicht nachhaltig auf signifikant höherem Niveau bleibt als vor dem Einsatz.



Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Analyse der Summenwerte der Subskala *Kommunikation und Teamarbeit* berechnet mit dem linearen gemischten Modell.

**Tabelle 7:** Geschätzte mittlere Summenwerte der UWE-IP Skala A im longitudinalen Vergleich

	Mittlerer Summenwert	Differenz der mittleren Summenwerte	Standardfehler	P-Wert*	Cohen's D
Prä (T0)	16,79				
Post (T1)	15,12				
Follow-up (T2)	16,15				
T0-T1		<b>-1,67**</b>	0,34	<b>0,001</b>	0,45
T0-T2		-0,63	0,46	0,52	0,13

\*Bonferroni Korrektur für wiederholte Messungen \*\*p<0,01

In der Analyse der einzelnen Items zeigt sich, dass sich die Selbstsicherheit in Bezug auf das Übernehmen der Führung in der Gruppe und das Begründen von Ratschlägen vor Erfahrenen nachhaltig signifikant verbessert hat. Die Analyse der einzelnen Items ist in Tabelle 8 dargestellt.

**Tabelle 8:** Geschätzte Mittelwerte der Items der UWE-IP Skala A im longitudinalen Vergleich

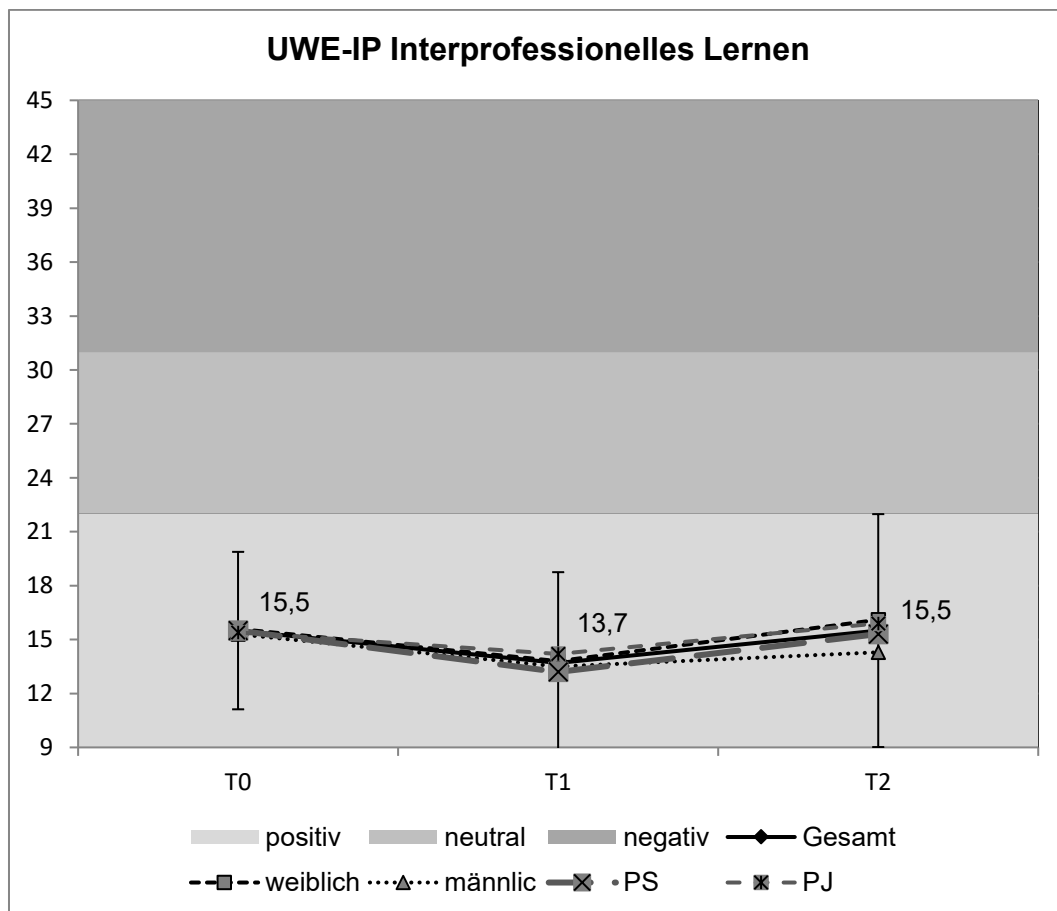
	Mittelwert T0	Differenz T0 – T1	Mittelwert T1	Differenz T0 – T2	Mittelwert T2
<b>A1: Ich fühle mich dabei wohl Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahreneren Personen zu begründen.</b>	2,07	<b>-0,43 (p&lt;0,01)</b>	1,64	<b>-0,34 (p&lt;0,01)</b>	1,73
A2: Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	1,65	<b>-0,23 (p&lt;0,01)</b>	1,42	-0,16 (p=0,37)	1,49

A3: Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen. (Recoded)	1,92	-0,20 (p=0,08)	1,72	+0,01 (p=1,00)	1,92
A4: Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn Andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin. (Recoded)	1,95	-0,11 (p=0,39)	1,84	-0,11 (p=0,81)	1,84
A5: Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	1,42	-0,08 (p=0,76)	1,35	+0,17 (p=0,11)	1,59
A6: Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen. (Recoded)	1,83	-0,15 (p=0,36)	1,69	-0,05 (p=1,00)	1,79
<b>A7: Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen. (Recoded)</b>	2,12	<b>-0,24</b> <b>(p&lt;0,05)</b>	1,88	<b>-0,25</b> <b>(p&lt;0,05)</b>	1,87
A8: Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	1,69	-0,03 (p=1,00)	1,66	+0,06 (p=1,00)	1,75
A9: Auch wenn ich weiß, dass Andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	2,13	<b>-0,24</b> <b>(p&lt;0,01)</b>	1,92	-0,01 (p=1,00)	2,12

Die jeweiligen Werte der einzelnen Items lagen im Rahmen der möglichen Ausprägungen von 1 (stimme voll und ganz zu) bis 4 (stimme überhaupt nicht zu) eher im positiven Bereich. Von drei der Items, deren Werte über 2,0 lagen, sind zwei die Items, die sich auch im Follow-up signifikant verbesserten (A1 & A7) und dann entsprechend unter 2,0 lagen.

### 3.3.1.2 UWE-IP – B. Interprofessionelles Lernen

Auch in der Subskala, die die Einstellungen der Lernenden gegenüber dem Lernen zusammen mit einer anderen Berufsgruppe misst, lagen die mittleren Summenwerte in der Deskriptivstatistik zu allen drei Zeitpunkten im positiven Bereich, wie in Abbildung 5 dargestellt. Die Summenwerte der männlichen und weiblichen Befragten, der Pflegeauszubildenden und PJ-Studierenden und der Gesamtstichprobe, die in der Abbildung angegeben sind, basieren auf einer deskriptiven Statistik der vorhandenen Datensätze. Die Bereiche der Standardabweichung sind angegeben für die Gesamtstichprobe.



**Abbildung 5:** Summenwerte der Skala B des UWE-IP zu den drei Erhebungszeitpunkten

Ebenso zeigten sich auch hier in der parametrischen Analyse keine signifikanten geschlechter- oder professionsspezifischen Unterschiede der mittleren Summenwerte und der Veränderung dieser Summenwerte zu den drei Zeitpunkten. Im Post-hoc-Vergleich der Gesamtstichprobe mit Hilfe des gemischten linearen Modells zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied ( $p < 0,01$ ) zwischen T0 und T1 von -1,57, der sich aber auch hier wieder nicht über die drei Monate Follow-up-Zeit hält. Der Unterschied zwischen T0 und T2 betrug zwar noch immer -1,01, war aber nicht signifikant. Diese

mittleren Summenwerte mit Standardfehler, Differenzen und Signifikanzniveau sind in Tabelle 9 dargestellt.

**Tabelle 9:** Geschätzte mittlere Summenwerte der UWE-IP Skala B im longitudinalen Vergleich

	Mittlerer Summenwert	Differenz der mittleren (Summen-)Werte	Standardfehler	P-Wert	Cohen's D
Prä (T0)	15,45		0,40		
Post (T1)	13,88		0,53		
Follow-up (T2)	14,44		0,74		
T0-T1		<b>-1,57</b>	0,51	<b>0,009</b>	0,28
T0-T2		-1,01	0,68	0,432	0,14

In der Analyse der einzelnen Items dieser Subskala mit Hilfe des gemischten linearen Modells zeigt sich, dass vier Items eine signifikant positive Veränderung der Mittelwerte im Vergleich zwischen der Erhebung zu Beginn des Einsatzes (T0) und am Ende des Einsatzes (T1) aufzeigen. Die deutlichste Verbesserung zeigte sich in der Beurteilung des Einflusses von interprofessionellem Lernen auf die Kommunikationsfähigkeit mit den Patient\*innen (B10: Differenz T0-T1=-0,52;  $p < .05$ ). Dies ist auch das einzige Item, dass zu Beginn einen Wert über 2 erreichte. Keines der Items zeigt signifikante Veränderungen in den geschätzten Mittelwerten der Follow-up (T2) Erhebung drei Monate nach Ende des Einsatzes im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt vor dem Einsatz (T0). Die Werte und Angaben zum Signifikanz Niveau (P-Werte) sind in Tabelle 10 dargestellt.

**Tabelle 10:** Geschätzte Mittelwerte der Items der UWE-IP Skala B im longitudinalen Vergleich

	Mittelwert T0	Differenz T0 – T1	Mittelwert T1	Differenz T0 – T2	Mittelwert T2
B10: Meine Fähigkeiten, mit Patienten/Klienten zu kommunizieren, würden sich verbessern, wenn ich mit	2,18	<b>-0,52</b> <b>(<math>p &lt; 0,01</math>)</b>	1,66	-0,23 ( $p = 0,38$ )	1,95

Schülern/Studenten anderer  
Gesundheitsberufe zusammen lerne.

---

B11: Meine Fähigkeiten, mit  
Schülern/Studenten anderer  
Gesundheitsberufe zu kommunizieren,  
würden sich verbessern, wenn ich mit  
Schülern/Studenten anderer  
Gesundheitsberufe zusammen lerne.

1,69	<b>-0,28</b> (p<0,01)	1,41	-0,16 (p=0,44)	1,53
------	--------------------------	------	-------------------	------

---

B12: Ich würde es vorziehen, nur mit  
Gleichgesinnten meiner eigenen  
Profession zu lernen. (Recoded)

1,72	+0,14 (p=0,54)	1,86	+0,15 (p=0,76)	1,87
------	-------------------	------	-------------------	------

---

B13: Das Lernen mit Schülern/Studenten  
anderer Gesundheitsberufe fördert  
wahrscheinlich die späteren beruflichen  
Beziehungen untereinander.

1,45	-0,06 (p=1,00)	1,39	-0,10 (p=0,82)	1,35
------	-------------------	------	-------------------	------

---

B14: Meine Teamfähigkeit verbessert  
sich mehr durch das Lernen mit  
Schülern/Studenten anderer  
Gesundheitsberufe als durch das Lernen  
nur mit Gleichgesinnten.

1,89	-0,19 (p=0,37)	1,70	-0,18 (p=0,67)	1,71
------	-------------------	------	-------------------	------

---

B15: Gemeinschaftliches Lernen wäre  
eine positive Lernerfahrung für alle  
Studenten der Gesundheitsberufe.

1,66	<b>-0,24</b> (p<0,05)	1,42	-0,02 (p=1,00)	1,64
------	--------------------------	------	-------------------	------

---

B16: Das Lernen mit Schülern/Studenten  
anderer Gesundheitsberufe hilft  
wahrscheinlich, stereotype Meinungen  
zu überwinden, die über andere  
Gesundheitsberufe bestehen.

1,62	-0,18 (p=0,14)	1,44	-0,17 (p=0,32)	1,45
------	-------------------	------	-------------------	------

---

B17: Ich würde mich über die Möglichkeit freuen, mit Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe zu lernen.	1,53	-0,07 (p=1,00)	1,46	+0,16 (p=0,60)	1,69
--	------	-------------------	------	-------------------	------

B18: Das Lernen mit Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe verbessert wahrscheinlich die Versorgung der Patienten/Klienten.	1,70	<b>-0,28</b> <b>(p&lt;0,01)</b>	1,42	-0,25 (p=0,06)	1,45
---	------	------------------------------------	------	-------------------	------

In einer möglichen Ausprägung von 1 (Stimme voll und ganz zu) bis 5 (stimme überhaupt nicht zu) lagen die Werte der einzelnen Items bis auf das Item B10 zum ersten Erhebungszeitpunkt (T0) mit <2,0 im positiven Bereich, das heißt, bereits vor dem Einsatz hatten die Befragten Medizinstudierenden und Pflegeauszubildenden positive Einstellungen gegenüber dem interprofessionellen Lernen. Im Follow-up drei Monate später (T2) lagen die Werte aller Items unter 2,0.

### 3.3.2 Freitextkommentare in den Fragebögen

In den Fragebögen zu den Erhebungszeitpunkten direkt nach (T1) und drei Monate nach (T2) dem HIPSTA Einsatz wurde auch eine offene Frage nach erworbenen Kompetenzen gestellt. Fragestellung war die folgende: „*Welche Kompetenzen haben Sie besonders weiterentwickelt?*“ Die PS gaben hier häufig die Begriffe der vier Kompetenzbereiche „*Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz, Personalkompetenz*“ an, ohne diese näher zu konkretisieren. Insgesamt wurden in der Analyse vier Kategorien identifiziert:

- **Pflegerische / Medizinische Fachkompetenz:** In dieser Kategorie wurden Angaben zu professionsspezifischem Wissen und Fertigkeiten gesammelt. Auch die von den Pflegeschüler\*innen benannte Methodenkompetenz wurde dieser Kategorie zugeordnet, da einige Beispiele Hinweis darauf geben, dass damit pflegerische Fertigkeiten gemeint sind, während Fachkompetenz für Fachwissen steht.
- **Sozialkompetenz:** In dieser Kategorie werden sowohl Angaben zu Sozialkompetenz allgemein, wie auch zur Kommunikation zwischen Vertreter\*innen verschiedener Berufsgruppen oder mit Patient\*innen, Zusammenarbeit und Teamfähigkeit zusammengefasst

- **Personalkompetenz:** Diese Kategorie umfasst neben der Angabe „Personalkompetenz“ auch Aspekte wie Selbstbewusstsein, selbstständiges Arbeiten, und Selbstsicherheit
- **Organisation und Management:** In dieser Kategorie werden Angaben zu Kompetenzen im Bereich Stationsarbeit und -organisation, Aufnahme- und Entlassmanagement, Zeitmanagement oder Patientenmanagement geclustert

Eine Zusammenfassung der Freitextantworten findet sich in Anhang 4. In der quantitativen deskriptiven Analyse der Aussagen in den genannten Kategorien ergab sich, dass direkt nach dem Einsatz die dreiviertel der PJ-Studierenden ihre Sozialkompetenz weiterentwickelt haben, während von den Pflegeauszubildenden die Fachkompetenz fast ebenso häufig genannt wurde, wie die Sozialkompetenz. Drei Monate nach dem Einsatz machten die meisten Pflegenden Angaben im Bereich der Sozialkompetenz, die meisten Ärzt\*innen im Bereich die Personalkompetenz. Für die Gesamtstichprobe ergab sich zu beiden Zeitpunkten eine prozentuale Dominanz der Aussagen im Bereich der Sozialkompetenz. Tabelle 11 gibt einen Überblick über die totale und prozentuale Häufigkeit der Nennungen in den einzelnen Kategorien. Dabei werden mehrere Nennungen einer Teilnehmer\*s in einer Kategorie nur einmal gewertet.

**Tabelle 11:** Häufigkeit der angegebenen Kompetenzen im Freitext zu zwei Erhebungszeitpunkten.

	T1			T2		
	PS (N=40)	PJ (N=35)	<b>Gesamt (N=75)</b>	PS (N=24)	PJ (N=20)	<b>Gesamt (N=44)</b>
Fachkompetenz	22 (55%)	7 (20%)	<b>29 (39%)</b>	14 (58%)	7 (35%)	<b>21 (48%)</b>
Sozialkompetenz	23 (58%)	27 (77%)	<b>50 (67%)</b>	15 (63%)	11 (55%)	<b>26 (59%)</b>
Personalkompetenz	16 (40%)	17 (49%)	<b>33 (44%)</b>	10 (42%)	13 (65%)	<b>23 (52%)</b>
Organisation & Management	10 (25%)	15 (43%)	<b>25 (33%)</b>	3 (13%)	8 (40%)	<b>11 (25%)</b>

### 3.3.3 Qualitative Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews - Kompetenzerwerb

In einem ersten Schritt wurden die transkribierten Gruppendiskussionen anhand der qualitativen Inhaltsanalyse deduktiv – induktiv ausgewertet. Zur Beantwortung der Frage nach den erworbenen Kompetenzen auf HIPSTA wurden Aussagen innerhalb der Hauptkategorie „Kompetenzerwerb“

analysiert. In dieser Kategorie wurden sowohl konkret als auch implizit geäußerte Kompetenzen, die durch HIPSTA erworben wurden, zusammengefasst. Die folgenden Subkategorien wurden ermittelt:

- IP-Kompetenzen (deduktiv nach dem IPEC-Framework, 2011)
  - Werte und ethische Grundsätze in der interprofessionellen Praxis
  - Rollen und Verantwortlichkeiten
  - Interprofessionelle Kommunikation
  - Teams und Teamarbeit
- Organisation und Management (induktiv)
- Patient\*innenversorgung (induktiv)

Im Folgenden werden die Aussagen der Teilnehmer\*innen anhand der Subkategorien geclustert dargestellt.

### 3.3.3.1 IP-Kompetenzen

Interprofessionelle Kompetenzen wurden von den Lernenden in den Gruppeninterviews eher implizit beschrieben und nicht konkret benannt. Dennoch kann aus den erlebten Lernsituationen ein Kompetenzerwerb geschlussfolgert werden. Kategorien wurden hierbei deduktiv anhand der Kompetenzdomänen des IPEC gebildet. Insgesamt schienen in allen Gruppen positive Einstellungen gegenüber dem interprofessionellen Lernen und Arbeiten zu herrschen.

*„...ich fand auch sehr eindrucksvoll wie wir so in der ersten Woche gestartet sind und wie sich das in der kurzen Zeit sehr gut gebessert hat in so vielen Abläufen, die wir halt so machen und die vielen Absprachen, die wir treffen, find ich, haben wir schon eigentlich einen ordentlichen Quantensprung – und das zeigt ja eigentlich auch, dass gar nicht so viel Zeit investiert werden müsste um wirklich dieses Interdisziplinäre zu schaffen und dass es trotzdem irgendwie oft untergeht obwohl nicht viel Zeit benötigt wird.“ (D-PS-3)*

#### **Werte und ethische Grundsätze in interprofessioneller Praxis**

In einer Gruppe (A) wurde die Relevanz der Patient\*innenzentrierung in der interprofessionellen Zusammenarbeit besonders hervorgehoben.

*„Nein, dass man halt auch einfach das so kommuniziert und es um das Wohl des Patienten geht, nicht die Berufsgruppe welche da jetzt mehr zu tun und zu sagen hat, sondern dass man halt so kommuniziert, dass der Patient im Vordergrund steht und da die bestmögliche Versorgung bei ihm herauskommt.“ (A-PS-2) (VE1)*



In drei Gruppen (A, D, E) wurde das erworbene gegenseitige Verständnis und die Anerkennung der anderen Profession und deren Leistungen für die Gesundheitsversorgung, die durch den Einsatz auf HIPSTA erworben wurde, sowohl von den PJ wie auch von den PS geschildert. (VE4)

*„Man entwickelt halt auch so ein ganz anderes Auge dafür was die andere Berufsgruppe auch so leistet, dass man halt auch so ein bisschen den Blick nicht so stur auf seinen Computer und sein Arztding da richtet, sondern so das große Ganze sieht für den Patienten alle die damit zusammenarbeiten, dass das dann eigentlich das Entscheidende dann ist im Endeffekt.“ (D-PJ-3)*

### **Rollen und Verantwortlichkeiten**

In allen Gruppen hat ein Kompetenzerwerb im Hinblick auf das Wissen über die Rollen und Verantwortlichkeiten im interprofessionellen Team, sowie auch Fertigkeiten und Haltungen im Hinblick auf die Zusammenarbeit stattgefunden. In zwei Gruppen wurde das Kennen der eigenen Rolle beschrieben (A & E). In einer Gruppe ging es dabei insbesondere um das Vertreten des eigenen Berufes und das Bewusstsein, dass die eigene Expertise nützlich für die Versorgung ist (RR1).

*„Hier können wir uns zum Beispiel unsere Meinung mit einbringen und uns halt absprechen und - was in der Kurvenvisite die nur unter Ärzten läuft vielleicht nicht statt - also die definitiv nicht stattfindet, bei der es vielleicht ein bisschen sinnvoller wäre, weil die Ärzte halt - nur so das Medizinische sehen und nicht so von der Pflege her und wir können halt sagen was hilft und was nicht und halt da einen Anreiz setzen.“ (E-PS-4)*

In der anderen Gruppe (A) ging es auch um das Erkennen und kommunizieren Können der eigenen Grenzen durch die Zusammenarbeit mit Vertreter\*innen der anderen Profession (RR2).

Darüber hinaus wurde in zwei Gruppen (A & D) im Hinblick auf die Rollen und Verantwortlichkeiten der jeweils anderen Profession beschrieben, dass die Kolleg\*innen nach HIPSTA als Ressource anerkannt und auch bei Bedarf zu Rate gezogen werden könnten. (RR3)

*„Also ich nehme auf jeden Fall mit [...], dass es halt wirklich so viel gibt, was andere Professionen wissen was man selber nicht weiß. Dass es aber schön ist, dass man darauf zurückgreifen kann.“ (D-PJ-4)*

Das allgemeine Kennenlernen der Rollen, Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Grenzen der anderen Profession, sowie auch die Bedeutung der Zusammenarbeit wurde in vier Gruppen (A, B, D, E) beschrieben (RR4).

*„Dass von beiden Seiten klar ist, dass ich weiß, wenn der Arzt, der mit mir arbeitet, drei Stunden im Zimmer ist, dass der dann nicht Däumchen dreht, sondern dass der Briefe schreibt oder sonst*

*irgendetwas. Also dass sowohl bei Pflege diese Vorstellung als auch bei Ärzten, die dann ganz genau wissen, was bei uns alles ist, die dann sagen die Klammern ziehen oder mache dies, mache das, die ganz genau wissen was da für ein Hintergrund ist. Dass es zeitaufwendig ist, wenn man etwas anordnet.“ (B-PS-2)*

Dabei wurde in Gruppe D ergänzt, dass auch das Kennenlernen der anderen am Versorgungsprozess beteiligten Professionen durch den Einsatz auf HIPSTA und das eigenständige Handeln in diesem Einsatz ermöglicht wurde.

*„Ich find‘ das erleichtert auch das ganze Wissen über das Prozedere vom Patienten. Als Schüler ist es öfter so, dass man irgendwie hört jetzt kommt der Schmerzdienst oder jetzt kommt der Sozialdienst oder so, aber man versteht dann vielleicht nicht, warum und wenn die Leute dann zu einem direkt kommen, dann hat man so einen Überblick und kann da viel mehr drüber erzählen und versteht halt irgendwie den Zusammenhang viel besser.“(D-PS-2)*

In dieser Gruppe wurde auch die Erkenntnis, dass sich die verschiedenen Professionen gegenseitig ergänzen, sowie der Abbau von Barrieren im Sinne einer besseren Zusammenarbeit erläutert. (RR5).

*„...bisher wussten wir nur, welche Hilfe kann man sich von den Ärzten auch so holen und jetzt hat man auch auf diesen ganzen, auf diesen ganzen pflegerischen Raum auch so ein bisschen Zugriff, dass man weiß, wer weiß Sachen, wo kann man hingehen und sich Hilfe holen und ja genau.“ (D-PJ-2)*

Die Teilnehmenden aus drei Gruppen (A, C, E) beschrieben, dass die Patient\*innenversorgung gemeinsam organisiert und gegenseitige Überschneidungen erkannt wurden. Es wurde das Entwickeln von Routine, die Erkenntnis der Relevanz von Absprachen zur Organisation und auch die selbstständige Strukturierung der Visite geschildert (RR6).

In drei Gruppen (A, D, E) wurde auch das gegenseitige Verlassen aufeinander und die gegenseitige Ergänzung zur gemeinsamen Optimierung der Versorgung (RR7, RR9) erläutert und konkrete Vorschläge zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit geäußert.

*„Und für mich ist es, Verständnis für die andere Berufsgruppe erstmal zu entwickeln und dann gemeinsam für eine Patientenversorgung zu sorgen und sich darum zu bemühen. Und das nicht immer so gespalten... also die Aufgabenteilung so komplett gespalten zu haben. Sondern dass man da miteinander kommuniziert und sagt: "Hier, das kannst du machen, das mache ich, und das wird noch von dem und dem gemacht" Also dass man... und dass man auch gemeinsam Ziele setzt. Ich glaube, das passiert einfach im Krankenhausalltag immer noch nicht... auch, es muss ja nicht nur Pflege und PJ sein, oder Arzt, sondern es gibt ja auch ganz viele andere Sachen wie Sozialdienst irgendwie, die Physiotherapie.“ (A-PS-1)*

In dieser Gruppe (A) wurde dementsprechend auch die Motivation geäußert sich auch in Zukunft eigenständig für eine gute Zusammenarbeit und Teamleistung einzusetzen (RR8).

### **Interprofessionelle Kommunikation**

Die Kommunikation wurde im Hinblick auf die Übergabe reflektiert. Dabei stellten zwei Gruppen (B, D) fest, dass sie unbewusst das Kommunikationstool SBAR (Akronym für: **S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment, **R**ecommendation), als Strukturierung anwandten. In zwei Gruppen (A, B) wurden Schwierigkeiten im Hinblick auf die Dokumentation und Übergaben mit den anderen Mitarbeiter\*innen außerhalb von HIPSTA geschildert – in beiden Gruppen wurde das Fehlen und die Relevanz einer guten Dokumentation benannt, um einen Verlust von Informationen zu vermeiden. Ursache für diese Herausforderung wurde darin gesehen, dass sie selber nicht im Nachtdienst und über das Wochenende eingesetzt waren und die anderen Kolleg\*innen Informationen nicht zur vollen Zufriedenheit der Lernenden weitergaben. Dementsprechend wurden Strategien entwickelt, um dennoch alle relevanten Aspekte an die HIPSTA-Kolleg\*innen weiterzugeben, beispielsweise in Form von einer zusätzlichen Dokumentation. (CC1)

*„...und gesagt: Ok, der Spätdienst richtet schon einen Übergabezettel für den Frühdienst. So dass wir gar nicht angewiesen sind auf die Übergabe vom Nachtdienst auf den Frühdienst. Also wir haben das schon so gelöst. Aber über das Wochenende war es halt ein bisschen schwierig.“ (A-PS-1)*

Gründe in den Unterschieden der Übergabe wurden darin beschrieben, dass die Übergaben auf HIPSTA deutlich ausführlicher waren, als auf Normalstation. Ebenfalls eigenständig wurde die Struktur der Visiten, sowie die eigenen Kommunikationsregeln von den Lernenden entwickelt.

In der Kommunikation mit Patient\*innen wurde in zwei Gruppen (A, D) eine Verbesserung wahrgenommen. Es wurde gelernt, wie Informationen an Patient\*innen weitergegeben werden können, die auch tatsächlich für diese relevant sind und welche Fragen gestellt werden müssen (CC2). Auch die empathische Gesprächsführung in für die Patient\*innen emotionalen Situationen konnte durch den engen Kontakt trainiert werden (CC6).

*„Ich fand auch gut so mit dem engen Kontakt zu den Patienten also so normal im PJ hast du Aufklärung kommt drauf an wo du bist machst du ja jetzt nicht so oft oder mit den Leuten über die OP sprechen. Das sind ja schon auch irgendwie emotionale und wichtige Gespräche für den Patienten und das hat voll den Mehrwert wenn man einfach mal in der Situation ist und versucht sich da so ein bisschen durchzuhangeln und dann merkt man auch irgendwie was für den Patienten dann wichtig ist für den Moment und in dem Gespräch. Oder was die noch wissen wollen“ (D-PJ-3)*

## Teams und Teamarbeit

Was die Zusammenarbeit im Team angeht, so wurde diese zwar positiv bewertet, allerdings nicht konkretisiert. In einer Gruppe wurden Prozesse der Teamentwicklung hin zu einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit im Hinblick auf den engen Kontakt und das gemeinsame Entscheiden grob geschildert. (TT1)

*„Ja es war total gut. Ich denke, beide Berufsgruppen sind - ich habe noch keinen - nirgendwo so einen guten Einblick bekommen in die jeweils andere Berufsgruppe und so eng mit denen zusammengearbeitet, wie auf dieser Station. Ich denke, wenn es jetzt um das Interprofessionelle geht, kann man da eigentlich nichts besser machen, weil man so eng zusammenarbeitet, bei so wenigen Patienten und - ja, ist meistens immer als Team zu dem Patienten gegangen, bei fast allen Tätigkeiten werden die Entscheidungen fast - zusammen, immer zusammen getroffen und - ja.“ (E-PJ-1)*

In zwei Gruppen (B, D) wurde die Teamleistung reflektiert und Ansätze beschrieben, wie diese noch verbessert werden kann auch durch die Verbesserung der eigenen Arbeit im Team. (TT8)

*„Man hat wirklich mal einen richtig guten Einblick bekommen in den Aufgabenbereich vom Pflegepersonal was man selber als Me (.) Arztpersonal noch besser machen kann, dass die Kommunikation gut läuft, dass die Arbeitsabläufe gut ineinandergreifen, dass man, ja, nicht Sachen doppelt macht und dreifach, dass halt für den Patienten das Bestmögliche dann rauskommt dabei, das fand ich sehr gut“ (D-PJ-3)*

### 3.3.3.2 Organisation und Management

Durch das selbstständige Arbeiten und die Verantwortung für die beiden Zimmer wurde vor allem auch die Organisation einer Station und das Management der Versorgung erlernt und in allen Gruppen beschrieben.

*„Ja, bei mir ist es größtenteils eher praktisches Wissen. Also wie organisiere ich eine Visite, wie stelle ich irgendwelche Anforderungen, wie fordere ich ein Labor an. Ja. Zu welchem Zeitpunkt muss ich was machen.“ (B-PJ-3)*

Die Organisation der eigenen Arbeit und das Zeitmanagement, sowie die Organisation der Versorgung unter Einbindung anderer Berufsgruppen und das Entlassmanagement wurden erlernt. Auch der Überblick über die Versorgung und die Versorgung von Patient\*innen von A bis Z wurden positiv erwähnt.

*„Ich finde auch dass der Blick auf das Große und Ganze sich halt verändert hat. Also auch von der pflegerischen Seite halt, dass... das was ich eben auch schon gesagt habe, dass man halt wirklich dann daran denken musste, alles zu beachten.“ (C-PS-4)*

*„Und auch dieses Zwischendrin, zum Beispiel Ernährungsberatung, Sozialarbeiter, sonstige Anrufe die man tätigen muss, weil die Patienten das wollen. Dann -- keine Ahnung, dieses drum herum noch, nicht dieser strickte Ablauf sondern auch dieses drum herum, die Kleinigkeiten die noch auf uns zukommen, die wir so als Schüler gar nicht so wahrnehmen, die fand ich - also, die konnte man hier auch gut lernen und das Telefonieren.“ (E-PS-4)*

### 3.3.3.3 Patient\*innenversorgung

Durch die eigenverantwortliche gemeinsame Versorgung wurde in allen Gruppen ein Erlernen von Hintergründen und ein besseres Verständnis für praxisrelevante Tätigkeiten beschrieben.

*„Und ich hab auch in den drei Wochen deutlich mehr gelernt, wie im restlichen Chirurgie Tertial tatsächlich, so gefühltermaßen“ (D-PJ-2)*

In drei Gruppen (A, B, D) wurde von den PJ-Studierenden das Erlernen der Patient\*innenversorgung nach OPs genannt in Bereichen wie Kostaufbau, Abführen, Wundversorgung oder das Ziehen von Drainagen und zentralen Venenkathetern (ZVKs).

*„Ich finde das man gelernt hat auf so Dinge zu achten wie den Kostaufbau was man im Studium finde ich nicht so auf dem Schirm hat. >allgemeine Zustimmung PJ-ler< Das wird einfach irgendwie nicht unterrichtet. Ich weiß auch nicht wir lernen nur die Operationen aber nicht das perioperative Management also das, wie die Schmerzeinstellung, den Stuhlgang im Auge zu behalten also so all diese Sachen dann auch die Anordnungen zu treffen, das haben wir davor nie gemacht. >allgemeine Zustimmung< Das fand ich sehr gut. Ja genau.“(D-PJ-4)*

Neben dem eigenständigen Handeln spielt hier auch das Lernen von den Pflegeauszubildenden eine Rolle.

*„Auch die pflegerischen Sachen die ich gelernt habe. Also ich habe halt vorher noch nie eine Drainage gezogen oder, keine Ahnung, ein ZVK oder... also solche Sachen.“ (B-PJ-2)*

In vier Gruppen (A, B, C, E) berichteten die PS ein Verstehen von Hintergründen und theoretischem Fachwissen in Zusammenhang mit der Patient\*innenversorgung, was in erster Linie von den PJ-Studierenden vermittelt wurde.

*„Also ich habe zum ersten Mal verstanden warum man irgendwie Bili und Amylase aus einer Drainage abnehmen muss, weil davor hat es mir niemand erklärt.“ (A-PS-1)*

In zwei Gruppen (C, E) wurde von PS und PJ beschrieben, dass Zusammenhänge zwischen Laborwerten und Medikamenten gelernt wurden und dementsprechend auch das richtige Handeln und Reagieren in der Versorgung durch Gabe von Medikamenten bei auffälligen Werten, oder die Kontrolle von Werten nach Medikamentengabe.

*„Aber ich fand es ganz gut. Also man hat ein bisschen eine Prozesskompetenz einfach erworben. Man wusste der Patient hat das und das gekriegt, jetzt muss ich auf diese Dinge achten, Verlauf kontrollieren. Im Verlauf dann sich mehrmals in Verläufen, wo uns nicht ganz klar war, was jetzt den Werteanstieg gemacht hat, dann muss man sich ein bisschen etwas überlegen, Medikamente absetzen.“ (C-PJ-4)*

### **3.4 Identitätsentwicklung**

Die interprofessionelle Identitätsentwicklung wurde in der Fragebogenerhebung mit Hilfe des ISVS erfragt. In der Interviewbefragung wurde die interprofessionelle Sozialisation mit Hilfe der dokumentarischen Methode nach Bohnsack in den Gruppeninterviews dargestellt. Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurde die individuelle und die interprofessionelle Identitätsentwicklung in den Gruppeninterviews und Einzelinterviews zusammengefasst. Die Ergebnisse werden im Folgenden beschrieben.

#### **3.4.1 Fragebogenerhebung mittels ISVS<sup>11</sup>**

Mit der deutschen Version des *Interprofessional Socialization and Valuing Scale*<sup>12</sup> wurden die Einstellungen der Lernenden in Bezug auf die interprofessionelle Sozialisation erhoben. Entsprechend der Empfehlung der Fragebogenentwickler\*innen (Orchard et al. 2016) wurde ein Mittelwert aus den 21 Items für jeden Zeitpunkt gebildet. Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Mittelwerte zu allen drei Zeitpunkten anhand einer deskriptiven Statistik.

---

<sup>11</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.

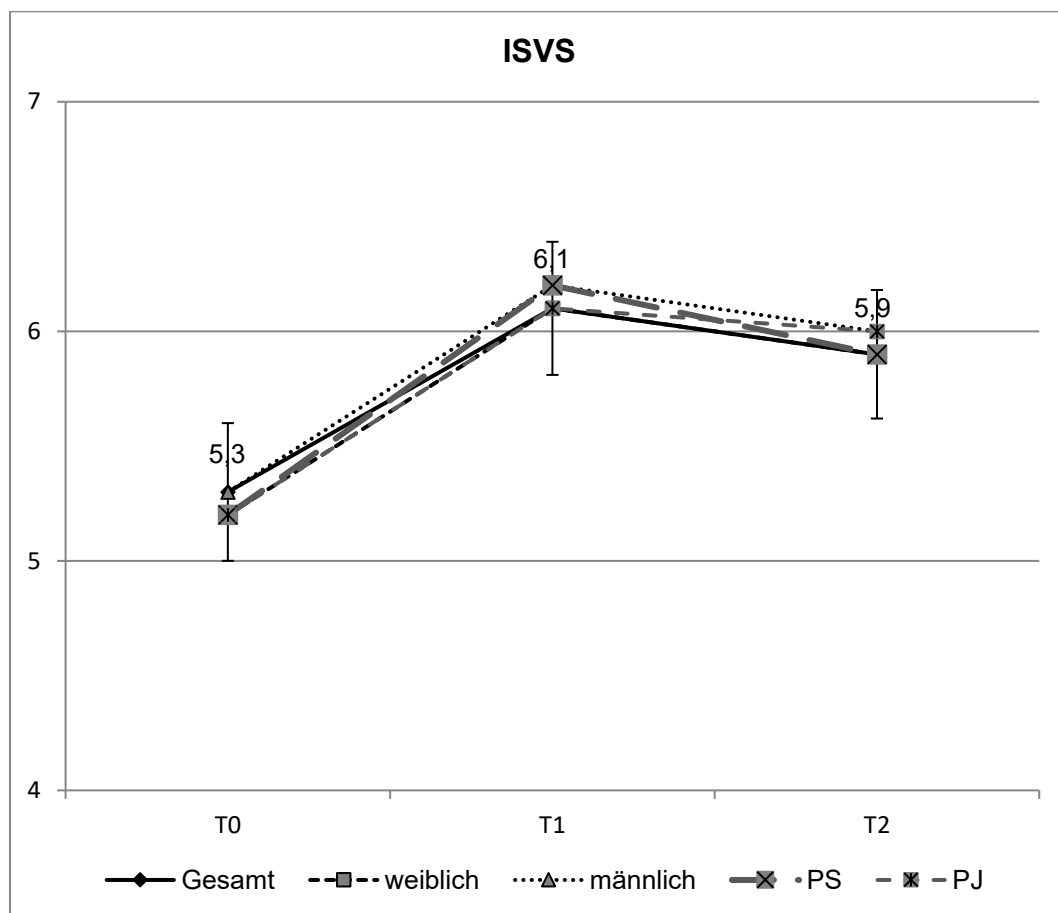
<sup>12</sup> Übersetzung von Mahler et al., Manuskript befindet sich in Vorbereitung

**Tabelle 12:** Deskriptive Statistik des ISVS Fragebogens

	T0		T1		T2	
	n	Mittelwert (SD*)	n	Mittelwert (SD)	n	Mittelwert (SD)
ISVS	121	5,28 (0,60)	86	6,14 (0,57)	60	5,92 (0,56)

\*SD Standardabweichung

In der Deskriptivstatistik zeigen sich zu den beiden späteren Erhebungszeitpunkten höhere Werte im Mittelwert, wie auch in Abbildung 6 dargestellt ist. Der Bereich der Standardabweichung bezieht sich auf die Streuung der Mittelwerte in der Gesamtstichprobe.



**Abbildung 6:** Mittelwerte im ISVS Fragebogen zu den drei Erhebungszeitpunkten

In Abbildung 6 zeigt sich, dass die Mittelwerte der beiden Berufsgruppen und Geschlechter relativ nah beieinander liegen. In der Analyse mittels des gemischten linearen Modells bestätigt sich diese Beobachtung, denn es zeigten sich weder statistisch signifikante Unterschiede in den Mittelwertänderungen zwischen Pflegeauszubildenden und PJ-Studierenden, noch zwischen männlichen und weiblichen Befragten. Im longitudinalen Vergleich der geschätzten Mittelwerte zu

den drei Zeitpunkten zeigten sich signifikant bessere Werte direkt nach dem Einsatz (Differenz=0,86,  $P<0,01$ ) und drei Monate nach dem Einsatz auf HIPSTA (Differenz=0,61,  $p<0,01$ ) im Vergleich zu dem Prä-Wert erhoben am ersten Tag des Einsatzes. Tabelle 13 gibt einen Überblick über die mit dem gemischten linearen Modell ermittelten Unterschiede.

**Tabelle 13:** Geschätzte mittlere Summenwerte der ISVS im longitudinalen Vergleich

	Mittlerer Summenwert	Differenz der mittleren (Summen-)Werte	Standardfehler	P-Wert	Cohen's D
Prä (T0)	5,29		0,06		
Post (T1)	6,14		0,06		
Follow-up (T2)	5,89		0,08		
T0-T1		<b>+0,86</b>	0,08	<b>0,001</b>	0,97
T0-T2		<b>+0,61</b>	0,09	<b>0,001</b>	0,60

In der Analyse der 21 Items des ISVS zeigten sich in den Items 2 bis 21 hoch signifikante ( $p<0,01$ ) und im ersten Item signifikante ( $p<0,05$ ) Veränderungen der Werte im Prä-Post-Vergleich (T0-T1). In der Analyse der Veränderungen zwischen Prä-Werten und dem Follow-up Werten mit Hilfe gemischter linearer Modelle zeigten sich noch in elf Items hochsignifikante und in drei Items signifikante Unterschiede, wie in Tabelle 14 dargestellt.

**Tabelle 14:** Geschätzte Mittelwerte der Items der ISVS im longitudinalen Vergleich

<i>Zum jetzigen Zeitpunkt, basierend auf meiner Teilnahme an interprofessionellen schulischen Aktivitäten und/oder der interprofessionellen Zusammenarbeit in der klinischen Praxis...</i>	Mittelwert	Differenz	Mittelwert	Differenz	Mittelwert
	T0	T0 – T1	T1	T0 – T2	T2



1: bin ich mir meiner vorgefassten Meinungen bewusst, wenn ich zu einer Diskussion im Team dazustoße	5,06	<b>+0,35 (p&lt;0,05)</b>	5,41	+0,3 (p=0,38)	5,36
2: verstehe ich den Sinn besser, eine einheitliche Sprache unter allen Gesundheitsfachpersonen in einem Team anzuwenden	5,49	<b>+0,68 (p&lt;0,01)</b>	6,17	+0,38 (p=0,12)	5,87
<b>3: habe ich ein klareres Verständnis für meine eigene Rolle in einem Team gewonnen</b>	5,02	<b>+1,09 (p&lt;0,01)</b>	6,11	<b>+0,63 (p&lt;0,01)</b>	5,64
4: bin ich in der Lage in einer Teamdiskussion Ideen zu teilen und auszutauschen	5,55	<b>+0,71 (p&lt;0,01)</b>	6,26	+0,31 (p=0,067)	5,87
<b>5: habe ich mich verstärkt als Person wahrgenommen, die sich in der interprofessionellen Praxis einsetzt</b>	4,75	<b>+1,43 (p&lt;0,01)</b>	6,17	<b>+1,16 (p&lt;0,01)</b>	5,9
<b>6: fühle ich mich in einer leitenden Rolle in einer Teamsituation wohl</b>	4,41	<b>+1,47 (p&lt;0,01)</b>	5,88	<b>+1,23 (p&lt;0,01)</b>	5,64
7: fühle ich mich wohl dabei, meinen Standpunkt zu äußern, wenn andere nicht im besten Interesse des Klienten handeln	5,49	<b>+0,66 (p&lt;0,01)</b>	6,15	+0,50 (p=0,063)	5,99
8: fühle ich mich wohl dabei, meine berufliche Rolle einem anderen Teammitglied zu beschreiben	5,31	<b>+0,84 (p&lt;0,01)</b>	6,16	<b>+0,42 (p&lt;0,05)</b>	5,74
<b>9: schätze ich noch mehr den Wert, Forschungsergebnisse mit</b>	4,94	<b>+1,08 (p&lt;0,01)</b>	6,02	<b>+0,73 (p&lt;0,01)</b>	5,67

---

**unterschiedlichen Gesundheitsberufen  
im Team auszutauschen**

---

**10: bin ich besser in der Lage, offen in einem Team zu verhandeln**      4,9      **+1,20  
(p<0,01)**      6,1      **+0,75  
(p<0,01)**      5,65

---

**11: habe ich ein tieferes Verständnis über die Rollen der anderen Professionen in einem Team**      4,94      **+1,42  
(p<0,01)**      6,36      **+0,80  
(p<0,01)**      5,74

---

12: fühle ich mich wohl, mich auf die gemeinsame Entscheidungsfindung mit Klienten einzulassen      5,46      **+0,82  
(p<0,01)**      6,29      **+0,46  
(p<0,05)**      5,92

---

13: fühle ich mich wohl darin, die mir übertragene Verantwortung in einem Team anzunehmen      5,38      **+0,91  
(p<0,01)**      6,3      +0,36  
(p=0,087)      5,75

---

14: habe ich ein besseres Verständnis für das Einbeziehen von Klienten in Entscheidungsfindungen bzgl. ihrer Behandlung      5,17      **+0,85  
(p<0,01)**      6,02      **+0,53  
(p<0,05)**      5,69

---

15: fühle ich mich wohl dabei, falsche Vorstellungen bezüglich der Rolle von Fachpersonen meines Berufes anderen Teammitgliedern gegenüber richtig zu stellen      5,05      **+0,90  
(p<0,01)**      5,96      +0,46  
(p=0,058)      5,52

---

16: sehe ich den Sinn eines Team-Ansatzes besser      5,55      **+0,56  
(p<0,01)**      6,12      +0,22  
(p=1,00)      5,77

---

**17: fühle ich mich in der Lage, als vollwertiges Mitglied eines Teams zu handeln**      5,47      **+0,86  
(p<0,01)**      6,32      **+0,75  
(p<0,01)**      6,21

---

<b>18: fühle ich mich wohl, Diskussionen über das Teilen der Verantwortung bezüglich der Versorgung der Klienten anzustoßen</b>	4,93	<b>+1,17 (p&lt;0,01)</b>	6,11	<b>+0,93 (p&lt;0,01)</b>	5,86
<b>19: fühle ich mich wohl, Entscheidungen mit anderen Fachpersonen in einem Team gemeinsam zu treffen</b>	5,59	<b>+0,75 (p&lt;0,01)</b>	6,34	<b>+0,63 (p&lt;0,01)</b>	6,23
<b>20: habe ich realistischere Erwartungen an andere Fachpersonen in einem Team</b>	5,22	<b>+0,91 (p&lt;0,01)</b>	6,12	<b>+0,69 (p&lt;0,01)</b>	5,91
<b>21: habe ich den Sinn bezüglich der Vorteile interprofessioneller Teamarbeit erkannt</b>	5,64	<b>+0,80 (p&lt;0,01)</b>	6,44	<b>+0,63 (p&lt;0,01)</b>	6,27

### 3.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews - Identitätsentwicklung

In der Hauptkategorie „Identitätsentwicklung“ wurden Aussagen zu der individuellen Entwicklung in der professionellen Rolle geclustert. Die Subkategorien Selbstvertrauen, selbstsicheres Auftreten und Berufsvorbereitung wurden identifiziert.

#### **Selbstvertrauen**

In diese Kategorie fallen Aussagen zum Erleben von Kompetenzen und das Vertrauen auf diese. In drei Gruppen (A, C, E) wurde das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen thematisiert, welches sich dadurch entwickelt hat, dass Verantwortung übernommen wurde, die sonst eher an andere abgegeben wurde oder nicht Teil des eigenen Aufgabenspektrums war. Auch das Verlassen der eigenen Komfortzone schien hilfreich für die Entwicklung von Selbstvertrauen.

*„Und man gewinnt auch unglaublich an Selbstvertrauen. Gerade allein wenn ich dastehe, also ich bin eh nicht so der Fan von 'Ich arbeite und mir kucken viele Menschen zu', da werde ich schnell nervös, auch wenn ich sicher bin in der Sache und gerade, zum Beispiel, was die Visite angeht, wenn dann irgendwie so fünf Leute um einen rumstehen und dann war ich so nervös und oh Gott, also das ist wirklich ein totaler Lerngewinn, also einfach sich da zu stärken und Selbstvertrauen zu bekommen.“*

(E-PS-1)

Das Erleben von Kompetenz in herausfordernden Situationen konnte zur Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten beitragen.

### **Selbstsicheres Auftreten**

In dieser Kategorie wurden Aussagen zur empfundenen Sicherheit im Umgang mit Patient\*innen und Kolleg\*innen geclustert. Ein sichereres Auftreten wurde in denselben drei Gruppen (A,C,E) beschrieben, dadurch dass die Rolle der verantwortlichen Pflegekraft oder Ärzt\*in auf HIPSTA übernommen wurde.

*„Ja, also halt auch um einiges selbstsicherer geworden. Auch der Umgang mit den anderen Pflegekräften, Ärzten, Physiotherapeuten, also ich habe niemals ein Telefon in die Hand genommen bevor ich auf HIPSTA war, und mittlerweile... es ist halt so eine Angst die man irgendwie ablegt. Also ich hatte halt immer Angst das ich irgendetwas Peinliches sage oder etwas Falsches oder etwas vergesse.“ (A-PS-2)*

Neben dem Umgang mit Kolleg\*innen wurde auch die eigene Sicherheit m Umgang mit Patient\*innen verbessert.

*„Ich kann jetzt keine spezielle Kompetenz nennen, aber mehr Selbstbewusstsein im Umgang mit den Patienten (...) Wie gesagt, ich denke aber auch, dass es daran liegt dass ich einfach meine Patienten dann kannte. Und, ja, einfach Selbstsicherheit in der Routine, im Alltag und im generellen Umgang mit den Patienten.“ (C-PJ-2)*

### **Berufsvorbereitung**

Aussagen, die ein Gefühl der Vorbereitung auf die spätere Rolle im Berufsleben beschreiben, wurden in dieser Kategorie zusammengefasst. HIPSTA wurde in allen Gruppen als gute Vorbereitung und Vorstufe zum Berufseinstieg beschrieben, dadurch dass Verantwortung übernommen wurde aber weniger Patient\*innen versorgt werden mussten, als in der späteren Tätigkeit.

*„... ich fand auch diesen Schritt oder diesen großen Schritt zum Assistenzarzt vom Student so ein bisschen kleiner wenigstens.“ (D-PJ-2)*

In drei Gruppen (A, B, C) wurde noch die Angst vor Überforderung im Berufsalltag formuliert durch die höhere Anzahl an Patient\*innen, für deren Versorgung später die Verantwortung übernommen werden muss. So kommunizierte ein\*e PJ deutlich sich zwar besser aber immer noch nicht ausreichend vorbereitet zu fühlen, da später noch mehr Patient\*innen versorgt werden müssten und noch keine Strategie entwickelt werden konnte damit umzugehen, sondern eher noch auf der Ebene des Wissenserwerbs in der Theorie verblieben wurde.

*„Also wir haben auch so die ersten Tage gesagt, so gerade im Frühdienst, jetzt haben wir drei Patienten und sind eigentlich den ganzen Vormittag beschäftigt, pausenlos. Könnten eigentlich auch die Pause ausfallen lassen. Essen eigentlich eh immer zwischendurch dann eher. Und, also hier haben die Schwestern normal eher so zehn bis dreizehn Patienten, haben sie glaube ich gesagt. Und, also aktuell wäre das also für mich immer noch nicht so richtig vorstellbar. Aber, also man ist auf jeden Fall besser vorbereitet als, ja, als man aus anderen Einsätzen herauskommt.“ (C-PS-2)*

### 3.4.3 Rekonstruktive Analyse der Gruppeninterviews – interprofessionelle Sozialisation<sup>13</sup>

Im Rahmen der rekonstruktiven Analyse der Gruppendiskussionen wurden aus den in der qualitativen Inhaltsanalyse identifizierten Hauptkategorien Sequenzen ausgewählt, die thematisch verdichtet diskutiert wurden. Diese wurden in der formulierenden Interpretation inhaltlich kategorisiert und in der reflektierenden Interpretation mit Blick auf das „wie“ analysiert.

#### 3.4.3.1 Formulierende Interpretation

In den Gruppen wurden aus den Hauptkategorien die folgenden Oberthemen identifiziert:

- Voneinander Lernen
- Zusammenarbeit auf HIPSTA
- Künftige Zusammenarbeit

#### 3.4.3.2 Reflektierende Interpretation

In der Art und Weise, wie die Lernenden bestimmte Themen besprachen konnte nicht nur das explizite Wissen, sondern auch das konjunktive Wissen, also der kollektive Orientierungsrahmen, erfasst werden. Im Folgenden werden die Gruppen dargestellt in Bezug auf die formulierten Ober- und Unterthemen

Gruppe A

#### **Zusammenarbeit auf HIPSTA: gemeinsame Strukturierung und offene Kommunikation**

In einer Sequenz zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit formulierten drei der PS sehr konkret, dass es in der Zusammenarbeit wichtig sei, dass niemand herablassend denkt und handelt und es wurde betont, dass ein solches herablassendes Denken in beiden Berufsgruppen vorkommt –

---

<sup>13</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Schwarzbeck, V., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Mahler, C. (2022). Interprofessionelle Sozialisation und Zusammenarbeit auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation – eine rekonstruktive Analyse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, zur Publikation angenommen.

hier wurde indirekt Bezug genommen auf das Vorurteil „arroganter“ Ärzt\*innen. Dabei zeigte die Kommunikation untereinander, dass hier auf einer Augenhöhe interagiert wurde, da die Lernenden sich gegenseitig scherzhaft auf mangelhaftes Kommunikationsverhalten aufmerksam machten.

A-PS-3: *Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen.*

A-PS-1: *Dass man sich halt nicht irgendwie besser als die andere Berufsgruppe ansieht, sondern dass es auf Augenhöhe passiert und...*

>einige lachen<

A-PS-3: *Eigentlich habe ich geredet, aber du kannst auch einfach mitten in meinem Satz weiterreden.*

>Gruppe lacht< *ist kein Problem.*

A-PJ-1: *Funktioniert schon nicht innerhalb der Berufsgruppe.*

A-PS-1: *Ich dachte, Du bist fertig. Jetzt mach mal weiter*

A-PS-3: *Was hatte ich jetzt gesagt?*

A-PJ-1: *Du darfst einfach keine Luft holen während dem Reden.*

>einige lachen<

A-PS-3: *Ja, ich merk's. Jetzt ist mir mein Gedanke aus dem Kopf – Also was hatte ich jetzt gesagt? Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen, und das auch auf gleicher Ebene. Also dass nicht der eine denkt, ich bin jetzt der bessere nur weil ich bin jetzt der PJ oder... es gibt auch Pflegekräfte die denken: "Ich bin die bessere, weil du bist nur der blöde PJ" Oder so. Also egal wie herum, es geht ja in beide Richtungen. Und dass das halt auf Augenhöhe passiert und da eine enge Zusammenarbeit stattfinden kann und ein Austausch. So, jetzt darfst du.*

Ein\*e PS ergänzte die Proposition noch um den Aspekt des Patient\*innenwohls, das im Mittelpunkt stehen sollte und nicht „die Berufsgruppe welche da jetzt mehr zu tun und zu sagen hat“ (A-PS-2). Auf den Aussagen der Vorredner\*innen aufbauend ergänzte ein\*e weitere\*r PS die Relevanz des Austausches und der gemeinsamen Zielsetzung und Tagesplanung der Mitarbeitenden und ging dabei auch auf weitere Professionen ein, die am Versorgungsprozess beteiligt sind. Auf die darauffolgende Frage der Interviewerin zur Veränderung der Auffassung von Interprofessionalität erläuterten zwei PJ-Studierende sehr offen ihre entstandene Sicherheit im Delegieren. Als Grund für die anfängliche Unsicherheit diesbezüglich wurde die Sorge genannt, herablassend zu wirken oder als würde Arbeit auf andere abgeschoben werden. Ein\*e PJ erklärte, dass diese anfängliche Zurückhaltung durch die Beobachtung überwunden wurde, dass die Pflegenden auch offensiv Tätigkeiten von den Ärzt\*innen verlangten. So wurden in dieser Gruppe in offener und entspannter

Atmosphäre auch heikle Themen, wie Hierarchien und Machtverhältnisse kommuniziert und teilweise scherzhaft aufgelockert. Dabei verwendete PJ-1 die Formulierung „*aggressives Delegieren*“, was von PS-1 scherzhaft hinterfragt wurde. Durch die offene Ansprache des/der PS entstand kein Missverständnis und PJ erhielt die Chance sich zu rechtfertigen. Diese\*r schien auch selber gemerkt zu haben, dass hier eine unglückliche Formulierung gewählt wurde, denn der Versuch der Erklärung erfolgte in abgebrochenen Sätzen, unter Anwendung von Ironie, und am Ende wurde einfach offen kommuniziert, dass der falsche Ausdruck gewählt worden war „*War nicht das optimale Wort.*“ (A-PJ-1). Auch hier lachte die gesamte Gruppe. Dieses „Vorführen“ in der gesamten Gruppe schien aber in sehr entspannter Atmosphäre stattgefunden zu haben, was auch zeigt, wie die Teilnehmenden ihren Weg gefunden haben, offen zu kommunizieren und auch Missstände anzusprechen, ohne sich gegenseitig zu beschämen. Im weiteren Verlauf dieser Sequenz wurde auf die Nachfrage der Moderatorin die interprofessionelle Zusammenarbeit nochmals im Hinblick auf das Delegieren erläutert, sowie auch auf das Kennen der eigenen Aufgaben besprochen.

A-PS-1: *Ja. Gemeinsames Lernen ist echt wichtig, finde ich.*

I: *Warum?*

A-PS-1: *Weil man gerade da erst dieses Verständnis füreinander entwickelt. Und weil man auch erst merkt, wo sind denn meine Aufgabenbereiche und wo nicht. Also ganz viel... Ich habe wirklich auch viel an [PJ-3] also in unserer Zusammenarbeit, wir haben eigentlich nur miteinander gearbeitet, ganz viel gesagt: "Ok, du musst jetzt das machen, du musst jetzt das machen." Weil ich dann auch gemerkt habe, so: Ok, das ist jetzt einfach, das übersteigt mein Aufgabenfeld. Und das hätte ich vorher vielleicht nicht so klar formulieren können.*

A-PJ-3: *Oder auch andersherum. Ich meine am Anfang.... weil wenn ich dich darum bitten wollte, Sachen zu machen, das ist das Gleiche was du gesagt hast, habe ich so: "Ja, man müsste da und da vielleicht noch ein U-Status abnehmen"*

A-PS-1: *Ja, genau*

A-PJ-3: *Und dann hast du zu mir ganz am Anfang gesagt: "Bitte sage doch einfach was ich machen soll. Das ist schon in Ordnung so."*

A-PS-1: *Das mache ich, ja.*

A-PJ-3: *Das ist genauso das mit diesem Delegieren. Also das war schon so echt gut. Und, gerade weil du gesagt hast dass man in der Ausbildung schon früh machen sollte: finde ich auf jeden Fall, sollte man, weil, je länger man in den Beruf ausgebildet wird, oder je länger man darin arbeitet, desto mehr wird man von außen auch mit Meinungen beeinflusst. Und wenn man schon ganz früh in der*

*Ausbildung, sage ich mal, lernt dass Interprofessionalität wichtig ist und dass jetzt die andere Berufsgruppe auch ihre, weiß ich nicht, was die für Schwierigkeiten hat oder dass man die auch wertschätzen soll, und kann. Das wäre glaube ich schon echt gut.*

In diesem Abschnitt zeigt sich deutlich wie eingespielt PJ-3 und PS-1 als Team waren. Sie ergänzten sich gegenseitig in ihren Aussagen und waren sich bezüglich der Proposition, dass gemeinsam die Zusammenarbeit strukturiert und verbessert wurde, einig.

### **Künftige Zusammenarbeit: Haltungsänderung durch gemeinsames „Heranwachsen“**

In einer weiteren Sequenz wurde sehr konkret das Bild voneinander beschrieben, das sich durch den Einsatz auf HIPSTA geändert hat, sowie die Vorstellung, wie künftig miteinander gearbeitet werden kann. Ein\*e PS berichtete von einer größeren Offenheit gegenüber PJ-Studierenden und sah sich selbst in der Verantwortung in künftigen Einsätzen mit den PJ-Studierenden enger zusammen zu arbeiten und das Konzept von HIPSTA weiterzutragen. Ein\*e andere\*r PS ergänzte die Aussage um eine konkrete Schilderung der Kompetenzen der PJ-Studierenden, mit denen auf HIPSTA zusammengearbeitet wurde. Dabei wurde das Wissen, sowie auch das kompetente Auftreten gegenüber Patient\*innen gelobt, und die Durchführung der Visite als besondere Kompetenz hervorgehoben.

*A-PS-3: (...) die Visiten, der Patientenumgang, das ist ganz großes Kino. Also es macht wirklich Spaß. Ich meine, teilweise ein bisschen ausführlich, aber sie nimmt sich wirklich Zeit. >A\_PJ-3 fällt ins Wort<*

*A-PJ-3: Ja, meine Visiten sind immer ein bisschen länger, als andere, das habe ich auch schon bemerkt.*

Auf diesen Einwurf von PJ-3, der eher bescheiden klang, wiederholte PS-3 nochmal die Aussage, dass sich Zeit genommen wurde, erläuterte, wie positiv das auf die Patient\*innen wirkte und beschrieb dann konkret das große Fachwissen von PJ-2 mit der Umschreibung „*Also ein wandelndes Lexikon.*“ (A-PS-3). Daraus schlussfolgerte PS-3, dass die PJ-Studierenden auf Station eine „*eine wichtige Ressource*“ (A-PS-3) seien, was in anderen Einsätzen nicht wahrgenommen wurde, da es sonst nur wenig Kontakt gab und PS-Studierende nur zum Blut abnehmen kurz auf Station anwesend waren. Die Möglichkeit, bei den PJ-Studierenden auf Station nachzufragen wurde daraufhin als niederschwelliger bezeichnet als die des Nachfragens bei Ärzt\*innen.

*A-PS-3: Weil die lernen ja auch noch, aber man kann vielmehr fragen als wenn ich jetzt einen ausgewachsenen Arzt >Gruppe lacht<*

*A-PJ-3: Jemand, der schon groß ist.*



A-PS-3: *Einen großen Arzt [lacht] einen fertigen Arzt zu fragen. Und, das nimmt einen ein bisschen so die Berührungängste auch später dann mit Ärzten irgendwie zusammenzuarbeiten.*

A-PS-1: *Das stimmt*

A-PJ-3: *Ich finde, also man muss ja vor dem Physikum schon als Medizinstudent schon drei Monate Pflegepraktikum machen, aber jetzt als PJler, finde ich, weiß man, und jetzt gerade nach HIPSTA, weiß man noch viel mehr zu schätzen was die Pflege alles leistet. Also ihr müsst da wirklich aus allen Bereichen irgendwie etwas wissen. Von ärztlicher Seite, ihr gebt ja schon mal, zum Schlafen oder gegen Übelkeit, schon Medikamente. Oder von der Physiotherapie aus, ihr mobilisiert auch. Also ihr habt aus mehreren Berufsgruppen Bereiche die ihr abdeckt und das ist körperlich ultra anstrengend und geistig. Also es ist ja keine einfache Aufgabe, jetzt nicht nur auf das Körperliche bezogen, sondern ihr müsst auch viel mitdenken und wie [A-PS-3] vorher schon gesagt hat, wir als PJler wissen auch nicht alles und auch auf ärztlicher Seite gibt es manchmal Defizite. Und, ja, ich fand es auch ganz wichtig, dass ihr uns dann auch darauf aufmerksam gemacht habt, wenn mal was Wichtiges war, was man halt vergessen hat. Weil das auch später immer wieder vorkommen kann, und genau. Also ich weiß euch jetzt noch mehr wertzuschätzen.*

A-PS-1: *Das ist schön.*

Ein verbesserter Kontakt zwischen den Berufsgruppen konnte durch gemeinsames „Heranwachsen“ erreicht werden. Mit Hilfe der Metapher des Erwachsenwerdens grenzte sich die Gruppe der Lernenden von der Gruppe der ausgelernten Ärzt\*innen ab und betonte die Einfachheit im Umgang miteinander im Gegensatz zum Umgang mit Ärzt\*innen. Sie schien sich eher als eine Gruppe von Peers zu sehen, die noch nicht erwachsen sind und sich noch ausprobieren, bis sie dann irgendwann ins Erwachsenenalter kommen, also nach dem Examen. Das Zugehörigkeitsgefühl in der Gruppe zeigte sich auch hier wieder durch die sehr offene und wertschätzende Kommunikation und das gemeinsame Lachen. Die reagierende Aussage von PJ-3 war ebenfalls ein direktes, offenes Lob an die Kompetenzen der Pflegekräfte, wobei auch hier wieder bestehende Stereotype der Ärzt\*innen als Mehrwissende aufgegriffen und nivelliert wurden.

Gruppe B

### **Voneinander lernen: Reziprokes Lernen mit Bagatellisierung pflegerischer Tätigkeit**

In Gruppe B wurde reziprokes Lernen verdichtet diskutiert, d.h. PS und PJ lernten voneinander. Ein\*e PS erläuterte, dass von den PJ-Studierenden dadurch gelernt werden konnte, dass zusammengearbeitet wurde. Dabei wurde der HIPSTA Einsatz von den Erfahrungen in bisherigen

Praxiseinsätzen abgegrenzt, in denen nicht von Ärzt\*innen gelernt werden konnte. Hierbei wurde explizit gemacht, dass in regulären Einsätzen seitens der Ärzt\*innen kein Wille vorhanden sei, Fragen der Pflegeauszubildenden zu beantworten. Die darauffolgende Proposition von PJ-3 ging nicht auf die vorherige ein, sondern beinhaltete die Beschreibung organisatorischer Fähigkeiten, die erlernt wurden. Daraufhin reagierte PJ-2 mit einer Bezugnahme auf die Aussage von PS-1 und schilderte „die pflegerischen Sachen“ (B-PJ-2), die erlernt wurden. Diese wurden als wichtig für die künftige Arbeit beschrieben, da diese später angeordnet werden. Es fand eine Haltungsänderung gegenüber den pflegerischen Tätigkeiten statt, durch die Erkenntnis, dass auch Anordnungen an die Pflege, die nicht komplex klingen, fachliche Kompetenzen erfordern und in den pflegerischen Alltag integriert werden müssen.

*B-PJ-2: Auch die pflegerischen Sachen die ich gelernt habe. Also ich habe halt vorher noch nie eine Drainage gezogen oder, keine Ahnung, ein ZVK oder... also solche Sachen. Und dass man da überall jetzt einfach mal wirklich dabei ist und das auch selber machen kann und... also das klingt immer dann so banal wenn man das dann im Alltag auf der Station halt so in der Pflege anordnet. Aber eigentlich muss man es ja wenigstens auch mal mitgemacht haben, dass man mal weiß: Ok, wie läuft das denn jetzt ab? Und also das fand ich richtig gut. Also dadurch, dass wir so viel Zeit hatten manchmal konnte ich auch bei allem dabei sein, wenn ich wollte. Oder auch der Pflege mal etwas abnehmen. Und dass man das auch selbstständig mal durchführen kann.*

Gleichzeitig wurden in dieser Aussage die pflegerischen Tätigkeiten bagatellisiert, da diese „banal“ klingen. Diese Einstellung schien bisher nicht reflektiert worden zu sein.

### **Zusammenarbeit auf HIPSTA: Kontinuierlicher Austausch mit ärztlicher Entscheidung**

In einer Sequenz wurde der kontinuierliche Austausch sehr lehrbuchhaft beschrieben: „Wir haben eigentlich über alles diskutiert und gesprochen und häufig dann, also immer zusammen entschieden. Also ich fand, das war eigentlich recht harmonisch, das Zusammenarbeiten bei uns“ (B-PS-1). Auf die Nachfrage der Moderatorin, wie Dinge angeordnet wurden, wurde klargestellt, dass nichts direkt angeordnet wurde und der Prozess der Entscheidungsfindung wurde Schritt für Schritt beschrieben:

*B-PS-4: Also, nicht mal ich will das und das anordnen, sondern es ist ein Problem bei dem Patienten aufgetaucht und dann haben wir das Problem diskutiert Und haben uns die Möglichkeiten angeguckt wie man das am besten lösen könnte, und so.*

*B-PJ-2: Ja, und meistens hat man erstmal so zu zweit im Team, halt Pflegeschüler, PJ, das besprochen. Und wenn man da nicht weiter kam, halt mit den anderen zwei, die auch gerade da sind. Und dann halt eher so weiter... wenn man halt nicht weiter wusste, eben Pflegeanleiter oder eben*

*Stationsarzt. Aber oft haben wir es eigentlich unter uns schon überlegt. Wenn wir dann noch nicht ganz sicher waren eben, wie gesagt, nochmal vielleicht bis zur Übergabe gewartet, weil dann eh ein Arzt kommt und wenn es jetzt nicht so akut war, kann man da nochmal sagen: "OK, wir wollen das Medikament absetzen" Dann kommt meistens so ein: "Ja, ok, wenn ihr..." So. Also es ist halt... also es wird schon diskutiert jetzt, wenn es was zu diskutieren gibt, aber, ja, also man hat schon das Gefühl gekriegt so dass die auch merken, dass wir uns Gedanken machen. –*

Der Fokus der Beschreibung lag hier auf der Problemlösung. Die Proposition von PS-4 blieb eher vage und endete offen mit den Worten „und so“, es wurden keine konkreten Vorschläge formuliert. PJ-2 konkretisierte den Prozess der Entscheidungsfindung, wobei auch hier in erster Linie Worte verwendet wurden, wie „besprochen“, „überlegt“. Es wurde also nicht das proaktive Treffen von Entscheidungen und die damit einhergehende Übernahme von Verantwortung vermittelt, sondern eher dass alle Lernenden involviert und informiert sind, die finale Entscheidung dann aber bei den Ärzt\*innen liegt. Das Ende der Erläuterung von PJ-2 beschrieb, dass das Ziel nicht die Übernahme von Verantwortung war, sondern, dass die Ärzt\*innen den Entscheidungsfindungsprozess der Lernenden sahen. Der Grund dafür wurde nicht spezifiziert.

### **Künftige Zusammenarbeit: Keine Verantwortungsübernahme für proaktive Verbesserung der Zusammenarbeit**

In Bezug auf die künftige Zusammenarbeit zeigte sich in einer Sequenz Uneinigkeit in der Gruppe B. Ein\*e PS äußerte die Annahme, dass die Hierarchien in der regulären klinischen Zusammenarbeit durch HIPSTA nivelliert werden können. Dabei wurde erläutert, dass erst dann wirklich im Team zusammengearbeitet werden kann, das heißt Hierarchien verhindern diese Zusammenarbeit. PS-2 übernahm dabei keine Verantwortung für die Verbesserung der Zusammenarbeit, sondern beschrieb diese als abhängig von der Etablierung von HIPSTA. „wenn sich das Projekt verbreitet“ (B-PS-2). Als wichtig für die Zusammenarbeit wurden Absprachen und Kenntnis der Tätigkeitsfelder der anderen Profession genannt, „Dass von beiden Seiten klar ist, dass ich weiß wenn der Arzt, der mit mir arbeitet, drei Stunden im Zimmer ist, dass der dann nicht Däumchen dreht“ (B-PS-2). Die Ausdrucksweise zeigte, dass hier eher negative Bilder in Bezug auf die ärztlichen Tätigkeiten vorherrschten, die auf HIPSTA geändert wurden. Die Relevanz von Absprachen wurde in der weiteren Aussage wieder abgeschwächt durch den Bezug auf Hierarchien. Es wurde erläutert, dass Ärzt\*innen, wenn Sie Dinge anordnen, wissen sollten, dass die Pflegenden Zeit dafür benötigen. Auf Nachfragen der Moderatorin widersprach ein\*e PJ indirekt der Proposition von PS-2. Es wurde einerseits argumentiert, dass die eigenen Kompetenzen in Bezug auf die Zusammenarbeit nicht verbessert wurden, da diese auch vorher schon vorhanden waren. „Ich komme schon immer gut mit

*den Leuten klar.“ (B-PJ-3) Andererseits wurde ergänzt, dass durch den Wechsel der Generationen keine Hierarchien mehr vorhanden sein werden, da die neue, eigene Generation „nicht mehr so auf Hierarchien Wert legt“ (B-PJ-3). Ein\*e andere\*r PJ reagierte mit einer Proposition im Modus einer Beschreibung der unterschiedlichen Strukturen auf HIPSTA und in der regulären Versorgung. Die als „das Wichtigste“ (B-PJ-1) betitelte räumliche Nähe zwischen den Professionen, wie sie auf HIPSTA durch das gemeinsame Büro gegeben war, gibt es sonst nicht. Es folgte eine Beschreibung der durch die Nähe guten Zusammenarbeit, in der man „von sich gegenseitig wesentlich mehr profitiert als im normalen Stationsablauf“ (B-PJ-1). Der Fokus wurde wieder auf die Prozesse auf HIPSTA gelenkt und die künftige Zusammenarbeit wurde nicht mehr thematisiert. Inhaltlich wurde nicht auf die Vorredner\*innen eingegangen, die den Aspekt der Hierarchien besprochen hatten. Thema waren hier vielmehr die Vorteile der Ausbildung auf HIPSTA, „das ist vielen unserer Vorgänger halt einfach entgangen, die Erfahrung.“ (B-PJ-1) Es blieb offen, wer die Vorgänger sind, welchen Einfluss diese Erfahrungen auf die künftige Zusammenarbeit haben und ob dafür Verantwortung übernommen wird.*

Gruppe C

### **Voneinander lernen: Pflegeauszubildende lernen von PJ-Studierenden**

In Gruppe C wurde ein Lernen der Pflegeauszubildenden von den PJ-Studierenden, also ein eindirektionales Lernen beschrieben. Ein\*e PS erläuterte, dass anhand von konkreten Patient\*innenfällen von den PJ-Studeirenden gelernt wurde und vor allem das Sehen der CT Bilder wurde als großer Zuwachs an Input erlebt.

*„Und dann haben wir da halt diese CT-Bilder gesehen, und dann hat man erst mal gesehen wie groß diese Zyste ist. Und das ist ja das was wir als Pflegekräfte niemals zu Gesicht bekommen. Oder wie, ich war mit zur Mittagsbesprechung, was auch total interessant war. Auch wenn ich da vielleicht die Hälfte überhaupt nicht verstanden habe, aber dass man diese ganzen CT-Bilder mal sieht und dann... oder uns wurde halt auch immer, wenn irgendwie eine Operation war, die ganzen... wo der Tumor entlang läuft und warum das dann zum Beispiel jetzt nicht operabel ist, oder so was.“ (C-PS-4)*

Dabei betonte PS-4, dass das Betrachten von CT Bildern sonst für die Pflegenden unmöglich war und es eine Ausnahme war, dass hier über den Tellerrand geschaut werden durfte, auch wenn das Verständnis dafür nicht da war. Im weiteren Gesprächsverlauf, ging ein\*e PJ darauf ein und beschrieb, wie den Pflegeauszubildenden nicht nur Dinge beigebracht werden konnten, sondern übernahm auch die Verantwortung für die Ausbildung der Pflegeschüler\*innen, indem die PJ-Studierenden „auch mal in den OP die Schwestern schicken, wenn einfach Zeit ist. Oder die Indikationsbesprechung, damit sie das alles halt wenigstens mal sehen.“ (C-PJ-3) Die Ausdrucksweise

von PJ-3 und PS-4 zeigten, dass die Pflegeauszubildenden durch den Einsatz auf HIPSTA Einblick in einen völlig neuen Bereich erhielten, in den sonst nur Ärzt\*innen Zugang haben. Das heißt, die Befragten sahen die Ausbildung der Pflegenden als begrenzt an, im Vergleich zur Ausbildung der Ärzt\*innen.

### **Künftige Zusammenarbeit: Keine Einigkeit über künftige Barrieren zwischen Berufsgruppen**

Die künftige Zusammenarbeit wurde in dieser Gruppe in einem harmonisch wirkenden Gespräch diskutiert – die Teilnehmenden widersprachen sich nicht offensichtlich und gingen auf die Aussagen der anderen ein. Tatsächlich waren sich die PJ-Studierenden und die Pflegeauszubildenden aber uneinig, was künftige Barrieren zwischen den beiden Berufsgruppen angeht. Während C-PS-2 formulierte dass es in Zukunft keine Barrieren geben wird, stellte C-PJ-2 wiederholt klar, dass es die Aufgaben der Pflegenden ist, bestehende Barrieren zu überwinden. Grundlegend für eine damit angenommene Priorisierung der ärztlichen Tätigkeit war das Bild der PJ von der eigenen künftigen Rolle als vielbeschäftigte und deswegen immer gestresste Ärzt\*innen, mit breitem Aufgabenspektrum und entsprechend wenig Zeit für interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Dabei wurde eingeleitet mit der Aussage, dass das Berufsfeld der Pflege bereits vor HIPSTA bekannt war und die Idee von interprofessioneller Ausbildung sei, „*dass man da nicht so arrogant oder so ist.*“ (C-PJ-4) Weiterhin wurde beschrieben, dass keiner aus der Gruppe der PJ-Studierenden arrogant war und inwiefern IPE noch nützlich sein könnte:

*C-PJ-4: Ich denke, dass hilft auch den Pflegenden dann, wenn sie jetzt nochmal eng mit ein paar Leuten zusammengearbeitet haben, die jetzt dann in einem Jahr dann auch eben die Stationsärzte sind. Einfach um ein bisschen die Fur- ja, Resp - Barrieren abzubauen und zu sagen: Also man geht dann auch direkt aufeinander zu vielleicht. >C-PS-2 fällt ins Wort<*

*C\_PS2: Also ich finde man sieht das halt auch gerade hier so in dem Team, dass die, Sorry, so, ja, oft so Vorurteile, gerade mit PJlern. Und das ist dann immer irgendwie so alles hintenherum und eigentlich... ich weiß es nicht. Also ich habe das glaube ich am Anfang mal gesagt, dass ich halt denke, wenn wir jetzt wirklich mal auf einer Station zusammenarbeiten würden, könnte ich mir nicht vorstellen, dass da so eine Barriere wäre, wie das halt oft so ist zwischen Ärzten und Pflegern. Also wenn man halt irgendwie gemeinsam ausgebildet wird, dann ist es halt einfach anders. Dann hat man auch mehr gegenseitiges Verständnis für den Stress, den der andere jetzt gerade hat oder... ich weiß nicht.*

Die Begriffe „Furcht“ und „Respekt“, die C-PJ-4 andeutete, aber dann durch den Begriff „Barrieren“ ersetzte, zeigen die angenommene hierarchische Struktur, in der die Pflegenden klar unter den Ärzt\*innen stehen. C-PS-2 unterbrach diese Ausführung und bezog sich auf bestehende Stereotype,

deren Abbau dafür sorgte, dass in der späteren Praxis keine Barrieren mehr vorhanden sein werden. Im weiteren Gespräch erläuterte C-PJ-2, dass Schwierigkeiten zwischen den Professionen nicht berufsbedingt sondern individueller Natur sind, und selbst bereits vor HIPSTA der freundliche Umgang mit anderen kein Problem war, solange diese auch freundlich waren. Das wurde konkret auf die Pflegenden bezogen, und der höfliche Umgang miteinander wurde damit begründet, dass PJ-2 bereit war, das eigene Wissen weiterzugeben.

*C-PJ-2: Aber das wird auch mir später so gehen, dass wenn wir gestresst sind und wir laufen über den Flur und dann denken wir nicht darüber nach die Pflegeschüler zu fragen: "Habt ihr das verstanden? Und sollen wir noch etwas erklären?" Wenn halt die Zeit nicht mehr da ist. Aber man muss dann einfach von beiden Seiten aus, wenn man Fragen hat, die stellen. Und wissen... >C-PS-2 fällt ins Wort<*

*C-PS-2: Aber wenn du dir jetzt vorstellst, alle PJler haben mal ein Einsatz mit Schwesternschülern zusammen. Also das meine ich ja eher. Dass du halt anders kommunizierst, weil du es halt irgendwie schon gewohnt bist und auch die Leute, in Führungsstrichen, von der Ausbildung her kennst. Also dann hast du einfach eine andere Einstellung zu der Berufsgruppe.*

*C-PJ-3: Ja, ich glaube...*

*C-PJ-2: Was ich halt eben meine ist, wenn man dann nachher viel mehr im Stress ist, also wie jetzt, dass man dann wieder vergisst auf die anderen rundherum so acht zu geben, dass man von sich aus fragt: "Hast du das verstanden? Soll ich dir da noch etwas erklären?" Deswegen, auch wenn das halt dann nicht böse gemeint ist, aber ihr müsst dann halt, auch wenn ihr Fragen habt, dann lernen die Barriere zu übergehen und halt den anderen zu fragen.*

*C-PS-2: Die ja dadurch sinkt, wenn du gemeinsam ausgebildet wirst.*

*C-PJ-2: Ja, und auch dadurch, dass du jetzt weißt, Ok, die PJler haben ja Interesse uns etwas zu zeigen, gehst du halt dann auf deinen nächsten Einsatz vielleicht auch auf PJler zu, die du nicht unbedingt kennst.*

*C-PS-2: Ja, stimmt.*

*C-PJ-3: Und die Hierarchien werden glaube ich einfach auch immer flacher, als das noch vor 30 Jahren vielleicht der Fall war. Die Ärzte duzen sich auch alle, also sowohl von Assistenz- zu Chefarzteebene, wo... ich meine das wäre früher undenkbar gewesen. Und das ist mittlerweile so, dass die Hierarchie immer flacher wird, auch mit der Pflege zusammen.*

In dieser Diskussion zeigte sich eindeutig die Uneinigkeit, die damit beendet wurde, dass C-PS-2 zustimmt und so durch vermeintliches Verständnis die Barriere der Meinungsverschiedenheit

überwand. Das Ganze wurde abschließend verallgemeinernd von C-PJ-3 zusammengefasst und nivelliert durch die Aussage, dass es keine Barrieren in der Praxis mehr gibt, dadurch, dass alle per „Du“ sind.

Gruppe D

### **Voneinander lernen: Reziprokes Lernen, auch von anderen Berufsgruppen**

Die Sequenz zum Thema voneinander lernen begann mit der Proposition eines\*r PJ-Studierenden, dass für die Interprofessionelle Zusammenarbeit neben einem guten Klima das gegenseitige Profitieren von Versorgenden und Patient\*innen wichtig ist. Dieses Profitieren wurde im Hinblick auf ein Lernen voneinander und auf die Zufriedenheit der Patient\*innen erläutert. Dabei wurde das Stereotyp aufgegriffen, dass PJ-Studierende mehr wüssten als Pflegeauszubildende und mit der Aussage nivelliert, dass beide in unterschiedlichen Bereichen ein großes Wissen haben, weswegen es sinnvoll sei, sich auf Augenhöhe zu begegnen und voneinander zu lernen. Als weiteres Argument für das gemeinsame Lernen wurde die Auswirkung auf Patient\*innen benannt.

*D-PJ-4: Naja, dass man auch gegenseitig lernt, weil das ist ja vermessen zu denken, dass wir jetzt irgendwie viel mehr wissen als ihr, weil das stimmt ja einfach nur bedingt. Ich weiß vielleicht auf manchen Gebieten mehr, aber ihr wisst auf anderen Gebieten dafür mehr und das wird ja auch immer so sein. Und deswegen find ich halt gut, wenn man sich auf Augenhöhe begegnet und dann voneinander lernt und dass der Patient davon profitiert haben wir, glaube ich, alle gemerkt die letzten Wochen. Und auch so rückgemeldet bekommen. Zu Hauf.*

D-PS-2: *Ja das ist so.* >allgemeines Gelächter<

*D-PS-1: Ja es ist ja nicht nur zwischen Ärzten und Pflegekräften so spannend, wir haben ja auch noch Physiotherapeuten, wir haben Sozialdienst, mit der Stomatherapie, mit dem ZPM [Zentrales Patient\*innenmanagement], mit dem NCT [Nationales Centrum für Tumorerkrankungen], also mit so vielen Berufszweigen zusammen gearbeitet also von jedem nochmal was gelernt und hat gewusst wie gehen die die Entlassung an zum Beispiel wie gehen die bei Patienten also >allgemeines Gelächter< Viele Berufe.*

Auf Nachfrage der Moderatorin erläutert D-PS-1, dass in der regulären Ausbildung deutlich weniger Kontakt zu anderen Berufsgruppen bestand da laut eigenem Empfinden die anderen Berufsgruppen (z.B.: der Schmerzdienst) kein Interesse an den Auszubildenden habe, sondern lediglich mit den Examierten Pflegekräften in Kontakt trete. Hier schwang die Erwartungshaltung von D-PS-1 mit,

aktiv von anderen in die Interaktion mit einbezogen und nach der Expertise gefragt zu werden. Entscheidend schienen Strukturen zu sein, die den Kontakt unter den Berufsgruppen förderten.

### **Zusammenarbeit auf HIPSTA: Gemeinsame Übernahmen von Verantwortung**

In einer Sequenz wurden in der Gruppe die Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung besprochen. Dabei startete ein\*e PJ-Student\*in mit der Beschreibung der scheinbar überraschenden Erkenntnis, dass es noch andere Mitarbeiter\*innen gibt, die Kompetenzen haben und auf die man sich verlassen kann. Durch die Rolle der verantwortlichen Ärzt\*innen und Pfleger\*innen, die auf HIPSTA übernommen wurde, wurden die anderen Berufsgruppen besser kennengelernt. Dabei schien für die PJ-Studierenden die Erkenntnis, dass es andere Berufsgruppen gibt, mit denen zusammengearbeitet werden kann, an sich schon überraschend, während für die Pflegenden mit der Verantwortung auch ein besserer Kontakt zu anderen Berufsgruppen außer den Mediziner\*innen entstand und ein besserer Überblick über die Patient\*innenversorgung erworben wurde.

*D-PJ-3: Man hat halt auch gemerkt wie das den Arbeitsalltag erleichtert, wenn man irgendwie weiß, man kann sich auch auf die anderen Berufsgruppen so verlassen, also am Anfang ist das so, mh, was machen die? Wie sicher sind die? Und dann weiß man plötzlich, boah, voll der kompetente Mitarbeiter, ich habe meinen Bereich, er macht seinen Bereich oder sie. Und das geht ineinander über und dann weiß man halt auch okay. Wenn ich jetzt mal nicht alles auf dem Schirm habe, kann man sich vielleicht doch nochmal gegenseitig ergänzen und sagen hey das wollten wir noch machen oder so. Dass man dann irgendwie noch ein bisschen back-up hat und weiß, man kann sich noch auf jemanden verlassen. Das finde ich irgendwie gut.*

*D-PS-2: Ich find das erleichtert auch das ganze Wissen über das Prozedere vom Patienten. Als Schüler ist es öfter so dass man irgendwie hört, jetzt kommt der Schmerzdienst oder jetzt kommt der Sozialdienst oder so, aber man versteht dann vielleicht nicht warum und wenn die Leute dann zu einem direkt kommen dann hat man so einen Überblick und kann da viel mehr drüber erzählen und versteht halt irgendwie den Zusammenhang viel besser.*

Dieses bessere Verständnis für den gesamten Versorgungsprozess und die anderen Berufsgruppen basierte auf der aktiven Übernahme von Verantwortung durch die Pflegeauszubildenden und PJ-Studierenden. Ein\*e PJ ergänzte die anfängliche Aussage von D-PJ-3 und beschrieb, wie durch die professionelle Sozialisation im Medizinstudium bisher die Annahme verinnerlicht wurde, dass die Verantwortung für die Patient\*innenversorgung alleine getragen werden muss, was als beängstigend erlebt wurde. Entsprechend erleichtert schien auch D-PJ-1 über die Erkenntnis zu sein, dass zusammengearbeitet werden kann.



D-PJ-1: *Also ich würde mal sagen, schon, weil wir als Studenten im Medizinstudium haben immer als Memo bekommen, ihr seid im Endeffekt der verantwortliche Arzt der eine Entscheidung trifft und diese Entscheidung ist dann hundertprozentig auf ihren Schultern. Das ist teilweise so, ich habe es eigentlich erst jetzt wirklich kapiert, es sind so viele Mitarbeiter mit denen man arbeitet, wirklich eng und die einen dabei unterstützen, dass es wirklich um die Punkte des Patienten geht, dass er sich wirklich wohl fühlt und dass die Entscheidung kannst du nie allein treffen. Also nie dieses Gewicht, dass ich entscheide, was, wie es dem Patienten geht, wohin er geht, das wird nie funktionieren, wenn wir mit dieser Memo quasi kommen und nicht kooperieren.*

Für beide PJ-Studierenden schien es eine neue Erkenntnis zu sein, dass in der Versorgung mit anderen Berufsgruppen zusammengearbeitet und die Verantwortung geteilt werden kann („Plötzlich“ (8D-PJ-3) und „jetzt erst“ (D-PJ-01) weiß, bzw. versteht man, dass man nicht alleine ist). Das heißt, dass die bisherige professionelle Sozialisation abgeschottet von anderen Berufsgruppen stattgefunden hat und Zusammenarbeit kein zentrales Thema des bisherigen Studiums gewesen zu sein scheint. Während die PJ-Studierenden erleichtert sind, Verantwortung teilen und im Team arbeiten zu können, beschreibt ein\*e Pflegeauszubildende aus eigener Perspektive den Zugewinn an Verantwortung, die übernommen wird und die damit einhergehende Annäherung an die berufliche Rolle. Durch die gemeinsame Verantwortungsübernahme nähern sich die beiden Berufsgruppen einander an.

### **Künftige Zusammenarbeit: Gegenseitige Wertschätzung und gemeinsame Ziele**

In einer anderen Sequenz erläuterte ein\*e PJ-Studierende\*r, dass das Gute an HIPSTA sei, das man lerne, dass es noch die andere Berufsgruppe gibt, bevor man in den Beruf einsteige. Die Rolle der anderen Berufsgruppe schien also bis zu diesem Zeitpunkt nicht klar gewesen zu sein. Das wurde erklärt durch die bisher gemachten Erfahrungen in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit, die mit Hilfe von Militär-Metaphorik beschrieben wurde: das Arbeiten erfolgte „gegeneinander“ und es gab „verhärtete Fronten“ (D-PJ-4), das heißt, die Patient\*innenversorgung scheint als Kampf der Professionen gesehen zu werden. HIPSTA wurde als Möglichkeit beschrieben das zu verhindern, allerdings wurde nicht konkretisiert, wie. Es wurde der Wunsch geäußert, dass es weiter geführt wird, aber wer dafür sorgen kann blieb unkonkret.

*„Also ich finde, es ist halt immer so ein Geben und Nehmen aber ich glaube, es ist ein gutes Projekt, dass man eben auch an so einem eigentlich späten Zeitpunkt in der Ausbildung, aber eben vor dem richtigen Berufseinstieg nochmal lernt, dass es eben auch die andere Berufsgruppe gibt und dass man das schon eigentlich miteinander machen sollte und nicht sich da so irgendwie gegeneinander arbeiten sollte, wie es man halt finde ich manchmal schon den Eindruck hat auf den Stationen und das*

*wäre schön, wenn man das so fortsetzen kann und ich hoffe, dass da nicht ja je nachdem an wen man gerät sind ja manchmal die Fronten schon ein bisschen verhärtet, aber es wäre schön, wenn das vielleicht, ich denke durch so ein Projekt kann man dem präventiv begegnen und das finde ich echt gut.“ (D-PJ-4)*

Zwei andere PJ-Studierende stimmten den Ausführungen von D-PJ-4 zu und bestätigten den Eindruck des Kampfes zwischen Professionen, der teilweise in der täglichen Praxis stattfindet. D-PJ-2 führte aus, dass HIPSTA eine Möglichkeit sei, den „Verhärtungen, die man auf Station schon hat“ D-PJ-2, vorbeugen zu können. Unklar blieb auch in dieser Aussage, wer für die Weiterführung von interprofessionellem Lernen und Arbeiten verantwortlich ist: „...das wäre schön, wenn man das so fortsetzen kann (...) dass man dann eben mit sowas mal so präventiv begegnen kann eigentlich.“(D-PJ-4) Ein\*e andere PJ-Student\*in ergänzte, warum Verhärtungen durch HIPSTA aufgelöst werden können und konkretisierte, dass durch das bessere Verständnis für die andere Berufsgruppe die eigene Perspektive erweitert und die Patient\*innenversorgung verbessert werden konnte.

*„Man entwickelt halt auch so ein ganz anderes Auge dafür, was die andere Berufsgruppe auch so leistet, dass man halt auch so ein bisschen den Blick nicht so stur auf seinen Computer und sein Arztding da richtet, sondern so das große Ganze sieht für den Patienten, alle, die da mit zusammenarbeiten, dass das dann eigentlich das Entscheidende dann ist im Endeffekt.“ (D-PJ-3)*

Diese Aussage zeigt die Erkenntnis der Relevanz einer Fokussierung auf das gemeinsame Ziel einer guten Patient\*innenversorgung.

Gruppe E

### **Zusammenarbeit auf HIPSTA: kontinuierlicher Austausch und Ausprobieren**

In Gruppe E wurde die Kommunikation untereinander und die Zusammenarbeit in zwei Sequenzen diskutiert. In einer schilderte ein\*e PJ das positive Erlebnis, engen Kontakt mit der Pflege gehabt zu haben, was in anderen Einsätzen so bisher nicht möglich war. Dabei wird betont, dass die Zusammenarbeit explizit gefordert ist, was als Möglichkeit gesehen wird Fragen zu stellen, wie es sonst nicht möglich oder weniger erwünscht zu sein scheint.

*E\_PJ03: und das finde ich halt hier voll gut, dass man einfach - dass es klar ist dass man da zusammen arbeitet und dass man es auch immer - einfach diesen Austausch hat, dass man dann nachfragen kann 'Ah ja, wie macht ihr das eigentlich so? Wie muss ich das in die Kurve schreiben? Oder was bedeutet das? Oder, ja, was ist diese Kost eigentlich die da drin steht?', das hat man dadurch dass man halt immer - ja dass es so in diesen Teams ist und auch in diesem Setting kann man*

*halt dann immer nachfragen und das wird auch so gewünscht und ich finde das ist einfach wichtig dass man, ja, da ein Gefühl für bekommt.*

Ein andere\*r PJ ergänzte daraufhin die bisher gemachten Erfahrungen der Ausgrenzung und berichtete von dem Gefühl nirgendwo dazuzugehören, weder zu dem Team der Ärzt\*innen noch zu dem der Pfleger\*innen. E-PJ-2 beschrieb das mit dem Terminus „Fremdkörper“ und schilderte, dass die PJ-Studierenden eher die Sündenböcke waren, denen die Schuld für Fehler gegeben wurde. Daraufhin lobte E-PJ-2 die Integration, die auf HIPSTA erlebt wurde und die damit zusammenhängenden anderen Aufgaben, die nicht konkretisiert wurden. Hier wurde die Ursache der Isolierung nicht in der professionellen Sozialisation gesehen, sondern in den Reaktionen der Pflegenden in den praktischen Einsätzen, wobei das eigene Gefühl der Ausgrenzung als basierend auf einer Tatsache beschrieben wurde („Man wird von der Pflege als Fremdkörper betrachtet“ (E-PJ-2)), nicht als Eindruck oder Vermutung. Daraufhin reagierte E-PS-4 mit einer Ausführung des interprofessionellen Austausches während der Kurvenvisiten auf HIPSTA. Auch hier wurde das Gefühl von Ausgrenzung in bisherigen Einsätzen als Fakt beschrieben, allerdings seitens der ärztlichen Profession gegenüber der Pflege allgemein nicht Schüler\*innen-spezifisch.

*E-PS-4: Was ich da noch gut fand ist, dass hier die Kurvenvisiten mit dem Arzt und mit der Pflege zusammen ist, nicht so wie auf anderen Stationen immer nur die Ärzte und wir kriegen erst Stunden später mit was sie überhaupt angesetzt haben. Hier können wir uns zum Beispiel unsere - Meinung mit einbringen und uns halt absprechen und - was in der Kurvenvisite die nur unter Ärzten läuft vielleicht nicht statt - also die definitiv nicht stattfindet, bei der es vielleicht ein bisschen sinnvoller wäre, die Ärzte halt - nur so das Medizinische sehen und nicht so von der Pflege her und wir können halt sagen was hilft und was nicht und halt da einen Anreiz setzen.*

Unter Verwendung von übertreibender Sprache wurden hier die eigenen negativen Erfahrungen dargestellt („Immer“, „Stunden später“) und geschlussfolgert, dass ein Einbezug der Pflege sinnvoll wäre. Diese Kritik und implizite Aufforderung an die PJ-Studierenden, die Pflegenden einzubinden folgte als Reaktion auf die sehr offene Schilderung von PJ-2 über die eigenen negativen Gefühle in der Praxis.

In einer anderen Sequenz wurde der Prozess hin zu einer Entscheidung in einer Proposition eine\*r PS beschrieben. Nachdem alle Expertisen eingebracht wurden, wurde diskutiert und „dann wurde das Beste entschieden“ (E-PS-1). E-PS-2 formulierte daraufhin eine Antithese, scherzhaft, zu der Proposition von E-PS-1 („Und dann hast du das gemacht was du wolltest oder“ (E-PS-2)), woraufhin die Gruppe lachte. Dieser nicht ernst gemeinte Widerspruch kann als Instrument eingesetzt sein, um die lehrbuchhaft klingende Beschreibung des Entscheidungsfindung von E-PS-1 etwas aufzulockern.

Dass die Gruppe gemeinsam lacht, zeigt dass hier ein Gefühl der Sympathie und ein gemeinsames Verständnis vorhanden war. Gleichzeitig weist die folgende Aussage von E-PJ-1 darauf hin, dass die scherzhafte Unterstellung auch darauf bezogen sein könnte, dass keiner wirklich weiß, was „das Beste“ ist.

*„Man hat auch gemerkt, dass tatsächlich es kein Richtig gibt oder Falsch. Also es gibt, jeder, und man kann hier fünf Ärzte fragen und >lautes Lachen, unverständlich< da hat jeder auch eine andere Meinung und das hat der LBM3 am Anfang gesagt, 'Ja dann probier' es einfach aus' und das finde ich sehr gut, probiert es einfach aus, gib ihr das Medikament so und dann >mehrere Lachen, unverständlich< guck morgen nach und dann haben wir Lasix gestern ihr gegeben und jetzt ist das Kalium abgestürzt, jetzt müssen wir halt, lernen wir halt daraus raus. Das ist, also es ist super, dass wir halt das - rumprobieren können und später auf der normalen Station >die anderen reden im Hintergrund über das Ausprobieren von Medikamentengabe, mehrere lachen< und wir kriegen halt nichts mit weil wir dachten 'Ah die Ärzte wissen schon was sie tun' und im Endeffekt mussten sie nur probieren bis dann das - Ding bei denen funktioniert.“ (E-PJ-1)*

In dieser Aussage wurde deutlich, dass die Ärzt\*innen diejenigen waren, die die Entscheidungen treffen. In der Gruppe wurde über das „Ausprobieren“ dürfen gelacht, was ein Weg sein kann, mit der Tatsache umzugehen, dass in einem versorgerischen Kontext „probiert“ wird. Das Lachen kann auch darauf hinweisen, dass es ein geteiltes Wissen in der Gruppe gab, was Gruppenzugehörigkeit suggeriert. Durch dieses Lernen aus Fehlern, näherte sich E-PJ-1 an die spätere Berufstätigkeit als Ärzt\*in an und es wurde realisiert, dass Ärzt\*innen möglicherweise doch nicht über so viel Wissen verfügen, wie bisher angenommen. Von der anfänglich beschriebenen gemeinsamen Entscheidungsfindung und dem Austausch von Expertisen wurde hier der Fokus auf das Wissen und die Kompetenzen von Ärzt\*innen gelenkt, die sich an die richtige Therapieform herantasten. Darüber hinaus wurde das Ausprobieren hier entfernt von den Patient\*innen beschrieben – Ziel des Probierens war nicht die Behandlung sondern vielmehr das Lernen daraus.

### **Künftige Zusammenarbeit: Antizipierte Barrieren und gegenseitige Abgrenzung**

In einer Sequenz, in der die Teilnehmenden darüber diskutierten, wie künftig zusammengearbeitet werden sollte, wurde scheinbar einstimmig und in wechselseitiger Zustimmung kommuniziert, allerdings herrschte dennoch teilweise Uneinigkeit und es wurden gegenseitig Forderungen gestellt. E-PJ-1 erläuterte die Zusammenarbeit in der klinischen Praxis, die negativ erlebt wurde, da geprägt von Vorurteilen und gegenseitiger Kritik. Es wurde das gemeinsame Lernen auf HIPSTA gelobt, da gegenseitiges Verständnis erworben wurde.

E-PJ-1: *Also ich finde es total gut weil wir starten hier in den Beruf und wir sehen nur dass die Ärzte auf Station immer die Schwestern kritisieren, die Schwestern kritisieren die Ärzte und manchmal hinter dem Rücken, und dann wird gelästert und dann findet man halt keine Lösung und jetzt wissen wir ganz genau wieviel Zeit ein Patient eine Schwester kostet und eine Schwester ist nun mal, wenn sie ausgebildet ist nicht mehr für drei Patienten sondern dann für zehn Patienten zuständig und - das ist ein großer -- genau, das ist etwas was, was wir für das Leben dann mitnehmen ...*

Die Erkenntnis, wie viel Zeit die Pflege für Patient\_innen benötigt, schien neu und bedeutend zu sein, da sie für das Leben mitgenommen wird. Tatsächlich rückte diese Erkenntnis im Zusammenhang mit dem eigenen Rollenbild als gestresste und vielbeschäftigte Assistenzärzt\*innen wieder in den Hintergrund. In der weiteren Elaboration zeigte sich die Annahme, dass IPL während der Ausbildung gut funktioniert, in der Praxis aber schwierig werden wird, da die Zeit dafür fehlt. Die Assoziation des eigenen Berufes mit einem breiten Aufgabenspektrum und Zeitstress wurde deutlich und es folgte die Rechtfertigung, dass aus diesem Grund Assistenzärzt\_innen „genervt“ sein dürften, wenn etwas nicht lief – hier war nicht mehr die Rede vom Verständnis für die Pflegenden und deren Stress.

E-PJ-1: *...und mit diesem Verständnis für die andere Berufsgruppe wird die Zusammenarbeit bei uns sicherlich viel besser klappen als bei denen die das nicht erlebt haben und die werden auch keine Chance haben das mitzuerleben, weil die dann halt mit ihrem eigenen Bier beschäftigt sein werden, wenn sie Assistenzärzte sind. Und auch die Pflege kann auch einen Einblick in unsere Beschäftigung, dass wir - wir müssen nicht nur die Pillen umstellen sondern wir müssen auch die ganzen organisatorischen Sachen und alles mögliche machen und die werden auch Verständnis für uns haben wenn wir dann irgendwie genervt sind wenn, keine Ahnung, der Blutdruck nicht gemessen wurde oder sowas oder – also das ist, ich glaube jetzt so Verständnis zwischen den zwei Berufsgruppen ist wenn die so nah zusammengearbeitet haben es ist wirklich Gold wert, ja.*

E-PS-1: *Wertschätzung.*

E-PJ-1: *Genau.*

E-PS-1: *Verständnis.*

E-PJ-1: *Ja.*

E-PS-1: *Respekt, dass man zuhört, dass man auch anhört und dass man voneinander lernt.*

E-PJ-3: *Ich finde auch, dass man so eng zusammen arbeitet und eben auch die andere Arbeit kennt und so ein bisschen weiß dass man halt eigentlich soll es ja sein, dass der Patient am Besten versorgt wird, das sollte ja das Ziel sein und ich meine die Pflege ist halt immer viel näher an dem Patienten dran als jetzt die Ärzte und da ist es ja eigentlich voll wichtig, dass die Pflege auch von sich aus den*

*Ärzten wichtige Sachen rückmeldet die sie sehen weil man, weil sie halt viel näher dran sind und das ganz anders mitbekommen und - ja, genau dass man halt mal da sieht was denn, was ist wichtig was nicht, was muss man sagen was nicht, oder - ja so einfach da auch - da hat man praktisch auch finde ich schon Punkte gesehen wo es Sachen gab die man eigentlich zusammen gut, oder wo es einfach - es sind ja manchmal einfach nur zwei Sätze, dass man kurz miteinander redet und dann ist da vielleicht die beste Lösung für den Patienten gefunden und dann - ja, wie gesagt, da hat dann jeder gute Vorschläge und dann kommt das Beste raus.*

Auf die initiale Erklärung von PJ-1 folgte in Interaktion von PJ-1 und PS-1 die Nennung der Vorteile von interprofessioneller Ausbildung. PJ-1 wurde bestärkt und synonym ergänzt und bestärkte das selber auch nochmal. Gleichzeitig widersprechen die Begriffe Wertschätzung und Respekt dem von PJ-1 gerechtfertigten Genervt sein. Es folgte eine Konkretisierung von PJ-3, in der erstmalig auch die Patient\*innenperspektive eingebracht wurde. Die Pflege wurde dabei aufgefordert, wichtige Informationen und Meinungen weiterzugeben, was einerseits die Wertschätzung der pflegerischen Perspektive als Sprachrohr der Patient\*innen darstellt, sowie die Forderung eine\*r PS, gehört zu werden, spiegelt.

### 3.4.3.3 Komparative Analyse und Typenbildung

In der komparativen Analyse der Orientierungsrahmen der jeweiligen Gruppen wurden Ähnlichkeiten und Unterschiede in den kollektiven Annahmen und Vergleichshorizonten herausgearbeitet und daraus Typen gebildet. Tabelle 15 gibt einen Überblick über die Orientierungsrahmen.

**Tabelle 15:** Orientierungsrahmen der einzelnen Gruppen

	Zugrunde liegende Annahme	Vergleichshorizont
A	Beide Berufsgruppen leisten Wertvolles für die Patient*innenversorgung, gemeinsam wachsen verbessert gemeinsames Erwachsensein	Abgrenzung von Stereotypen, indirekter, schlechter Kommunikation in der klinischen Praxis, und von der Gruppe der Ausgelernten („Erwachsene“)
B	Es kann voneinander gelernt werden, theoretische Expertise der PJ, praktische Fertigkeiten der PS; Priorisierung der ärztlichen Tätigkeit, Entscheidungen treffen Ärzt*innen; Fokus auf Prozessen (Kommunizieren, Lernen)	Abgrenzung von der Übernahme von Verantwortung und Treffen von Entscheidungen, und von der Gruppe der Ausgelernten
C	PJ wissen mehr als PS; Kommunikation auf HIPSTA lief gut;	Abgrenzung von der Versorgung im „realen“ klinischen Setting und von der Gruppe

	Uneinigkeit bzgl. der Absprachen / gemeinsames Entscheiden vs. Informieren. Uneinigkeit, ob es Barrieren gibt und welche Berufsgruppe diese abbauen muss	der Ausgelernten (eigene künftige berufliche Rolle)
D	Unterschiedliches Wissen erlaubt reziprokes Lernen auf Augenhöhe; Verantwortung kann geteilt werden; früher interprofessioneller Kontakt verhindert Arbeiten gegeneinander	Abgrenzung vom Arbeiten gegeneinander und von gegenseitiger Ausgrenzung, sowie von der Gruppe der Ausgelernten
E	Priorisierung der ärztlichen Tätigkeit; gemeinsames Lernen und Kommunizieren ist wichtig; im klinischen Setting existieren Barrieren zwischen Berufsgruppen	Abgrenzung von HIPSTA als Realität und von der Gruppe der Ausgelernten

Anhand der gemeinsamen Orientierungsrahmen wurde eine sinngenetische Typenbildung vorgenommen und es konnten zwei Typen von Lernenden identifiziert werden, die im Folgenden beschrieben werden.

- Die Interprofessionell Lernenden (Gruppen B, C, E)
- Die interprofessionell Verantwortlichen (Gruppen A, D)

#### 3.4.3.4 Die interprofessionell Lernenden

Die interprofessionell Lernenden lernten voneinander, verblieben allerdings im Status der Lernenden und übernahmen keine finale Verantwortung für die Patient\*innenversorgung. Die künftige Zusammenarbeit wurde in Aushandlungsprozessen geplant, indem gegenseitig Forderungen gestellt und professionsspezifische Konflikte und Barrieren antizipiert, aber nicht gelöst wurden. Hier differenziert sich eine Gruppe als Untertypus aus (Gruppe C), in der im Gegensatz zu den beiden anderen Gruppen häufig Uneinigkeit, eindirektionales Lernen und eine hierarchische Beziehung zwischen Pflegeschüler\*innen (PS) und PJ-Studierenden (PJ) herrschte. Die Gruppen dieses Typus schienen herrschende Barrieren zwischen Berufsgruppen als gegeben anzusehen und es entwickelte sich keine duale Identität, obwohl ein Zugehörigkeitsgefühl zu der Gruppe der HIPSTA-Kolleg\*innen beschrieben wurde.

#### **Voneinander Lernen nicht immer auf Augenhöhe**

In Gruppe C, die einen Subtypus der interprofessionell Lernenden darstellt, fand lediglich eindirektionales Lernen statt basierend auf der Annahme, dass die PJ-Studierenden über ein größeres Wissen verfügten. In den beiden Gruppen B und E wurde reziprokes Lernen beschrieben. Allerdings wurden auch in Gruppe B die Kompetenzen der Pflegenden denen der PJ-Studierenden

untergeordnet, das heißt auch hier wurde zwar ein Lernen voneinander auf Augenhöhe beschrieben, aber so nicht wahrgenommen. Diese Haltung wurde hinterfragt und überdacht.

### **Zusammenarbeit auf HIPSTA – Sozialisation in einer Gruppe von Lernenden**

In Gruppe C bestand keine Einigkeit, wie Entscheidungen getroffen wurden, während der Austausch in den Gruppen B und E sehr lehrbuchhaft beschrieben wurde. Der Fokus lag auch hier, wie in Gruppe C, auf dem Prozess des Austausches. Ein Merkmal der Gruppenbildung, was in allen Gruppen dieses Typus (B, C, & E) zu beobachten war, ist das antithetische Gegenüberstellen der eigenen Gruppe der Lernenden PS und PJ versus der Gruppe der „Ausgelernten“, ganz im Sinne einer ingroup-Favorisierung. Der Fokus lag auf dem Status als Lernende und auf Lernprozessen, weniger auf der selbstverantwortlichen Patient\*innenversorgung. In den Gruppen B & E waren sich alle einig, dass die Ärzt\*innen die Entscheidungsträger\*innen sind. Die Lernbegleiter\*innen der Pflege und die Patient\*innen wurden in diesem Zusammenhang nicht erwähnt.

### **Künftige interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe muss noch ausgehandelt werden**

Bei den interprofessionell Lernenden herrschte keine tatsächliche Einigkeit über die künftige interprofessionelle Zusammenarbeit und die Existenz von Barrieren zwischen den Professionen, wenn auch die Gespräche darüber sehr harmonisch wirkten. Die ärztliche Tätigkeit wurde priorisiert basierend auf ihrem Bild der vielbeschäftigten und gestressten Ärzt\*innen mit wenig Zeit für interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Gegenseitige Forderungen nach mehr Verständnis und Integration wurden geäußert.

#### **3.4.3.5 Die interprofessionell Verantwortlichen**

Die interprofessionell Verantwortlichen übernahmen Verantwortung für die Patient\*innenversorgung und arbeiteten gemeinsam auf Ziele im Sinne einer patient\*innenzentrierten Versorgung hin. Stereotype wurden konkret angesprochen und es herrschte gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung, was dazu beitrug, Barrieren zwischen den Berufsgruppen abzubauen. Patient\*innen und weitere Berufsgruppen wurden einbezogen.

### **Voneinander lernen auf Augenhöhe**

In Gruppe D wurde reziprokes Lernen diskutiert und Interprofessionalität als das Zusammenarbeiten und das Profitieren der Berufsgruppen ebenso wie der Patient\*innen beschrieben. Entscheidend schienen Gelegenheiten zu sein, in denen geregelt ist, dass die PS in Kontakt mit anderen treten.

### **Zusammenarbeit auf HIPSTA: gute Patient\*innenversorgung im Fokus**



Durch die Übernahme und das Teilen von Verantwortung, sowie den Austausch untereinander näherten sich die Lernenden den künftigen Aufgaben an und koordinierten selbstständig die eigene Kommunikation und Zusammenarbeit. In Gruppe D wurde die überraschende und hilfreiche Erkenntnis beschrieben, dass es kompetente Mitarbeiter\*innen gibt, auf die sie sich verlassen können und die sich gegenseitig ergänzen. In Gruppe A wurde die Zusammenarbeit gemeinsam koordiniert und offene Kommunikation darüber hat dazu beigetragen, dass die Zusammenarbeit optimiert wurde. Auffällig ist, dass die Kommunikation innerhalb dieser Gruppe sehr offen, direkt und scherzhaft war.

### Künftige interprofessionelle Zusammenarbeit

Der gemeinsame Einsatz auf HIPSTA wurde als Prävention für Barrieren beschrieben und es wurde der Wunsch nach Verstetigung geäußert. Die Relevanz einer Erweiterung des Blickwinkels, der Aufmerksamkeit und Offenheit gegenüber anderen und der gemeinsamen Fokussierung auf die Patient\*innenversorgung wurde erkannt. Es wurden Vorschläge gemacht, wie künftig zusammengearbeitet werden kann. Es wurde im gemeinsamen eigenverantwortlichen Arbeiten eine Wertschätzung für den Beitrag der anderen Professionen zur Patient\*innenversorgung entwickelt.

Tabelle 16 gibt einen Überblick über die kollektiven Annahmen der beiden Typen

**Tabelle 16:** Orientierungsrahmen der beiden Typen

<b>Typ 1: Die interprofessionell Lernenden</b>	
Gruppen B & C & E	<p><b>Voneinander lernen:</b> reziprokes Lernen; Theoretische Expertise der PJ, praktische Fertigkeiten der PS; (Gruppe C: PJ wissen mehr als PS)</p> <p><b>Zusammenarbeit:</b> Entscheidungen treffen Ärzt*innen; Kontinuierlicher Austausch im Team,</p> <p><b>Künftige interprofessionelle Zusammenarbeit:</b> Bagatellisierung der pflegerischen Tätigkeit, Priorisierung der ärztlichen Tätigkeiten; Ärzt*innen haben mehr Stress als Pflegende, in der künftigen Zusammenarbeit wird es Barrieren zwischen den Berufsgruppen geben</p> <p>Fokus auf Prozessen (Kommunizieren, Lernen); gemeinsame Annäherung an die spätere Praxis durch gemeinsames Ausprobieren.</p> <p>Abgrenzung von Ausgelernten, Abgrenzung von Verantwortungsübernahme</p>
<b>Typ 2: Die interprofessionell Verantwortlichen</b>	
Gruppen A & D	<p><b>Voneinander lernen:</b> Unterschiedliches, gleichwertiges Wissen erlaubt reziprokes Lernen auf Augenhöhe; Untergeordneter Status der Lernenden</p>

	<p><b>Zusammenarbeit:</b> Direkte &amp; offene Kommunikation; Geteilte Verantwortung; gegenseitige Wertschätzung</p> <p><b>Künftige interprofessionelle Zusammenarbeit:</b> Fokus auf Patient*innenversorgung; zusammen Arbeiten auf Augenhöhe</p> <p>Abgrenzung von Stereotypen, Abgrenzung von Ausgelernten</p>
--	---

### 3.5 Einflussfaktoren auf Kompetenzerwerb und Identitätsentwicklung

Zur Analyse der Art und Weise des Kompetenzerwerbs auf der HIPSTA wurden die Gruppeninterviews, sowie die Einzelinterviews herangezogen, da durch das offene Interviewdesign ein Einblick in die Meinungen der Lernenden ermöglicht wurde.

#### 3.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews – lernförderliche Faktoren

Aussagen in der Hauptkategorie „Lernförderliche Faktoren“ wurden deduktiv basierend auf der Fragestellung, sowie induktiv zu ergänzenden Subkategorien zusammengefasst. In dieser Kategorie finden sich Aussagen zu Aspekten, die den Kompetenzerwerb und die Identitätsentwicklung positiv beeinflusst haben. Dabei werden in erster Linie förderliche Faktoren genannt, die auf HIPSTA besonders sind, wie das selbstständige Arbeiten oder das interprofessionelle Setting. Aber auch die Begleitung durch pflegerische und ärztliche Lernbegleiter\*innen, sowie der Kontakt zu Patient\*innen und die Zeit, sich mit diesen auseinanderzusetzen wurden als hilfreich benannt. Im Folgenden werden die genannten Kategorien beschrieben.

##### 3.5.1.1 Learning by Doing

In dieser Kategorie sind Aussagen der Lernenden zusammengefasst, die das eigenverantwortliche Handeln und die Übernahme von Verantwortung als Einflussfaktoren auf den eigenen Kompetenzerwerb und die Identitätsentwicklung beschreiben. Dieser Faktor wurde in allen Gruppen genannt und schien in erster Linie positive Auswirkungen auf die Entwicklung von Kompetenzen im Bereich der Patient\*innenversorgung zu haben. Aber auch die professionelle Rolle konnte durch das eigenverantwortliche Arbeiten „ausprobiert“ werden. Hierbei wird in allen Gruppen deutlich, dass das Gefühl, Verantwortung übernehmen zu müssen und Entscheidungen oder Aufgaben nicht abgeben zu können zu einem großen Lernzuwachs geführt hat.

*„Da hatte ich ja als Schülerin nie irgendwas mit zu tun. Und dann muss man es halt selber machen, und dann klappt es halt auch irgendwie. Also... ja, hat auf jeden Fall sehr viel Spaß gemacht. Also ich hätte es jetzt auch noch zwei, drei Wochen länger ausgehalten.“ (A-PS-2)*

Wichtig dabei war das Kompetenzerleben, also das Gefühl neue Situationen auch erfolgreich meistern zu können.

Für die Pflegeschüler\*innen, die bereits einige Aufgaben in der Ausbildung vor HIPSTA selbstständig ausgeführt haben, war es insbesondere ein Zugewinn auch für das Patient\*innenmanagement verantwortlich zu sein.

*„Wir dürfen ja schon Zimmer übernehmen [in regulären Einsätzen], aber so das Große und Ganze und das Drumherum regelt halt schon jemand anderes. Und hier [auf HIPSTA] muss man halt daran denken, dass, ja, ich muss mich um die Entlassung kümmern oder ich muss gucken ob die Ernährungsberatung angemeldet ist. War die denn auch da? Also, ist sie genommen? Oder, wenn das onkologische Konzil gelaufen ist, ist der überhaupt gekommen der Onkologe? [...] Und ansonsten kümmert man sich halt nur um das Pflegerische. Man hat dann halt das Zimmer, aber man kümmert sich um die Infusion und keine Ahnung, Körperpflege oder Verbände, aber so den kompletten Patienten betreut man halt nicht.“ (C-PS-4)*

Die PJ-Studierenden schienen noch mehr von dem selbstständigen Arbeiten zu profitieren als die Pflegeauszubildenden und es wurde in mehreren Gruppen der Vergleich zum regulären PJ gezogen, in dem teilweise wenig gelernt wird, da lediglich Aufgaben ausgeführt werden und nicht selber mitgedacht werden muss.

*„Zusätzlich habe ich, glaube ich, noch nie in der Klinik vorher so viel selber denken müssen. Also das ist ja meistens so, dass man vom Stationsarzt irgendwelche kleinen Aufgaben übertragen kriegt, das macht, zurückkommt, das Ergebnis zurück übergibt. Damit ist es wieder gelaufen. Klar, kann man sich in so einem Verlauf von einem Patienten, in so einen Fall, hineinlesen, hineindenken, wenn man will, aber man hat nie so ein Druck dahinter und macht das wahrscheinlich auch nie so umfassend wie jetzt auf HIPSTA, weil man... ich meine auf HIPSTA muss man es eben machen. Wenn man es nicht selber macht, macht es keiner.“ (B-PJ-1)*

Gleichzeitig spielt auch der geschützte Rahmen, also die Begleitung und das Back-Up der Lernbegleiter\*innen, sowie auch der anderen Lernenden besonders für die PJ-Studierenden eine wichtige Rolle, um Dinge auch ausprobieren und so lernen zu können.

*„Also ich meine, für uns ist es ja... wir können Arzt spielen ohne komplett verantwortlich für das zu sein was wir so machen, weil wir immer jemanden im Hintergrund haben, den wir fragen können. Also wir können uns überlegen, was wollen wir machen, was müssen wir machen. Wir können die Entscheidungen im Team absprechen und dann treffen, und sie dann aber trotzdem immer noch in letzter Konsequenz mit jemand abklären der dann die Verantwortung dafür trägt.“ (B-PJ-1)*

Das Arbeiten in einem realen Setting trägt dazu bei auf den späteren Berufsalltag vorbereitet zu werden und vor allem die Patient\*innenversorgung von A bis Z war für beide Berufsgruppen lernförderlich. Darüber hinaus wurde dadurch auch der Kontakt zur anderen Berufsgruppe erleichtert.

*„Ich glaube auch für uns, weil wir dann auch einfach so... irgendwann haben wir ja unsere eigenen Patienten, dann müssen wir halt auch mit den Ärzten kommunizieren. Ich glaube, dass es auf jeden Fall etwas gebracht hat. Klar ist das hier ein anderes Setting, aber dass man halt nicht so eine Scheu hat da hinzugehen und zu sagen: ‚Ja, das und das müssen wir noch besprechen‘.“ (C-PS-4)*

In drei Gruppen wurde seitens der PJ-Studierenden gelobt, dass die in der Theorie erlernten Inhalte nun praktisch angewandt werden und reflektiert werden konnten.

*„Ja, das theoretische Wissen halt praktisch anzuwenden. Ich meine, ich sehe im Labor halt irgendwie einen Elektrolytabfall. Ich muss dem irgendwie was substituieren, aber was genau mache ich jetzt eigentlich? Was genau gebe ich, wie viel, wovon? Das lernen wir ja eigentlich nicht. Wir wissen zwar in der Theorie was wir machen sollten, aber nicht wie. Und das Wie lernen wir halt hier.“ (C-PJ-3)*

#### 3.5.1.2 Interprofessionelles Setting

Durch das interprofessionelle Setting konnten die Lernenden in allen Gruppen im Sinne eines Peer Teachings voneinander lernen. So lernten die Pflegeauszubildenden patient\*innenbezogen theoretische Hintergründe und medizinisches Wissen von den PJ-Studierenden, während die PJ-Studierenden pflegerische Fertigkeiten erlernen konnten, das heißt, es wurden in beiden Berufsgruppen Kompetenzen im Bereich der Patient\*innenversorgung erworben. Gleichzeitig ermöglichten das gemeinsame Lernen und Arbeiten aber auch die ersten Schritte der interprofessionellen Sozialisation insofern, als dass Rollen und Verantwortlichkeiten kennengelernt wurden.

*„...wir sind ja quasi immer ein interprofessionelles Team aus Pflege und PJ-ler und ich finde da hat man auch viel Zeit sich nochmal rückzusprechen und ja. Also ich hatte in meinen anderen PJ Stationen nicht so viel Kontakt zur Pflege und schon gar nicht so, dass man sich wirklich über so generelles Wissen und generelle Inhalte ausgetauscht hat. Da hab´ ich hier echt auch nochmal viel von euch gelernt.“ (D-PJ-4)*

Wichtig dafür war der entsprechende Rahmen, also die enge Zusammenarbeit, der direkte, kontinuierliche Kontakt, sowie auch die Zeit für gemeinsames Lernen. Dabei wurde auch das Lernen miteinander anhand von gemeinsamem Planen und Diskutieren beschrieben, sodass auch die interprofessionelle Sozialisation gefördert wurde.

*„...vor allem auch die Visite, die Übergaben und auch die Kurvenvisite weil man da halt wirklich zu viert, weil teilweise an einem Patienten überlegt 'Okay, was macht man jetzt noch, was muss noch gemacht werden, woran könnte das oder das liegen und da hat man halt ganz viel Austausch und denkt über einen Patienten viel mehr nach als jetzt so im normalen Stationsalltag. Und ich finde da ist auch ein großer Lerngewinn dabei.“ (E-PS-2)*

### 3.5.1.3 Lernbegleitung

PJ-Studierende in drei Gruppen beschrieben ein Profitieren von der aktiven Lehre der ärztlichen Lernbegleiter\*innen (LBM), wobei in einer Gruppe angegeben wurde, genauso von pflegerischen Lernbegleiter\*innen (LBP) lernen zu können. Hier werden wieder Vergleiche mit den anderen Einsätzen im PJ gezogen, in denen deutlich weniger intensives Teaching stattfindet.

*„Ich meine, man hat auch schon profitiert von der jahrelangen Erfahrung jetzt von dem [Name LBM] oder dem [Name LBP]. Merkt man schon, dass da schon viel Erfahrung hinter steckt und das ist dann toll, wenn die das dann auch mal weitergeben können an uns und wenn du wirklich auch Zeit hast das kurz mit denen zu diskutieren. Normal ist das ja zwischen Tür und Angel“ (D-PJ-3)*

Vor allem auch in Situationen der Unsicherheit wurden die Lernbegleiter\*innen als feste Ansprechpartner\*innen und Absicherung sehr wertgeschätzt. Jederzeit nachfragen zu können und auch zu wissen, dass immer jemand im Hintergrund dabei ist und gegebenenfalls auch in überfordernden Situationen eingreifen kann, wurde als Sicherheit beschrieben. So konnten nicht nur Kompetenzen im Bereich der Patient\*versorgung erworben werden, sondern auch die eigene professionelle Identität durch Ausprobieren in geschütztem Rahmen entwickelt werden. In einer Gruppe (E) wird deutlich, dass in der ersten Woche die Lernbegleitung in beiden Professionen ein wenig gefehlt hat, was bei allen zu einer verstärkten Unsicherheit und dem Gefühl, allein im kalten Wasser zu schwimmen, führte. Hier wurde auch seitens PJ-Student\*innen der Wunsch nach einer ähnlichen Lernbegleitung in der Medizin wie in der Pflege formuliert. Seitens der Pflegeauszubildenden wurde der Wunsch nach einer Lernbegleitung auch im Spätdienst geäußert. In drei Gruppen wurde das Feedback der Lernbegleiter\*innen als förderlich für Kompetenzen und Identitätsentwicklung im Hinblick auf die eigene professionelle Rolle beschrieben.

*„Ja, dass man ziemlich viel Rückmeldung kriegt. Also, dann halt auch von den Pflegeanleitern und von den Ärzten. Das fand ich eigentlich ganz gut. [...] Also da lernt man ja auch noch unglaublich viel, auch so wie man selbst eigentlich arbeitet.“ (B-PJ-2)*

Die zurückhaltende Aufgabe der Lernbegleiter\*innen, die basierend auf dem schwedischen IPSTA Vorbild bezeichnet wird mit „sit on your hands“, wurde von den Lernenden beider Berufsgruppen insgesamt sehr positiv erlebt.

*„Ich hätte auch nicht gedacht, dass man so selbstständig arbeiten kann, auch wenn man es so gehört hat und das fand ich doch echt gut. Also, ich hab' halt gedacht wenn man einen Lernbegleiter dabei hat, dann, irgendwie, wird doch alles sehr stark kontrolliert und dann läuft dauernd jemand mit, aber es war ja gar nicht so, also man konnte immer auf den zurückgreifen, wenn man es gebraucht hat, aber musste nicht, also es war echt gut von der Selbstständigkeit her.“ (D-PS-2)*

Diese Rolle wurde von den Lernbegleiter\*innen teilweise unterschiedlich ausgefüllt und es gab Unterschiede im Erleben der Lernenden. So äußerte ein\*e Pflegeschüler\*in den Wunsch nach aktiverer Betreuung, während in zwei anderen Gruppen noch mehr Zurücknahme vorgeschlagen wurde. In vier Gruppen wird aber insgesamt diese zurückhaltende und dennoch anwesende Rolle sehr positiv geschildert.

#### 3.5.1.4 Zeit für und Kontakt mit Patient\*innen

Die Lernenden beschrieben den Eindruck, dass die Patient\*innen zufrieden und gut versorgt waren. Als Gründe dafür wurden die Zeit und die Möglichkeit benannt, sich intensiv mit den Patient\*innen zu beschäftigen.

*„Ich finde das richtig gut. Das hat man auch an der Rückmeldung der Patienten gemerkt. Also, die waren auch alle dankbar und teilweise wirklich erstaunt, dass wir so viel Zeit für sie aufbringen konnten.“ (B-PJ-3)*

Gerade im Vergleich zu der regulären Versorgung, herrschte der Eindruck, dass die Patient\*innen auf HIPSTA besonders von der vielen Zeit der Lernenden profitieren konnten.

*„Ich find' auch, dass man allgemein einfach merkt, dass die Patienten da unfassbar von profitieren, weil wo hat man mal eine eins zu drei Betreuung. Also das ist halt wirklich utopisch eigentlich mittlerweile.“ (D-PS-3)*

Darüber hinaus wurde beschrieben, dass auch Patient\*innen, die anfangs skeptisch waren, was die Qualität der Versorgung auf HIPSTA angeht, am Ende sehr überzeugt und zufrieden waren. Auch das lag hauptsächlich an der vielen Zeit, die die Lernenden für die Patient\*innen hatten, sowie an der Begleitung der Lernbegleiter\*innen.

*„Nur positives Feedback bekommen von den Patienten. Also ich kann jetzt nur von meinen Patienten sprechen oder von unseren Männerzimmern sage ich mal, die waren alle total begeistert, haben sich*

*dann auch wirklich bedankt und haben auch gesagt das ist wirklich - dass sie sich einfach gut aufgehoben fühlen. Und das wirklich, das auch gemerkt haben, es ist jemand hinten dran der schaut, ja, und - ja, also wirklich die waren nicht entsetzt 'Oh Gott ihr seid Azubis' oder 'Ihr seid Studenten', aber - im Gegenteil.“ (E-PS-1)*

Durch das entgegengebrachte Vertrauen und die Rollenzuschreibung der Patient\*innen wird die eigene Rollenfindung unterstützt. Durch die Kontinuität und die Zeit für Untersuchungen konnten dahingehend Kompetenzen aufgebaut werden.

*„Und ich finde es ist auch schön wir haben auch wirklich die Zeit die Patienten zu untersuchen jeden Tag. Das finde ich auch gut.“ (D-PJ-4)*

Neben der Zeit für Untersuchungen wurde auch die Zeit für Gespräche positiv erwähnt.

*„Also, ich fand es sehr angenehm, dass man so viel Zeit hatte mit den Patienten auch auseinanderzusetzen. Teilweise auch ein bisschen länger, sage ich mal, Gespräche zu führen.“ (C-PJ-4)*

Das positive Feedback der Patient\*innen wurde sehr gut aufgenommen und trägt im Sinne eines Kompetenz- und Sinnerlebens zur Lernmotivation bei.

*„Und wir kriegen schon ein gutes Feedback von den Patienten, das ist auch schön. Dass man sieht, dass es was bringt, wenn man sich Zeit nimmt und ein bisschen im Team miteinander mit den Patienten arbeitet. Das macht Spaß.“ (A-PS-2)*

### 3.5.2 Follow-up-Einzelinterviews – lernförderliche Faktoren

In der qualitativen Inhaltsanalyse der Follow-up Interviews wurde ebenfalls die Hauptkategorie „Lernförderliche Faktoren“ gebildet. Aussagen aus retrospektiver Perspektive, die dieser zugeordnet wurden, schilderten die Möglichkeit des eigenständigen Arbeitens und das interprofessionelle Setting als vorteilhaft für den eigenen Kompetenzerwerb und die Identitätsentwicklung. Die entsprechend der Fragestellung deduktiven Subkategorien „Learning by doing“ und „Interprofessionelles Setting“, wurden durch die induktiv ermittelte Kategorie „Vergleich mit anderen Einsätzen“ ergänzt.

#### 3.5.2.1 Learning by doing

Auch in den Follow-up Interviews wurde das eigenständige Arbeiten von allen Teilnehmenden als lernförderlich beschrieben, wobei das Versorgen der Patient\*innen „von A bis Z“ am hilfreichsten schien und dadurch in erster Linie Kompetenzen in eben diesem Bereich, sowie im Bereich Organisation und Management erworben wurden. Alle PJ Studierenden und eine\*r der vier Pflegeauszubildenden erwähnten diesen Aspekt positiv. Dabei wurde vor allen Dingen das Begleiten des Prozesses von Aufnahme bis Entlassung, teilweise inklusive der Planung der nachstationären

Versorgung als hilfreich für ein besseres Verständnis für die Patient\*innenversorgung und die eigenen Aufgaben dabei beschrieben. Das heißt, das eigenverantwortliche Arbeiten half auch für ein besseres Verständnis von Rollen und Verantwortlichkeiten als interprofessionelle Kompetenz, was gleichzeitig auch ein Entwicklungsschritt hin zu einer dualen Identität sein kann. Konkret wird beschrieben, dass durch den täglichen engen Kontakt mit ein und demselben Patient\*innen über die gesamte Aufenthaltsdauer auch Zusammenhänge von Erkrankungen, Laborwerten, und Therapieformen verstanden wurden, die auch langfristig im Gedächtnis geblieben sind.

*„...und bei HIPSTA hat man eben den gleichen Patienten jeden Tag gehabt, von Aufnahme bis zur Entlassung und hat dadurch endlich mal die Patientengeschichte verstanden, die Entwicklung, die Laborwerte, die ganzen Schritte, die man da gegangen ist mit Kostenaufbau, und Schmerztherapie und so weiter und das hat man eben bei anderen Rotationen alles nicht lernen können.“ (PJ-2)*

Auch ein besseres Verständnis für das Gesamtbild, sowie ein besserer Überblick darüber, was alles zur Versorgung dazugehört wurden beschrieben.

*„Ja, genau, wir hatten ja auch die Möglichkeit, mit in den OP zu gehen und das war auch sehr interessant, also mal sich eine ganze OP anzugucken und den Patienten vorher und nachher auch zu versorgen und dann so ein ganzes Bild mal davon zu bekommen, was so eigentlich der Patient so im Krankenhaus durchläuft.“ (PS-4)*

Die Übernahme von Verantwortung wurde von den PJ-Studierenden als hilfreich für den Lernprozess beschrieben, da sie gezwungen waren mitzudenken und Entscheidungen zu treffen und sich entsprechend auch selbständig Wissen angeeignet haben.

*„...dass man das auch immer so ein bisschen im Blick haben musste und da man da ja nicht nur geholfen hat jetzt, sondern primär für verantwortlich war, habe ich mich zumindest da jetzt viel intensiver reingearbeitet und das viel intensiver bearbeitet, als ich das sonst in PJs gemacht habe und da habe ich auch einfach medizinisch wahnsinnig viel gelernt.“ (PJ-1)*

Die PJ-Studierenden beurteilen den HIPSTA Einsatz durch das eigenständige Arbeiten im Vergleich zum reinen Ausführen von Anweisungen als lehrreicher, als den Rest des PJs oder die Famulaturen. Ein\*e PJ Studierende verweist auf die Lernschritte „see one“, „do one“, „teach one“ und erläutert, dass im Studium Wissen erworben wird, während auf HIPSTA dieses angewendet und auch weitergegeben werden kann, was einen nachhaltigeren Lernerfolg mit sich bringt als das, was in anderen Einsätzen gelernt wurde.

*„Vor allem dadurch, dass ich das selbst aktiv habe lernen müssen oder raussuchen müssen, ja, und durchführen, also wenn man eben lernt, wie man Sachen, wenn man schaut erstmal, wie man Sachen*



*macht, das habe ich mein ganzes Studium gemacht, und lernt, oder macht selbst oder bringt es den anderen bei, also learn how to, also, was sagen die Amis, to see, to do and to teach, und das to do und to teach ist das, was man bei HIPSTA macht und man bringt es sich selbst bei oder fragt die anderen danach und dadurch ist natürlich alles viel nachhaltiger als in anderen Einsätzen.“ (PJ-4)*

Dabei wird auch die Sicherheit durch die Lernbegleitung positiv erwähnt und die Möglichkeit in diesem geschützten Rahmen Dinge ausprobieren und aus Fehlern lernen zu können.

Auch die Pflegenden empfanden die Übernahme von Verantwortung und das eigenständige Arbeiten als lehrreich, wobei hier weniger die Verantwortung für den gesamten Prozess der Patient\*innenversorgung, sondern eher allgemein das Ausüben von Tätigkeiten, die in der regulären Ausbildung nicht übernommen werden, gelobt wurde, sowie die Möglichkeit einen Überblick zu bekommen.

*„...weil man auf HIPSTA doch nochmal in der Gesamtheit, mit der man ja mit den Patienten arbeitet, mit Aufgaben konfrontiert wird, die man dann halt auch machen muss, die man hätte vorher evtl. an Mitarbeiter hätte abgeben können, das musste man ja jetzt selber machen mit dem Lernbegleiter“ (PS-1)*

Verantwortungsübernahme wird von den PS eher in Bezug auf die eigenen Tätigkeiten beschrieben, und scheint dementsprechend auch hilfreich für die Entwicklung der professionellen Identität im Sinne eines Rollenlernens zu sein.

*„Also auf jeden Fall hat man sehr viel mehr selbstständig gemacht, man hatte viel mehr Verantwortung und ich denke mal, dass ich gerade auch in dem Einsatz sehr viel auch über mein eigenes Arbeiten gelernt habe, was dann auch im Examen ziemlich hilfreich war. Also man konnte sich da selber doch ein bisschen besser strukturieren und musste auch selber mal entscheiden und hat nicht wie sonst in allen anderen Einsätzen immer jemanden gehabt, der einem eigentlich gesagt hat, was man machen soll.“ (PS-4)*

### 3.5.2.2 Interprofessionelles Setting

Aussagen in dieser Kategorie beschreiben den Einfluss des Lernens gemeinsam mit Lernenden einer anderen Berufsgruppe auf den Kompetenzerwerb und die Identitätsentwicklung. Hier wurde vor allem das Lernen voneinander, sowie das Lernen miteinander benannt, das sowohl für die Entwicklung von interprofessionellen Kompetenzen, wie auch Kompetenzen im Bereich der Patient\*innenversorgung förderlich war.

Das Lernen voneinander wird als win-win Situation für alle Beteiligten beschrieben, das zur Erweiterung der eigenen Perspektive dient.

*„Dass man einfach täglich voneinander lernt, das fand ich schön. Jeder weiß ein bisschen mehr von einem Bereich und dann, wenn man es teilt miteinander, dann ist es produktiver für alle, das fand ich, das ist das, was ich erlebt habe“ (PJ-4)*

Praktische Tätigkeiten, wie das Blut Abnehmen konnten aneinander geübt werden.

*„...also wir haben ja dann auch so Sachen gemacht, wie dann im Stationszimmer Blutdruck gemessen oder die Ärzte oder die PJler haben bei uns Blutdruck gemessen und wir haben bei den PJlern eine Nadel gelegt oder Blut abgenommen, also man hat dann schon so gegenseitig so ein bisschen Tausch von den Aufgaben gemacht.“ (PS-2)*

Ein\*e PJ beschreibt das Erlernen der Kurvendokumentation von den Pflegeauszubildenden, während diese erlernten, wo diagnostische Daten, wie Laborwerte, zu finden sind. Auch die Wundversorgung war eine Tätigkeit, die die PJ von den PS erlernt haben.

*„Wunden versorgen, Klammern ziehen, Heparin spritzen und so weiter, und das, also das habe ich alles von der Pflege gelernt.“ (PJ-2)*

Miteinander wird das Verhalten in einem Team gelernt. Dabei wird der Umgang mit Herausforderungen durch Heterogenität in der Gruppe hervorgehoben.

*„und dann natürlich kommt es auch immer wieder zu Reibungen, jetzt mit den Kollegen, jeder hat unterschiedliche Persönlichkeiten und jetzt insbesondere, ein Moment kommt mir nicht ins Gedächtnis, aber generell war es immer so, dass es durchgehend interessant war zu sehen, wie Leute miteinander unterschiedlich umgehen und da in dem Team mitzuarbeiten und mitzusagen und zu schauen, wann wage ich mich, etwas zu sagen, wann wage ich mich nicht, etwas zu sagen, oder wann würde ich es unbedingt sagen, das war auch, das war keine Episode aber eine durchgehende Situation, die ich sehr lehrreich fand.“ (PJ-4)*

Wichtig schien auch der kontinuierliche Austausch untereinander zu sein, wobei eine große Wertschätzung für die Perspektiven und Kompetenzen der Lernenden der jeweils anderen Profession entstanden ist.

*„...auch bei der Kommunikation mit der Pflege hat man auch viel gelernt auf jeden Fall.“ (PJ-3)*

Die Interdependanz und der enge Kontakt untereinander wird ebenfalls positiv erwähnt.

*„...und hat da eben so Vertrauen aufgebaut, weshalb man viel mehr gelernt hat, als wenn man einfach jeden Tag irgendwo in der Klinik herumgerannt ist, ohne eine Bezugsperson oder ohne mal mit jemandem irgendwie reden zu können.“ (PJ-2)*

### 3.5.2.3 Lernbegleitung

Zwei PJ-Studierende und ein\*e Pflegeauszubildende\*r beschrieben die Lernbegleitung positiv, wobei einerseits die Begleitung und die Möglichkeit Rücksprache zu halten gelobt wurden. Ein\*e PJ-Student\*in beschrieb explizit die gute Betreuung durch die Lernbegleiter\*innen der Pflege und das Vorleben guter interprofessioneller Kommunikation als förderlich für die Zusammenarbeit.

*„...und ich fand super, dass wir engmaschig eben vom Pflegepersonal auch betreut wurden. Und ich hatte den Eindruck, dass Pflegeleitung und ärztliche Leitung miteinander gut kommuniziert haben und das hat natürlich eine Wirkung auf die Zusammenarbeit bei uns gehabt.“ (PJ-4)*

### 3.5.2.4 Vergleich mit anderen Einsätzen

Andere klinische Einsätze wurden im Vergleich zu HIPSTA als weniger lernförderlich beschrieben, da ein Arbeiten, wie auf HIPSTA aufgrund von Zeitmangel oder hierarchischen Strukturen nicht möglich war.

Alle PJ-Studierenden erläuterten, dass in anderen Einsätzen die Übernahme von Verantwortung nicht möglich war, keine „eigenen Patient\*innen“ übernommen wurden, und lediglich Anweisungen ausgeführt wurden.

*„...das war eben alles viel schlechter, man hat immer daran gedacht, wie gut es bei HIPSTA war und, also, kein Vergleich bei HIPSTA, die anderen Rotation waren halt so, wie es normalerweise ist, also man hat keine eigenen Patienten, man rennt rum und nimmt Blut ab, man weiß keine Patientengeschichten, man lernt nicht viel, man macht irgendeine Arbeit, die gerade anfällt, man hat keinen Kontakt zu Oberärzten, man kriegt nichts beigebracht, einfach weil, ja, also, kein Vergleich und ich war auch nicht so zufrieden und hat auch nicht so viel Spaß gemacht.“ (PJ-2)*

Zwei PJ und ein\*e PS benennen Zeitmangel als ursächlich dafür, dass es keine entsprechende Lernbegleitung gibt.

*„Aber im Stationsalltag wenn da einfach so viel kommt, da ist einfach keine Zeit da noch, ich sag mal, sich viel Zeit für so eine Lehre zu nehmen. Weil, also es bringt dem Stationsarzt persönlich halt nichts. Das muss man ja auch ganz klar sagen.“ (PJ-3)*

Ein\*e PJ beschrieb Zeitmangel auch als Grund dafür, dass auch während der Visite keine Fragen gestellt werden konnten.

Auch die Vielzahl an eigenen Aufgaben wurden als hinderlich benannt, sich intensiver mit Patient\*innengeschichten zu befassen.

*„Nein, da ist man ja auch teilweise sehr eingespannt auf Station. Manchmal geht das, [...] aber es ist schon eher selten, dass man auch die Zeit dafür findet in einem anderem Einsatz so etwas mal zu machen“ (PS-4)*

Bestehende hierarchische Strukturen in anderen Einsätzen wurden als weiterer hinderlicher Faktor für ein Arbeiten und Lernen wie auf HIPSTA benannt. Vor allem die eigene untergeordnete Position als noch in der Ausbildung befindliche Pflegende und Ärzt\*innen, aber auch die dominante Position der Chefärzt\*innen schient das eigenständige Arbeiten und Lernen in anderen Einsätzen zu erschweren.

*„Ja auf jeden Fall, eben, ich habe auf keiner, also in anderen Rotationen habe ich, glaube ich, nie ein Wort mit einem Oberarzt geredet und bei HIPSTA haben wir den Oberarzt ja sogar geduzt und ihm einfach Fragen stellen können und mit ihm reden können. Und er kannte sogar meinen Namen [lacht]. und sonst kannte ja nie jemand den Namen von einem oder so also. Genau, ja, also es war, also man fühlt sich einfach viel respektierter.“ (PJ-2)*

Ein\*e PS erläuterte, dass der Versuch sich aktiv einzubringen und das auf HIPSTA Erlernte weiter anzuwenden aufgrund von bestehenden hierarchischen Strukturen vereitelt wurde.

*„Also, als ich dann in den Folgeeinsatz gekommen bin, musste ich mich ein bisschen drosseln, was zum Beispiel Visiten oder so angeht, weil da waren wir ja auf HIPSTA sehr selbstständig und das hatte ja eine gewisse Struktur, die wir da durchgeführt haben. Und auf der Intensivstation war es dann doch ein bisschen anders [...] und ganz extrem habe ich es dann im Examenseinsatz gemerkt, weil da die Struktur der Visite so streng war, dass die Pflegekraft da gar nichts zu sagen hatte, die sind nur mitgelaufen und haben die Akten gehalten und das war für mich dann extrem schwierig, weil es mir dann auch immer in den Fingern gejuckt hat, ich würde mich jetzt gerne einbringen wollen, aber kann es nicht, weil es dort einfach auch nicht gewünscht ist, also, genau.“ (PS-1)*

In Bezug auf folgende Einsätze, sowie auch den Berufseinstieg wurde beschrieben, dass der Kompetenzerwerb, bzw. die Festigung der beschriebenen Kompetenzen von der Möglichkeit der Anwendung dieser beeinflusst wurde. So wurden Kompetenzen, die nicht mehr gebraucht wurden auch nicht in dem Maße verinnerlicht, wie andere, die immer wieder benötigt wurden.

### **3.6 Kompetenzerwerb und Identitätsentwicklung nach 12 – 18 Monaten**

Zur Beantwortung der weiteren Entwicklung der (inter-)professionellen Kompetenzen, sowie auch der interprofessionellen Sozialisation und individuellen Identitätsentwicklung wurden Aussagen in den Einzelinterviews 1 – 1,5 Jahre nach dem Einsatz auf HIPSTA in den deduktiv gebildeten Hauptkategorien „Kompetenzerwerb“, sowie „Identitätsentwicklung“ geclustert und deduktiv –

induktiv in Subkategorien geordnet. Aussagen zu interprofessionellen Kompetenzen wurden, wie in der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews entsprechend der Kompetenzdomänen des IPEC-Frameworks (2011) deduktiv geclustert. Die Subkategorien in Bezug auf den Kompetenzerwerb wurden, wie in den Gruppeninterviews induktiv gebildet, und im Vergleich mit diesen in den Subkategorien „Organisation und Management“ und „Patient\*innenversorgung“ zusammengefasst. In Bezug auf „Identitätsentwicklung“ werden Aussagen zu der „individuellen Identitätsentwicklung“, sowie der „interprofessionellen Sozialisation“ in Subkategorien dargestellt.

### 3.6.1 Interprofessionelle Kompetenzen

In der Inhaltsanalyse der Einzelinterviews zeigten sich im Bereich der selbsteingeschätzten Kompetenzen Aussagen zu allen interprofessionellen Kompetenzdomänen entsprechend des IPEC Frameworks (2011).

#### **Werte und ethische Grundsätze in der interprofessionellen Praxis**

Ein\*e PJ-Student\*in beschrieb die Erkenntnis, dass mehr hinter einem Patient\*innenfall steckt als die lehrbuchhafte Diagnostik und Therapie, sondern auch bestimmte Erfahrungen, Wünsche Voraussetzungen und Ängste der Patient\*innen (VE3).

*„Und dass eben man mehr die Patienten als Personen als irgendjemand mit einer Erkrankung wahrnimmt. Dass man sich wirklich Sorgen um sie macht. Nicht nur akut, während des Aufenthaltes, sondern und vor allem auch für das Leben nachher. Man versteht, dass die Erkrankung nicht ihr Ende hat beim Haupteingang oder Hauptaustgang sozusagen.“ (PJ-4)*

Ein\*e PS schildert ein besseres Verständnis für die Ärzt\*innen und deren Beitrag zur Versorgung (VE4).

#### **Rollen und Verantwortlichkeiten**

Drei PJ-Studierende und ein\* Pflegeschüler\*in beschrieben einen Kompetenzerwerb im Bereich Rollen und Verantwortlichkeiten. Aussagen in dieser Kategorie betreffen die Fähigkeit, die Expertise anderer für die Versorgung zu nutzen, das Kennen der Tätigkeitsbereiche der anderen und die Fähigkeit im Austausch mit Kolleg\*innen die jeweiligen Verantwortlichkeiten zu klären.

Dabei wurde von zwei PJ und eine\*r PS ein Nutzen der Expertise der Vertreter\*innen der jeweils anderen Berufsgruppe zur Erweiterung der eigenen Kompetenzen beschrieben (RR3).

*„Wenn ich etwas nicht weiß, gehe ich immer direkt zur Krankenschwester, die ich denke, die ist am erfahrensten und dann frage ich sie direkt nach, weil ich gemerkt habe, dass sie eine große Ressource sein können [...] Ich denke ich kommuniziere mehr mit der Pflege, als vorher. Und generell stelle ich*

*einfach mehr Fragen als vorher. Was sich positiv natürlich auswirkt, weil wenig Wissenslücken bleiben und die Leistung auch erhöht wird.“ (PJ-4)*

Zwei PJ und ein\*e PS schilderten ein besseres Verständnis für die Verantwortlichkeiten der anderen Berufsgruppe und deren Rolle in der Versorgung (RR4).

*„...das war eigentlich so das Wichtigste, zu verstehen, ja, was die Pflege macht, wie sie es machen, was wir ja vorher immer nie gelernt hatten.“ (PJ-2)*

Nicht nur, was die Aufgaben der anderen Berufsgruppe sind, sondern auch das Kennenlernen der anderen Perspektive und Kompetenzen wurde als hilfreich für ein besseres Verständnis und eine gute Zusammenarbeit bezeichnet.

*„Ok, also ich finde es auf jeden Fall gut, dass man auch so die ärztliche Seite so ein bisschen kennenlernt, [...] dass man weiß, was die anderen so können, worauf man vielleicht auch mal achten muss, da merkt man ja auch viel, dass die zwar unheimlich viel Fachwissen haben, aber praktisch einfach wenig Erfahrung und ich denke auch für so die Medizinstudenten ist es ganz hilfreich auch so ein bisschen Praxiserfahrung einfach zu haben.“ (PS-4)*

Ein\*e PJ und ein\*e PS erläuterten das nachhaltige Verständnis für die Relevanz von Absprachen und gemeinsamer Planung und Aufgabenverteilung im Team (RR6) und das nachhaltige Profitieren davon.

*„... dass man halt auch irgendwie die Aufgaben verteilen musste und sich auch selbst klar werden musste, das muss ich jetzt alles erledigen in meinem Dienst und das kann vielleicht dann auch der PJ-ler machen. Oder die PJ-ler haben uns dann ja teilweise auch irgendwie gesagt, ja, ihr könnt ja auch Blut abnehmen, (das haben wir dann gemacht), dass man halt eine klare Aufgabenverteilung haben musste und ich glaube, so das hat mich so selbst auch so ein bisschen weiter gebracht, dass ich selber halt mir überlegt habe, was ich machen muss und auch irgendwie dann mit meinen Zeitplänen und mit meinen Arbeitsplänen mich viel besser koordinieren konnte nach dem Einsatz.“ (PS-4)*

### **Interprofessionelle Kommunikation**

Vier der PS und drei der PJ schilderten verbesserte Kompetenzen im Bereich der Kommunikation. Aussagen zur Auswahl und Entwicklung von effektiven Kommunikationsmethoden, zur selbstbewussten, strukturierten und verständlichen Weitergabe von Informationen für ein gemeinsames Verständnis, dem Gebrauch einer respektvollen und angemessenen Sprache, sowie dem aktiven Zuhören werden hier zusammengefasst.

In Bezug auf Kommunikationsmethoden wurde einerseits das Kommunikationstool SBAR sowie auch die selbstentwickelten Kommunikationsregeln als hilfreich für funktionierenden zielgerichteten Austausch erwähnt (CC1).

*„...und auch durch dieses ganze SBAR Modell relativ schnell und konkret Sachen am Telefon zu konkretisieren und zu sagen, ich brauch‘ jetzt mal Eure Hilfe und das und das ist das Problem. Genau. Ich habe einfach super profitiert davon“* (PS-1)

Dabei wurde vor allem darauf geachtet, Dinge in verständlicher Weise, adressatengerecht zu schildern und auch in Diskussionen Kommunikationsregeln zu beachten (CC2).

*„Weiß ich nicht, ich bin immer eine Person gewesen, die sehr gerne mit anderen zusammenarbeitet und ich denke, HIPSTA hat das verstärkt, natürlich, und hat mir andere Tools gegeben um mit gewissen Situationen besser klarzukommen, wie beispielsweise, wie man etwas in dem Team bespricht oder mich anzupassen, je nachdem was für eine Person ich vor mir habe...“* (PJ-4)

Es wurde auch die Relevanz einer offenen Kommunikation, und des eigenen Beitrags zu einem funktionierenden Austausch erwähnt (CC7). Ein\*e PS benannte die Notwendigkeit einer gemeinsamen Informationsgrundlage.

*„Also das, was ich irgendwie von dort versucht habe, mitzunehmen, das versuch ich jetzt halt auch in meinem Arbeitsalltag irgendwie anzuwenden, also, ich versuche halt möglichst so im Team mit den Ärzten zu arbeiten, natürlich auch im pflegerischen Team, dass man einfach versucht, dass jeder die gleichen Informationen hat, dass es den Ärzten möglichst einfach gemacht wird und finde es dann halt auch gut, wenn die mir dann eben auch mal die Informationen weitergeben“* (PS-4)

Neben der besser funktionierenden Kommunikation mit den Pflegenden wurde seitens PJ auch eine verbesserte Kommunikation durch sinnentnehmendes Kommunizieren mit den Patient\*innen geschildert (CC4).

*„Und sonst, so unwichtige Informationen herausfiltern, ist mir leichter gefallen. Dass man die Patienten schneller versteht und schneller versteht, was der jetzt für ein Problem hat, warum der da ist und was gemacht werden muss.“* (PJ-3)

Themen waren dabei, das Anpassen der eigenen Sprache an die Bedürfnisse des Gegenübers, offene Kommunikation zur Konfliktlösung, das Erlernen des empathischen Kommunizierens und das aktive Zuhören in Interaktion mit Patient\*innen, sowie die Strukturierung der Übergabe um keine Informationen auszulassen.

## Teams und Teamarbeit

Kompetenzen im Bereich der Teamarbeit wurden von drei PS und zwei PJ benannt. Davon schilderten drei PS und ein\*e PJ, dass ihnen das Einfinden in das neue Team beim Berufseinstieg besonders leichtgefallen ist. Es bleibt allerdings offen, welchen Einfluss der Einsatz auf HIPSTA darauf hatte. Zwei Teilnehmende beschrieben allgemein einen positiven Einfluss des Einsatzes auf die eigene Teamfähigkeit.

*„...da war HIPSTA auf jeden Fall nicht nachteilig meine Teamkompetenzen betreffend, ich denke eher, dass es positiv war. Vor allem natürlich im Zusammenhang Zusammenarbeit mit der Pflege. Da war HIPSTA natürlich schon enorm positiv.“ (PJ-1)*

Ein\*e andere\*r PJ und ein\* PS berichteten von Konflikten und der auf HIPSTA erworbenen Kompetenz, mit diesen in der Praxis umzugehen – in beiden Fällen entspricht diese Kompetenz einer verbesserten direkten und offenen Kommunikation (TT6).

*„Ja und nicht nur das praktische Handeln, sondern auch dich so um, also so, das Soziale. Ja. Dass man auch vielleicht irgendwie mal Schwierigkeiten viel eher anspricht und sagt ja, "hey, also ich finde das jetzt gerade nicht so gut, was hältst du davon?" und, ja, genau.“ (PS-3)*

### 3.6.2 Organisation und Management

Drei der Befragten, zwei PJ und ein\*e PS, schilderten ein besseres Verständnis und Fertigkeiten für das Führen und Organisieren einer Station.

*„Dann generell, wie man eine Station führt. Also man hat ja zwar nur ein Zimmer. Aber das kann man ja dann multiplizieren dann mal zehn oder was. (lacht) Also genau. Also die ganze Organisation. Man muss so viele nicht ärztliche Tätigkeiten auf Station machen. Ähm das war mir vorher schon bewusst. Aber wie es dann wirklich geht und was jetzt Priorität hat und wann muss ich den Oberarzt anrufen. Das lernt man so im Studium nicht.“ (PJ-3)*

Dazu gehörten auch die ganzheitliche Versorgung von Patient\*innen und das Verständnis, wie die Versorgung auf einer Station abläuft.

### 3.6.3 Patient\*innenversorgung

In dieser Kategorie werden Aussagen der Befragten zu den eigenen Kompetenzen im Bereich der stationären pflegerischen und medizinischen Versorgung von Patient\*innen zusammengefasst. Vier PJ und drei PS gaben an, Kompetenzen im Bereich der Patient\*innenversorgung erworben zu haben. In Bezug auf die postoperative Versorgung von Patient\*innen nach chirurgischen Eingriffen wurden Aspekte, wie Wundversorgung, Drainagenmanagement, Schmerztherapie, Kostenaufbau und



Mobilisation benannt, sowie ein besseres Verständnis von Laborwerten und Diagnostik. Da es sich um komplexe Erkrankungen handelte wurde ein sehr breites Spektrum an Kompetenzen beschrieben, wie die folgende Aussage eindrücklich zeigt:

*„Das waren diese Softskills, die wir gerade eben schon besprochen haben, das waren aber auch definitiv Hardskills in Führungszeichen, also die postoperative Betreuung von chirurgischen Patienten, von Kostaufbau, Wundversorgung und so weiter, dann da das natürlich multimorbide Patienten waren, war auch, obwohl es Chirurgie war, natürlich auch sehr viel Innere Medizin mit dabei, da die ja auch kardiologisch, pulmologische Probleme hatten, Dauermedikation eingenommen haben“ (PJ-1)*

Ein\*e PJ Studierende beschrieb einen Kompetenzerwerb im gesamten Prozess der Patient\*innenversorgung von der Aufnahme, über Kostaufbau, Schmerztherapie und Mobilisation bis zur Entlassung und betonte dabei, dass Tätigkeiten, wie die Wund- und Drainagenversorgung nur auf HIPSTA erlernt wurden. Ein\*e weitere\*r PJ erläutert, dass neben der chirurgischen post-OP Versorgung Kompetenzen erlernt wurden, die auch in anderen Einsätzen nützlich waren.

*„...ich habe gelernt, wie man gescheit Pankreaskarzinompatienten betreut, wie die Nachsorge von splenektomierten Patienten ist, ich hatte mit akutem Abdomen zu tun, ich hatte mit hypertensiven Krisen zu tun, eigentlich auch internistische Notfälle. Dann, ich glaube, es gab einen Patienten, bei dem wir Wunden sondieren mussten, ich habe gelernt, dass häufig, wenn der Blutdruck von den Patienten aufspringt, nicht der Blutdruck selbst der Grund ist, sondern dass sie nicht ausreichend Schmerztherapiert sind, eine Schmerztherapie einzustellen, korrekt mit den Leuten Visiten zu besprechen. Genau. Und Verbandswechsel.“ (PJ-4)*

Die drei PS nannten Fähigkeiten im Bereich Nadeln legen, Lagerung, Körperpflege und Mobilisation. Ein erweitertes Wissen wurde von ihnen und eine\*r\*m PJ im Bereich Krankheitsbilder und Interpretation von diagnostischen Daten, wie Laborwerten, oder Röntgenbildern beschrieben.

*„...also gerade auf HIPSTA habe ich auch gelernt mir auch mal die Laborwerte anzugucken und selber darauf zu achten, wie das Labor von meinem Patienten ist und das muss ich jetzt halt auch machen, von daher, nachdem ich mich dann daran gewöhnt habe, dass Kinder eigentlich manchmal andere Werte haben, habe ich relativ schnell auch gelernt dann immer Bescheid zu sagen, wenn mir mal etwas auffällt.“ (PS-4)*

### 3.6.4 Identitätsentwicklung

In der Inhaltsanalyse der Follow-up Einzelinterviews, die 1 – 1,5 Jahre nach dem HIPSTA Einsatz geführt wurden, zeichnete sich die Identitätsentwicklung sowohl im Sinne der Sozialisation als auch

der individuellen Entwicklung ab. Diese beiden Bereiche wurden als separate Unterkategorien behandelt, die im Folgenden beschrieben werden.

#### 3.6.4.1 Interprofessionelle Sozialisation

In der qualitativen Inhaltsanalyse hat sich gezeigt, dass Aussagen, die die interprofessionelle Sozialisation betreffen in erster Linie bezogen auf hinderliche und förderliche Faktoren für die Entwicklung einer dualen Identität und häufig davon abhängig waren, welche Erfahrungen die Befragten in ihren folgenden Einsätzen und im Berufseinstieg gemacht haben.

##### **Hinderliche Faktoren für die interprofessionelle Sozialisation**

In den Aussagen wird deutlich, dass die Gegebenheiten in der Praxis nicht immer eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe ermöglichen und dass eine funktionierende Zusammenarbeit von den Strukturen in der Klinik abhängig ist.

Auch die reguläre Ausbildung, bzw. das Studium wird als wenig förderlich für die Entwicklung einer interprofessionellen Identität gesehen.

*„Man hat ja vorher, also ich zumindest im Medizinstudium eher negative Erfahrungen mit der Pflege, weil man ja am Anfang dieses Pflegepraktikum absolvieren darf und die Pflege einen dann eher so relativ schlecht behandelt und da dann schön vier Monate negative Emotion gegen die Pflege kultiviert wird. Und dann in den Famulaturen, da rennt man mit den Ärzten rum und geht dann den Pflegenden so ein bisschen auf die Nerven und nett sind die dann auch alle nicht so wirklich.“ (PJ-1)*

Das zeigt relativ, dass in der regulären professionellen Sozialisation wenig Möglichkeiten bestehen, ein Zugehörigkeitsgefühl zu der Gruppe der Versorgenden zu entwickeln. Dieser fehlende Kontakt zwischen den Berufsgruppen wird auch von einer Pflegenden negativ im Vergleich zu dem guten Kontakt auf HIPSTA beschrieben.

*„...aber jetzt auf das Professionelle gesehen, fand ich, dass das gut gelaufen ist. Also man wurde jetzt nicht so abgeschottet, wie im normalen Alltag, wo man überall strikte Trennung zwischen Ärzten und Pflegenden hat, sondern da war das schon, ja, schon ein Team, mal mehr mal weniger, aber eher besser als im Alltag.“ (PS-2)*

In Bezug auf den klinischen Alltag scheinen Barrieren im Sinne von Vorurteilen und mangelhafter Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, sowie auch fehlende Strukturen als hinderlich für eine interprofessionelle Sozialisation zu sein. So erklärt ein\*e PJ, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Klinik schlecht ist, dadurch, dass es keine geplanten Teammeetings gibt, keine offene Kommunikation stattfindet, und „*Ressentiments*“ zwischen den Berufsgruppen

herrschen. Ein\*e PS beschreibt Hierarchien als solche Barrieren zwischen den Berufsgruppen, die es auf HIPSTA nicht gegeben hat, die aber im regulären Alltag vorhanden sind.

*„...und dann hat man halt auch irgendwie ein bisschen mehr Akzeptanz, weil manchmal ist es ja schon so, dass manche Ärzte sich so ein bisschen über die Pflege stellen.“ (PS-4)*

Ein\*e PJ erläutert, dass durch Hierarchien die Kommunikation und damit die Patient\*innenversorgung verschlechtert werden kann.

*„Das, ich finde, dass die, vor allem weil, glaube ich, von der Seite von den Ärzten gegenüber der Pflege, dass sie, ich hatte das Gefühl, sie meinten, dass die Pflege etwas unterlegen war für gewisse Sachen und dann die Arbeit vielleicht wertgeschätzt aber nicht so manifestiert, das war mein Gefühl hauptsächlich. Und dass es keine engmaschige Kommunikation gab, dass häufig Medikamentenverabreichungen vielleicht, ja, unterlassen wurden, dass es dadurch, dass es weniger Kommunikation gab, die Ärzte haben vielleicht in die Kurve reingeschrieben und sind davon ausgegangen, dass die Pflege das gemacht hätte, dann ist es nicht erledigt worden aus irgendwelchen Gründen, zum Beispiel, weil es nicht eine Signatur war und die Pflege ist nicht zu den Ärzten gegangen um nachzufragen, oder die Ärzte haben sich nicht vergewissert, dass es durchgeführt wurde, oder klar genug kommuniziert wurde und dann kam es zu Missverständnissen, die natürlich Folgen hatten für den Patienten.“ (PJ-4)*

### **Förderliche Faktoren für die interprofessionelle Sozialisation**

Als förderlich werden in erster Linie entsprechende Strukturen benannt. Vor allem die Struktur von HIPSTA wird als förderlich für die Zusammenarbeit und die Zugehörigkeit zu einem Team beschrieben, gerade auch im Vergleich zu sonstigen Einsätzen.

*„...dann war man noch in den Stationsalltag mit integriert, man hat mit der Pflege Pause gemacht, die Schichten waren viel besser organisiert, also man hat ja Schichtdienst gehabt, weshalb man wirklich auch mit der Pflege in Kontakt kam, weil man mit denen den gleichen Schichtdienst hatte, also ja, das war alles viel besser [lacht]. Ich bin total davon begeistert.“ (PJ-2)*

Neben den gemeinsamen Schichten betont ein\*e andere\*r PJ auch die Zusammenarbeit hin zu gemeinsamen Zielen, die auf HIPSTA möglich war und so im klinischen Alltag nicht mehr erlebt wurde. Die Teilnehmenden erläutern, dass sich die Strukturen und dementsprechend die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit je nach Klinik und Fachbereich unterscheiden.

*„...zum Beispiel auf Intensivstationen, da ist es ja auch ein ganz anderes Zusammenarbeiten von Ärzten und Pflegekräften. Da entscheiden die Pflegekräfte auch relativ viel selbst und da ist man ja*

*eher so auf Augenhöhe irgendwie. Aber ich glaube, das ist einfach ein bisschen Fachbereich-abhängig, wie dann so die Zusammenarbeit ist.“ (PS-4)*

Es zeigt aber auch die Relevanz von einem gleichwertigen Status der Kolleg\*innen um erfolgreich zusammen arbeiten zu können. Ein\*e PS erlebt in ihrem klinischen Alltag eine sehr gute Zusammenarbeit und erläutert, dass dies neben kontinuierlichem Kontakt unter den Professionen auch durch gemeinsame Reflexionsrunden ermöglicht wird.

*„Ich weiß jetzt nicht, ob es unbedingt an HIPSTA liegt oder auch an unseren Ärzten. Wir reflektieren auch sehr viel nach den Einsätzen, also zum Beispiel, wenn wir irgendeinen schwierigeren Fall hatten oder es irgendwie chaotisch oder kompliziert verlief, dann reflektieren wir oftmals auch zusammen. Und das find ich auch sehr schön. Ja, genau. Dass wir dann halt auch uns gegenseitig irgendwie eine Kritik auf den Weg geben und was schauen, was man halt als nächst-, was wir das nächste Mal besser machen können, dass es halt nicht so chaotisch abläuft und dass man zum Beispiel einfach klarere Ansagen macht oder die Aufgabeneinteilung besser einhält oder sonst noch was. Ja, genau. [...] Dass es irgendwie funktioniert. Und da es natürlich auch dem Patienten dadurch zu Gute kommt.“ (PS-3)*

Ein\*e andere PS berichtet von erfolgreicher Zusammenarbeit auf der eigenen Station, gemeinsam mit weiteren Professionen, und betont, dass sich alle gegenseitig unterstützen und helfen.

Drei PJ schildern den Einfluss von Eigeninitiative und Motivation der Beteiligten auf die gute Zusammenarbeit in der regulären Versorgung.

*„auf der Station auf der ich bin, finde ich, klappt das sehr gut, weil ich halt auch nach einem möglich guten Verhältnis strebe mit den Pflegenden, und dann läuft das aber eben auf der individuellen Ebene ab, also an dem großen System habe ich nicht das Gefühl, dass ich etwas ändern kann aber da glaube ich bin ich als Assistenzarzt in der falschen Position.“(PJ-1)*

Neben der Eigeninitiative wird auch hier wieder auf die Relevanz von entsprechenden Strukturen und unterstützenden Vorgesetzten verwiesen.

### **Entwicklung einer dualen Identität**

Zwei PS und ein\*e PJ beschreiben die Relevanz eines interprofessionellen Teams und das Zugehörigkeitsgefühl zu einem Team von Versorgenden.

*„Ja, also dass wir einfach von diesem Bild wegmüssen, dass Krankenschwester Krankenschwester ist und Arzt Arzt. Also man ein Ziel verfolgt und eine Aufgabe hat und das zusammen meistern soll.“ (PS-2)*

Diese Aussage verdeutlicht das entstandene Verständnis der Relevanz von gemeinsamen Zielen in einem Team von Versorgenden. Dieses Zugehörigkeitsgefühl zeigt sich auch in den folgenden Aussagen, in denen auch andere Berufsgruppen explizit noch zu dem eigenen Team gezählt werden.

*„Hmm, irgendwie realisiert man bei dem Einsatz, dass man halt doch irgend, dass man halt, ein Teil von so einem riesengroßen Team ist, was so viele Komponenten hat, also jetzt, ich meine jetzt nicht nur die Ärzte, sondern auch Physiotherapeuten, dann die Sozialarbeiter, die sich dann halt irgendwie um den, um den Rest kümmern. Und, ja. Und das, das macht total viel Spaß, finde ich. Die Zusammenarbeit mit so vielen Leuten. Und, dass man irgendwie, dass man voneinander so abhängig ist.“ (PS-3)*

Beide PS berichteten auch von einer sehr guten Zusammenarbeit und entsprechenden Strukturen, die diese auch ermöglichen und Vorgesetzten, die das fördern. Ein\*e PJ berichtet weniger vom eigenen Berufsalltag, aber scheint von dem Kontakt zu den anderen aus der HIPSTA Gruppe nachhaltig profitiert zu haben.

*„Ja, das Gleiche eigentlich, also dass man halt auch viel mehr gesehen hat, dass die Patientenbetreuung eben mehr bedeutet, als nur dass der Arzt ihn betreut, sondern dass alle, Pflege, Physio, Ergotherapie, Ernährung, und so weiter, alles dazu beitragen, dass der Patient wieder gesund wird. Und da auch das Gleiche, dass halt das Ganze Team den Patienten betreuen muss, dass der Patient wieder gesund wird.“ (PJ-2)*

Alle drei Aussagen zeigen die Empfindung, Teil eines Versorgungsteams zu sein.

#### 3.6.4.2 Individuelle Identitätsentwicklung

Aussagen zur individuellen Entwicklung betreffen mehr die eigene Persönlichkeit als die konkrete berufliche Rolle. Bedeutende Aspekte, die hier beschrieben werden, sind das Erleben von Selbstwirksamkeit, das Entwickeln von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein.

##### **Selbstvertrauen**

Die Befragten beschrieben eine erhöhte Selbstsicherheit und ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, das durch den Einsatz auf HIPSTA erworben wurde. Dabei wurde zum einen auf die anfängliche Unsicherheit hingewiesen, die dem Gefühl den eigenen Fähigkeiten vertrauen zu können gewichen ist.

*„Also ich war vorher. Ähm. Hatte ich ein bisschen Schiss davor. Ähm. Ja, weil man hat ja vorher, man, also ich hab´ ja vorher schon das Innere PJ gemacht. Und trotzdem man hat ja keinen eigenen Patienten und so. Und ich war schon mega aufgeregter vorher. Hab´ dann aber im Verlauf, ähm, also*

*hat sich einfach so ein Selbstbewusstsein aufgebaut und so ein bisschen der Glaube an sich selber, sag ich mal, hat sich gestärkt.“ (PJ-3)*

PJ-1 beschrieb einen souveräneren Umgang mit Patient\*innen, der erlernt wurde.

Alle anderen Aussagen in Bezug auf das Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten stammten von den vier Pflegenden.

*„Und das würde mich jetzt auch zu dem Punkt bringen, was meine Sichtweise jetzt generell ist, und zwar, dass ich jetzt viel gestärkter und selbstsicherer nach meiner Ausbildung auf meine Station gegangen bin“ (PS-1)*

Das durch das eigenständige Arbeiten erworbene Selbstvertrauen wurde auch als hilfreich für die Examensvorbereitung sowie im Berufseinstieg beschrieben, was auch daran lag, dass sich die PS selber mehr zutrauten nach dem Einsatz.

*„Das Selbstvertrauen einfach wieder. Ja, genau. Man gewinnt dadurch so viel Selbstvertrauen, dass es einem so viel bringt. Ja. Ich bin, weil dadurch, dass man ja quasi davor schon einmal ins kalte Wasser geworfen worden ist, so nicht richtig, aber schon teilweise, weiß man, ja das krieg ich schon irgendwie doch gemeistert und in der Situation ist das ja so ein bisschen ähnlich. Genau und deswegen hat man da so ein Vertrauen in sich, dass das doch klappt und dass es, dass man es schaffen wird.“ (PS-3)*

### **Selbstsicheres Auftreten**

Unter diese Kategorie fallen Aussagen, die in erster Linie das selbstbewusste Auftreten gegenüber anderen, und das Vertreten der eigenen Profession adressieren. Aussagen hierzu kamen von allen vier Pflegeauszubildenden. Es wurde beschrieben, dass das Selbstbewusstsein erworben wurde, den eigenen Beruf zu vertreten und für die eigene Meinung einzustehen.

*„...und dazu halt noch das Selbstständige war halt, ja, dass man halt selber so ein bisschen mehr lernt, auf sich selbst auch zu hören, für sich selber einzustehen, mal seine eigene Meinung zu äußern...“ (PS-4)*

Gerade auch im Hinblick auf den Kontakt zu Ärzt\*innen wurde mehr Offenheit und Mut beschrieben bei Ärzt\*innen anzurufen, auf diese zuzugehen oder auch die eigene Meinung vor Ärzt\*innen zu vertreten.

*„Ja, ich bin der Meinung, dass ich, ich sehe es ja auch bei anderen, die mit mir zusammen angefangen haben, da sind halt Unsicherheiten da, oh, kann ich da jetzt den Arzt anrufen oder nicht. Und dann auch immer, Ach Gott, der Arzt, der Gott in weiß, da kommt immer so dieser Hintergedanke, aber eigentlich ist er auch nur ein Glied in dem ganzen Prozess drin, der dazu führt, dass wir die*

*Patientenversorgung statuieren können und hat mich eigentlich dazu gebracht, keine Angst mehr davor zu haben, einen Arzt, zum Beispiel, anzurufen.“ (PS-1)*

Es wurde auch beschrieben, dass durch HIPSTA gewagt wurde, Informationen einzufordern und Anordnungen zu hinterfragen. Das (An-)erkennen der eigenen Grenzen wurde von zwei PS und einem PJ erläutert.

*„Am Anfang sehr unsicher und zögernd und dann mit der Zeit, denke ich, immer sicherer und selbstständiger in der Arbeit, dass ich vor allem keine Angst mehr hatte davor, nachzufragen, wenn ich Sachen nicht wusste. Dann habe ich einfach gesagt, wie geht man weiter. Ich komme selbst nicht weiter, bis dahin komme ich, aber wie geht es dann weiter, das heißt, ich habe mehr über meine eigenen Grenzen gelernt.“ (PJ-4)*

Zwei Pflegende beschrieben ebenfalls, mehr Geduld mit sich selber zu haben und Überforderung eingestehen zu können.

### **Selbstwirksamkeit**

Aussagen zur erlebten Selbstwirksamkeit kamen ausschließlich von allen vier PJ Studierenden. Dabei wurde auch das Erleben von Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit und das Kompetenzerleben positiv hervorgehoben.

*„Das war diese positive Selbstbekräftigung, dass man ja aktiv etwas machen konnte, und das dann auch wirklich direkte Auswirkungen für Patienten hat und man das Gefühl hat, man macht den ganzen Tag etwas Sinnvolles und nimmt nicht nur Blut ab oder schreibt irgendwelche Arztbriefe vor. Was, da hatte ich zumindest nicht das Gefühl, dass das produktiv und für mich erfüllend ist.“ (PJ-1)*

Dieses Gefühl der Sinnhaftigkeit wird auch motivierend erlebt für die Arbeit. Gleichzeitig war auch das Gefühl der Wertschätzung größer als bei anderen Einsätzen, was sich auch auf die Teamarbeit ausgewirkt hat.

*„...also man hat sich, ich war selber viel motivierter, hatte viel mehr Verantwortung, habe deshalb auch alles viel ernster genommen, weil ich eben wusste, es geht wirklich um etwas, ich kann wirklich etwas bewirken, ich kann wirklich mitarbeiten und dadurch ist man eben viel motivierter morgens aufgestanden, da hingegangen, hat sich gefreut, hat sich wertgeschätzt gefühlt, konnte irgendwie, ja, hatte natürlich viel mehr das Gefühl von Teamarbeit und dadurch, ja genau, hat es mir eben viel mehr Spaß gemacht und ich habe mich viel besser gefühlt, ich habe mich nicht, also im Vergleich zu den anderen Rotationen hat man sich einfach irgendwie ja, besser gefühlt [lacht] und war viel besser drauf und wurde eben nicht fertig gemacht oder irgendwie dumm angemacht oder, ja, genau, man wurde einfach mehr respektiert als eine Person und nicht als irgendjemand, der einfach nur PJ*

*Nummer irgendwas ist und gar nicht, gar keiner weiß, wie der Name von der Person ist. Ja, also das war auf jeden Fall für einen persönlich auch eine viel bessere Erfahrung.“ (PJ-2)*

#### **4. DISKUSSION**

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Pflegeauszubildenden und die PJ-Studierenden durch den Einsatz auf der Heidelberger interprofessionellen Ausbildungsstation sowohl fachspezifische, wie auch interprofessionelle Kompetenzen erworben haben, ein klareres Bild ihrer eigenen beruflichen Identität erworben haben und sich teilweise einer dualen Identität angenähert haben. Im Folgenden werden die Ergebnisse in Bezug auf die jeweilige Fragestellung diskutiert.

##### **4.1 Kompetenzerwerb<sup>14</sup>**

Aus dem longitudinalen Vergleich der Fragebögen und den Gruppendiskussionen wurde deutlich, dass die Lernenden durch den Einsatz auf der interprofessionellen Ausbildungsstation interprofessionelle und berufsspezifische Kompetenzen erwerben.

##### *4.1.1 Interprofessionelle Kompetenzen*

Die selbsteingeschätzten Kompetenzen im Bereich *Kommunikation und Teamarbeit* und die Einstellungen gegenüber *Interprofessionellem Lernen* gemessen mit den entsprechenden Subskalen des UWE-IP zeigten eine signifikante Verbesserung im Prä-Post-Vergleich. Diese Ergebnisse werden auch in anderen Studien beschrieben, die den Einfluss von interprofessionellen Ausbildungsinterventionen mit diesem Fragebogen evaluierten (Berger et al. 2016; Delisle et al. 2016; Lochner et al. 2018; Ruebling et al. 2014; Scheide et al. 2020). Anhand der Effektgröße (Cohen's  $d=0,45$ ) kann von einem kleinen bis mittleren Effekt ausgegangen werden. Im UWE-IP Fragebogen zeigte sich in der Subskala A *Kommunikation und Teamarbeit* eine signifikante Verbesserung in vier Items im Prä-Post-Vergleich. Diese Items adressieren die empfundene Sicherheit im Begründen von Empfehlungen (A1), Erklären von unbekanntem Dingen (A2), Übernehmen der Führung (A7), und Äußern der eigenen Meinung entgegen der Meinung anderer (A9). Diese Ergebnisse passen zu der Aussage der Lernenden sowohl in den Freitextkommentaren, wie auch in den Gruppendiskussionen, dass das Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen verbessert wurde. Bei drei dieser vier Items (A1, A7, A9) lag der Mittelwertwert zu Beginn (T0) über 2,00, bei allen anderen Items der Subskala lagen die Werte zu diesem ersten Messzeitpunkt unter 2,00, das heißt, eher im

---

<sup>14</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.



positiven Bereich. Das Item A2 wurde bereits vor dem Einsatz mit einem eher positiven Mittelwert von 1,65 bewertet. Direkt nach dem Einsatz (T1) waren in allen Items der Subskala die Werte  $<2,00$ . In der Subskala B *Interprofessionelles Lernen* verbesserten sich ebenfalls vier Items signifikant im Prä-Post-Vergleich. Diese betreffen die Annahme, dass sich die Kommunikationsfähigkeit mit Patient\*innen (B10), mit Schüler\*innen / Student\*innen der Gesundheitsberufe (B11), sowie die Patient\*innenversorgung (B18) durch gemeinsames Lernen verbessern würde, und dieses eine positive Lernerfahrung für alle wäre (B15). Bis auf Item B10 liegen alle Items dieser Subskala bereits vor dem Einsatz unter 2,00, und danach inklusive B10. Dementsprechend weist die Effektstärke der Veränderung von  $d=0,28$  auch nur auf einen kleinen Effekt hin. Den Eindruck, die Kommunikationsfähigkeit verbessert zu haben, geben die Lernenden auch in den Freitextkommentaren der Fragebögen am Ende des Einsatzes mit am häufigsten an und diese wurde teilweise auch in den Gruppeninterviews beschrieben. Dass die Mittelwerte der Items, sowie die Summenwerte in beiden Subskalen bereits vor Beginn im positiven Bereich liegen, kann auf einen möglichen Deckeneffekt hinweisen.

Einen tieferen Einblick ermöglichten die Gruppeninterviews am Ende des Einsatzes. In der qualitativen Inhaltsanalyse zeigte sich, dass alle Lernenden interprofessionelle Kompetenzen vor allem in dem Bereich Rollen und Verantwortlichkeiten, aber auch in den Bereichen Teamarbeit, interprofessionelle Kommunikation, und Ethik und Wertvorstellungen erwarben (Interprofessional Education Collaborative 2016). Der Erwerb interprofessioneller Kompetenzen durch den Einsatz auf einer IPSTA wurde auch in anderen Studien beschrieben (Jacobsen et al. 2009; Pelling et al. 2011; Reeves et al. 2016) und vor allem das Kennen und Wertschätzen der Verantwortlichkeiten und Rollen der anderen Profession, das in den Gruppeninterviews thematisiert wurde, konnte auch in anderen Untersuchungen von IPE gezeigt werden (Cartwright et al. 2015; Mahler et al. 2018). Gleichzeitig wurde in der vorliegenden Untersuchung teilweise auch das Kennen der eigenen Verantwortlichkeiten und Limitationen beschrieben, welches in den qualitativen Ergebnissen der beiden genannten Studien nicht thematisiert wurde. Grund hierfür könnte sein, dass die interprofessionelle Ausbildung in dieser Untersuchung im Vergleich zu den beiden zuletzt genannten Studien in einem realen klinischen Setting stattfand. Das weist darauf hin, dass das interprofessionelle Lernen effektiver ist, wenn es in praktischen Settings stattfindet, als wenn es auf theoretischer Ebene bleibt (Stubbs et al. 2017). Im Hinblick auf Kompetenzerwerb ist das nachvollziehbar, da in praktischen Einsätzen zum Einen informell gelernt (Kirchhof 2007), zum anderen aber auch das in der theoretischen Ausbildung erworbene Wissen angewendet, reflektiert und vertieft werden kann (Erpenbeck und Sauter 2015). Zudem beschreibt das Interprofessionelle

Kompetenzrahmenmodell der IPEC den Prozess des Erwerbs interprofessioneller Kompetenzen ebenfalls vom Wissenserwerb (*Exposure*), über die Entwicklung von Fertigkeiten und Verhalten (*Immersion*), hin zur Kompetenz im Berufseinstieg (*Competence*) (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011).

Die Aussagen in der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die Kommunikation sowie auch die Dokumentation selbst und eigenverantwortlich strukturiert und an die Bedarfe der Beteiligten angepasst werden konnten. Durch das Bewältigen der selbstständigen Strukturierung in der Praxis konnte interprofessionelle und berufliche Handlungskompetenz erworben werden, was auch in anderen Untersuchungen dargestellt wurde (Berger et al. 2018; Dütthorn 2014), und die Gruppe zeigte eine gemeinsame Entwicklung im Sinne eines lernenden Systems (Newell 2008). Das von den Teilnehmenden beschriebene Gefühl der gegenseitigen Unterstützung und der offenen Kommunikation, sowie dem kontinuierlichen Austausch untereinander deckt sich mit der Untersuchung von Aarberg et al. (2019), die zeigten, dass die Teilnehmenden nach einem IPE Training und der Implementierung die Teamarbeit, die gegenseitiger Unterstützung und die Kommunikation positiver wahrnahmen (Aarberg et al. 2019).

#### 4.1.2 *Professionsspezifische Kompetenzen*

Neben interprofessionellen Kompetenzen erwarben die Lernenden aber auch Kompetenzen in der Patient\*innenversorgung. Ähnlich, wie von Hood et al. (2014) beschrieben, wurde auch auf HIPSTA die Patient\*innenversorgung von A-Z erlernt. Dazu gehörten Fertigkeiten im Bereich der perioperativen Versorgung von Patient\*innen sowie ein verbessertes Verständnis von Krankheitsbildern und Diagnostik. PJ-Studierende erlernten eher praktische Fertigkeiten und die Pflegeauszubildenden entwickelten ein höheres Wissen zu theoretischen Hintergründen, auch im Hinblick auf die konkreten Pflegehandlungen. Beide Berufsgruppen konnten Kausalzusammenhänge zwischen Blutwerten, Symptomen und Medikamenten nachvollziehen und entsprechend reagieren. Durch die Übernahme von Verantwortung und das Treffen von Entscheidungen wurden Kompetenzen erworben, die laut Rahmenlehrplänen nach §53 Pflegeberufegesetz beispielsweise in den CE 04, 05 oder 07 beschrieben werden (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2020). Die von der WHO (2020) benannten Kompetenzen für Pflegende *Fürsprache und Empowerment von Patient\*innen, Effektive Kommunikation Teamarbeit, personenzentrierte Versorgung und klinische Praxis, sowie lebenslanges Lernen* werden laut Aussagen der Lernenden größtenteils durch die Praxis auf HIPSTA abgedeckt (World Health Organisation 2020), wobei bereits vorhandenes Wissen und Fertigkeiten für die Übernahme von Verantwortung unerlässlich scheinen. Auch die PJ-Studierenden haben der im NKLM 2.0 definierten Kompetenztiefe 3b entsprechend selbstständig

Handlungskompetenz erworben und die eigene Rolle vor allem in den Bereichen medizinische Expert\*innen, Gelehrte, Kommunikator\*innen, Teammitglieder, Gesundheitsberater\*innen, Verantwortungsträger\*innen und Manager\*innen, und teilweise auch professionell Handelnde geschärft und weiterentwickelt (MFT 2021).

Der Einsatz auf HIPSTA erfüllt die Anforderungen an das praktische Jahr im Medizinstudium und die Praxiseinsätze in der Pflegeausbildung, die besagen, dass in entsprechenden Einsätzen die Kompetenzen „auf den einzelnen Krankheitsfall anzuwenden“ (§ 3 Abs. 4 Satz 2 ÄApprO) sind, bzw, *aufeinander zu beziehen, miteinander zu verbinden und weiterzuentwickeln*“ (§3 Abs. 1 Satz 2 PflAPrV) sind. Anhand von spezifischen Krankheitsfällen wurden bei allen Lernenden Kompetenzen im Bereich Diagnostik und Therapie weiterentwickelt, vertieft und miteinander verknüpft.

#### **4.2 Nachhaltigkeit des Kompetenzerwerbs**

Insgesamt zeigte sich, dass die meisten der beschriebenen Kompetenzen auch nach 1 bis 1,5 Jahren nach HIPSTA noch vorhanden waren. In den Fragebogenerhebungen der IP-Kompetenzen zeigte sich allerdings keine konstante signifikante Verbesserung der Kompetenzen.

##### *4.2.1 Interprofessionelle Kompetenzen<sup>15</sup>*

In der dritten Messung drei Monate nach dem HIPSTA Einsatz (T2) mittels UWE-IP Fragebogen zeigte sich in beiden verwendeten Subskalen (A. *Kommunikation und Teamarbeit* und B. *Interprofessionelles Lernen*) ein Rückgang der Mittelwerte im Vergleich zum Messzeitpunkt direkt nach dem Einsatz (T1). In beiden Subskalen zeigte sich kein signifikanter Unterschied der mittleren Summenwerte im Vergleich zwischen dem ersten Messzeitpunkt direkt vor HIPSTA (T0) und dem Follow-up Messzeitpunkt drei Monate später (T2), gemessen mit dem gemischten linearen Modell. In der Analyse der einzelnen Items des UWE-IP zeigte sich eine signifikante Verbesserung im Prä-Follow-up-Vergleich in zwei Items der Subskala A (A1, A7) und in keinem Item der Subskala B. Mit den Items A1 und A7 handelt es sich um zwei der drei Items, deren Mittelwerte vor dem Einsatz >2,00 waren. Dies könnte einen möglichen Deckeneffekt der Summenwerte bestätigen. Die Sicherheit im persönlichen Begründen von Ratschlägen (A1) und im Übernehmen der Führung in einer Gruppe (A7) sind auch Anzeichen einer gewachsenen Selbstsicherheit in Bezug auf die eigenen Fertigkeiten und im

---

<sup>15</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.

Auftreten gegenüber anderen, wie auch aus den Freitextkommentaren und den Einzelinterviews erkennbar ist.

Diejenigen, die sich für die Teilnahme an HIPSTA beworben haben, brachten möglicherweise bereits positive Einstellung gegenüber dem interprofessionellen Lernen und vorhandenen Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit. Darauf weisen auch die positiven Werte in beiden Skalen bereits vor dem Einsatz auf HIPSTA hin. Diese Ergebnisse decken sich teilweise mit anderen Studien, die auch bereits vor IPE Interventionen Werte im positiven Bereich in Skala A (Berger et al. 2016), in Skala B (Delisle et al. 2016; Ruebling et al. 2014) oder in beiden Skalen (A & B) (Pollard et al. 2005; Pollard et al. 2004; Scheide et al. 2020) beschreiben. Darüber hinaus kann es darauf hinweisen, dass die Lernenden in der Begegnung mit der Praxis nach dem HIPSTA Einsatz nicht mehr die Gelegenheit hatten, die erworbenen Kompetenzen im Bereich Kommunikation und Teamarbeit anzuwenden.

Dies bestätigten die Aussagen in den Follow-up-Interviews, die zeigten, dass für die Mehrzahl der Befragten in folgenden Einsätzen und im Berufseinstieg ein Arbeiten wie auf HIPSTA nicht mehr möglich war. Dennoch wurde in diesen Befragungen ein Erwerb interprofessioneller Kompetenzen, vor allem in der *Interprofessionellen Kommunikation*, aber auch im Bereich *Team und Teamarbeit*, und *Rollen und Verantwortlichkeiten* berichtet. Rollen und Verantwortlichkeiten wurden im Hinblick auf das Wissen um die Kompetenzen und Ressourcen der anderen Berufsgruppe beschrieben und wie in den Gruppeninterviews erwähnt, wurden diese Ressourcen auch in nachfolgenden Einsätzen und im Berufseinstieg weiterhin versucht zu nutzen. Die gemeinsame Strukturierung auf HIPSTA hat einen Kompetenzerwerb im eigenen Strukturieren ermöglicht, was auch hier wieder die Ergebnisse der offenen Fragen in den Fragebögen im Bereich Personalkompetenz bestätigt.

Diese Ergebnisse zeigen, dass der Erwerb interprofessioneller Kompetenzen weitestgehend nachhaltig ist, auch wenn der Prä-Follow-up-Vergleich mittels UWE-IP keine statistisch signifikante Veränderung der mittleren Summenwerte zeigt.

#### 4.2.2 *Professionsspezifische Kompetenzen*

Ebenso waren auch Kompetenzen im Bereich der Patient\*innenversorgung und Organisation und Management nachhaltig. In den Freitextkommentaren der schriftlichen Befragung drei Monate nach dem Einsatz auf HIPSTA zeigte sich im Vergleich zwischen den Berufsgruppen, dass die angehenden Ärzt\*innen am häufigsten Kompetenzen im Bereich der Personalkompetenz, wie das eigenständige Arbeiten, das Treffen von Entscheidungen und die Übernahme von Verantwortung benannten, während die angehenden Pflegekräfte häufiger die Sozialkompetenz benannten. Die Ergebnisse sind

eingeschränkt beurteilbar, da vor allem die Pflegenden häufig lediglich einen Kompetenzbereich angegeben haben, ohne zu spezifizieren, welche Kompetenzen konkret erworben wurden.

Aus den Einzelinterviews ging hervor, dass gerade der Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Patient\*innenversorgung, aber auch in Organisation und Management auch rückblickend noch beschrieben wurde und sich hier die Aussagen zu einem großen Teil mit denen direkt nach dem HIPSTA-Einsatz in den Gruppeninterviews decken.

### **4.3 Identitätsentwicklung**

Die Auswertung des ISVS Fragebogens zeigte eine signifikante Verbesserung des mittleren Summenwertes direkt am Ende des Einsatzes auf HIPSTA (T1) mit einer Effektstärke von  $d=0,98$ , die auf einen großen Effekt hinweist. Dabei wurden alle 21 Items signifikant positiver bewertet als direkt vor dem Einsatz. Mit dem ISVS werden die Einstellungen und Verhaltensweisen Lernender in Bezug auf interprofessionelle Sozialisation gemessen, er spiegelt also die im Modell von Khalili (2013) als personale Einflussfaktoren bezeichneten Aspekte (Khalili und Orchard 2020). Das heißt, der Einsatz auf HIPSTA hatte einen positiven Einfluss auf die Einstellungen der Lernenden gegenüber interprofessionellem Lernen und interprofessioneller Sozialisation, was auch in anderen Untersuchungen von fallbasiertem interprofessionellem Lernen gezeigt wurde (Nasir et al. 2017). Khalili & Orchard zeigten 2020 allerdings auf, dass kein Zusammenhang zwischen personalen Faktoren, gemessen mit dem ISVS, und dem Entwickeln einer dualen Identität besteht (Khalili und Orchard 2020), das heißt aus diesem Ergebnis kann nicht abgeleitet werden, dass die Lernenden eine interprofessionelle Identität entwickelt haben oder entwickeln werden. Es zeigt sich aber, dass die Motivation, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit einzusetzen zugenommen hat.

Einen tieferen Einblick in die interprofessionelle Sozialisation und damit einhergehend in die Entwicklung einer dualen Identität gibt die rekonstruktive Analyse der fünf Gruppendiskussionen am Ende des HIPSTA-Einsatzes. Aus dieser wurde deutlich, dass es zwei verschiedene Typen von Gruppen gab:

- Die *Interprofessionell Lernenden*, die ihren Fokus verstärkt auf Lern- und Kommunikationsprozesse legten, ein hierarchisches Verständnis von gemeinsamer Versorgung vertraten und entsprechend auch Barrieren und Herausforderungen für die künftige Zusammenarbeit antizipierten, für die sie ebenso wie für die Patient\*innenversorgung, zum Erhebungszeitpunkt keine Verantwortung übernahmen.
- Die *Interprofessionell Verantwortlichen*, die offen und auf einer Ebene kommunizierten, gemeinsam Verantwortung für die Versorgung übernahmen und die Zusammenarbeit

selbstständig koordinierten, sowie auch Ideen für eine Verbesserung der künftigen Zusammenarbeit äußerten.

#### 4.3.1 Entwickeln einer dualen Identität nach Khalili<sup>16</sup>

Im Folgenden werden die beiden Typen diskutiert im Hinblick auf die Stufen der interprofessionellen Sozialisation nach Khalili (Khalili 2013).

##### 4.3.1.1 Stufe 1: Abbau von Barrieren

In den drei Gruppen, die dem Typus der *Interprofessionell Lernenden* zugeordnet werden können, scheint die erste Stufe, der Abbau von Barrieren zwischen den Berufsgruppen, nicht gänzlich erreicht worden zu sein, da die Lernenden nicht unbedingt einen gleichwertigen Status hatten und eine Priorisierung der ärztlichen Tätigkeit vorherrschend war. Diese Hierarchisierung wurde allerdings nicht strukturiert aufgegriffen und bearbeitet. Ähnlich argumentieren Paradis & Whitehead (2015; 2018), dass in der aktuellen interprofessionellen Lehre und Forschung Aspekte wie Machtverhältnisse und Hierarchien noch zu wenig bis gar nicht adressiert werden, obwohl diese die interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflussen (Paradis und Whitehead 2015; Paradis und Whitehead 2018). Auch in interprofessioneller Ausbildung können Hierarchien und gegenseitige Ausgrenzungen vorhanden sein und meist werden Ärzt\*innen als Teamführung identifiziert (Gergerich et al. 2019). Als Gründe hierfür wurden unter anderem der Grad an Verantwortung oder auch das Gehalt benannt (Rabani et al. 2021).

Auch in der vorliegenden Untersuchung gab es im Typus der *Interprofessionell Lernenden* gegenseitige Abgrenzungen in Form von Demarkations- und Usurpationsstrategien, das heißt, es wird versucht eigene Berufsgruppe zu schützen, bzw. durch Neustrukturierung der Hierarchien diese aufzuwerten. Baker et al. (2011) beschreiben einen solchen Protektionismus der eigenen professionellen Gruppe im Kontakt mit anderen Professionen als „... a type of protectionism where it mattered more to foreground one's own professional identity than to find common ground.“ (Baker et al. 2011, S. 103). Deutlich zu sehen ist ein solches Verhalten in der vorliegenden Arbeit in den Diskussionen um die künftige Zusammenarbeit, in denen sich die Lernenden nicht einig sind, ob es Barrieren zwischen den Professionen geben wird oder nicht. Wie in Gruppe C beobachtbar, wurde auch von Baker et al. (2011), beschrieben, dass häufig die ärztlichen Profession versucht, Hierarchien

---

<sup>16</sup> Teile dieses Kapitels wurden auch beschrieben in Mink, J., Mitzkat, A., Schwarzbeck, V., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Mahler, C. (2022). Interprofessionelle Sozialisation und Zusammenarbeit auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation – eine rekonstruktive Analyse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, zur Publikation angenommen.

aufrecht zu erhalten und die interprofessionelle Zusammenarbeit und ein damit einhergehendes Abflachen von Hierarchien als Bedrohung für die eigene Profession sieht, während Berufsgruppen wie die Pflege in der interprofessionellen Zusammenarbeit eine Chance zur Veränderung bestehender Strukturen sehen, die mit einer Aufwertung der eigenen Profession einhergehen können (Baker et al. 2011). Die in den Aushandlungsprozessen geäußerte Forderung der Pflegenden gehört zu werden stellt möglicherweise einen Versuch der Aufwertung der eigenen Profession dar – Flaiz nennt das angelehnt an das Habitus- und Kapitalkonzept von Bourdieu eine Kapitalverschiebung von den Ärzt\*innen hin zu den Pfleger\*innen. Gleichzeitig ist der Prozess der gegenseitigen Aushandlungen als eine „*Verteidigung, die eine Kampfhaltung impliziert, hinsichtlich des langfristigen Benefits für die Patientenversorgung kritisch zu bewerten*“ (Flaiz 2018, S. 354). In Gruppe E basiert die Annahme künftiger Barrieren auf dem Rollenbild der gestressten Assistenzärzt\*innen, denen die Zeit für interprofessionelle Zusammenarbeit fehlt. So stellte auch Reimann (2013) in einer rekonstruktiven Analyse von Gruppendiskussionen anhand der dokumentarischen Methode fest, dass unter Medizinstudierenden in der Klinik vor allem das kollektive Verständnis „von Zeit- und Handlungsdruck“ (Reimann 2013, S. 203) im ärztlichen Beruf herrscht. Die von Reimann typisierte *Rationale Orientierung*, also die Annahme, dass die Realität in der Klinik eine gegebene ist und die Anpassung an diese (Reimann 2013) ähnelt der Annahme im Typus der *Interprofessionell Lernenden*, dass die Zusammenarbeit in der Praxis abhängig von gegebenen Strukturen ist und nicht selbst mitgestaltet werden kann und wird. Gleichzeitig herrscht in diesem Typus das kollektive Verständnis, dass die Ärzt\*innen die Entscheider\*innen und Verantwortungsträger\*innen sind, während kommuniziert wird, dass gemeinsam das Beste entschieden wird und flache Hierarchien herrschen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit in der klinischen Praxis wird von Lernenden häufig negativ beurteilt (Kolb et al. 2017; Mink et al. 2020; Pollard et al. 2006), was dazu führen kann, dass nicht daran geglaubt wird, dass künftig interprofessionelle Zusammenarbeit, oder gar interprofessionelle Teamarbeit (Reeves et al. 2010) möglich ist. Auch die Lernenden auf HIPSTA bringen teilweise Erfahrungen der gegenseitigen Ausgrenzung und Vorurteile mit und beurteilen die interprofessionelle Interaktion in der regulären Versorgung tendenziell negativ (Mink et al. 2020). Dadurch können Barrieren verstärkt und ein Arbeiten auf Augenhöhe im interprofessionellen Team erschwert werden (Baker et al. 2011; Lingard et al. 2012).

In den Gruppen des Typus der *Interprofessionell Verantwortlichen* werden Stereotype offen kommuniziert und diskutiert, und Hierarchien werden nivelliert, indem der Fokus auf das gemeinsame Ziel, der Patient\*innenversorgung gelegt wird. Demarkations- und Usurpationsstrategien werden in einer der beiden Gruppen mit Hilfe von Kriegsmetaphorik

thematisiert und entsprechend kritisiert, da diese vom eigentlichen Auftrag, die Patient\*innen gut zu versorgen ablenken. Durch die Fokussierung auf die gemeinsame Patient\*innenversorgung und die aktive Übernahme von Verantwortung für die Versorgung findet in diesen Gruppen auch eine gemeinsame Koordinierung der Zusammenarbeit statt. Die kollektiven Annahmen in diesen beiden Gruppen ähneln der von Reimann beschriebenen Orientierung der Medizinstudent\*innen, die basierend auf Selbstreflexion und positiven Einstellungen, versuchen ihr Idealbild in der Praxis umzusetzen, ohne dabei Regeln zu verletzen (*Beziehungs-Orientierung*) (Reimann 2013). Die Lernenden der Gruppen A und D agieren auf Augenhöhe und arbeiten auf gemeinsame Ziele hin, was darauf hindeutet, dass die erste Stufe der interprofessionellen Sozialisation nach Khalili in diesem Typus erreicht wurde (Khalili 2013; Khalili et al. 2013).

In beiden Typen, also allen Gruppen gibt es unterstützende Autoritäten (Khalili et al. 2013) in Form eines entsprechenden Settings, das auf interprofessionelle Zusammenarbeit ausgelegt ist und Lernbegleiter\*innen, die die Zusammenarbeit fördern. Dies scheint für die Lernenden auch sehr wichtig zu sein, um sich zu öffnen und mit der anderen Berufsgruppe tatsächlich in Kontakt zu treten.

#### 4.3.1.2 Stufe 2 Interprofessionelles Rollenlernen

Das interprofessionelle Rollenlernen scheint im Typus der *Interprofessionell Lernenden* nur eingeschränkt stattzufinden und auf das Einfinden in die eigene professionelle Rolle im Sinne einer professionellen Sozialisation begrenzt zu sein. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch andere Untersuchungen, die zeigen, dass in interprofessionellen Begegnungen die Repräsentation der eigenen Profession vor allem für die Profession der Pflege wichtiger sein kann als das Teambuilding in der interprofessionellen Gruppe (Flaiz 2018; Willetts und Clarke 2014).

*“The MDM [Multidisciplinary team meeting] was not to develop a collective self, but rather to a social process that ensured that the individual participants communicated their individual positions on the patient, and sustained their referent professional identity in performance.”* (Willetts und Clarke 2014, S. 129)

Auch diese Beobachtung bestätigt die Annahme, dass IPE bereits während der Berufsausbildung keinen negativen Einfluss auf die eigene professionelle Identitätsentwicklung durch ein Verwischen der Rollengrenzen hat. Im Gegenteil, wie in der Literatur zur Identitätsentwicklung beschrieben, sind signifikante Andere wichtig, um die eigenen Grenzen und Verantwortlichkeiten kennenzulernen und durch Sozialisation die eigene Rolle zu finden (Joynes 2017; Matthews et al. 2019). Darüber hinaus können das Verständnis und das Kennen der eigenen professionellen Rolle eine Grundlage für die Entwicklung einer interprofessionellen Identität darstellen (Tong et al. 2021).



Ein weiteres Merkmal des Typus der *Interprofessionell Lernenden* ist der Fokus auf Kommunikations- und Lernprozesse, weniger auf eigenverantwortliches Treffen von Entscheidungen und gemeinsame Patient\*innenversorgung. Es scheint zwar kontinuierlicher Austausch stattgefunden zu haben, aber die finale Entscheidung liegt bei den Ärzt\*innen. Diese Lern- und Wissensorientierung spiegelt den Fokus auf Evidenzbasierung und (kompetitives) Lernen im Medizinstudium (Foronda et al. 2016; Hall 2005). So beschreibt auch in Gruppe B ein\*e PJ-Student\*in, dass es wichtig ist, dass die Ärzt\*innen mitbekommen, dass die Gruppe sich Gedanken macht.

Die *Interprofessionell Verantwortlichen* haben durch die patient\*innenzentrierte Zusammenarbeit ihre Rollen im Team kennengelernt und beschreiben die der anderen sehr wertschätzend. So zeigen auch Tong et al. (2021) in ihrer Befragung von Lernenden verschiedener Gesundheitsberufe nach dem Einsatz auf einer IPSTA, dass der Fokus auf Patient\*innenversorgung, die gemeinsam besser durchgeführt werden kann und anhand derer die unterschiedlichen Rollen erkannt werden, wichtig für die Entwicklung einer interprofessionellen Identität ist. Im Unterschied zur vorliegenden Untersuchung waren unter den Teilnehmenden der von Tong et al. im Hinblick auf interprofessionelle Identitätsentwicklung untersuchten IPSTA mehrere Gesundheitsberufe aber keine Medizinstudierenden dabei (Tong et al. 2021).

Gerade im Hinblick auf die eigene Rolle zeigt sich in Gruppe D eine Veränderung der in der bisherigen professionellen Sozialisation entwickelten professionellen Identität als alleinverantwortliche\*r Ärzt\*in, durch das Erleben einer guten Zusammenarbeit und die Erkenntnis, wie die eigene Arbeit durch die Expertise anderer bereichert und unterstützt wird. Ähnlich beschreiben auch Price et al. (2021) die Relevanz von Erfahrungen guter interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting für die Entwicklung interprofessioneller Identität (Price et al. 2021). Die Erkenntnis, nicht alleine verantwortlich zu sein wird auch von Hood et al. (2014) in der Evaluation eines Einsatzes auf einer IPSTA beschrieben, ebenso wie das Erleben eines Zugehörigkeitsgefühls und das Ausprobieren der professionellen Rolle zur Entwicklung der professionellen Identität (Hood et al. 2014), was auch in der vorliegenden Untersuchung benannt wurde. Auch in der anderen Gruppe (A) beschreibt ein\*e PJ-Student\*in die Relevanz der Integration von IPE in der Ausbildung, um dem Lernen in Silos entgegenzuwirken.

Die Zusammenarbeit wird in dieser Gruppe gemeinsam strukturiert. Dabei wird auch die Delegation der Ärzt\*innen offen thematisiert. Dieses Thema kann kritisch diskutiert werden. Während Gergerich et al. (2019) das eher als Negativbeispiel benennen und für mehr Demokratie plädieren, ist die ärztliche Delegation Teil der klinischen Praxis und wird auch durch IPE nicht abgeschafft werden (Paradis und Whitehead 2018). In dieser Untersuchung wurde die offene Kommunikation über das

Delegieren und die damit einhergehenden Machtgefälle in Gruppe A positiv im Hinblick auf die interprofessionelle Sozialisation gedeutet. Die Teilnehmer\*innen der Gruppe A erleben die Zusammenarbeit und die Delegation sehr positiv, was darauf hinweist, dass das offene Thematisieren dieses Aspekts und gemeinsame Entscheidungen über die Art der Zusammenarbeit Frustrationen und gegenseitige Ausgrenzung verhindern können. Ähnlich zeigten auch Moczko et al. (2016) auf, dass PJ-Studierende eine große Unsicherheit in Bezug auf das Delegieren von Aufgaben an Pflegende im PJ erleben, ebenso wie eine Rollenunsicherheit (Moczko et al. 2016). Diese Unsicherheit wird in Gruppe A begegnet durch den Prozess der interprofessionellen Strukturierung der Zusammenarbeit. So lernten die Teilnehmer\*innen gleichzeitig auch ihre eigene Rolle und ihre eigenen Kompetenzen und Grenzen besser kennen und verstehen.

#### 4.3.1.3 Stufe 3 Entwickeln einer dualen Identität

In allen Gruppen zeigte sich ein Zugehörigkeitsgefühl zu der Gruppe der Lernenden, einhergehend mit dem Status als Lernenden, was an sich für das Lernen und die ersten Erfahrungen von Zusammenarbeit im klinischen Setting hilfreich sein kann. In diesem Zusammenhang zeigt sich, was Tajfel und Turner in der Theorie der sozialen Identität beschrieben haben: Unter den Mitgliedern der Gruppe der Lernenden, also aller PJ-Studierenden und Pflegeauszubildenden in einer Kohorte, hat sich ein *ingroup favoritism* entwickelt. Gleichzeitig grenzen sich die Lernenden von den Ausgelernten im Sinne einer *outgroup discrimination* ab (Tajfel und Turner 1986). Ein\*e PJ-Student\*in der vorliegenden Untersuchung beschreibt explizit das positive Gefühl, auf HIPSTA zum ersten Mal Teil eines Teams zu sein. Ähnlich beschrieben auch Morphet et al. (2014), dass Lernende während einem Einsatz auf einer IPSTA ein Zugehörigkeitsgefühl zu der interprofessionellen Gruppe entwickelten (Morphet et al. 2014). Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit dieses Zugehörigkeitsgefühls zu einer Gruppe, deren Mitglieder aus verschiedenen Professionen kommen ist in diesem Zusammenhang unklar, inwieweit diese bestehen bleiben wird, wenn die Lernenden diesen gemeinsamen Status verlieren und in den Berufsalltag eintreten. So zeigen auch Tong et al. (2021), dass die Lernenden der Meinung sind, dass die Entwicklung einer interprofessionellen Identität vom Kontext abhängig ist und auf einer IPSTA zwar entwickelt werden kann, da IPC dort gefördert wird und die Einfeldung in ein Team von Lernenden einfacher ist, aber der Berufseinstieg wieder eine neue Situation darstellt, in der eine neue Zugehörigkeit zu einem neuen Team entwickelt werden muss (Tong et al. 2021). Tatsächlich stellt auch eine IPSTA im Prinzip ein unrealistisches Setting dar, da in der regulären Versorgung nicht auf diese Art und Weise zusammengearbeitet werden kann, wie dort. Ivarson et al. (2021) führen entsprechend aus, dass normalerweise die Ärzt\*innen nicht dauerhaft gemeinsam mit den Pfleger\*innen auf der Station und in den Patient\*innenzimmern anwesend sind, sondern häufig

beispielsweise im OP stehen und nur telefonisch erreichbar sind, was andere Anforderungen an die Zusammenarbeit stellt als das Setting, wie es auf HIPSTA gegeben ist. Dementsprechend wurde auch ein angepasstes „realistischeres“ Setting positiv evaluiert (Ivarson et al. 2021). So zeigte sich auch in den Follow-up Interviews in der vorliegenden Arbeit, dass in Folgeeinsätzen ein Arbeiten wie auf HIPSTA nicht mehr möglich war und eine nachhaltige duale Identität nicht unbedingt nachgewiesen werden kann.

#### 4.3.2 Professionelle Identitätsentwicklung

In der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppeninterviews zeigt sich, dass in allen Gruppen ein Kompetenzerwerb in der interprofessionellen Kompetenz *Rollen und Verantwortlichkeiten* stattgefunden hat. Auch im ISVS zeigen einige Items ein signifikant besseres Verständnis für die eigene Rolle und die der anderen Professionen an (z.B.: 3: *...habe ich ein klareres Verständnis für meine eigene Rolle in einem Team gewonnen*; 11: *...habe ich ein tieferes Verständnis über die Rollen der anderen Professionen in einem Team*). Diese Ergebnisse widerlegen ebenfalls die Annahme, IPE in der Berufsausbildung könne das Entwickeln einer professionellen Identität und das Kennen der eigenen professionellen Verantwortlichkeiten verhindern. Durch die Integration von IPE in die Ausbildung kann die Entwicklung von Silos und Barrieren zwischen den Professionen verhindert werden, wie auch in den Gruppendiskussionen in der vorliegenden Untersuchung erwähnt wurde. Allerdings ist das Kennen der eigenen professionellen Rolle und Verantwortlichkeiten relevant, um im Team arbeiten zu können. Die Grundlagen der Ausbildung ergänzt durch interprofessionelle Erfahrungen scheinen hier eine sinnvolle Praxis zu sein (Paradis und Whitehead 2018; Price et al. 2021), weswegen auch der Zeitpunkt für den HIPSTA Einsatz am Ende von Ausbildung und Studium gut gewählt zu sein scheint.

Wie bereits erwähnt hat sich in der rekonstruktiven Analyse gezeigt, dass die Lernenden ein Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Profession entwickelt haben und diese auch teilweise gegenüber den anderen verteidigen. In der qualitativen Inhaltsanalyse der Gruppendiskussionen zeigte sich die professionelle Identitätsentwicklung in Schilderungen von Kompetenzerleben, Selbstvertrauen, sicherem Auftreten und einer Annäherung an die künftige Rolle. Das Annähern an die künftige Rolle stellt das Werden im Rahmen der professionellen Sozialisation dar, das auf dem bisher erworbenen Wissen basiert und das sich im Berufsalltag dann im Sinne der professionellen Identität festigt (Farrell et al. 2015). Die Lernenden beschreiben die Möglichkeit, die berufliche Rolle auszuprobieren als positiv und erfahren ein Kompetenzerleben, was zur Stärkung der Selbstsicherheit und dem Selbstvertrauen und somit auch zu Identitätsentwicklung beiträgt (Cruess et al. 2019; Joynes 2017).

## 4.4 Nachhaltigkeit der Identitätsentwicklung

### 4.4.1 Interprofessionelle Identitätsentwicklung

Die aus den Gruppeninterviews hervorgehende Vermutung, dass das Zugehörigkeitsgefühl mit dem Austritt aus der Gruppe der Lernenden verschwinden wird, hat sich in der Analyse der Einzelinterviews, die 1-1,5 Jahre nach dem Einsatz auf HIPSTA mit den ehemaligen Lernenden geführt wurden, bestätigt. Das Zugehörigkeitsgefühl ist also abhängig von dem jeweiligen Team, in dem gearbeitet wird. Allerdings ist es aber auch in der klinischen Praxis meist nicht möglich, ein festes interprofessionelles Team zu definieren. Die Gruppenzusammensetzung ändert sich je nach Aufgaben, Setting oder Dringlichkeit und so kann auch die Art der Zusammenarbeit unterschiedlich organisiert sein. Reeves et al. (Reeves et al. 2010) ordnen dies der prozessualen Perspektive, also der Strukturierung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu und ziehen hier Engeström's Aktivitätstheorie als Erklärungsmodell heran. Diese erklärt die Art der Zusammenarbeit als „knotworking“, in der kein festes interprofessionelles Team besteht, sondern je nach Situation verschiedene Personen mit ihrer jeweiligen Expertise und Perspektive aufeinandertreffen und gemeinsam Knoten bilden und diese dann wieder lösen (Engeström et al. 1999). In dieser für die klinische Versorgung typische Situation ist kein interprofessionelles Team identifizierbar und entsprechend auch die Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls erschwert. Entsprechend hinterfragen (Tong et al. 2020) die Eignung der sozialen Identitätstheorie (Tajfel und Turner 1986) als alleiniges Erklärungsmodell, da hier von festen existierenden Gruppen ausgegangen und die Veränderung in Gruppenzusammensetzungen, in denen gearbeitet wird, vernachlässigt wird.

In der vorliegenden Analyse der Follow-up Einzelinterviews zeigte sich, dass der wichtigste beeinflussende Faktor für eine gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe und für die interprofessionelle Sozialisation die entsprechenden Strukturen sind, die eine gleichwertige Zusammenarbeit ermöglichen, einerseits durch unterstützende Vorgesetzte aber auch durch räumliche und zeitliche also systemische Strukturen (Khalili 2013). Dementsprechend wurde rückblickend HIPSTA sehr positiv bewertet und mit anderen Einsätzen verglichen, in denen eine ähnliche Zusammenarbeit nicht möglich war. Auch im Berufseinstieg war teilweise eine entsprechende Zusammenarbeit trotz Eigeninitiative nicht möglich. So weisen auch Paradis & Whitehead (2018) auf die Problematik hin, dass die existierenden Strukturen in der Praxis verhindern können, dass die interprofessionell ausgebildeten Vertreter\*innen der Gesundheitsberufe auch interprofessionell arbeiten können.

*„As newcomers in a complex and inertial system, new health care professionals are not in a position to confront harmful and unsafe professional hierarchies and provide exceptional, high-quality collaborative patient care.“* (Paradis und Whitehead 2018, S. 1461)

Ebendiese Erkenntnis formuliert auch in der vorliegenden Untersuchung ein\*e PJ-Studierende\*r, dass zwar die Motivation da ist, aber am System nichts geändert werden kann. Darüber hinaus wird beschrieben, dass Hierarchien und Zeitmangel die häufigsten Hinderungsgründe für IPC wie auf HIPSTA sind. Michalec & Hafferty (2015) gehen in Ihrer Betrachtung von interprofessionellem Rollenlernen aus soziologischer Perspektive sogar soweit, zu fragen, inwiefern die Forderung nach gleichwertigem Status in IPE überhaupt sinnvoll, weil in der Praxis nicht gegeben ist. Das Gesundheitssystem ist derzeit nicht darauf ausgerichtet tatsächlich die Rolle der Ärzt\*innen als die Entscheidungs- und Verantwortungsträger\*innen abzulösen durch eine Kultur der gemeinsamen Verantwortung und geteilten Teamleitung von den in der Versorgung beteiligten Professionen und Patient\*innen (Michalec und Hafferty 2015). So zeigten auch Braithwaite et al. (2016) in einem Experiment mit Ärzt\*innen, Pflegenden und anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen, dass diese unter Laborbedingungen keine hierarchischen oder abgrenzenden Verhaltensweisen, wie sie aus der Praxis häufig beschrieben werden, zeigen. Das heißt, diese Verhaltensweisen sind nicht unbedingt in den einzelnen Individuen oder professionellen Identitäten begründet, sondern entstehen eher am Arbeitsplatz im klinischen Setting durch äußere Merkmale, oder durch die Sozialisierung im eigenen Beruf, sowie durch ein traditionell überliefertes hierarchisches Denken in den Institutionen (Braithwaite et al. 2016).

Die Aussagen in den vorliegenden Follow-up Interviews weisen darauf hin, dass drei der acht Befragten ein Gefühl einer Zugehörigkeit zu einem Team von Versorgungen im Sinne einer dualen Identität entwickelt zu haben scheinen (Khalili 2013; Khalili et al. 2013). Dabei zeigt sich, dass die beiden Pflegeauszubildenden, die ein Zugehörigkeitsgefühl zur interprofessionellen Gruppe beschreiben, auf Stationen arbeiteten, auf denen die interprofessionelle Zusammenarbeit und deren gemeinsame Reflexion von den Vorgesetzten aktiv gefördert und gefordert wurden, während der/die PJ-Studierende\*r zum Befragungszeitpunkt noch nicht in das Berufsleben als Mediziner\*in eingestiegen war.

#### *4.4.2 Professionelle Identitätsentwicklung nach 1-1,5 Jahren*

In den Follow-up Interviews fielen, ähnlich wie in den Gruppeninterviews, in erster Linie Aussagen zur eigenen Selbstsicherheit, dem Auftreten und Selbstvertrauen, sowie auch zur Selbstwirksamkeit. Diese können im Sinne einer Annäherung an und ein Finden in die künftige Rolle verstanden werden, und werden somit als Teil der Entwicklung einer professionellen Identität gedeutet. Alle vier PJ-Studierenden berichteten von der Bedeutung des Kompetenzerlebens und der Selbstwirksamkeit, die, teilweise einhergehend mit einem Sinnerleben, als förderlich für die eigene Entwicklung erlebt wurden. So ist auch beschrieben, dass besonders für angehende Ärzt\*innen, die wenig

selbstverantwortliche praktische Einsätze haben, das Gefühl von Kompetenz sehr beflügelnd und förderlich für die Identitätsentwicklung sein kann (Cruess et al. 2019). Das spiegelt die Ergebnisse in den Freitextkommentaren der schriftlichen Befragung, die bei den PJ-Studierenden drei Monate nach dem Einsatz eine Häufung der Nennung von Personalkompetenz aufzeigten. Hier wurden vor allem das Treffen von Entscheidungen und die Übernahme von Verantwortung benannt, was in diesem Fall der Personalkompetenz zugeordnet wurde. Da hier spezifisch nach erworbenen Kompetenzen gefragt wurde, wurden alle gemachten Angaben in der Auswertung auch im Sinne von Kompetenzen kategorisiert. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit wird von Miller et al. (2021) als bedeutsamer Einflussfaktor für das Entwickeln von professioneller Identität beschrieben (Miller et al. 2021). Auch die Erwartungen des Umfeldes spielen eine Rolle und die Aussage einer PJ-Studierenden in der vorliegenden Untersuchung zeigt, dass der erlebte Druck in anderen Einsätzen durch die bestehenden Hierarchien und die Erwartungen den Spaß und die Motivation nehmen kann. Pflegeauszubildende beschreiben in erster Linie einen Zugewinn an Selbstvertrauen und selbstbewusstem Auftreten durch den Einsatz auf HIPSTA. Durch HIPSTA entstand das Gefühl vorbereitet und sicher ins Examen und den Beruf starten zu können. Basierend auf dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wurde aktiv dazu beigetragen, die Zusammenarbeit zu verbessern. Die Pflegeauszubildenden scheinen ein Zugehörigkeitsgefühl zu ihrer eigenen Profession entwickelt zu haben, da sie sich ihrer Rolle sicher sind und entsprechend auch selbstbewusst auftreten können.

#### **4.5 Einflussfaktoren auf Kompetenzerwerb und Identitätsentwicklung**

Generell werden das interprofessionelle Setting und das eigenverantwortliche Handeln (Learning by doing) von den Lernenden sehr positiv erlebt und auch die Lernbegleitung wird direkt nach dem Einsatz sehr gelobt. Das deckt sich mit Befragungen von (ehemaligen) PJ-Studierenden in Bezug auf die Qualität des PJs, die zeigen, dass ein eigenverantwortliches Arbeiten, das Betreuen von „eigenen“ Patient\*innen, die Übernahme von Verantwortung und das Ausprobieren der künftigen Rolle als Ärzt\*in, sowie gleichzeitig eine intensive Supervision und ein stärkerer Fokus auf die Rolle der Lernenden als lernförderlich für das PJ betrachtet werden (Schrauth et al., 2009, Nikendei et al., 2012, Moczko et al., 2016, Eichhorst et al., 2021). In der vorliegenden Arbeit kann nicht immer eindeutig gesagt werden, ob das interprofessionelle Setting, die Möglichkeit, eigenverantwortlich zu Handeln oder die Lernbegleitung die Entwicklung von Kompetenzen und Identität ermöglicht haben. Tendenziell scheinen das eigenverantwortliche Handeln die Kompetenzen im Bereich der Patient\*innenversorgung und deren Management, aber auch teilweise interprofessionelle Kompetenzen gefördert zu haben. So konnte im Bereich Rollen und Verantwortlichkeiten durch die veränderte eigene Rolle einer\*s Pflegeauszubildenden ein besserer Kontakt zu anderen

Berufsgruppen abgesehen von der auf HIPSTA hergestellt, und so ein besserer Überblick über die Patient\*innenversorgung und die Rolle der verschiedenen Professionen erworben werden.

Gleichzeitig wurde durch das Erleben von Kompetenz im eigenverantwortlichen Handeln die Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein gefördert. Hood et al. haben in der Evaluation einer interprofessionellen Ausbildungsstation ähnliche Ergebnisse herausgearbeitet und dargelegt, dass die Lernenden durch das „Anprobieren“ der beruflichen Rolle ihre Persönlichkeit entwickeln konnten (Hood et al. 2014). Vor allem für PJ-Studierenden war das eigenverantwortliche Handeln eine gute Vorbereitung, wie sie sonst im PJ eher selten stattfand. Ähnlich wurde auch in anderen Untersuchungen das PJ betreffend dargestellt, dass Medizinstudierende, bzw. Ärzt\*innen am meisten im PJ lernten, wenn sie selbstständig unter Supervision arbeiten konnten. Wichtiger Faktor schien zu sein, dass einerseits Verantwortung übernommen und die künftige Rolle als Assistenzärzt\*in ausprobiert wird, andererseits aber auch die Rolle der Lernenden gestärkt und eine intensivere Betreuung stattfindet (Eichhorst et al. 2021). Die Möglichkeit mit dem Übernehmen von Verantwortung die spätere professionelle Rolle auszuprobieren kann neben dem Kompetenzerwerb auch die Annäherung an die professionelle Identität fördern (Joynes 2017). Die Lernenden in der vorliegenden Untersuchung beschreiben in den Gruppeninterviews einen geringeren Abstand zur späteren Tätigkeit, sehen sich also in ihrer professionellen Identität schon weiterentwickelt.

Für die Pflegeauszubildenden verringerte sich der Abstand zu den Ärzt\*innen und PJ-Studierenden und die eigenen Kompetenzen wurden erkannt, sowie die Fähigkeit für den eigenen Beruf einzustehen. Während die PJ-Studierenden sich in Bezug auf die Übernahme von Verantwortung als Assistenzärzt\*innen häufig während dem PJ noch nicht ganz wohl fühlen (Schrauth et al. 2009), scheinen die Pflegeauszubildenden leichter in der beobachtenden Rolle verweilen zu können und spüren eher Impulse Verantwortung übernehmen zu wollen. Dementsprechend wurde diese Möglichkeit der Verantwortungsübernahme in geschütztem Rahmen von den Lernenden beider Berufsgruppen positiv beurteilt. Ähnlich wie Schrauth et al. (2009) darstellen, berichteten auch in der vorliegenden Untersuchung die Lernenden rückblickend von zu wenig Zeit für die Übernahme von Verantwortung und die Lernbegleitung in regulären Einsätzen. Was die Identität angeht, so empfanden die Lernenden eine Gruppenzugehörigkeit zu ihrer Kohorte und grenzten sich von den ausgelernten Mitarbeiter\*innen ab.

In der eigenverantwortlichen Patient\*innenversorgung wurde von den Lernenden die Erkenntnis generiert, dass Verantwortung geteilt werden kann, und so die interprofessionelle Sozialisation im Sinne eines Hinarbeitens auf gemeinsame Ziele ermöglicht. Das interprofessionelle Setting hatte vor allem positive Auswirkungen auf die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen, sowie durch das

Lernen voneinander und miteinander auch auf den Kompetenzerwerb in Bezug auf die Patient\*innenversorgung. Darüber hinaus wurde aber im miteinander Lernen auch die Übernahme von Verantwortung ermöglicht und durch die gegenseitige Unterstützung das Entwickeln von Selbstvertrauen gefördert, sowie das Auftreten gegenüber anderen Berufsgruppen und das Vertreten der eigenen Profession gestärkt. Es konnte gezeigt werden, dass die Lernenden selbstorganisiert und im Austausch mit anderen gelernt haben, was nachweislich Kompetenzerwerb fördert (Dütthorn 2014; Erpenbeck und Sauter 2015). Durch den engen Kontakt und den kontinuierliche Austausch konnte auch informell, also beiläufig in der praktischen Tätigkeit, gelernt werden (Kirchhof 2007). Der von (Moczko et al. 2016) beschriebenen Unsicherheiten von PJ-Studierenden im Hinblick auf bestimmte Tätigkeiten, wie der Umgang mit ZVKs, konnte durch das selbstständige Arbeiten und Lernen voneinander, wie es die Lernenden in der vorliegenden Untersuchung beschrieben, begegnet werden. Darüber hinaus wurde ein Transfer von theoretischem Wissen aus dem Studium in die Praxis, sowie eine Kompetenzentwicklung im Lernen aus Erfahrungen in der realen Patient\*innenversorgung beschrieben, was den letzten beiden Stufen der Kompetenzentwicklung nach Erpenbeck und Sauter entspricht (Erpenbeck und Sauter 2015). Auch die Rolle der Lernbegleiter\*innen wurde in den Gruppeninterviews am Ende des Einsatzes zusätzlich zu dem interprofessionellen und eigenverantwortlichen Handeln hervorgehoben. Dabei wurde deutlich, dass die Kombination aus Begleitung, Anwesenheit und Zurückhaltung, also das „sit on your hands“, das Lernen gefördert hat. Dass das Feedback der Lernbegleiter\*innen von den Lernenden als hilfreich in der Identitätsentwicklung beschrieben wird, deckt sich mit der Erläuterung von Cruess et al. (2019), die besagen, dass die Lernbegleiter\*innen die Aufgabe haben reflexive Denkprozesse anzuregen, wodurch die Entwicklung der professionellen Identität positiv beeinflusst wird (Cruess et al. 2019). Auch (Khalili und Orchard 2020) zeigten in der Untersuchung von interprofessionellen Workshops, dass für die Entwicklung einer dualen Identität in den Workshops die Reflektion der eigenen professionellen Identität und die Möglichkeit in der Zusammenarbeit die eigene professionelle Gruppe um die der anderen Professionen zu ergänzen wichtig waren. Dabei spielten personale Einflussfaktoren, sowie kollektivistische oder individualistische Einstellungen keinen Einfluss auf die Entwicklung einer dualen Identität (Khalili & Orchard 2020).

In den Follow-up Interviews fand häufig ein Vergleich des HIPSTA-Einsatzes mit anderen Einsätzen statt, und anhand dessen wurde das Positive von HIPSTA in Negativ-Beschreibungen anderer Einsätze dargestellt. In diesen Erläuterungen wird auch deutlich, warum eine interprofessionelle Identität nicht aufrechterhalten werden konnte und auch die entwickelte professionelle Identität wieder an die einschränkenden Gegebenheiten angepasst werden musste. Hierarchische Strukturen und Zeitmangel scheinen ein Vertiefen der Entwickelten Kompetenzen und Identität von



Pflegeauszubildende wie auch PJ-Studierende in folgenden Einsätzen verhindert zu haben. Das deckt sich mit den Beschreibungen von Paradis & Whitehead (2018) in Bezug auf die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit in der klinischen Praxis.

*„Without structures to support collaborative care delivery, students cannot become the collaborative clinicians they hoped to be. There is often too much work, too many tasks, too many patients, too many noncollaborative senior clinicians, too little preparation, too little time, too little space, too little influence, and too few allies for truly collaborative care to happen”* (Paradis und Whitehead 2018, S. 1461).

Die PJ-Studierenden scheinen in anderen Einsätzen wenig Zugehörigkeit zu einem Team zu empfinden, da Sie weder zu der Gruppe der Ärzt\*innen, noch zu der Gruppe der Pflegenden gehören. Die Pflegeauszubildenden sind eindeutiger dem Team der Pflegenden zugeordnet. Es profitieren dennoch beide Berufsgruppen von dem Zugehörigkeitsgefühl zu der Gruppe der Lernenden in ihrer jeweiligen Kohorte. Dass das Lernen gefördert wird und sich die Lernenden wohl fühlen lässt sich basierend auf den genannten Aspekten im Hinblick auf die Selbstbestimmungstheorie nach Deci und Ryan begründen, die besagt, dass soziale Eingebundenheit – hier durch das interprofessionelle Lernen und Arbeiten, Kompetenzerleben und Autonomie drei psychische Grundbedürfnisse für Motivation und Lernen sind (Deci und Ryan 2008). Entsprechend nachvollziehbar ist, dass auf anderen Einsätzen, in denen nicht selbstständig gearbeitet werden konnte, oder keine Teamzugehörigkeit oder auch kein Kompetenzerleben stattfand schlechter gelernt wurde und es stellt sich die Frage, wie solche Einsätze die Lernenden optimal auf ihre berufliche Tätigkeit vorbereiten sollen. Vor allem die Aussage, dass auf keinem anderen Einsatz im chirurgischen Tertial des PJs so viel gelernt wurde, wie auf HIPSTA ist alarmierend und begründet die Notwendigkeit einer Umstrukturierung des PJs.

Es hat sich gezeigt, dass die Kombination aus Eigenverantwortung, begleitet von Praxisanleiter\*innen und Ärzt\*innen und interprofessionellem Setting, sowie Zeit für die intensive Beschäftigung mit Patient\*innen positive Auswirkungen sowohl auf den Erwerb von (inter-)professionellen Kompetenzen, sowie auch auf die professionelle Identitätsentwicklung und interprofessionelle Sozialisation haben kann. Keine\*r der befragten Lernenden hat nicht von dem Einsatz auf HIPSTA profitiert. An sich könnten flachere Hierarchien das Lernen positiv beeinflussen und vor allem die Struktur des praktischen Jahres sollte im Hinblick auf Lernförderung und Berufsvorbereitung überarbeitet werden. Die kontinuierliche Weiterentwicklung von Identität, die auch nach Abschluss der Berufsausbildung oder des Studiums im Sinne eines lebenslangen Lernens nicht abgeschlossen ist, bedarf einer breiteren Betrachtung. Eine Förderung und Ermöglichung von interprofessioneller

Zusammenarbeit unabhängig von ausgewiesenen interprofessionellen Ausbildungsstationen sollte in die reguläre Versorgung integriert werden. Darüber hinaus bedarf es der Förderung von Reflexion der Zusammenarbeit und der konkreten Adressierung von Stereotypen und Hierarchien in interprofessioneller Ausbildung sowohl während der Berufsausbildung als auch danach.

#### **4.6 Methodendiskussion**

Die verwendeten quantitativen und qualitativen Analysemethoden in der vorliegenden Arbeit, die sequentiell und parallel angewendet wurden, ermöglichten einen Einblick in die Einstellungen, Meinungen und Erfahrungen der Teilnehmenden, wobei konkret Aspekte hinterfragt und quantitative Ergebnisse mit Hilfe von Interviewbefragungen interpretiert werden konnten. Dies wurde ermöglicht durch das prospektive mixed-methods Studiendesign. Weiterer Vorteil des prospektiven Designs war die geplante wiederholte Erhebung zu drei Zeitpunkten, inklusive einer Baseline-Befragung (T0), die einen longitudinalen Vergleich einer verbundenen Stichprobe ermöglichte. Die statistische Auswertung der Fragebögen wurde anhand des gemischten linearen Modells durchgeführt, was einen Einbezug aller Fälle ermöglichte. Allerdings gilt zu beachten, dass hier mit geschätzten Mittelwerten gerechnet wird. Dennoch konnten aussagekräftige Ergebnisse mit Effektstärken von 0,28 – 0,97 ermittelt werden. Als limitierender Faktor muss hier das Fehlen einer Kontrollgruppe erwähnt werden. Es wurden keine Daten in regulären Einsätzen erhoben, die einen Vergleich in Bezug auf die tatsächliche Wirksamkeit des Einsatzes auf der HIPSTA ermöglicht hätten.

In Bezug auf die Analyse des Kompetenzerwerbs gilt, dass Kompetenzen einerseits beobachtet und bewertet, andererseits subjektiv eingeschätzt werden können. Für die vorliegende Arbeit wurde letzteres für die Kompetenzmessung gewählt. Basierend auf der persönlichen Einschätzung der Befragten bezüglich ihres Kompetenzerwerbs mit Hilfe von Fragebögen und leitfadengestützten Interviews findet eine Analyse und Bewertung des Kompetenzerwerbs statt. Gütekriterien sind im Rahmen solcher subjektiven Einschätzungen nicht unbedingt gegeben, allerdings zeigt die Forschung, dass die Einschätzung von Personen, ihre Kompetenzen betreffend, mit den von außen beobachteten Kompetenzen größtenteils übereinstimmt (Darmann-Finck und Reuschenbach 2013). Darüber hinaus ist der Vorteil von Interviews gegenüber Beobachtungen der, dass *„auch nicht direkt beobachtbare Ereignisse und Verhaltensweisen erfasst werden können“* (Döring und Bortz 2016, S. 356), was gerade in Bezug auf Kompetenzen von Bedeutung ist, da sich in der Performanz nicht alle vorhandenen Kompetenzen zeigen. Um neben den Kompetenzen auch die Sozialisation beurteilen zu können, wurden in Gruppendiskussionen und Einzelinterviews lediglich semi-strukturierte Leitfäden verwendet um Narrative zu generieren und den Orientierungsrahmen der Gruppen rekonstruieren zu können.

Die initiale Analyse der Gruppeninterviews erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. In diesem Prozess hat sich das Forschungsinteresse einer rekonstruktiven Analyse entwickelt, da der Eindruck entstand, zwischen den Zeilen lesen zu müssen; die Art der Kommunikation in der Gruppe spiegelte nicht immer die Inhalte der Aussagen. Dementsprechend wurden die Gruppeninterviews anhand der dokumentarischen Methode analysiert, was eine Typenbildung und einen tieferen Einblick in Sozialisationsprozesse ermöglichte, denn die Sozialisation und Identitätsentwicklung basieren häufig mehr auf implizitem als auf explizitem Wissen (Cruess et al. 2019). Ähnlich beschrieben auch Lingard et al. (2012) die durch den Einsatz von Befragungen und Beobachtungen aufgedeckte Diskrepanz zwischen beschriebener Demokratie und beobachtbarer ärztlicher Dominanz und bestehender Hierarchie in der interprofessionellen Zusammenarbeit (Lingard et al. 2012). Die rekonstruktive Analyse stellt zwar keine Beobachtung dar, kann aber, wie gezeigt, die nicht explizit kommunizierten Prozesse aufzeigen und es bestätigen sich teilweise die Ergebnisse von Lingard et al. (2012). Ein limitierender Faktor sind in dieser Herangehensweise die Einstellungen und Vorerfahrungen der beteiligten Forscherinnen, deren Fokus auf pflegerischer und interprofessioneller Perspektive liegt. Es fehlte die ärztliche Perspektive in der Auswertung.

Die qualitative Auswertung der Daten erfüllte das Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit durch die Einbindung weiterer Forscherinnen. Darüber hinaus ermöglicht auch die Triangulation mehr Objektivität in der Auswertung, insofern als dass sich die Daten gegenseitig bestätigen und erklären. Inhaltlich zeigt sich dabei, dass sich die Konstrukte von interprofessioneller Sozialisation und interprofessionellen Kompetenzen ebenso überschneiden, wie auch die Personalkompetenz und die professionelle Identität. Hier sind die Grenzen fließend, was gleichzeitig aber auch die gegenseitige Bedingung der einzelnen Aspekte beweist: professionelle Kompetenzen und Identität sind wichtig für die interprofessionelle Zusammenarbeit und Sozialisation. Gleichzeitig können professionelle Kompetenz und Identität im interprofessionellen Setting ebenso entwickelt werden, wie interprofessionelle Kompetenzen.

## **5. ZUSAMMENFASSUNG**

**Hintergrund:** Für eine optimale Patient\*innenversorgung ist eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit beteiligter Berufsgruppen, Patient\*innen und Angehöriger von zentraler Bedeutung. Vorbereitend für diese Zusammenarbeit kann die Entwicklung von (inter-)professionellen Kompetenzen und (inter-)professioneller Identität durch interprofessionelle Ausbildung sein. Die Integration interprofessioneller Ausbildung und der Fokus auf Kompetenzerwerb hat in Deutschland sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, sowie auch im Studium der Humanmedizin an Bedeutung gewonnen. Mehr Möglichkeiten zur Verantwortungsübernahme und

dem Erwerb praxisbezogener Kompetenzen sollen die Lernenden auf die Komplexität in der Versorgung optimal vorbereiten. Aktuell findet die Ausbildung oder das Studium jedoch noch vorwiegend monoprofessionell statt und interprofessionelle Ausbildung in klinischen Einsätzen wird noch nicht flächendeckend eingesetzt. Evaluationen interprofessioneller Ausbildungsstationen aus dem englischsprachigen und skandinavischen Raum zeigen vielversprechende Ergebnisse im Hinblick auf den Kompetenzerwerb der Lernenden, es liegen allerdings kaum Erkenntnisse zur Identitätsentwicklung auf entsprechenden Ausbildungsstationen vor. In Deutschland gibt es zu diesen Aspekten so gut wie keine Evidenz.

**Fragestellung:** Wie entwickeln sich (inter-)professionellen Kompetenzen und Identität von Lernenden aus Pflege und Humanmedizin durch den Einsatz auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation?

**Methodik:** Das Forschungsdesign entspricht einer prospektiven Mixed Methods Beobachtungsstudie ohne Kontrollgruppe mit Pflegeauszubildenden und Medizinstudierenden aus 16 Kohorten, die auf der Heidelberger interprofessionellen Ausbildungsstation HIPSTA eingesetzt waren. Mit Hilfe von validierten Fragebögen aus dem englischsprachigen Raum, die die selbsteingeschätzten Kompetenzen in Kommunikation und Teamarbeit sowie die Einstellungen gegenüber interprofessionellem Lernen (UWE-IP) und interprofessioneller Zusammenarbeit und Sozialisation (ISVS) erfassen, werden die Lernenden zu drei Zeitpunkten befragt (direkt vor dem Einsatz auf der HIPSTA (T0), am Ende des HIPSTA-Einsatzes (T1) und drei Monate nach dem Einsatz (T2)). In einer Analyse anhand des gemischten linearen Modells werden die festen Effekte Zeitpunkt, Geschlecht und Berufsgruppe untersucht. Gruppeninterviews am Ende des HIPSTA Einsatzes (T1), die mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet werden, geben einen tieferen Einblick in die Einstellungen und Erfahrungen der Lernenden, und eine weiterführende rekonstruktive Analyse der Gruppeninterviews anhand der dokumentarischen Methode ermöglicht eine Rekonstruktion der interprofessionellen Sozialisation in den einzelnen Gruppen und eine komparative Analyse der kollektiven Orientierungsrahmen. Die qualitative Inhaltsanalyse von Einzelinterviews, die 1 – 1,5 Jahre nach dem Einsatz auf der HIPSTA durchgeführt wurden, gibt Aufschluss über die Nachhaltigkeit des Kompetenzerwerbs und der Identitätsentwicklung, sowie der Faktoren, die diese beeinflussen.

**Ergebnisse:** Die Untersuchung hat gezeigt, dass die Lernenden der Pflege und Medizin sowohl interprofessionelle Kompetenzen, als auch professionsspezifische und teilweise auch -übergreifende Kompetenzen durch das interprofessionelle Lernen, die interprofessionelle Zusammenarbeit, das eigenverantwortliche Handeln, die Begleitung von Lernbegleiter\*innen und den intensiven Patient\*innenkontakt entwickelten, die auch nach bis zu 1,5 Jahren noch abrufbar sind. Auch die professionelle Identität konnte in diesem Zusammenhang weiterentwickelt werden und erste

Grundlagen für die Entwicklung einer dualen Identität im Sinne einer interprofessionellen und professionellen Identität wurden gelegt.

**Diskussion:** Die Lernenden aus Medizin und Pflege konnten durch den Einsatz auf der interprofessionellen Ausbildungsstation sowohl interprofessionelle wie auch professionsspezifische Kompetenzen erwerben. HIPSTA wurde als eine gute Vorbereitung auf den Berufseinstieg und näherten sich an ihre berufliche Rolle an. Für die nachhaltige Entwicklung einer interprofessionellen Identität und die Festigung der interprofessionellen Kompetenzen könnten das gemeinsame Reflektieren von Stereotypen und das explizite Adressieren von Hierarchien und deren Bedeutung für die Zusammenarbeit bereichernd sein. Darüber hinaus bedarf es auch in der Praxis in anderen Einsätzen im Rahmen der Berufsausbildung, sowie auch in der regulären Versorgung Strukturen, die die Zeit und den Raum geben, um interprofessionell zusammenzuarbeiten und diese Zusammenarbeit auch selbst zu gestalten, zu reflektieren und zu optimieren.

## 6. LITERATURVERZEICHNIS

Aaberg, O. R., Ballangrud, R., Husebø, S. I. E. und Hall-Lord, M. L. (2019). **An interprofessional team training intervention with an implementation phase in a surgical ward: A controlled quasi-experimental study**. J Interprof Care, 1-10, doi: 10.1080/13561820.2019.1697216.

Allport, G. (1954). **The nature of prejudice**, Addison-Wesley, Cambridge.

Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (2011). **Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen**.

Arnold, C., Berger, S., Gronewold, N., Schwabe, D., Götsch, B., Mahler, C. und Schultz, J.-H. (2020). **Exploring early interprofessional socialization: a pilot study of student's experiences in medical history taking**. Journal of Interprofessional Care, 1-8, doi: 10.1080/13561820.2019.1708872.

Aronson, E. (2000). **Nobody Left to Hate**, American Humanist Association, Buffalo, N.Y.

ÄApprO: Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 22. September 2021 (BGBl. I S. 4335) geändert worden ist.

Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A. und Reeves, S. (2011). **Relationships of power: implications for interprofessional education**. Journal of Interprofessional Care 25 (2), 98-104, doi: 10.3109/13561820.2010.505350.

Bandura, A. (1979). **Sozial-kognitive Lerntheorie**, Klett-Cotta, Stuttgart.

Benner, P. E. (1984). **From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice**. American Journal of Nursing 84(12). <https://doi.org/10.1097/00000446-198412000-00025>.

Benner, P. E. (2017). **Stufen zur Pflegekompetenz**, 3., unveränderte Auflage. Aufl., Hogrefe, Bern.

Berger, S., Mahler, C., Krug, K., Szecsenyi, J. und Schultz, J. H. (2016). **Evaluation of interprofessional education: lessons learned through the development and implementation of an interprofessional seminar on team communication for undergraduate health care students in Heidelberg - a project report**. GMS J Med Educ 33 (2), Doc22, doi: 10.3205/zma001021.

Berger, S., Whelan, B., Mahler, C., Szecsenyi, J. und Krug, K. (2018). **Encountering complexity in collaborative learning activities: an exploratory case study with undergraduate health professionals**. Journal of Interprofessional Care 33 (5), 1-7, doi: 10.1080/13561820.2018.1562423.

- Bohnsack, R. (2013). **Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis : Grundlagen qualitativer Sozialforschung**, 3., akt. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Braithwaite, J., Clay-Williams, R., Vecellio, E., Marks, D., Hooper, T., Westbrook, M., Westbrook, J., Blakely, B. und Ludlow, K. (2016). **The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: a laboratory-controlled teamwork experiment**. *BMJ Open* 6 (7), e012467, doi: 10.1136/bmjopen-2016-012467.
- Brashers, V., Erickson, J. M., Blackhall, L., Owen, J. A., Thomas, S. M. und Conaway, M. R. (2016). **Measuring the impact of clinically relevant interprofessional education on undergraduate medical and nursing student competencies: A longitudinal mixed methods approach**. *J Interprof Care* 30 (4), 448-457, doi: 10.3109/13561820.2016.1162139.
- Brown, D. K., Fosnight, S., Whitford, M., Hazelett, S., McQuown, C., Drost, J. C., Kropp, D. J., Hovland, C. A., Niederriter, J. E., Patton, R., Morgan, A., Fleming, E., Steiner, R. P., Scott, E. D. und Ortiz-Figueroa, F. (2018). **Interprofessional education model for geriatric falls risk assessment and prevention**. *BMJ Open Qual* 7 (4), e000417, doi: 10.1136/bmjopen-2018-000417.
- Brown, J., Stevens, J. und Kermode, S. (2012). **Supporting student nurse professionalisation: the role of the clinical teacher**. *Nurse Educ Today* 32 (5), 606-610, doi: 10.1016/j.nedt.2011.08.007.
- Bundesinstitut für Berufsbildung, B. (2020). **Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach §53 PfIBG**. URL: <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560> [Stand: 5. Juli 2021].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2018). **Weiterbildungsverhalten in Deutschland 2018. Ergebnisse des Adult Education Survey - AES-Trendbericht**. URL: <https://doku.iab.de/externe/2019/k190830r09.pdf> [Stand: 07. Jan. 2022].
- Burford, B., Morrow, G., Morrison, J., Baldauf, B., Spencer, J., Johnson, N., Rothwell, C., Peile, E., Davies, C., Allen, M. und Illing, J. (2013). **Newly qualified doctors' perceptions of informal learning from nurses: implications for interprofessional education and practice**. *Journal of Interprofessional Care* 27 (5), 394-400, doi: 10.3109/13561820.2013.783558.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010). **A national interprofessional competency framework**. URL: [www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf) [Stand: 7. Jan 2020].
- Cartwright, J., Franklin, D., Forman, D. und Freegard, H. (2015). **Promoting collaborative dementia care via online interprofessional education**. *Australas J Ageing* 34 (2), 88-94, doi: 10.1111/ajag.12106.

- Cichon, I. und Klapper, B. (2018). **[Interprofessional approaches in undergraduate medical education]**. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 61 (2), 195-200, doi: 10.1007/s00103-017-2672-0.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L. und Steinert, Y. (2015). **A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators**. Acad Med 90 (6), 718-725, doi: 10.1097/acm.0000000000000700.
- Cruess, S. R., Cruess, R. L. und Steinert, Y. (2019). **Supporting the development of a professional identity: General principles**. Medical Teacher 41 (6), 641-649, doi: 10.1080/0142159X.2018.1536260.
- Curtin University (2013). **Interprofessional Capability Framework**. URL: [https://healthsciences.curtin.edu.au/wp-content/uploads/sites/6/2017/11/interprofessional\\_A5\\_broch\\_1-29072015.pdf](https://healthsciences.curtin.edu.au/wp-content/uploads/sites/6/2017/11/interprofessional_A5_broch_1-29072015.pdf) [Stand:7. Jan 2020].
- Darmann-Finck, I. und Reuschenbach, B. (2013). **Entwicklungsstand der Kompetenzmessung im Berufsfeld Pflege**. Zeitschrift fuer Evidenz, Fortbildung und Qualitaet im Gesundheitswesen 107(1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.11.020>.
- Deci, E. L. und Ryan, R. M. (2008). **Self-Determination Theory : A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health**. Canadian Psychology/Psychologie canadienne 49 (3), 182-185. doi: 10.1037/a0012801.
- Delisle, M., Grymonpre, R., Whitley, R. und Wirtzfeld, D. (2016). **Crucial Conversations: An interprofessional learning opportunity for senior healthcare students**. J Interprof Care 30 (6), 777-786, doi: 10.1080/13561820.2016.1215971.
- Dinmohammadi, M., Peyrovi, H. und Mehrdad, N. (2013). **Concept analysis of professional socialization in nursing**. Nurs Forum 48 (1), 26-34, doi: 10.1111/nuf.12006.
- Döring, N. und Bortz, J. (2016). **Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften**, 5., vollst. überarb., akt. u. erw. Aufl. 2016. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg.
- Dreyfus, S. und Dreyfus, H. (1980). **A fife-Stage Model of the mental activities involved in Directed skill acquisition**, University of California, Berkeley.



- Duden (2021). **Wörterbuch**. URL: <https://www.duden.de/woerterbuch> [Stand:22 Dez. 2021].
- Dütthorn, N. (2014). **Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum : eine empirische Studie in den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland**, V&R unipress, Göttingen.
- Eichhorst, A., Kunz, K. und Giesler, M. (2021). **"Assistant physician light?" - Feedback from graduates on the practical year**. *GMS J Med Educ* 38 (2), Doc44, doi: 10.3205/zma001440.
- Engeström, Y., Engeström, R. und Vähäaho, T. (1999). **When the center does not hold: The importance of knotworking**. In: *Activity theory and social practice: Cultural-historical approaches*, Hrsg. Chaiklin, S., Hedegaard, M. und Jensen, U. J., Aarhus University Press, Aarhus.
- Ericson, A., Löfgren, S., Bolinder, G., Reeves, S., Kitto, S. und Masiello, I. (2017). **Interprofessional education in a student-led emergency department: A realist evaluation**. *J Interprof Care* 31 (2), 199-206, doi: 10.1080/13561820.2016.1250726.
- Erpenbeck, J. und Sauter, W. (2015). **Kompetenzentwicklung**. In: *Wissen, Werte und Kompetenzen in der Mitarbeiterentwicklung: Ohne Gefühl geht in der Bildung gar nichts*, Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 19-32.
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020). **Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG**, Bundesinstitut für Berufsbildung, B., Hrsg. (o.O.).
- Farrell, K., Payne, C. und Heye, M. (2015). **Integrating interprofessional collaboration skills into the advanced practice registered nurse socialization process**. *J Prof Nurs* 31 (1), 5-10, doi: 10.1016/j.profnurs.2014.05.006.
- Flaiz, B. (2018) **Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen : eine Vergleichsstudie zwischen Australien und Deutschland**. Mabuse-Verlag, pflegewissenschaftliche Dissertation, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar.
- Foronda, C., MacWilliams, B. und McArthur, E. (2016). **Interprofessional communication in healthcare: An integrative review**. *Nurse Educ Pract* 19, 36-40, doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.005.
- Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J. (2015). **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa.

- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N. und Evans, T. (2010). **Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.** *Lancet* 376, doi: 10.1016/s0140-6736(10)61854-5.
- Gergerich, E., Boland, D. und Scott, M. A. (2019). **Hierarchies in interprofessional training.** *J Interprof Care* 33 (5), 528-535, doi: 10.1080/13561820.2018.1538110.
- Gilbert, J. H., Yan, J. und Hoffman, S. J. (2010). **A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice.** *J Allied Health* 39 *Suppl* 1, 196-197.
- Hall, P. (2005). **Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers.** *J Interprof Care* 19 *Suppl* 1, 188-196, doi: 10.1080/13561820500081745.
- Hallin, K. und Kiessling, A. (2016). **A safe place with space for learning: Experiences from an interprofessional training ward.** *J Interprof Care* 30 (2), 141-148, doi: 10.3109/13561820.2015.1113164.
- Hean, S., Craddock, D. und O'Halloran, C. (2009). **Learning theories and interprofessional education: a user's guide.** *Learning in Health and Social Care* 8 (4), 250-262, doi: 10.1111/j.1473-6861.2009.00227.x.
- Hendricks, S., LaMothe, V. J., Halstead, J. A., Taylor, J., Ofner, S., Chase, L., Dunscomb, J., Chael, A. und Priest, C. (2018). **Fostering interprofessional collaborative practice in acute care through an academic-practice partnership.** *J Interprof Care* 32 (5), 613-620, doi: 10.1080/13561820.2018.1470498.
- Holoch, E. (2002). **Situiertes Lernen und Pflegekompetenz : Entwicklung, Einführung und Evaluation von Modellen situierten Lernens für die Pflegeausbildung**, 1. Aufl., Huber, Bern Göttingen.
- Hood, K., Cant, R., Leech, M., Baulch, J. und Gilbee, A. (2014). **Trying on the professional self: nursing students' perceptions of learning about roles, identity and teamwork in an interprofessional clinical placement.** *Appl Nurs Res* 27 (2), 109-114, doi: 10.1016/j.apnr.2013.07.003.
- Huber, M., Spiegel-Steinmann, B., Schwärzler, P., Kerry-Krause, M. und Dratva, J. (2019). **Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate.** Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Hunter, K. und Cook, C. (2018). **Role-modelling and the hidden curriculum: New graduate nurses' professional socialisation.** *J Clin Nurs* 27 (15-16), 3157-3170, doi: 10.1111/jocn.14510.

- Interprofessional Education Collaborative (2016). **Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 update**. URL: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2011-Original.pdf> [Stand: 07. Jan. 2022]
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011). **Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel**. URL: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2011-Original.pdf> [Stand: 07. Jan. 2022].
- Irajpour, A., Farzi, S., Saghaei, M. und Ravaghi, H. (2019). **Effect of interprofessional education of medication safety program on the medication error of physicians and nurses in the intensive care units**. *J Educ Health Promot* 8, 196, doi: 10.4103/jehp.jehp\_200\_19.
- Ivarson, J., Zelic, L., Sondén, A., Samnegård, E. und Bolander Laksov, K. (2021). **Call the On-Call: a study of student learning on an interprofessional training ward**. *J Interprof Care* 35 (2), 275-283, doi: 10.1080/13561820.2020.1725452.
- Jacobsen, F., Fink, A. M., Marcussen, V., Larsen, K. und Hansen, T. B. (2009). **Interprofessional undergraduate clinical learning: results from a three year project in a Danish Interprofessional training unit**. *J Interprof Care*. 23, doi: 10.1080/13561820802490909.
- Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I. und Young, H. (2012). **Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges**. *International Nursing Review* 59 (4), 562-569, doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x.
- Joynes, V. C. T. (2017). **Defining and understanding the relationship between professional identity and interprofessional responsibility: implications for educating health and social care students**. *Advances in Health Sciences Education* 23 (1), 133-149, doi: 10.1007/s10459-017-9778-x.
- Khalili, H. (2013) **Interprofessional socialization and dual identity development amongst cross-disciplinary students**. Pflegewissenschaftliche Dissertation, Western University Ontario, Canada.
- Khalili, H. und Orchard, C. (2020). **The effects of an IPS-based IPE program on interprofessional socialization and dual identity development**. *J Interprof Care*, 1-11, doi: 10.1080/13561820.2019.1709427.
- Khalili, H., Orchard, C., Laschinger, H. K. und Farah, R. (2013). **An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students**. *J Interprof Care* 27 (6), 448-453, doi: 10.3109/13561820.2013.804042.

- King, G., Shaw, L., Orchard, C. A. und Miller, S. (2010). **The interprofessional socialization and valuing scale: a tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings.** *Work* 35 (1), 77-85, doi: 10.3233/WOR-2010-0959.
- Kirchhof, S. (2007). **Informelles Lernen fördern, unterstützen und integrieren - Neue Impulse für die Pflegedidaktik.** *Die Schwester / Der Pfleger* 04, 343-345.
- Kolb, S., Vasilakis, T., Stein, B., Stadelmann, J., Munzinger, A., Fley, G., Hach, I., Jassmann, M. und Harlein, J. (2017). **Attitudes and preferences concerning interprofessional education of first-year students and experienced medical and nursing staff.** *J Interprof Care* 31 (2), 164-166, doi: 10.1080/13561820.2017.1283301.
- Kuckartz, U. (2014). **Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren,** Springer VS, Wiesbaden.
- Kultusministerkonferenz, K. (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.**  
URL:  
[https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2011/2011\\_09\\_23-GEP-Handreichung.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf) [Stand: 07. Juli 2021].
- Lamnek, S. und Krell, C. (2010). **Qualitative Sozialforschung : Lehrbuch,** 5., überarb. Aufl. Aufl., Beltz, Weinheim Basel.
- Langins, M. und Borgermans, L. (2015). **Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services.** URL:  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf) [Stand: 07. Juli 2021].
- Lingard, L. (2016). **Paradoxical Truths and Persistent Myths: Reframing the Team Competence Conversation.** *J Contin Educ Health Prof* 36 *Suppl 1*, S19-21, doi: 10.1097/ceh.0000000000000078.
- Lingard, L., Vanstone, M., Durrant, M., Fleming-Carroll, B., Lowe, M., Rashotte, J., Sinclair, L. und Tallett, S. (2012). **Conflicting messages: examining the dynamics of leadership on interprofessional teams.** *Acad Med* 87 (12), 1762-1767, doi: 10.1097/ACM.0b013e318271fc82.
- Lochner, L., Girardi, S., Pavcovich, A., Meier, H., Mantovan, F. und Ausserhofer, D. (2018). **Applying interprofessional Team-Based Learning in patient safety: a pilot evaluation study.** *BMC Med Educ* 18 (1), 48, doi: 10.1186/s12909-018-1164-8.

- Mahler, C., Berger, S., Pollard, K., Krisam, J., Karstens, S., Szecsenyi, J. und Krug, K. (2017). **Translation and psychometric properties of the German version of the University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWE-IP)**. *J Interprof Care* 31 (1), 105-109, doi: 10.1080/13561820.2016.1227964.
- Mahler, C., Schwarzbeck, V., Mink, J. und Goetz, K. (2018). **Students' perception of interprofessional education in the bachelor programme "Interprofessional Health Care" in Heidelberg, Germany: an exploratory case study**. *BMC Medical Education* 18:19.
- Matthews, J., Bialocerkowski, A. und Molineux, M. (2019). **Professional identity measures for student health professionals - a systematic review of psychometric properties**. *BMC Med Educ* 19 (1), 308, doi: 10.1186/s12909-019-1660-5.
- Mayring, P. (2015). **Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken**, Bd. 12. überarb. Aufl., Beltz, Weinheim Basel.
- Meek, R., Morphet, J., Hood, K., Leech, M. und Sandry, K. (2013). **Effect of interprofessional student-led beds on emergency department performance indicators**. *Emerg Med Australas* 25 (5), 427-434, doi: 10.1111/1742-6723.12118.
- Mette, M., Baur, C., Hinrichs, J. und Narciß, E. (2021). **Gaining interprofessional knowledge and interprofessional competence on a training ward**. *Med Teach*, 1-14, doi: 10.1080/0142159x.2021.1885638.
- Medizinischer Fakultätentag (MFT) (2021). **Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Version 2.0**. URL: <https://nklm.de/zend/menu> [Stand: 07. Jan. 2022].
- Michalec, B. und Hafferty, F. W. (2015). **Role theory and the practice of interprofessional education: A critical appraisal and a call to sociologists**. *Social Theory & Health* 13 (2), 180-201, doi: <http://dx.doi.org/10.1057/sth.2015.2>.
- Mihaljevic, A. L., Schmidt, J., Mitzkat, A., Probst, P., Kenngott, T., Mink, J., Fink, C. A., Ballhausen, A., Chen, J., Cetin, A., Murrmann, L., Müller, G., Mahler, C., Götsch, B. und Trierweiler-Hauke, B. (2018). **Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward**. *GMS Journal for Medical Education* 35 (3), Doc33, doi: 10.3205/zma001179.
- Miller, T., Roland, R., Vonau, V. und Pfeil, P. (Hrsg.) (2021). **Studium Soziale Arbeit und Entwicklung einer professionellen Identität – theoretische Bezüge**. In: Professionelle

Identitätsentwicklung in der Sozialen Arbeit: Perspektiven auf ein berufsbegleitendes Studium, Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 7-52.

- Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). **Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study**. Journal of Interprofessional Care, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.
- Mink, J., Mitzkat, A., Mihaljevic, A. L., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Schmidt, J., Krug, K. und Mahler, C. (2019). **The impact of an interprofessional training ward on the development of interprofessional competencies: Study protocol of a longitudinal mixed-methods study** BMC-Medical Education. 19:48. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1478-1>.
- Moczko, T. R., Bugaj, T. J., Herzog, W. und Nikendei, C. (2016). **Perceived stress at transition to workplace: a qualitative interview study exploring final-year medical students' needs**. Adv Med Educ Pract 7, 15-27, doi: 10.2147/amep.S94105.
- Mohr, S., Grahn, H., Krohne, C., Brätz, J. und Guse, A. H. (2020). **A two-week interprofessional teamwork simulation with real cardiac patients**. Journal of Interprofessional Education & Practice 19, 100319, doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100319>.
- Morphet, J., Hood, K., Cant, R., Baulch, J., Gilbee, A. und Sandry, K. (2014). **Teaching teamwork: an evaluation of an interprofessional training ward placement for health care students**. Adv Med Educ Pract 5, 197-204. doi: 10.2147/AMEP.S61189.
- Nasir, J., Goldie, J., Little, A., Banerjee, D. und Reeves, S. (2017). **Case-based interprofessional learning for undergraduate healthcare professionals in the clinical setting**. Journal of Interprofessional Care 31 (1), 125-128, doi: 10.1080/13561820.2016.1233395.
- Nentwig-Gesemann, I. und Gerstenberg, F. (2014). **Gruppeninterviews**. In: Handbuch Kinder und Medien, Hrsg. Tillmann, A., Fleischer, S. und Hugger, K.-U., Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 273-285.
- Newell, C. (2008). **The class as a learning entity (complex adaptive system): An idea from complexity science and educational research**. SFU Educational Review 2.
- Nikendei, C., Krautter, M., Celebi, N., Obertacke, U. und Jünger, J. (2012). **Final year medical education in Germany**. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 106, 75-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.01.002>.

- Olbrich, C. (2018). **Pflegekompetenz**, 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Aufl., Hogrefe, Bern Göttingen Wien Oxford Paris Boston Amsterdam Prag Florenz Kopenhagen Stockholm Helsinki Oslo Madrid Barcelona Sevilla Bilbao Saragossa São Paul; Lissabon.
- Oosterom, N., Floren, L. C., ten Cate, O. und Westerveld, H. E. (2018). **A review of interprofessional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes**. *Medical Teacher*, 1-8, doi: 10.1080/0142159X.2018.1503410.
- Orchard, C. A., King, G. A., Khalili, H. und Bezzina, M. B. (2012). **Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument**. *J Contin Educ Health Prof* 32 (1), 58-67, doi: 10.1002/chp.21123.
- Paradis, E. und Whitehead, C. R. (2015). **Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013**. *Medical Education* 49 (4), 399-407, doi: 10.1111/medu.12668.
- Paradis, E. und Whitehead, C. R. (2018). **Beyond the Lamppost: A Proposal for a Fourth Wave of Education for Collaboration**. *Acad Med* 93 (10), 1457-1463, doi: 10.1097/acm.0000000000002233.
- Pelling, S., Kalen, A., Hammar, M. und Wahlstrom, O. (2011). **Preparation for becoming members of health care teams: findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward**. *J Interprof Care* 25 (5), 328-332, doi: 10.3109/13561820.2011.578222.
- Pettigrew, T. F. (1998). **Intergroup contact theory**. *Annual Review of Psychology* 49, 65-85. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.65>.
- PfIAPrV: Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist.
- Pollard, K., Miers, M. E. und Gilchrist, M. (2005). **Second year scepticism: pre-qualifying health and social care students' midpoint self-assessment, attitudes and perceptions concerning interprofessional learning and working**. *J Interprof Care* 19 (3), 251-268, doi: 10.1080/13561820400024225.
- Pollard, K. C., Miers, M. E. und Gilchrist, M. (2004). **Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students**. *Health Soc Care Community* 12 (4), 346-358, doi: 10.1111/j.1365-2524.2004.00504.x.
- Pollard, K. C., Miers, M. E., Gilchrist, M. und Sayers, A. (2006). **A comparison of interprofessional perceptions and working relationships among health and social care students: the results**

- of a 3-year intervention.** *Health Soc Care Community* 14 (6), 541-552, doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00642.x.
- Pomare, C., Long, J. C., Churruca, K., Ellis, L. A. und Braithwaite, J. (2020). **Interprofessional collaboration in hospitals: a critical, broad-based review of the literature.** *Journal of Interprofessional Care* 34 (4), 509-519, doi: 10.1080/13561820.2019.1702515.
- Ponzer, S., Hylin, U., Kusoffsky, A., Lauffs, M., Lonka, K., Mattiasson, A. C. und Nordström, G. (2004). **Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards.** *Med Educ* 38 (7), 727-736, doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01848.x.
- Price, S. L., Sim, S. M., Little, V., Almost, J., Andrews, C., Davies, H., Harman, K., Khalili, H., Sutton, E. und LeBrun, J. (2021). **A longitudinal, narrative study of professional socialisation among health students.** *Med Educ* 55 (4), 478-485, doi: 10.1111/medu.14437.
- Rabani, R., Key, M., Morrissey, H. und Ball, P. (2021). **Exploring students' perceptions and opinions about an institutional hierarchy of healthcare professionals and its impact on their inter-professional learning outcomes.** *Pharmacy Education* 21(1) 19 - 28, doi: 10.46542/pe.2021.211.1928.
- Reeves, S. (2016). **Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care.** *Interface* 20, doi: 10.1590/1807-57622014.0092.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S. und Davies, N. (2016). **A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39.** *Med Teach* 38, doi: 10.3109/0142159x.2016.1173663.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. und Zwarenstein, M. (2010). **Interprofessional teamwork for health and social care,** Wiley-Blackwell, United Kingdom.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. und Zwarenstein, M. (2017). **Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 6 (6), Cd000072, doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. und Zwarenstein, M. (2013). **Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update).** *Cochrane Database Syst Rev* (3), CD002213, doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.
- Reimann, S. (2013). **Die medizinische Sozialisation : Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus,** Springer VS, Wiesbaden.



- Roth, H. (1971). **Entwicklung und Erziehung : Grundlagen einer Entwicklungspädagogik**, 1. Aufl. Aufl., Schroedel, Hannover.
- Ruebling, I., Pole, D., Breitbach, A. P., Frager, A., Kettenbach, G., Westhus, N., Kienstra, K. und Carlson, J. (2014). **A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience**. *Journal of Interprofessional Care* 28(1), 23-27, doi: 10.3109/13561820.2013.829421.
- Scheide, L., Huber, T., Bette, S., Nest, A., Zimmer, C., Berberat, P. O. und Kreiser, K. (2020). **“Imagine Neuro-Oncology”- a one week course with medical and technical students: students’ reflections about multidisciplinary and its practical relevance**. *Journal of Interprofessional Care* 34 (2), 202-210, doi: 10.1080/13561820.2019.1600477.
- Schrauth, M., Weyrich, P., Kraus, B., Jünger, J., Zipfel, S. und Nikendei, C. (2009). **Lernen am späteren Arbeitsplatz: Eine Analyse studentischer Erwartungen und Erfahrungen im „Praktischen Jahr**. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103, 169-174. doi: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2008.05.005>.
- Seaman, K., Saunders, R., Dugmore, H., Tobin, C., Singer, R. und Lake, F. (2018). **Shifts in nursing and medical students' attitudes, beliefs and behaviours about interprofessional work: An interprofessional placement in ambulatory care**. *J Clin Nurs* 27 (15-16), 3123-3130, doi: 10.1111/jocn.14506.
- Sottas, B. (2015). **Perspektiven der Berufsbildungsforschung in einer intersektoralen Gesundheitspolitik**. In: *Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*, Hrsg. v. Weyland, U., Kaufhold, M. und Rosowski, E. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik*. URL: [http://www.bwpat.de/spezial10/sottas\\_gesundheitsbereich-2015.pdf](http://www.bwpat.de/spezial10/sottas_gesundheitsbereich-2015.pdf) [Stand: 07. Jan. 2022].
- Stalmeijer, R. E., McNaughton, N. und Van Mook, W. N. (2014). **Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91**. *Med Teach* 36 (11), 923-939, doi: 10.3109/0142159x.2014.917165.
- Straub, C. und Bode, S. F. N. (2019). **Patients’ and parents’ perception of care on a paediatric interprofessional training ward**. *BMC Medical Education* 19 (1), 374, doi: 10.1186/s12909-019-1813-6.
- Stubbs, C., Schorn, M. N., Leavell, J. P., Espiritu, E. W., Davis, G., Gentry, C. K., Friedman, E., Patton, T., Graham, A., Crowder, R. und Wilkins, C. H. (2017). **Implementing and evaluating a community-based, inter-institutional, interprofessional education pilot programme**. *J Interprof Care* 31 (5), 652-655, doi: 10.1080/13561820.2017.1343808.

- Tajfel, H. und Turner, J. C. (1986). **The social identity theory of intergroup behavior**. In: Psychology of intergroup relations, Hrsg. Worchel, S. und Austin, W. G., Nerlson-Hall, Chicago.
- Ten Cate, O. und Pool, I. A. (2020). **The viability of interprofessional entrustable professional activities**. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 25 (5), 1255-1262, doi: 10.1007/s10459-019-09950-0.
- Thistlethwaite, J. E., Forman, D., Matthews, L. R., Rogers, G. D., Steketee, C. und Yassine, T. (2014). **Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis**. *Acad Med* 89 (6), 869-875, doi: 10.1097/acm.0000000000000249.
- Tong, R., Brewer, M., Flavell, H. und Roberts, L. D. (2020). **Professional and interprofessional identities: a scoping review**. *J Interprof Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1713063.
- Tong, R., Brewer, M., Flavell, H. und Roberts, L. D. (2021). **Facilitating interprofessional identity development in healthcare students through dedicated interprofessional placements**. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2021.1883564.
- van Leijen-Zeelenberg, J. E., van Raak, A. J. A., Duimel-Peeters, I. G. P., Kroese, M. E. A. L., Brink, P. R. G. und Vrijhoef, H. J. M. (2015). **Interprofessional communication failures in acute care chains: How can we identify the causes?** *Journal of Interprofessional Care* 29 (4), 320-330, doi: 10.3109/13561820.2014.1003802.
- Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E. G., Kaap-Frohlich, S., Karstens, S., Reiber, K., Stock-Schroer, B. und Sottas, B. (2015). **Position statement GMA Committee-- "Interprofessional Education for the Health Care Professions"**. *GMS Z Med Ausbild* 32 (2), Doc22, doi: 10.3205/zma000964.
- Weller, J., Boyd, M. und Cumin, D. (2014). **Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare**. *Postgrad Med J* 90 (1061), 149-154, doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131168.
- Wild, E. und Möller, J. (2009). **Pädagogische Psychologie**, Springer, Berlin Heidelberg.
- Willetts, G. und Clarke, D. (2014). **Constructing nurses' professional identity through social identity theory**. *Int J Nurs Pract* 20 (2), 164-169, doi: 10.1111/ijn.12108.
- World Health Organisation (2010). **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice** (Department of Human Resources for Health).

World Health Organisation, W. (2020). **Competencies for nurses working in primary health care (2020)**. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf) [Stand: 07. Juli 2021].

## **7. EIGENANTEIL AN DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG UND EIGENE VERÖFFENTLICHUNGEN**

Diese Arbeit ist Teil der Evaluation der Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation HIPSTA. Die schriftlichen Daten wurden größtenteils von mir, teilweise auch einer Kollegin erhoben. Die quantitative Analyse der schriftlichen Daten habe ich alleine durchgeführt, mit beratender Unterstützung von Dr. Johannes Krisam vom Institut für Medizinische Biometrie und Informatik und Dr. Katja Krug aus der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. Vier der Gruppeninterviews wurden von mir moderiert, eines von Anika Mitzkat aus der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung. Alle Einzelinterviews wurden von mir durchgeführt. Die Auswertung der mündlichen Daten wurde federführend von mir durchgeführt, mit Unterstützung von Anika Mitzkat, Veronika Schwarzbeck (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung), Prof. Cornelia Mahler (Universitätsklinikum Tübingen; Abteilung Pflegewissenschaft) und Bianka Zurek (Goethe Universität Frankfurt) zur Sicherung des Gütekriteriums der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit.

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden in folgenden Aufsätzen vorab publiziert:

1. **Mink, J., Mitzkat, A., Mihaljevic, A. L., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Schmidt, J., Krug, K. und Mahler, C. (2019). The impact of an interprofessional training ward on the development of interprofessional competencies: Study protocol of a longitudinal mixed-methods study.** BMC Medical Education 19:48. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1478-1>
2. **Mink, J., Mitzkat, A., Krug, K., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Wensing, M. und Mahler, C. (2020). Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study.** Journal of Interprofessional Care, 1-9, doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.
3. **Mink, J., Mitzkat, A., Schwarzbeck, V., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Mahler, C. (2022). Interprofessionelle Sozialisation und Zusammenarbeit auf einer**

interprofessionellen Ausbildungsstation – eine rekonstruktive Analyse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, zur Publikation angenommen.

**Publikation 1** ist das Studienprotokoll für die Gesamtevaluation von HIPSTA. Teile dieses Studienprotokolls wurden auch in der Dissertation beschrieben. Mein Eigenanteil an der Publikation umfasst das Planen der Evaluation und das Schreiben des Manuskripts.

**Publikation 2** beruht auf den Ergebnissen aus den Dissertationskapiteln 3.1.1, 3.3.1, und 3.4.1. Die Bedeutung der quantitativen longitudinalen Vergleiche wurde auch in der Diskussion (4.1, 4.2, 4.3, 4.4) aufgegriffen. Mein Eigenanteil an der Publikation erstreckt sich auf die Erhebung (gemeinsam mit Frau M.) und die Auswertung der Daten sowie das Schreiben des Manuskriptentwurfs.

**Publikation 3** beruht auf Ergebnissen aus dem Dissertationskapitel 3.4. Diese rekonstruktive Analyse der interprofessionellen Sozialisation in den verschiedenen Gruppen wurde auch in der Diskussion (Kapitel 4.3.1) in Bezug auf die Entwicklung einer dualen Identität diskutiert. Mein Eigenanteil an der Publikation erstreckt sich auf die Erhebung (gemeinsam mit Frau M.) und die Auswertung der Daten sowie das Schreiben des Manuskriptentwurfs.

Weitere Veröffentlichungen im Rahmen des Projektes:

4. Mihaljevic, A. L., Schmidt, J., Mitzkat, A., Probst, P., Kenngott, T., **Mink, J.**, . . . Trierweiler-Hauke, B. (2018). Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward. *GMS Journal for Medical Education*, 35(3), Doc33. doi:10.3205/zma001179.

Weitere eigene Veröffentlichungen

5. Krug, K., **Mink, J.** (2020). **Produktion und digitale Diskussion von Videoreferaten durch Student\_innen – ein Projektbericht.** [Production and digital discussion of video presentations by students - a project report]. *GMS J Med Educ*. Dec 3;37(7):Doc71. doi: 10.3205/zma001364.
6. Hasseler, M., & **Mink, J.** (2020). **Prävention und Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung.** In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, Hrsg. Tiemann, M. und Mohokum, M. Springer, Berlin Heidelberg, S. 1-13

7. Homberg, A., **Mink, J.**, Karstens, S. & Mahler, C. (2019). **Learning about professional theories, models and concepts within an interprofessional seminar for undergraduate healthcare students.** Journal of Interprofessional Education & Practice. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100272>
8. Mahler, C., Schwarzbeck, V., **Mink, J.**, Goetz, K. (2018). **Students' perception of interprofessional education in the bachelor programme "Interprofessional Health Care" in Heidelberg, Germany: an exploratory case study.** BMC Med Educ 18:19. doi: 10.1186/s12909-018-1124-3.

## ANHANG 1 - FRAGEBOGEN



UniversitätsKlinikum Heidelberg

### Strukturdaten zur Befragung im Rahmen des Forschungsprojektes „Erwerb interprofessioneller Kompetenzen auf der Heidelberger interprofessionellen Ausbildungsstation (HIPSTA) – ein mixed-methods-Ansatz“

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an der Befragung teilzunehmen!

#### Persönlicher Code

Ihre Angaben werden pseudonymisiert, d.h. ohne namentliche Identifikation, erfasst und ausgewertet. Es ist jedoch wichtig, die unterschiedlichen Fragebögen im zeitlichen Verlauf dem/der gleichen Probanden/in zuordnen zu können. Wie bitten Sie daher darum, einen persönlichen Code zu generieren, den Sie auf jedem Fragebogen, den Sie im Rahmen dieser Studie ausfüllen, replizieren können. Bitte beantworten Sie hierfür folgende Fragen:

Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter:	— —
Tageszahl des Geburtstags Ihres Vaters (zweistellig):	— —
Der erste Buchstabe Ihres Geburtsorts:	—

#### Abgabe des Fragebogens

Ihren Fragebogen senden Sie bitte in dem beiliegenden Briefumschlag per Hauspost an uns zurück!



**Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:**

- Verwenden Sie bitte nur Kugelschreiber (keinen Bleistift).
- Geben Sie Freitextangaben in Druckbuchstaben an.
- Kreuzen Sie die Kästchen deutlich an: . Bei versehentlicher Falschwahl füllen Sie bitte das falsche Kästchen ganz aus  und kreuzen Ihre richtige Auswahl erneut an: .

**Ihr Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre

**Geschlecht:**  weiblich  männlich

**Welcher der nachstehenden Gruppen gehören Sie an?**

- Schüler/in der Gesundheits- und Krankenpflege
- Studierende/r der Humanmedizin
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Ärztin/Arzt
- Andere Berufsgruppe (bitte benennen): \_\_\_\_\_

**In welchem Bereich sind Sie eingesetzt?**

- Station 4, Regelversorgung
- Station 4, HIPSTA
- Station 8
- Anderer Bereich (bitte benennen): \_\_\_\_\_



**The UWE (University of Western England) Interprofessional Questionnaire**

**[UWE]**

Es ist wichtig, dass Sie **alle Fragen** beantworten, lassen Sie keine aus. Kreuzen Sie diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihnen spontan in den Sinn kommt.

		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
	<b>Skala: Kommunikation und Teamarbeit</b>				
1	Ich fühle mich dabei wohl, Empfehlungen/Ratschläge persönlich vor erfahrenen Personen zu begründen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich fühle mich dabei wohl, Personen Dinge zu erklären, mit denen sie nicht vertraut sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich habe Schwierigkeiten, meinen Kommunikationsstil an Zielgruppen anzupassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich ziehe es vor, nichts zu sagen, wenn Andere in einer Gruppe Meinungen äußern, mit denen ich nicht einverstanden bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich fühle mich dabei wohl, in einer Gruppe zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich fühle mich dabei unwohl, meine persönliche Meinung in einer Gruppe einzubringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich fühle mich dabei unwohl, die Führung in einer Gruppe zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich kann mich schnell in neue Teams und Gruppen einbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Auch wenn ich weiß, dass Andere meine Meinungen nicht teilen, fühle ich mich dabei wohl, sie in einer Gruppe zu äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UWE-IP - © Katherine Pollard, Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg





		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich bin unentschieden	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
	<b>Skala: Interprofessionelles Lernen</b>					
10	Meine Fähigkeiten, mit <b>Patienten/Klienten</b> zu kommunizieren, würden sich verbessern, wenn ich mit Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe zusammen lerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Meine Fähigkeiten, mit <b>Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe</b> zu kommunizieren, würden sich verbessern, wenn ich mit Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe zusammen lerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich würde es vorziehen, nur mit Gleichgesinnten meiner eigenen Profession zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Das Lernen mit Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe fördert wahrscheinlich die späteren beruflichen Beziehungen untereinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Meine Teamfähigkeit verbessert sich mehr durch das Lernen mit Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe als durch das Lernen nur mit Gleichgesinnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Gemeinschaftliches Lernen wäre eine positive Lernerfahrung für alle Studenten der Gesundheitsberufe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Das Lernen mit Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe hilft wahrscheinlich, stereotype Meinungen zu überwinden, die über andere Gesundheitsberufe bestehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich würde mich über die Möglichkeit freuen, mit Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Das Lernen mit Schülern/Studenten anderer Gesundheitsberufe verbessert wahrscheinlich die Versorgung der Patienten/Klienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UWE-IP - © Katherine Pollard, Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg



		Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich bin unentschieden	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
	<b>Skala: Interprofessionelle Interaktion</b>					
19	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein klischeehaftes Bild von einander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Es besteht eine Bereitschaft zur Kommunikation zwischen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Es besteht ein Unterschied im Status der Gesundheitsberufe, der sich auf die Beziehungen zwischen den Berufstätigen auswirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen haben ein verzerrtes Bild voneinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Alle Personen der Gesundheitsberufe haben den gleichen Respekt vor jeder Disziplin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Es ist einfach, offen mit Personen anderer Gesundheitsdisziplinen zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Nicht alle Beziehungen zwischen Personen mit Gesundheitsberufen sind gleichwertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Personen mit einem Gesundheitsberuf kommunizieren nicht immer offen miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Personen mit verschiedenen Gesundheitsberufen sind nicht immer kooperativ miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UWE-IP - © Katherine Pollard, Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg



## Skala zur Messung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS)

Es ist wichtig, dass Sie **alle Fragen** beantworten, lassen Sie keine aus. Kreuzen Sie diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihnen spontan in den Sinn kommt.

	<i>Zum jetzigen Zeitpunkt, basierend auf meiner Teilnahme an inter-professionellen schulischen Aktivitäten und/oder der interprofessionellen Zusammenarbeit in der klinischen Praxis, ...</i>	Trifft sehr zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Keine Antwort
1	... bin ich mir meiner vorgefassten Meinungen bewusst, wenn ich zu einer Diskussion im Team dazustoße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	... verstehe ich den Sinn besser, eine einheitliche Sprache unter allen Gesundheitsfachpersonen in einem Team anzuwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	... habe ich ein klareres Verständnis für meine eigene Rolle in einem Team gewonnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	... bin ich in der Lage in einer Teamdiskussion Ideen zu teilen und auszutauschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	... habe ich mich verstärkt als Person wahrgenommen, die sich in der interprofessionellen Praxis einsetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	... fühle ich mich in einer leitenden Rolle in einer Teamsituation wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ISVS - © Gillian King, Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg in Kooperation mit dem GMA-Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung



	<i><b>Zum jetzigen Zeitpunkt, basierend auf meiner Teilnahme an inter- professionellen schulischen Aktivitäten und/oder der interprofessionellen Zusammenarbeit in der klinischen Praxis, ...</b></i>	Trifft sehr zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Keine Antwort
7	... fühle ich mich wohl dabei, meinen Standpunkt zu äußern, wenn andere nicht im besten Interesse des Klienten handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	... fühle ich mich wohl dabei, meine berufliche Rolle einem anderen Teammitglied zu beschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	... schätze ich noch mehr den Wert, Forschungsergebnisse mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen im Team auszutauschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	... bin ich besser in der Lage, offen in einem Team zu verhandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	... habe ich ein tieferes Verständnis über die Rollen der anderen Professionen in einem Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	... fühle ich mich wohl, mich auf die gemeinsame Entscheidungsfindung mit Klienten einzulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	... fühle ich mich wohl darin, die mir übertragene Verantwortung in einem Team anzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ISVS - © Gillian King, Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg in Kooperation mit dem GMA-Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung



	<i><b>Zum jetzigen Zeitpunkt, basierend auf meiner Teilnahme an inter- professionellen schulischen Aktivitäten und/oder der interprofessionellen Zusammenarbeit in der klinischen Praxis, ...</b></i>	Trifft sehr zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Keine Antwort
14	... habe ich ein besseres Verständnis für das Einbeziehen von Klienten in Entscheidungsfindungen bzgl. ihrer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	... fühle ich mich wohl dabei, falsche Vorstellungen bezüglich der Rolle von Fachpersonen meines Berufes anderen Teammitgliedern gegenüber richtig zu stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	... sehe ich den Sinn eines Team-Ansatzes besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	... fühle ich mich in der Lage, als vollwertiges Mitglied eines Teams zu handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	... fühle ich mich wohl, Diskussionen über das Teilen der Verantwortung bezüglich der Versorgung der Klienten anzustoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	... fühle ich mich wohl, Entscheidungen mit anderen Fachpersonen in einem Team gemeinsam zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	... habe ich realistischere Erwartungen an andere Fachpersonen in einem Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	... habe ich den Sinn bezüglich der Vorteile interprofessioneller Teamarbeit erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ISVS - © Gillian King, Übersetzung durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg in Kooperation mit dem GMA-Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung



### Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)

Es ist wichtig, dass Sie **alle Fragen** beantworten, lassen Sie keine aus. Kreuzen Sie diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihnen spontan in den Sinn kommt.

	<i>Wenn wir als Team zusammenarbeiten, ...</i>	Immer	Meistens	Gelegentlich	Selten	Nie	Keine Antwort
1	... haben wir das gleiche Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	... haben wir eine flache Hierarchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	...helfen und unterstützen wir uns gegenseitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	... respektieren und vertrauen wir einander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	...sind wir offen und ehrlich zueinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	...verändert das Team seine Arbeitsweise aufgrund von reflektierten Besprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	... einigen wir uns auf Ziele für jede/n zu versorgende/n Patientin/Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	... sind die vom Team festgesetzten Ziele verbindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AITCS - © Carole Orchard, Übersetzung durch die katholische Stiftungshochschule München



	<b><i>Wenn wir als Team zusammenarbeiten,</i></b> ...	Immer	Meistens	Gelegentlich	Selten	Nie	Keine Antwort
9	...bemühen wir uns bei Meinungsverschiedenheiten um eine Lösung, mit der jede/r zufrieden ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	...werden die Patientinnen/Patienten bei der Festlegung der Versorgungsziele einbezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	...werden die von uns vereinbarten Maßnahmen gleichmäßig verteilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	...beachten wir die Wünsche der Patientinnen/Patienten, wenn wir Versorgungsprozesse planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	... fördern und unterstützen wir eine offene Kommunikation in den Teambesprechungen, an denen auch die/der Patientin/Patient beteiligt ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	...stimmen wir darin überein, wie ein Konflikt zu lösen ist und handeln danach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AITCS - © Carole Orchard, Übersetzung durch die katholische Stiftungsfachhochschule München



	<b><i>Wenn wir als Team zusammenarbeiten,</i></b> ...	Immer	Meistens	Gelegentlich	Selten	Nie	Keine Antwort
15	...kennt jede/r die Fähigkeiten und Grenzen der/des anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	...verstehen alle, dass es geteiltes Wissen und Fähigkeiten in den Gesundheitsberufen gibt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	... stehen die Wünsche und Bedürfnisse der/des Patientin/Patienten an erster Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	... ziehen wir als Team alle an einem Strang, wenn es um die Interessen der/des Patientin/Patienten geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	... schaffen wir ein Gefühl von gegenseitigem Vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	...treffen wir uns regelmäßig und diskutieren über die Versorgung der Patientinnen/Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	...gibt es durch die Einrichtung Unterstützung für die Teamarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AITCS - © Carole Orchard, Übersetzung durch die katholische Stiftungshochschule München





	<b><i>Wenn wir als Team zusammenarbeiten,</i></b> --	Immer	Meistens	Gelegentlich	Selten	Nie	Keine Antwort
22	...koordinieren wir die Gesundheits- und Sozialleistungen entsprechend den Patientenbedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	...nutzen wir verschiedene Kommunikationsmittel (z.B. schriftliche Nachrichten, Email, elektronische Patientenakten, Telefone und informelle Gespräche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	...finden kontinuierliche Diskussionen über die Patientenversorgung statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	...sind alle Teammitglieder bei der Festlegung der Versorgungsziele beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	... werden bei der individuellen Versorgungsplanung die Sichtweisen und Meinungen der anderen Teammitglieder angehört und bedacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AITCS - © Carole Orchard, Übersetzung durch die katholische Stiftungshochschule München



	<b><i>Wenn wir als Team zusammenarbeiten,</i></b>	Immer	Meistens	Gelegentlich	Selten	Nie	Keine Antwort
27	... wechselt die Führung des Teams je nach Bedürfnis der/des Patientin/Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	...wählen wir die Teamleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	... unterstützen alle Teammitglieder offen den Einbezug der Patientinnen/Patienten in die Teambesprechungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	...bemüht sich die Leitung um Einigkeit in der geplanten Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	...fühlen sich alle der Gruppe zugehörig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	... legen die Teammitglieder Fristen für einzelne Schritte und Ziele der/des Patientin/Patienten fest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	... stimmen alle darin überein, dass über Versorgungspläne mit der/dem Patientin/Patienten im Team gesprochen wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AITCS - © Carole Orchard, Übersetzung durch die katholische Stiftungshochschule München



	<b>Wenn wir als Team zusammenarbeiten,</b> ...	Immer	Meistens	Gelegentlich	Selten	Nie	Keine Antwort
34	... überlegen die Teammitglieder alternative Wege um gemeinsame Ziele zu erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	... ermutigen wir uns, dass jede/r (die Patientinnen/Patienten, deren Familien und wir selbst) das Wissen und die Fähigkeiten in die Planung einbringen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	...steht immer die/der Patientin/ Patient im Mittelpunkt der Teamarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	... arbeiten wir mit den Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen bei der Anpassung der Versorgungspläne zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AITCS - © Carole Orchard, Übersetzung durch die katholische Stiftungshochschule München



1. Was gefällt Ihnen besonders gut an HIPSTA?

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Wie könnte man HIPSTA noch verbessern?

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Welche Kompetenzen haben besonders Sie weiterentwickelt?

---

---

---

---

---

4. Was wünschen Sie sich für die weitere Entwicklung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANHANG 2 – LEITFADEN GRUPPENINTERVIEW

Thema	Frage
<b>Einleitung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vielen Dank...</li><li>- Ihr wisst, dass Thema dieses Interviews Eure Erfahrungen zu der Implementierung / Einführung von HIPSTA sind. Habt Ihr zu der Studieninformation, die Ihr erhalten habt, noch Fragen?</li></ul>
<b>Überleitung</b>	Ihr wart in den letzten Wochen als dritte Gruppe auf HIPSTA eingesetzt.
<b>Einstieg</b>	<b>Wie habt Ihr HIPSTA erlebt?</b>
<b>Kernthema</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Was waren Ihre Erwartungen im Vorfeld?</li><li>- Läuft/lief es jetzt so, wie erwartet oder ganz anders?</li><li>- Startphase und Vorbereitung</li><li>- Wie habt Ihr die Einführungstage wahrgenommen?</li><li>- Jetzt im Nachhinein – waren die Einführungstage hilfreich? Was könnte man anders machen?</li><li>- Anleitungsphase</li></ul>
<b>Überleitung</b>	Eure Ausbildung auf HIPSTA verlief nun etwas anders als auf „Normalstation“.
<b>Themenblock 1</b>	<b>Was war anders?</b>
<b>Setting</b>	<b>Wie war das denn mit den Patienten?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Habt Ihr gesagt, dass Ihr „HIPSTAs“ seid?</li><li>- Welche Reaktionen gab es?</li><li>- Habt Ihr den Patientenkontakt anders erlebt, als bisher in der Ausbildung?</li></ul> <b>Wie war der Kontakt mit den Mitarbeitern/innen der Station, die nicht in HIPSTA involviert waren?</b>

- Gab es da andere Interaktionen, als Ihr es von euren bisherigen Einsätzen gewohnt seid? Erwartungen...?
- Wie ist man mit Euch umgegangen? (wertschätzend, skeptisch...)

---

## Überleitung

---

### Themenblock 2

#### Wie schätzt Ihr euren eigenen Lernzuwachs / Kompetenzerwerb ein?

#### Kompetenzerwerb Fachbezogen

- Welche Kompetenzen habt Ihr besonders weiterentwickelt?
- Welche monoprofessionellen (berufsspezifischen) Kompetenzen habt Ihr erworben (im Vergleich zu einer „Normalstation“)

#### Was hat Euch dabei unterstützt? / In welchen Situationen habt Ihr besonders dazugelernt?

- Was war eher hinderlich?
- Welche Funktion hatten die Lernbegleiter/innen im Lernprozess?
- Wie hat der/die LB Euch unterstützt? Was könnte man noch besser machen?
- Wie empfanget Ihr das selbstständige Arbeiten? Wo fand das statt?

---

## Überleitung

HIPSTA steht ja für Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation...

---

### Themenblock 3

#### Was bedeutet Interprofessionalität für Euch?

#### Kompetenzerwerb interprofessionell

- Hat sich das durch den Einsatz auf HIPSTA verändert?
- Findet Ihr es sinnvoll schon während Ausbildung interprofessionell zu arbeiten und zu lernen? Warum / Warum nicht?
- Welchen Einfluss hat das IPL auf die Identifikation mit dem Beruf?

- Welchen Einfluss hat das IPL auf die Verantwortungsbereiche?

**Wie habt Ihr die Zusammenarbeit mit der jeweils anderen Berufsgruppe erlebt?**

- Was hat denn besonders gut geklappt?
- Was hat weniger gut geklappt?
- Wie würdet Ihr die Kommunikation beschreiben? Was war hilfreich für die Kommunikation, was weniger? (SBAR?)
- Was hat sich im Laufe Eures Einsatzes in der Zusammenarbeit geändert und woran macht Ihr das fest?
- Habt Ihr das Gefühl, dass Entscheidungen gemeinsam getroffen wurden?
- Wie konntet Ihr euch bei der Entscheidungsfindung im Team einbringen?
- Was habt Ihr von und über die andere Berufsgruppe gelernt?

**Wo und wie liefen Lernprozesse auf HIPSTA ab?**

- Wie habt Ihr die Übergaben gemacht? Waren die anders, als Ihr es bisher kanntet? Was war anders? Wer hat festgelegt, wie Ihr die Übergabe macht?
- Wie habt Ihr die Mittagsübergabe genutzt? War das immer gleich oder gab es Änderungen? Was fandet Ihr gut, was weniger gut?
- Wie liefen die Visiten ab? Gab es da Vorgaben zur Struktur und wenn ja, welche? Was könnte man anders machen?

**Wie habt Ihr persönlich von HIPSTA profitiert?**

- Was nehmt Ihr konkret aus der HIPSTA-Zeit mit, was Ihr jetzt in interprofessionellen Teams, bei Euerem nächsten Einsatz, nutzen können?
- Könnt Ihr ein Beispiel nennen, was Ihr jetzt in der Zusammenarbeit anders machen, als Ihr es vielleicht vorher gemacht habt?

- Habt Ihr den Eindruck, dass Ihr selbst HIPSTA auch mitgestalten konntet? Gebt ein Beispiel.

---

**Überleitung**

HIPSTA ist nächste Woche schon in der x. Kohorte und soll weiter geführt werden...

---

**Abschluss**

**Würdet Ihr Kommilitonen/innen / Mitschülern/innen einen Einsatz auf HIPSTA empfehlen?**

- Warum/warum nicht?
- Welchen Ratschlag könnt Ihr geben, was man berücksichtigen muss, als „HIPSTA“?

---

**Überleitung**

Ich hätte jetzt keine weiteren Fragen mehr.

---

**Schlussfrage/Absicherung der Vollständigkeit**

**Welche Aspekte in Bezug auf HIPSTA, die wir jetzt noch nicht angesprochen haben, wären Euch noch wichtig zu erwähnen?**



## ANHANG 3 – LEITFADEN EINZELINTERVIEWS FOLLOW-UP

Thema	Frage
<b>Einleitung</b>	Vielen Dank... Du weißt, dass Thema dieses Interviews Dein Erleben von HIPSTA ist. Hast Du zu der Studieninformation, die Du erhalten hast, noch Fragen?
<b>Überleitung</b>	Du warst ja vor einiger Zeit auf der Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation HIPSTA im Rahmen Deiner Ausbildung eingesetzt. Wenn Du Dich jetzt mal zurückerinnerst, ganz allgemein,
<b>1. Einstieg</b>	<b>Wie war der HIPSTA-Einsatz für Dich?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Was waren einschneidende Erlebnisse?</li><li>- Welche Erfahrungen hast Du gemacht?</li><li>- Wie beurteilst Du den HIPSTA Einsatz im Vergleich zu „regulären“ Einsätzen während des PJs?<ul style="list-style-type: none"><li>o Warum?</li></ul></li><li>- Welches Feedback hast Du von Patienten/innen bekommen?</li><li>- Wie hast Du Dich selber erlebt?</li></ul>
<b>Überleitung</b>	Dieser Einsatz auf HIPSTA fand ja während des PJs / in Deinem letzten Ausbildungsjahr statt.
<b>2. Post-HIPSTA Ausbildung</b>	<b>War es der letzte Einsatz für Dich vor Deinem Abschluss?</b> Wenn nein: <b>Wie waren die darauffolgenden Einsätze im PJ / Praxiseinsätze?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wie hast Du Dich da erlebt?</li><li>- Wie haben die Ärzt*innen, Mitarbeiter*innen und Patienten*innen auf Dich reagiert?</li><li>- Was war schwieriger, was war einfacher als auf HIPSTA?</li></ul>

- Inwiefern konntest Du die auf HIPSTA gemachten Erfahrungen nutzen?

---

**Überleitung**

Du hast ja mittlerweile Dein Studium / Deine Ausbildung abgeschlossen – Herzlichen Glückwunsch! Wenn Du Dich zurückerinnerst,

---

**3. Berufseinstieg****Wie hast Du den Einstieg ins Berufsleben erlebt?**

- Wie hast Du Dich in den ersten Tagen/Wochen gefühlt und wie hat sich das im Verlauf geändert?
- Was waren die größten Herausforderungen?
  - o Hattest Du damit gerechnet?
- Was ist Dir besonders leicht gefallen?
  - o Hattest Du damit gerechnet?
- Wie haben die Kollegen\*innen auf Dich reagiert?
- Was wäre anders gewesen, wenn Du nicht auf HIPSTA gewesen wärst?

---

**Überleitung**

Auf HIPSTA hast Du ja intensiv mit Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege / Studierenden der Humanmedizin zusammengearbeitet.

---

**4.****Wie hast Du diese Zusammenarbeit erlebt?****Interprofessionalität**

- Wie haben sich Deine eigenen Fähigkeiten im Bereich der Zusammenarbeit durch HIPSTA verändert?
  - o Welche Fähigkeiten sind das konkret?
- Inwiefern hast Du von dieser Zusammenarbeit profitiert?
- Was waren negative Erfahrungen in diesem Zusammenhang?

**Wie beurteilst Du die interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Setting?**

- Wie hast Du die Zusammenarbeit mit Pflegeauszubildenden und Pflegenden / PJ-Studierenden und Ärzt\*innen vor und nach deinem HIPSTA Einsatz erlebt?

- Kannst Du ein Beispiel nennen?
- Wie beurteilst Du die Fähigkeiten Deiner Kollegen\*innen im Bereich Zusammenarbeit?
  - Woran machst Du das fest?

**Mit welchen Deiner Kollegen\*innen, die mit Dir gemeinsam auf HIPSTA eingesetzt waren, hast Du noch Kontakt?**

- Woran liegt das?

---

**Überleitung**                      HIPSTA ist ja ein besonderes Lehrformat, in dem Ihr eigenverantwortlich und in enger Zusammenarbeit mit den Pflegeauszubildenden / PJ-Studierenden die Patient\*innenversorgung übernehmt.

---

**5. Kompetenzerwerb**            **Wie beurteilst Du diese Form der Lehre im Medizinstudium / in der Ausbildung?**

- Welche Kompetenzen konntest Du besonders weiterentwickeln?
- Was hat Dir dabei geholfen?
- Was kam zu kurz?

**Wie beurteilst Du die Nachhaltigkeit des Kompetenzerwerbs durch einen Einsatz auf HIPSTA?**

- Inwiefern konntest und kannst Du die auf HIPSTA gemachten Erfahrungen nutzen?
- Inwiefern konntest Du die auf HIPSTA gemachten Erfahrungen in späteren Praxiseinsätzen anwenden?

**Wie hat sich der Blick auf Deinen eigenen Beruf durch den Einsatz auf HIPSTA verändert?**

---

**6. Abschluss / Sicherung der Vollständigkeit**            Mit meinen Fragen wäre ich jetzt durch, gibt es von Deiner Seite noch etwas, was Du gerne ansprechen würdest?

#### ANHANG 4 -FREITEXTKOMMENTARE IN DEN FRAGEBÖGEN

Pflegerische / Medizinische Fachkompetenz	
T1	
PS	PJ
Fachkompetenz (N=13) <ul style="list-style-type: none"> <li>• bez. Anatomie/Physiologie/OPs (N=1)</li> <li>• Examensvorbereitung (N=1)</li> <li>• viel neues spezifisches Wissen erlangt, altes Wissen aufgefrischt (N=1)</li> </ul>	Fachkompetenz (N=1)
Methodenkompetenz (N=9) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maßnahmen durchführen und planen (N=1)</li> </ul>	
Fachverständnis für Medikamente (N=2)	Wundversorgung / Verbandswechsel (N=3) Medikamente (Verordnung) (N=2)
Wissen über Krankheitsbilder der Viszeralchirurgie (N=1) Fachwissen, Post operativ und über den Magen-Darm-Trakt (N=1)	Chirurgische Versorgung (N=1) Stationäre Versorgung der Patienten, v.a. natürlich nach OP (N=1) Postoperative Versorgung / Komplik. (N=1)
Rundumblick / Komplettversorgung / Überblick / an alles beim Patienten denken (N=5) Auch Labore, Bildgebungen zu bewerten (N=1)	
Umgang mit ISH (N=1)	Kurvenschreiben (N=2) , Briefe schreiben (N=1)
T2	

Fachkompetenz (N=10) <ul style="list-style-type: none"> <li>Anatomie und Physiologie</li> </ul>	Medizinische Kompetenz (N=1)
Methodenkompetenz (N=8) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sicherheit in einzelnen Arbeitsabläufen (z.B. Verbandswechsel)</li> <li>Verbandswechsel, Visite, etc.</li> </ul>	Verbandswechsel (N=1)
Patientenbeobachtung (N=1)	
Verständnis für diagnostische Maßnahmen, Labor Kontrolle vor erneutem Infusionsmanagement (N=1)	
Handlungskompetenz (N=1)	Leitliniengerechte Therapiekonzepte erarbeiten (N=1) / Therapieplanung (N=1)  Strukturiertes Durchdenken der aktuellen gesundheitlichen Situation, differentialdiagnostisches Denken (N=1)
	Briefe komplett schreiben (N=1) Kurvenarbeit (N=2)

<b>Sozialkompetenz</b>	
T1	
PS	PJ
Sozialkompetenz (N=6) <ul style="list-style-type: none"> <li>Interprof. Arbeiten (N=1)</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern (N=1)</li> </ul>	
Ich konnte viel vom anderen Gesundheitsberuf lernen auf fachlicher Ebene (N=1)	Einblick in und Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten (N=5)
Interprofessionelles Arbeiten / Teamarbeit (N=6) Eng mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten, Absprachen zu treffen und die Versorgung des Patienten zu diskutieren und zu organisieren (N=1)	Interprofessionelle Zusammenarbeit /Teamarbeit (N=3) / Regelmäßige Absprachen zwischen den Professionen halten (N=1)
Teamfähigkeit (N=2)	Teamgeist /die Fähigkeit Dinge aus einer anderen Sichtweise zu betrachten (N=1)
Kommunikation (im Team) (N=8) eigene Meinung/Ideen in die Versorgung miteinbringen aktiv (N=1) Kommunikation von Beobachtungen (N=1)	Kommunikation (im Team) (N=13)
Visiten und Übergaben machen (N=1)	Visite (N=4), Übergabe (N=1),
	Sterbebegleitung, Kommunikation mit Angehörigen in schwierigen Situationen (N=2)
	Aufklärungsgespräch, Patientengespräch (N=5)
T2	
Sozialkompetenz (N=8)	
Teamarbeit (N=1) Teamfähigkeit (N=2)	Teamarbeit (N=2) Teamfähigkeit (N=1) Zusammenarbeit (N=1)
Patientenzentrierung (N=1)	Patientengespräche (N=1), Angehörigengespräche (N=1) / Umgang mit schwierigen Patienten ( N=1)

Interprofessionelle Arbeit (N=1)	Interprofessionalität (N=1)
Entscheidungen im Team diskutieren und treffen (N=1) Kommunikation unter Berufsgruppen (N=1) Kommunikation mit Ärzteteam (N=1)	Kommunikation (mit Patienten und Pflegepersonal N=2) (N=4) Meine Einschätzungen den Kollegen mitteilen (N=1)
	Feedback geben (N=1)
	Pflegerische Maßnahmen (N=1)
	Visiten durchführen (N=1) / Führen einer Visite (N=1) / Visitieren (N=1)

<b>Personalkompetenz</b>	
T1	
PS	PJ
Personalkompetenz (N=3)	
	Priorisierung von Aufgaben (N=1) / Strukturierung (N=2)
Sicherheit im selbstständigen Handeln (N=1) Eigenständiges Arbeiten (N=1) Alleine zu arbeiten (N=1) Selbstständigkeit in der Patientenversorgung (N=1) Selbstständiges Arbeiten (N=1)	Selbstständiges Arbeiten als künftiger Arzt (N=1) selbstständige Patientenversorgung (N=1) Selbstständigkeit (N=1) selbstständiges strukturiertes Arbeiten (N=1)
eigene Meinung vertreten (N=1) / Eigene Vorschläge/Gedanken besser äußern können (N=1) / Mein Wissen selbstständig einsetzen zu können (N=1) / Sicherheit bei Visiten und	Auftreten (N=1) Durchsetzungsvermögen (N=1) Sicherheit mit Patienten zu reden, auch wenn ich nicht viel weiß (N=1) Souveränität (N=1)

Übergaben (N=1) / Selbstvertrauen (in die eigene Arbeit) (N=2)	
Selbstbewusstsein (N=3) • Im Umgang mit Patienten + Kollegen (N=1)	Sicherheit, Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit (N=2) traue mir vieles selbst zu (N=1)
Verantwortung übernehmen (N=1)	Entscheidungsfindung (N=1) Mut zur Entscheidung & Verantwortung zu übernehmen (N=1) sicher eigene Entscheidungen treffen (N=1) / Verantwortung übernehmen (N=1) Eigenverantwortliches Handeln (N=2)
	Mitdenken (N=1)
T2	
Personalkompetenz (N=4)	
Selbstständigkeit (N=3) und Sicherheit bei der eigenständigen Versorgung von Patienten (N=1)	Selbstständigkeit (N=1) Selbstständiges Denken und Handeln (N=1) Selbstständige Versorgung der Patienten (N=1) Autonomes Handeln (N=1) Selbstständiges Arbeiten (N=2) Eigenständiges Arbeiten (N=2) Eigenständiges Patientenmanagement (N=1)
Mehr Selbstbewusstsein beim Vertreten der eigenen Meinung (N=1)	Meinung vertreten und begründen (N=1)
Verantwortungsbewusstsein (N=1) Eigenverantwortung (N=1)	Verantwortungsbewusstsein (N=1) Verantwortungsgefühl (N=1)
Auftreten (N=1) / Durchsetzungsvermögen (N=1)	
Ausdauer (N=1)	



Entscheidungsfähigkeit (N=1)	Entscheidungen zu treffen (N=1) Eigenverantwortliche Entscheidungsfindung zum Wohle des Patienten (N=1)
Flexibilität (N=1), Prioritätensetzung (N=1)	Prioritäten setzen (N=1)

<b>Organisation und Management</b>	
T1	
PS	PJ
Entlassmanagement, Aufnahmemanagement (N=1)	Aufnahmemanagement (N=1), Entlassmanagement (N=2) / Postoperatives Management (N=1) / Patientenmanagement (N=1)
Organisieren (der Patientenversorgung) (N=4) / Koordination vom Pflegealltag (N=1) / Tagestruktur erstellen (N=1) Arbeitsstruktur (N=1)	Organisationsfähigkeit (N=1) / Strukturierte Abläufe im Stationsalltag etablieren (N=1) / Organisation der Stationsarbeit (N=4)
Zeitmanagement (N=5)	Zeitmanagement (N=3)
	Stationsroutine des Assistenzarztes (N=1) / Stationsarbeit (N=1)
	Planung des stationären Aufenthaltes inkl. Anforderungen Medis Brief und Entlassung (N=1) / Planung (N=1)
	Krisenmanagement (N=1)
T2	

Organisationsfähigkeit (N=1)	Planen (N=1) Orga (N=1) Entlassmanagement (N=1)
	Stationsarbeit (N=2)
Organisatorische (Umgang mit EDV, Versorgungsabläufe) (N=1)	Umgang mit Kliniksystem (N=1) Krankenhausbürokratie (N=1)
Zeitmanagement (N=1)	Zeitmanagement (N=1)
	Strukturiertes Arbeiten (N=1)
	Team leiten (N=1)

## LEBENS LAUF

### PERSONALIEN

Name, Vorname	Mink, Johanna
Geburtsdatum	14.09.1986
Geburtsort	Heidelberg
Staatsangehörigkeit	Deutsch
Familienstand	verheiratet

### SCHULISCHER WERDEGANG

1997 – 2006	Bunsen Gymnasium Heidelberg
20.06.2006	Abitur

### AUSBILDUNG

2007 – 2010	Ausbildung zur Medizinisch-technischen Assistentin für Funktionsdiagnostik
-------------	--

### UNIVERSITÄRER WERDEGANG

2006 – 2007	Studium der Germanistik & Wirtschaftswissenschaften, TU Darmstadt
WS 2011 / 2012	Beginn des Studiums Höheres Lehramt an beruflichen Schulen mit den Fächern Gesundheit und Gesellschaft/Care und Englisch an der Universität Heidelberg
30.11.2016	Abschluss Erste Staatsprüfung
Seit 15.02.2017	Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Seit 02.07.2018	Doktorandin an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

## **DANKSAGUNG**

Zuallererst danke ich Prof. Dr. Michel Wensing für die exzellente Betreuung meiner Arbeit, die gute Erreichbarkeit und die stets zeitnahen und sehr hilfreichen Rückmeldungen und Gespräche.

Prof. Dr. Cornelia Mahler danke ich für die großartige Unterstützung, sowohl auf methodischer, als auch auf fachlicher Ebene, bereits seit meinem Studium. Durch die individuelle Förderung und die hilfreichen Rückmeldungen zu jedem Zeitpunkt, konnte ich unfassbar viel lernen. Auch in schwierigen Situationen konnte ich auf ihre emotionale Unterstützung zählen.

Ein ganz besonderer Dank gilt Veronika Schwarzbeck, Mag. für die bereichernde und inspirierende Zusammenarbeit und vor allem für die freundschaftliche und emotionale Unterstützung in jeder Situation.

Herrn Bastian Blakowski danke ich für den bereichernden Austausch und die freundschaftliche Unterstützung besonders in herausfordernden Situationen.

Dr. Katja Krug danke ich für die wertvolle Beratung, ihre Geduld und die Bereitschaft, mir auch spontan mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Meinen (ehemaligen) Kolleginnen aus der Abteilung Jasmin Bossert, Johanna Forstner, Dr. Charlotte Ulrich, Christine Arnold, Elisabeth Schmidt, Dr. Sarah Berger, Dr. Angelika Homberg danke ich sowohl für anregende Gespräche wie auch für ihren für mich sehr wertvollen emotionalen Beistand.

Zu guter Letzt, dafür umso herzlicher danke ich meinem Mann Alexis Mink und meinen Eltern Prof. Dr. Birgit Blättel-Mink und Walter Mink für ihr Dasein, Begleiten, Beraten, Unterstützen, Zuhören, Auffangen und Aushalten. Ihre Unterstützung auf allen Ebenen ist für mich von unschätzbarem Wert.

## EIDESSTÄTLICHE VERSICHERUNG

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema „Entwicklung von (inter-)professionellen Kompetenzen und Identität auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation“ handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erkläre und nichts verschwiegen habe.

Ort und Datum

Unterschrift