Behandeln lernen heisst Handeln lernen : Gedanken zur Qualitätssicherung therapeutscher Kompetenzen

Autor(en): **Schwarz, Maria**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapie = Fisioterapia**

Band (Jahr): **31 (1995)**

Heft 1

PDF erstellt am: **30.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-929426

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Maria Schwarz, Ex-Präsidentin des Weltverbands der Ergotherapeuten (WFOT),
Badstrasse 1, 5412 Gebenstorf

PRAXIS

Behandeln lernen heisst Handeln lernen

Gedanken zur Qualitätssicherung therapeutischer Kompetenzen

Physiotherapie und Ergotherapie sind verwandte therapeutische Disziplinen, welche eine Bereicherung, aber auch eine Herausforderung im heutigen Gesundheitswesen darstellen. Im vorherrschenden Territoriumskampf des Gesundheitswesens bestehen wir nur, wenn unsere Berufsgruppen eine starke Identität entwickeln. Angesichts der gesellschaftlichen und ökonomischen Folgen der heutigen Probleme im Gesundheitswesen wird nach innovativen Strategien gesucht, wobei unsere praxisorientierten, realitätsbezogenen Behandlungsangebote und Beratungskonzepte besondere Beachtung finden. Es wird anerkannt, dass damit die Chance einer echten (Re-)Integration von Patienten in ihr Lebensumfeld grundlegend verbessert wird, was langfristig auch als volkswirtschaftlicher Nutzen zu Buche schlägt.

Anlässlich des letztjährigen nationalen Kongresses des SPV hat Frau Schwarz ein vielbeachtetes Referat zur Thematik der Qualitätssicherung gehalten. Auf vielgeäusserten Wunsch publizieren wir nachfolgend Auszüge aus dem Referat von Frau Schwarz.

1. Zusammenarbeit

Ich habe viele positive Erfahrungen gemacht in Physio-Ergo-Zusammenarbeit auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene.

Als Präsidentin der World Federation of Occupational Therapists (WFOT) hatte ich in den letzten Jahren sehr positiven Kontakt zur World Confederation of Physical Therapy (WCPT). Diese Zusammenarbeit unserer beiden Weltverbände resultierte auch in konkreten Arbeitspapieren und Mandaten wie zum Beispiel der kürzlich erschienenen WHO-Publikation zum Thema «Förderung von CP-Kindern in ländlichen Gegenden in Entwicklungsländern». Dieses Handbuch ist eine «greifbare» Hilfe und Anleitung zum Handeln für die unüberblickbar grosse Zahl von Betroffenen in Gebieten, die kaum je Hoffnung haben, professionelle Behandlung oder auch nur die minimale ärztlich-pflegerische Betreuung zu erhalten. In den engen Maschen, aber auch spezifischen Fallmaschen unseres hochzivilisierten Gesundheitswesens tut es gut, uns auch in ganz andere Verhältnisse hineinzudenken und Beiträge dafür zu entwickeln.

Gerade in solchen Zusammenhängen erleben wir neu, wie nahe unsere Berufsziele, unsere Berufsethik und unser Engagement uns über alle berufspolitischen Grenzen hinweg verbinden. Physiotherapie und Ergotherapie sind verwandte therapeutische Disziplinen, welche eine Bereicherung, aber auch eine Herausforderung im heutigen Gesundheitswesen in vielen Ländern und unterschiedlichen Kulturen darstellen.

Rehabilitation ist nicht mehr denkbar ohne uns. Wenn ich «uns» schreibe, meine ich in meinen folgenden Ausführungen immer wieder unsere «workforce», das heisst qualifizierten PT- und ET-Berufsleute.

2. Handlungskompetenz

Wir sind eine facettenreiche, differenziert ausgebildete Ressourcengruppe, längst weltweit anerkannt und zunehmend gefragt als handlungskompetentes Fachpersonal. Unsere Behandlungs- und Beratungsangebote haben sich in den letzten Jahrzehnten enorm entwickelt und diversifiziert. Unsere Berufsidentität ist profilierter geworden. Wir erbringen unsere Beiträge mit fundierter beruflicher Selbstsicherheit und belegen unsere Arbeit vermehrt mit wissenschaftlichen Dokumentationen.

In der internationalen «Gesundheitsszene» kennt und schätzt man uns als flexible und innovative Berater und Beraterinnen wie auch als praktisch-konkrete Problemlöser, welche ihre Dienste je nach institutionellen und kulturellen Bedingungen variieren und anpassen können. Unsere Handlungskompetenz ist nicht abhängig von einem bestimmten Institutionsrahmen oder Rollenmodell.

Wohl kennen wir alle auch die territorialen Spannungen und Konflikte mit andern Vertretern aus medizinischen und Rehabilitationsdisziplinen und das allgegenwärtige (eher lokale) Gerangel um standespolitische Anerkennung. Ich bin aber überzeugt, dass wir den allgemeinen Territoriumskampf um die Anerkennung und damit die Budgetzuteilungen im Gesundheitswesen nur dann gewinnen, wenn unsere Berufsgruppen ihre starke Identität weiterentwickeln und sich gegenseitig unterstützen und bewusst ergänzen in der Dokumentation unseres volkswirtschaftlichen Stellenwertes.

Wir sind heute als Berufsgruppe (noch) direkt und praktisch handlungskompetent, und all unsere Bemühungen zielen darauf ab, unseren Klienten wieder zu optimaler Handlungsfähig-

keit zu verhelfen. Gerade dies unterscheidet uns von anderen Gesundheitsberufen und macht uns unentbehrlich in einer sinnvollen Gesundheitsversorgung.

Die Medizin in den Industrienationen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark spezialisiert und technisiert. Zahlreiche schwere Unfälle werden heute überlebt, Krankheiten und Abbauprozesse, die früher rascher zum Tod führten, sind beherrschbar geworden. Damit steigt aber auch der Bedarf an qualifizierter therapeutischer Nachsorge.

Neuere gesundheitspolitische Konzepte (auch nach WHO) rücken nebst den Ursachen heute vor allem die Auswirkungen von Krankheiten, Traumata und Funktionsdefiziten auf die Alltagsbewältigung der Betroffenen ins Blickfeld. Angesichts der gesellschaftlichen und ökonomischen Folgen dieser Auswirkungen wird nach innovativen Strategien gesucht.

Die Geschichte der Kostenspirale im Gesundheitswesen ist nicht zuletzt auch eine Geschichte des Drehtüreffektes durch schlechte Alltagsintegration vieler Patienten/-innen: Durch forcierte und unbegleitete Entlassung aus der perfektionierten und behüteten «Rund-um-die-Uhr-Pflege» erlebt der Patient einen überfordernden Kontrast in der plötzlichen einsamen Alltagsrealität. Er schafft den Tellensprung nicht und wird mit Rezidiven, Sekundärschäden und verlagerten Problemen immer wieder neu institutionsabhängig. Wir Therapeuten sind in der Lage, an der Nahtstelle zum Alltag die Auswirkungen von Funktionsdefiziten entscheidend zu verringern und das Kompensationspotential des Betroffenen gezielt zu fördern.

Wenn der Patient ein individuell abgestuftes, mehrdimensionales Handlungsprogramm durchläuft, das gleichzeitig auf sensomotorische, kognitive und psychosoziale Regelkreise einwirkt und dabei auch Verhaltensänderungen einleitet, wird die Chance der (Re-)Integration in sein Lebensumfeld grundlegend verbessert. Damit lässt sich oft auch der Stress, der auf den Betreuern lastet, etwas reduzieren. Es ist offensichtlich, dass solche Therapieprogramme auch einen volkswirtschaftlichen Nutzen bringen.

3. Therapie bedeutet gleichzeitig Behandlung und Schulung.

Unsere Bemühungen, den Patienten in der Wiedererlangung und Integration seiner Handlungskompetenz zu unterstützen, beinhalten grundsätzlich zwei Aspekte:

a) **einen fachtechnischen Ansatz und**
b) **einen methodisch-pädagogischen Ansatz.**

Zu beidem sind wir von der Ausbildung her befähigt. Der Trend geht gegenwärtig jedoch vermehrt dahin, nur unsere fachtechnische Kompetenz zu entwickeln und zu verfeinern. Viele Berufsvertreter hoffen derzeit, allein durch diesen Ansatz die Anerkennung und Etablierung unseres beruflichen Profils zu erreichen.

Werfen wir zum Beispiel einen Blick auf die Handtherapie:

In Anlehnung an die medizinische Zielsetzung versuchen wir die physiologischen, biomechanischen und ergonomischen Bedingungen für Bewegungsabläufe, Sensibilität, Greifmuster usw. zu optimieren. Der Schwerpunkt der Arbeit konzentriert sich darauf, am Patienten Handlungen vorzunehmen, Geräte und Testmaterial einzusetzen, das Vorgehen zu beschreiben und zu normieren. Dies ist zweifellos wichtig zur Qualitätssicherung einer kompetenten, funktionsbezogenen Versorgung eines durch ein Trauma veränderten Körperteils. Es ist jedoch nur eine Komponente.

Die Routine lässt uns die Gefahr übersehen. Was wir als versierte Experten «in die Finger kriegen», das gibt der/die verunsicherte Patient/-in nur zu leicht «aus der Hand». Wenn wir ihm/ihr zu sehr in eigener Verantwortung zeigen, «wo's lang geht», wird er/sie eher Mühe haben, die Alltagsanforderungen selber wieder in den Griff zu bekommen.

Ein anspruchsvolles Niveau an Fachkompetenz, das sich in Sprache und Anweisungen ungefiltert darstellt, läuft Gefahr, durch ein Wissengefälle auch ein Beziehungsgefälle zu begünstigen, das unmerklich entmündigend auf eine/-n durch Verletzung und den entsprechenden Trauerprozess bereits regredierende/-n Patienten/-in wirken kann!

Im Gegensatz dazu stehen viele historische Beispiele von Lehr- und Lernsituationen: In vielen Kulturen übernahmen nur die grossen Meister einer Disziplin das Anlernen von Nachfolgern oder das Beraten von Lernwilligen. Diese Meister vermittelten aber nicht nur Wissen, Techniken oder Dogmen, sondern waren vor allem erfolgreich durch ihr Beispiel an Persönlichkeit; durch gelebte Vermittlung von philosophischen, ethischen und auch emotionalen Werten und Erkenntnissen. Man (er-)lebte Prozesse miteinander, die Schüler hatten Zeit, Schritte zu vollziehen und selbst zu reflektieren. Es war der pädagogisch-methodische Einfluss, der für Lernenden gewinnbringende Veränderungen bewirkte. Heute würde man sagen, ein eher verhaltens- und lernpsychologischer Ansatz!

Übertragen auf die Therapiesituation, könnte das in etwa heissen, dem/der Patienten/-in Erkenntnisse vermitteln (= Mitteilen von Wissen), Hilfen anbieten und durch gemeinsames mehrdimensionales Suchen und Versuchen schrittweise die Funktionen wieder zu erarbeiten und zu integrieren.

Es stimmt nachdenklich, wenn die heutigen Kapazitäten

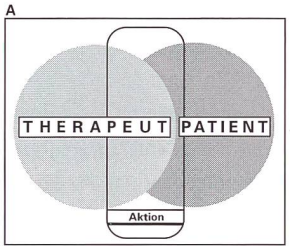
der Handchirurgie sagen: «Listening, explaining and touching truely represents the art of hand therapy» (Zuhören, Erklären und Berühren beinhalten wahrhaftig die Kunst der Handtherapie Evelyn Mackin). Dieser methodisch-pädagogische Ansatz bemüht sich auch um eine ganzheitlichere Standortbestimmung, die neben dem Funktionsstatus auch die Befindlichkeit und das Niveau der Problembewältigung thematisiert. Wissen und Erkenntnisse werden aufgebaut und Funktionszusammenhänge gemeinsam erlebt und ergründet. Übungsmuster werden zusammen entwickelt, und daraus ergeben sich Teil-Autonomien für den/die Patienten/-in. Er kann Verantwortung übernehmen und auch uns mit eigenen Ideen überraschen. Das Selbstbild/Körperschema wird bewusster einbezogen. **Berühren und Berührtwerden gehört mit zum emotionalen und soziokulturellen Neu-Anpassungsprozess, den wir Therapeutinnen und Therapeuten begleiten und erleichtern können.** Es lohnt sich, in unsere Therapiesequenzen jeweils gezielt einen kurzen Schulungsaspekt einzubauen nach den folgenden Grundsätzen:

Stufenweises Erarbeiten von Handfunktion fördert Interesse, Faszination und Kompetenz, wenn:

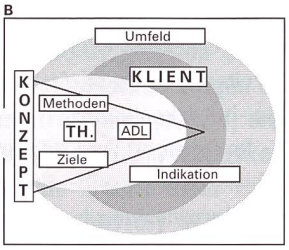
1) **intergriertes (vernetztes) Wissen angeboten wird;**
2) **systematische Beobachtung geschult wird;**
3) **mehrere Wahrnehmungskanäle angesprochen werden;**
4) **dreidimensionales Visualisieren gefördert wird;**
5) **taktile Körperwahrnehmung intensiviert wird.**

PRAXIS

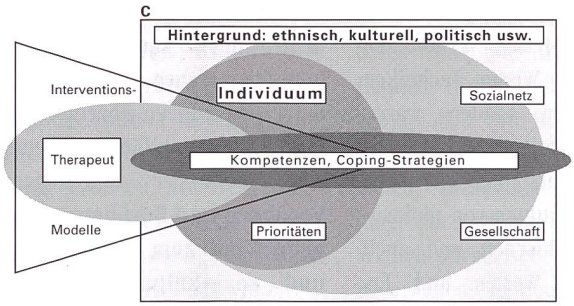
Unsere therapeutischen Settings und Konzepte haben sich interessanterweise über die Jahre in drei Ausprägungen entwickelt, welche im weitesten Sinne dem ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) entsprechen.



Interventionsorientiert
Beeinflussen
der Läsion (= Impairment)



Funktionsorientiert
Bearbeiten
der Behinderung (= Disability)



Prozessorientiert
Aufbauen von Bewältigungsstrategien trotz
Einschränkungen (= Handicaps) im Alltagsumfeld

A) Dieses Setting ist interventionsorientiert und konzentriert sich vor allem auf die Bearbeitung und Beeinflussung eines lokalen, anatomisch funktionell manifesten Schadens oder Defizits. Therapeut/-in und Patient/-in sind nur durch das Ausführen einer Aktion, die Manipulation oder eine passiven Massnahme verbunden. Wirkungen auf andere Bereiche sind zufällig, werden jedenfalls nicht gezielt verfolgt.

B) Dieses Setting ist funktionsorientiert, das heisst, die Behinderung in physischen, psychischen und intellektuell-kognitiven Funktionsbereichen werden mehrdimensional angegangen. Meist werden die Therapieschritte und -phasen nach einem komplexeren Konzept mit definierten Zielen und Methoden aufgebaut, modifiziert und kontrolliert. Die Indikationsstellung und die Therapieplanung berücksichtigen individuelle Charakteristika und ADL-Bedürfnisse des/der Patienten/-in und seines/ihres unmittelbaren Umfeldes. Training und Optimierung von Restfunktionen stehen im Zentrum der Bemühungen.

C) Dies ist wohl das komplexeste Setting mit Anspruch auf Ganzheitlichkeit. Es ist prozessorientiert und bemüht sich, die Auswirkungen der Funktionseinschränkgungen auf die soziale Rolle, das Umfeld und die entsprechenden Alltagserwartungen des Patienten/der Patientin zu beziehen. Im Blickfeld stehen die Mobilisierung von Reservepotentialen der Gesamtpersönlichkeit und das Entwickeln von individuellen Bewältigungsstrategien trotz Restdefiziten.

Es versteht sich von selbst, dass alle drei Therapieformen auch nebeneinander oder sich überlappend praktiziert werden können. Natürlich ist auch je nach Diagnose die eine oder andere Ausrichtung eher sinnvoll und angezeigt. Wichtig scheint mir, dass das eigene Setting trotz Routine auch wieder einmal neu überdacht und dann vielleicht bewusst modifiziert, erweitert oder auch zweckmässig redimensioniert wird.

4. Wie steht es mit uns selbst als «Professionals»?

Wenn wir schon täglich bemüht sind, die richtigen therapeutischen Ingredenzien zu mixen, um unseren Patienten/-innen zu vermehrter Handlungskompetenz zu verhelfen, könnten wir uns selbst einiges bewusst machen und gezielter (vielleicht auch vermehrt gemeinsam?) zur qualitativen Optimierung der allgemeinen Basiskompetenzen unserer Berufsvertreter/-innen beitragen. Wollen wir uns kurz auf ein kreatives Wortspiel einlassen? Was assoziieren wir spontan mit Kompetenz (ausgehend von den neun Buchstaben des Wortes)? z.B.:

K ommunikationsfähigkeit
O rganisationsgeschick
M otivation
P artnerschaft
E ntscheidungsfreude
T ragfähigkeit
E igenverantwortichkeit
N iveaubewusstsein
Z ielstrebigkeit

Jedoch zeigt sich klar: Die wenigsten dieser Charakteristika kann man sich rein intellektuell aneignen.

«Therapie spielt sich in Beziehungsgeflechten ab.»

Die erfolgreiche Ausübung eines therapeutischen Berufes verlangt breit abgestützte Fähigkeiten gemäss einem mehrdimensionalen Anforderungsprofil. Wenn unser Beitrag an das Gesundheitswesen langfristig relevant sein soll und über Symptombekämpfung oder «Ersatztherapie» hinaus beim/bei der Patienten/-in auch Erkenntnisse fördern, Anpassungsprozesse einleiten und Verhaltensmodifikationen ermöglichen soll, dann brauchen unsere Berufsleute nicht nur Fachkompetenz, sondern auch Handlungskompetenz und Sozialkompetenz.

Wo können Ergotherapeuten/-innen und Physiotherapeuten/-innen diese lernen und sich aneignen? Wie kann dieser Lernprozess in der schulischen und klinischen Ausbildung gefördert werden? Wohl sind wir alle in irgendeiner Form daran beteiligt, sei es direkt als Anleiter/-innen oder indirekt als Rollenmodell für Kolleginnen und Kollegen. Das Ziel unserer (Aus-)Bildung ist es meines Erachtens nicht in erster Linie, Fachleute zu züchten, die für das Gesundheitswesen (noch) nützlich(er) sind, sondern vielmehr Berufsleute heranzubilden, welche ein nützliches Gesundheitswesen gestalten helfen.

5. Ausbildung

Der weltweite Trend zur Akademisierung unserer Ausbildung ist ein Versuch zur Profilierung und zur Erlangung vermehrter Anerkennung. Es ist aber auch zu beobachten, dass bei einseitiger Gestaltung universitärer, basistheoretischer Lehrgänge (und damit drastisch verkürzten Praktika) die Gefahr der Einseitigkeit droht. Die praktisch-klinische Ausbildung schrumpft und wird

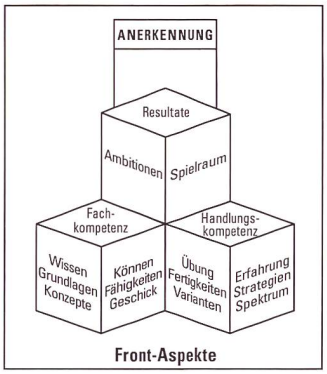
akademischer Wissensvermehrung und analytischen Denkprozessen geopfert. Dies leitet einen Teufelskreis ein, indem bereits die Aufnahmeverfahren akademische Qualifikationen, das heisst das intellektuell-kognitive Potential der Kandidaten/-innen, viel höher werten als das praktische Fähigkeitspotential. Therapieverfahren werden modellhaft durchgespielt und reflektiert, aber nur bruchstückhaft und ansatzweise erlebt. Persönlichkeitskomponenten werden oft ganz beiseite gelassen, als ob sich diese automatisch adäquat entwickeln würden. Im Extremfall erscheint mir dieser Trend wie eine berufs- und standespolitische Einäugigkeit oder «Hemianopsie»! Wir sagen ja auch nicht einem/-r Patienten/-in, er/sie solle seine/ihre Bewegungs- und Verhaltensmuster via Vorträge, Video, Literatur oder Seminardiskussionen erarbeiten.

Es ist unbestritten, dass wir heute Forscher/-innen und Analytiker/-innen in unseren Reihen brauchen. Es ist aber ebenso einleuchtend, dass die Schlüsselkompetenzen in unseren «aktionsorientierten» Berufen nur durch Exponiertsein in der Praxissituation des klinischen Alltags erworben werden können. Dafür ist eine gewisse Zeitspanne nötig sowie das Durchleben und Durchleiden der immer wiederkehrenden Phasen:

a) Erst eine ruhige, geordnete Phase der Wissensabsorption, der Meinungsbildung und Vorbereitung, dann

b) die Zeit des Handelns, Aktion/Reaktion der Krise, gefolgt von Reflexion, von Einordnung und Schlüsseziehen. Fehlt dieser Lern- und Reifungsprozess, entwickelt sich eine andere Art von Rollenmodell, das eine gefährliche Art von professioneller Verarmung einleiten könnte. Bildung in einer umfassenden Art ist Auf- und Ausbau von Kompetenzen. Einseitigkeit hat keinen Bestand.

In diesen Zusammenhang gehört das Fritz-Perls-Zitat: «Lernen ist die Entdeckung, dass etwas möglich ist!» oder das chinesische Sprichwort: «Ich höre – und vergesse, ich sehe – und behalte, ich handle – und begreife!»



Eine ausgewogene Ausbildung baut auf vielseitige Grundlagen; oft sind auf Anhieb nur die «Frontaspekte» ersichtlich.

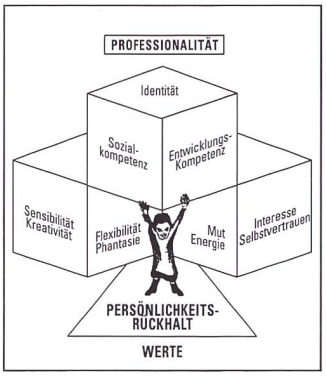
Wissen (Grundlagen, Konzepte), gepaart mit Können (Fähigkeiten, Geschick,) führen zu Fachkompetenz. Es braucht jedoch gleichermassen Übung (Fertigkeiten, Varianten) und Erfahrung (erlebtes Strategienspektrum) für die Entwicklung praktischer Handlungskompetenz. In einer weiteren Stufe bringen dann gezielte Ambitionen und der entsprechende professionelle Spielraum Resultate, welche letztlich zur vieldiskutierten Anerkennung führen.

Man vergisst aber leicht die weniger offensichtliche Rückseite mit dem latenten Persönlichkeitspotential, welches es auch zu beachten und zu fördern gilt. Wichtige Eigenschaften wie Flexibilität und Sensibilität sind Bedingungen für eine gute Sozialkompetenz. Phantasie und Kreativität bereichern und erweitern die Identität. Daneben braucht es Energie, gepaart mit gezieltem Interesse, um eine gesunde Entwicklungskompetenz zu garantieren, die für Innovation und Erfolgserlebnisse sorgt. Das ganze Gebäude der professionellen Identität des jeweiligen Rollenträgers steht und fällt im wahrsten Sinne mit dem Rückhalt der Gesamtpersönlichkeit, ihrer Stamina und ihrer Werte.

PRAXISLERNEN:

- **Institutionen kennenlernen**
- **Beziehungen erleben**
- **Abhängigkeiten erfahren**
- **Berufsvorstellungen modifizieren**
- **Abläufe beobachten**
- **Wirkungen der eigenen Person sehen**
- **Verhaltensweisen erproben**
- **Nähe/Distanz erleben**
- **Stufen der Verantwortung erfahren**
- **Machbarkeit erleben**
- **Krisen/Fehler durchleben**
- **Bewältigungsmechanismen entwickeln**

Praxislernen spielt sich in vielen einzelnen, sich überlagernden Prozessen ab, welche alle obigen Elemente einbeziehen. Die Studierenden haben in der klinischen Ausbildung Gelegenheit zu vielen Lernerlebnissen. Sie können Institutionen kennenlernen, Beziehungen erleben, Abhängigkeiten erfahren, Berufsvorstellungen modifizieren, Abläufe beobachten, Wirkungen der eigenen Person wahrnehmen, Verhaltensweisen erproben, Nähe und Distanz erleben, Stufen der Verantwortung erfahren, Machbarkeiten testen, Krisen und Fehler durchstehen, Bewältigungsmechanismen entwickeln usw.



Es ist wichtig, dass während der Ausbildung für unterschiedliche Ausrichtungen Raum und Zeit gewährt wird. So gibt es zum Beispiel Phasen, in welchen die

Praxis

Studierenden stark lernstofforientiert arbeiten, später patientenzentriert und erst allmählich praxisausgerichtet. Sie lernen Extreme erkennen wie zum Beispiel die überbeschützende Haltung, die den/die Patienten/-in eher therapieabhängig macht, oder die Gefahren von zu «technikgläubigen» Qualitätssicherungsverfahren. Sie suchen ihre persönlichen Entwicklungsschritte und Kompromisse. Im Kontakt zu Studierenden, aber auch zu Kollegen und Kolleginnen, Patienten/-innen und Angehörigen nehmen wir alle – bewusst oder unbewusst – eine Vielzahl von Rollen an, die zum Teil in starkem Kontrast zueinander stehen können.

Wir haben und brauchen Kompetenzen als:

Vorgesetzte
Führungsfiguren
Begleiter / Wegbereiter
Beschützer
Herausforderer / Konfrontierer
Motivierer / Kraftspender
Wissensquellen
Berater / Katalysator
Reizsetzer
Trainer / Coach
Beobachter / Beurteiler
Ansprechpartner / Vertrauensfiguren
Vertreter der Institution
Anwälte der Patienten

Wir sind alle auf dem Weg und bestrebt, unsere Professionalität und unsere Kompetenzen zu erweitern und zu festigen, einerseits um den vielen Erwartungen gerecht zu werden und anderseits, um uns immer wieder selbst herauszufordern. Dieser Weg hat Überraschungen und Prüfungen bereit. Wir wissen und können vieles, aber es gibt noch unendlich viel mehr, das uns noch unbekannt ist. Es liegt an uns, Gelegenheiten zu ergreifen und Türen zu öffnen.