

Interprofessionalität – ist stark in seiner Bedeutung und schwach entwickelt

Wolfgang von Gahlen-Hoops

Zusammenfassung *Der Beitrag beleuchtet zunächst den aktuellen Stand der Debatte zur Interprofessionellen Edukation auf internationaler Ebene, um dann im Anschluss die deutsche Situation zu betrachten und in das Projekt Konzeptentwicklung zur Stärkung der Interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu) einzuführen.*

1. Interprofessionalität – eine Hinführung

Interprofessionelle Versorgung, Interprofessionelle Praxis, Interprofessionelle Ausbildung und Interprofessionelles Studium, Interprofessionelle Zusammenarbeit und Interprofessionelle Haltung – viele Begriffe werden mittlerweile wie selbstverständlich und in vielen Kontexten bis hinein in die Berufsgesetzgebung verwendet. Das Thema der Interprofessionellen Versorgung der Gesundheitsberufe ist von der WHO (2010) und auch von dem Centre of Advancement interprofessional Education (CAIPE) (vgl. Barr u.a. 2017) jeweils als ein Bildungsprozess beschrieben worden, der individuell oder strukturell nicht ohne die Ausbildungen und das lebenslange Lernen in einem Gesundheitsberuf verstanden werden kann. Dieser Bildungsprozess zielt schließlich auf einen deutlich verbesserten Versorgungsprozess ab, indem er nämlich eine sichere, wissenschaftsbasierte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung befördert (Cadet u.a. 2023). Vor diesem Hintergrund wäre zu erwarten, dass die gemeinsame interprofessionelle Ausbildung in allen Gesundheitsberufen im 21. Jahrhundert fest verankert sein und selbstverständlich mehrfach an den drei verschiedenen Lernorten vorkommen sollte, um vielfältige Bildungsprozesse anzuregen. Und es ist ebenso offensichtlich, dass die gemeinsame interprofessionelle Ausbildung in Deutschland immer noch ein sehr großes Problemfeld beschreibt, weil sie nur in Spuren, in kleinen Dosen vorkommt und längst noch nicht systematisch verankert in den Ausbildungen ist, was in der Versorgungspraxis zu vielen Behandlungsfehlern, Doppelungen, Verzögerungen und

zu ablehnenden Fachkräfteeinstellungen bis hin zu vorzeitigen Berufsausstiegen führen kann und auch schon führt. 70 % der Fehler in der Gesundheitsversorgung sind auf mangelnde Übergaben und Informationsweitergaben (zwischen Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe) zurückzuführen (vgl. Vega u.a. 2024; Chandra u.a. 2024). Ohne mit Schuldzuweisungen zu arbeiten, muss man einfach nüchtern festhalten, dass Deutschland in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe, was das Thema Interprofessionalität angeht, keine durchgehend gute oder auch nur zufriedenstellende Arbeit leistet.

Im Folgenden wird zunächst der Stand der Debatte zur Interprofessionellen Bildung und Erziehung auf internationaler Ebene beleuchtet, um dann im Anschluss die deutsche Situation zu betrachten und einleitend das Projekt *Konzeptentwicklung zur Stärkung der Interprofessionellen Edukation in der beruflichen und Hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu)* einzuführen.

1.1 Grundlagen und Wirksamkeit interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit

In einem aktuellen Scoping Review, veröffentlicht im viel beachteten BMJ Open-Journal, zur *Interprofessionellen Kollaboration* konnten die Pflegeforscher Dib und Belrithi aus Marokko 29 Studien in französischer und englischer Sprache zwischen 2010 und 2024 einschließen. Hier wird Interprofessionelle Kollaboration als ein komplexer, sozial stratifizierter Prozess mit vier Ebenen bestimmt: individuell, interaktional, berufliche Rolle und organisatorische Merkmale. Als Haupthindernisse der Interprofessionellen Kollaboration werden *schlechte Kommunikation, mangelnder Wissensaustausch und Entscheidungsfindung* und *Hierarchien und Machtungleichgewichte* identifiziert. Als fördernde Faktoren wird auf die *Klärung von Rollen, den Aufbau formaler Strukturen für Interprofessionelle Kollaboration, die Verbesserung der Kommunikation* und die *Förderung der interprofessionellen Aus- und Weiterbildung* verwiesen (vgl. Dib/Belrithi 2025: 1).

In einem aktuellen systematischen Review aus Singapur konnten 15 Studien mit 1.185 Teilnehmenden eingeschlossen werden, mit dem Ziel die Wirksamkeit interprofessioneller Ausbildung in Gesundheitsberufen zu bewerten. Die Ergebnissynthese zeigte, dass eine interprofessionelle Ausbildung die interprofessionellen Einstellungen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten, Kenntnisse und Verhaltensweisen von einschlägigen Gesundheitsberufen statistisch deutlich verbessern konnte (vgl. Shuyi u.a. 2024: 5). Dass interprofessionelle Erziehung positive Effekte auf das Organisationsklima und die Organisationskultur, aber auch Effekte auf die Arbeitszufriedenheit und Mitarbeitendenbindung hat, zum Teil aber auch keine Effekte vorkommen, zeigte die kolumbianische Forschendengruppe um Medina-Córdoba in einem Scoping Review. Diese Studie stuft Interprofessional Education (IPE) auch als einen vielversprechenden Ansatz für die Stärkung des Gesundheitssystems und

für die Erreichung von globalen Gesundheitszielen ein (vgl. Medina-Córdoba u.a. 2024: 1475).

Eine aufwendige Langzeitstudie aus den Niederlanden belegt beispielsweise, dass die wahrgenommene Steigerung der Kompetenz für eine interprofessionelle Zusammenarbeit auch ein Jahr nach der Durchführung des Lernarrangements noch deutlich messbar ist. Außerdem ist die Motivation zur Zusammenarbeit bei interprofessionell ausgebildeten Studierenden höher als bei uniprofessionell ausgebildeten Studierenden (vgl. Teuwen u.a. 2024: 8). Ein internationales Forschendenteam aus Kanada und der Schweiz untersuchte die Frage, welche Art von IPE für welche Lernenden funktioniert, um eine positive Einstellung gegenüber interprofessioneller Kollaboration (IPC) zu entwickeln. Demnach entstehen nämlich positive Einstellungen zu interprofessioneller Zusammenarbeit, wenn IPE zeitliche und soziale Räume für den formellen und informellen Austausch bietet, als berufsrelevant erlebt wird und das Selbstvertrauen stärkt. Zentrale Mechanismen für eine positive Einstellung sind persönliches Kennenlernen, positive Emotionen und erlebte Abhängigkeit (vgl. Grand-Guillaume-Perrenoud u.a. 2025: 879).

Guinat und andere (vgl. 2024: 10) konnten die Veränderungen in den IPE-Einstellungen von fünf Ausbildungen der Gesundheitsberufe über ein Blended-Learning-Format aufzeigen. Der Blended-Learning-Ansatz erwies sich ebenso als effektive Lern- und Kooperationsmethode, um alle fünf Lerngruppen zu erreichen und ihre Einstellung zu Interprofessionellen Interaktionen zu verbessern. Shuyi et al. (vgl. 2024: 1) arbeiteten aus anderen Studien heraus, dass hochrealistische Simulationen mit mehreren Szenarien, standardisierte Kommunikationsinstrumente, didaktische und aktive Lernmethoden, theoretische Rahmenkonzepte, Nachbesprechungen und Schulungen für Lehrende die Wirksamkeit von interprofessionellen Ausbildungen verbessern.

Die Grundlagen und Wirksamkeitsnachweise des interprofessionellen Lehrens und Lernens von interprofessionellen Bildungsangeboten werden in diesem Abschnitt deutlich und sind insofern schon beachtenswert, wenn auch von einem noch recht offenen und sich verändernden Forschungsfeld ausgegangen werden kann.

1.2 Theoretisch-konzeptionelle Ansätze zu IPE

Die Umsetzung der WHO-Konzeption von 2010, des Miteinander-, Voneinander und Übereinander-Lernens in den Gesundheitsberufen bedeutet noch nicht eine Festlegung der Kompetenzdimensionen. Im Jahr 2011 hat eine Auswahl aus Bildungsexpert*innen verschiedener Gesundheitsprofessionen begonnen, Kernkompetenzen für Interprofessionelle Bildung und Erziehung festzulegen, die schließlich als IPEC (Interprofessionell Education Collaborative) *core domains* bekannt geworden sind. Darunter werden Team und Teamarbeit, Interprofessionelle

Kommunikation, Werte und Ethik, Rollen und Verantwortungsbereiche verstanden. Das Spektrum wurde 2016 auch um allgemeinere Kompetenzen der Gesundheit der Gesamtbevölkerung bzw. Volksgesundheit und in sozialen Gemeinschaften bzw. Communities erweitert (vgl. IPEC 2016).

Da die Interprofessionalität trotz guter Konzeptionen nicht befriedigend in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe umgesetzt wird und in der praktischen Gesundheitsversorgung viele Fehler und Missverständnisse weiterhin vorkommen, haben einige Autor*innen versucht, das Thema der Interprofessionellen Erziehung und Bildung mithilfe von Change-Management-Ansätzen anzugehen. Bekannteste Modelle sind die des Harvard-Professors für Ökonomie John Kotter. Er hat bereits 1996 ein achtstufiges Modell entwickelt, welches fast zwei Jahrzehnte später vollständig überarbeitet quasi neu konzipiert worden ist (vgl. Kotter 2014). Auf Basis dieses Ansatzes haben Zomorodi und andere 2024 einen Leitfaden zur Einrichtung von Interprofessionellen Lernformaten an Hochschulen und Universitäten entwickelt. Der Leitfaden enthält auch einen strategischen Planungsprozess (vgl. Zomorodi u. a. 2024: 2f.). Diese komplexe Herangehensweise an IPE über ein Change-Prozess-Modell zeigt gleichzeitig an, dass unterkomplexe Herangehensweisen nur zu punktuellen Ergebnissen führen.

Das Forschendenteam um Krystallidou hat 2024 eine vielversprechende Programmtheorie vorgelegt, die bisherige Ansätze über eine Literaturrecherche konsequent aufgreift. Zwischen dem Lerninhalt (content) und Lernergebnis (learning outcome) hat das Team vier Mechanismen identifiziert und begründet. Diesen Mechanismen komme zur Erreichung interprofessioneller Zielsetzungen eine entscheidende Rolle zu und sie werden interessanterweise vollständig als Emotionen beschrieben:

- Mechanismus 1: Gefühl der Verantwortung (feeling responsible),
- Mechanismus 2: Gefühl der Begeisterung (feeling enthusiastic),
- Mechanismus 3: Gefühl der Sicherheit, ein Risiko eingehen zu können (feeling safe to take risks),
- Mechanismus 4: Gefühl der Bereitschaft (feeling ready)

Diese Programmtheorie möchte aufzeigen, dass diese Mechanismen bzw. Gefühle bei interprofessionellen Lehr-/Lernformaten berücksichtigt werden sollten, um die Lernerfolge zu verbessern und nachhaltiger zu gestalten. Daneben verweist sie auch auf die Rolle kompetenter Moderatoren*innen, ohne die die Wirksamkeit von interprofessioneller Erziehung und Bildung grundsätzlich auf dem Spiel steht (vgl. Krystallidou u. a. 2024: 1618).

1.3 Herausforderungen von IPE

Dem chinesischen Forschendenteam um Jiang (vgl. 2024: 1) ging es jüngst darum, anhand eines systematischen Reviews breitere Forschungslücken aufzuzeigen, beispielsweise hinsichtlich der Auswirkungen von interprofessionellen Erziehungsformaten auf die Patienten*innensicherheit. Gerade für diesen Zusammenhang fehlten aber objektive Bewertungen und entsprechend strukturierte Untersuchungsdesigns (vgl. ebd. 2024: 13).

Laut der kolumbianischen Forschungsgruppe um Medina-Córdoba (vgl. 2024: 1475) entstammen derzeit alle Studien zur Interprofessionalität aus wohlhabenden Ländern und Forschungen im globalen Süden fehlten weitestgehend.

Alharbi sieht in einem aufwendigen systematischen Review zu 37 Artikeln zu wenig Forschung auf dem Gebiet der Lehr- und Lernansätze zu IPE. Deutlich mehr Forschung gebe es nachweislich zum Wissenserwerb, zur Teamfähigkeit und zum Kooperationsverhalten (vgl. Alharbi u. a. 2025: 1). Man erkenne insgesamt eine große Variation der Lehr- und Lernansätze, wobei simulationsbasierte Lernansätze laut Lehrendenbefragungen weltweit am häufigsten verwendet würden (vgl. ebd.: 8).

Eine brasilianische Studie von Souza und anderen (vgl. 2025: 1–4) weist mithilfe eines integrativen Reviews aus 17 Studien auf der Mikroebene, Mesoebene und Makroebene Herausforderungen im Sinne von *Barriers* nach: Auf der Mikroebene seien eine mangelnde Ausbildung, Widerstand gegen interprofessionelle Arbeit und persönliche oder berufliche Verfügbarkeit für IPE entscheidende Limitationsfaktoren. Auf der institutionellen Mesoebene sind die Vereinbarkeit der Anforderungen der praktischen Dienstbedingungen mit denen der Ausbildung, zu wenige Möglichkeiten für interprofessionelle Zusammenarbeit und insgesamt eine Arbeitsüberlastung in den Gesundheitsberufen ausschlaggebend für den Misserfolg von IPE-Programmen. Auf der Makroebene seien das eine krankheitszentrierte Perspektive, die Vorherrschaft der uniprofessionellen Ausbildung und eine mangelnde Vergütung entscheidende Verhinderungsfaktoren. Die Studie weist insgesamt auf die Komplexität hin, was die Einbindung von IPE in die Ausbildungen der Gesundheitsberufe angeht (vgl. ebd.: 1).

Die philippinische Studie von der Forschendengruppe um Ngaya-an erhob, dass fast 83 % der dort befragten Pflegeschulen über IPE-Programme oder IPE-Lernaktivitäten verfügen (vgl. Ngaya-an u. a. 2024: 70). Diese kleinere Studie an 29 Pflegeschulen weist auf Hindernisse auf der administrativen Ebene hin, ermittelt Bedarfe an Qualifizierung von Bildungseinrichtungen und von Lehrenden in Gesundheitsberufen (vgl. ebd.: 70).

2. Hintergründe des interprofessionellen Lernens in den Ausbildungen von Gesundheitsberufen in Deutschland

Wenn man sich vorstellt, dass man heutzutage Lernende*in in einem Gesundheitsberuf in Deutschland ist, sei es an einer Hochschule oder sei es an einer Schule des Gesundheitswesens oder einer Pflegeschule, so kommt man vermutlich recht schnell zu dem Ergebnis, dass hier viel zu leisten ist, um eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf erfolgreich zu absolvieren. Die Ausbildungen sind sehr vollgepackt mit Inhalten, Kompetenzforderungen, Praxiseinsätzen und Prüfungen. Dabei sorgen derzeit keine Ausbildung und kein Studium in einem professionellen Gesundheitsberuf für eine direkte berufliche Handlungskompetenz. Vielmehr bewirken in allen Berufen von Mediziner*innen über die Physiotherapie bis hin zur Pflegefachperson die grundlegenden Studien- und Ausbildungsprogramme für eine *allgemeine berufliche Kompetenz*. Diese allgemeine berufliche Kompetenz erfährt dann durch handlungsfeldbezogene Fort- und Weiterbildungen, zum Teil auch durch Mentoringprogramme additiv mit einer *spezifischen beruflichen Handlungsfeldkompetenz* eine wichtige Ergänzung und führt erst additiv zur beruflichen Handlungskompetenz (vgl. Manuelle Therapie, Allgemeinmediziner*in, Orthopäde*in, Geriatriische Pflege, Onkologische Pflege). Das Ziel einer beruflichen Handlungskompetenz, wie es von den Berufs- und Wirtschaftspädagogen gerne eins-zu-eins adaptiert wird, muss also in den Gesundheitsberufen spezifiziert werden.

Die Lernenden der Gesundheitsberufe absolvieren häufig in einem Klassensystem oder Kohortensystem ihre Ausbildung und ihr Studium und sind damit auch starken Peer-Einflüssen des gleichen Ausbildungslevels oder Studienlevels ausgesetzt. Die Ausbildungs- und Studienkultur der Gesundheitsberufe ist in Deutschland weiterhin sehr stark monoprofessionell und abgrenzend geprägt.

2.1 Versorgungshintergründe

Wenn wir bei der Perspektive Lernender eines Gesundheitsberufes verbleiben, so kommen wir nachdem wir uns die Professionsperspektive des Unterrichts anschauen, auch dazu, dass Lernende in den Gesundheitsberufen von ihrer Gesamtausbildungs- bzw. -studienzeit einen sehr hohen Anteil an Praktika absolvieren. Diese Praktika oder Praxiseinsätze finden in der direkten Versorgung statt. Hier laufen die Auszubildenden und Studierenden mit den *normalen* Stations-, Wohnbereichs- oder ambulanten Arbeitsabläufen mit und bekommen Arbeitsaufgaben. Es gibt im Feld der Gesundheitsberufe noch keine für Lernende angemessene Praxisortgestaltung, wie z.B. in der Automobilindustrie oder anderen Bereichen der Wirtschaft, wo Übungsfirmen oder Simulationsfirmen etabliert sind. Punktuell und mehr und mehr werden Lernende aber über Ausbildungsstationen, Schülerwohnbereiche und Simulationen am Lernort Schule besser auf Praxisanforderungen vorbereitet,

allerdings noch nicht mit der Akribie und der Ausstattung wie in der Industrie. Die Lernenden eines Gesundheitsberufes unterliegen damit sehr häufig den Realbedingungen der Gesundheitsberufe. Hier kam es in den letzten 25 Jahren vor allem im Bereich der Pflege zu starken Einsparungen und Kürzungen bei Zunahme der Anforderungen an die Versorgung (u.a. durch Migration bzw. Sprach- und Verstehenshemmnisse, Multimorbidität, Vorerkrankungen, ethische Dilemmata, Aufgabenverdichtungen oder Transformationsprozesse durch Digitalisierung). Gleichzeitig erleben Lernende, dass die Gesundheitsversorgung fachlich nicht korrekt, nicht evidenzbasiert oder im Widerspruch zu aktuellem Wissen durchgeführt wird und dass die Berufsangehörigen in der Praxis, um den Anforderungen der Praxis nachzukommen, fachlich nicht immer korrekt arbeiten können. Das führt zu einem grundlegenden Widerspruch zwischen den Lernanforderungen und den praktischen Ausbildungsbedingungen, der im Bildungsdiskurs der Gesundheitsberufe seit mehreren Jahrzehnten reflektiert wird. Das *Gap* wird aber dadurch nicht kleiner, sondern größer.

2.2 Lernen im Kontext der Kapitalisierung der Gesundheitsversorgung

Es gibt sozial- und gesundheitspolitische Bereiche der Gesundheitsversorgung, die besser und solche die schlechter finanziert sind. Die Lernenden der Gesundheitsberufe lernen, dass die Erfahrungen guter Versorgungspraxis von der Finanzierung, also vom ökonomischen Kapital abhängen und der Staat hier seine grundgesetzlichen Aufgaben als Sozialstaat in den letzten Jahrzehnten aufgegeben hat, indem er sich zugunsten von privatwirtschaftlichen Firmen weitestgehend aus der Verantwortung zurückgezogen hat. Firmen und Personen aus dem Management üben Kontrolle und Herrschaft über traditionell eigenständige Disziplinen wie Pflege, Medizin und Therapie aus. Damit steht Deutschland konträr zu politischen und berufsständischen Erfahrungen in anderen europäischen Ländern, wo die Gesundheitsberufe ein ganz anderes Standing in der Gesellschaft behalten haben. Die Lernenden der Gesundheitsberufe in Deutschland erfahren, dass ihre Profession von der Politik dem Geldinteresse untergeordnet worden ist, und dass es sich monetär lohnen muss, gut zu pflegen, gut zu therapieren oder gut medizinisch zu versorgen, sonst ist es nicht gut. Was nicht direkt refinanziert wird, wird damit schnell zu schlechter Gesundheitsversorgung und zur realen Praxis. Wer das als Ideologie durchschaut hat, geht oder brennt aus.

2.3 Hintergründe einer idealisierten Professionalität als Monoprofessionalität

Kennen Sie das? Die Lehrenden in Gesundheitsberufen definieren sich in der überwiegenden Lehrzeit über die Kenntnisse und das Bewältigen von stark herausfordernden Situationen, die dann in der Lehre so einbezogen werden, dass der*die

Lehrende der Hauptwissensträger* in dieser Situation ist und die Lernenden von seinem/ihrem Wissen abhängig sind, um den Fall zu verstehen und zu fallorientierten Lösungen im Sinne von »so und nicht anders« zu kommen. In diesem Kontext bildet sich eine stark idealisierte Form von Professionalität in einem Gesundheitsberuf aus. Sie kann man so bezeichnen: Wir müssen in unserer Gesundheitsprofession sehr viel auswendig lernen, um schwierige Situationen bewältigen zu können, die uns sehr stark fordern und auch überfordern werden. Wir sind stolz auf unsere Professionspraxis, weil sie sehr herausfordernde, grenznahe Situation beinhaltet, und richtig in unserer Monoprofession, wenn wir Grenzsituationen in der Versorgungspraxis aushalten und irgendwie doch gut lösen. Themen wie Überforderung, Fehlerkultur, verschiedene Perspektiven auf Dinge werden hiernach weniger gefördert und ausgebildet und werden dann auch nicht Bestandteil der Professionsidentität.

2.4 Hintergründe der Zusammenarbeit

Wie erfahren Lernende in Gesundheitsberufen derzeit die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen? Lernende bemerken sofort Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen in der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, allerdings bemerken sie selbst auch ihre Einflussmöglichkeiten und erkennen schnell, dass sie bestimmte, und seien es zum Beispiel sehr gute interprofessionelle, Arbeitsaufträge für die Praktika nicht selbst umsetzen können, sodass sie auf die Organisation gar keinen bzw. sehr geringen Einfluss nehmen können. Die Lernenden lernen die Zusammenarbeit meistens nur in der direkten Versorgung und weniger im Studium oder in der Ausbildung kennen. Sie lernen zum Beispiel, dass Interprofessionalität bei einer Visite bedeuten könnte, dass Pflege oder therapeutische Berufe mit dabei sind, dass eine Entlassung interprofessionell sein könnte, wenn man darüber als anderer Gesundheitsberuf *informiert* wird, dass eine Aufnahme interprofessionell sein könnte, wenn man das Stammblatt in der Akte vollständig ausgefüllt hat als Behandlungsteam. Lernende lernen also in der Versorgungspraxis kein adäquates Verständnis von Interprofessionalität, sondern ein verkürztes und meistens komplett falsches Verständnis von Interprofessionalität. Die Lernenden der Gesundheitsberufe bauen sich also auch ein falsches Bewusstsein einer guten Versorgung auf, die in der Regel nicht gut oder interprofessionell gestaltet ist.

2.5 Hintergründe des Projektes interEdu

Angesichts der generell komplexen Ausgangslage ist es als visionär zu bezeichnen, dass das Bundesinstitut für Berufsbildung 2020 eine Ausschreibung nach Vergaberecht zum Interprofessionellen Lernen adressiert hat (Los 1), wonach ein Curriculum für die Ausbildung Interprofessioneller Kompetenzen zu entwickeln ist und

im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildungen integriert werden soll. Der gemeinsame Projektantrag den Universitäten zu Lübeck und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel unter dem Kürzel interEdu hat diese kompetitive Vergabe zur Leistungsausschreibung gewonnen und im Zeitraum von 2022–2024 ein longitudinales interprofessionelles Curriculum entwickelt, sowohl für den Ausbildungsort der Pflegeschule als auch für den Ausbildungsort der Hochschule/Universität.

Ausgangspunkt des Pflegebildungsforschungsprojekts interEdu¹ war 2021, dass die Versorgung insgesamt vor verschiedenen Herausforderungen steht, so dem digitalen Wandel, dem Wandel im Krankheitsspektrum mit Zunahme chronischer Erkrankungen und dem demografischen Wandel in den westlichen Gesellschaften. Interprofessionalität bietet hierzu Auswegmöglichkeiten aus dem Dilemma der uniprofessionellen Betrachtung und Umsetzung derart komplexer Fragen.

Eine weitere Voraussetzung von interEdu war der Bezug auf die curricularen Ordnungsmittel in den Gesundheitsberufen, der in der pflegerischen Ausbildung und bei Hebammen gegeben ist. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in der Pflegeausbildung (PflAPrV 2018) gibt etliche Kompetenzen verpflichtend vor und reserviert 300 von 2.100 Theoriestunden für intra- und interprofessionelle Inhalte.

Der Punkt III.3. der Prüfungsverordnung, in interdisziplinären Teams bei der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitzuwirken und die Kontinuität an Schnittstellen zu sichern, enthält klare interprofessionelle Kompetenzen, für die man interprofessionelle Erziehungs- und Bildungsprozesse anbahnen soll. Darin heißt es zum Beispiel: die Auszubildenden

- a) beteiligen sich an einer effektiven interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung und Behandlung und nehmen Probleme an institutionellen Schnittstellen wahr
- b) reflektieren in der interprofessionellen Kommunikation die verschiedenen Sichtweisen der beteiligten Berufsgruppen
- c) nehmen interprofessionelle Konflikte und Gewaltphänomene in der Pflegeeinrichtung wahr und verfügen über grundlegendes Wissen zu Ursachen, Deutungen und Handhabungen

1 Das Projekt Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu) wurde vom 01.01.2022 bis 31.12.2024 am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) unter der Leitung von Prof. Dr. Katrin Balzer (Universität zu Lübeck) und Prof. Dr. Wolfgang-Hoops (Christian-Albrechts-Universität Kiel) durchgeführt. Weitere Mitglieder des wissenschaftlichen Projektteams waren: Jutta Busch, Anne Faber (ab 11/2023), Birte Hildebrand (bis 09/2024), Anja Kühn (ab 07/2024), Tanja Lehnen, Miriam Leimer (bis 11/2023), Frederike Lüth (bis 03/2024), Laura Püschel (bis 06/2024), Lisa Wolter, Prof. Dr. Anne C. Rahn (stellvertretende Projektleiterin für den Standort Universität zu Lübeck), Katharina H. Tolksdorf (ab 01/2024).

- d) wirken an der Koordination von Pflege in verschiedenen Versorgungskontexten mit sowie an der Organisation von Terminen und berufsgruppenübergreifenden Leistungen
- e) verfügen über grundlegendes Wissen zur integrierten Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Primärversorgung und
- f) beteiligen sich auf Anweisung an der Evaluation von interprofessionellen Versorgungsprozessen im Hinblick auf Patientenorientierung und -partizipation.

In diesem Abschnitt, der auch Teil der mündlichen und schriftlichen Abschlussprüfungen ist, wird deutlich, dass es nicht nur um die Durchführung, sondern auch um Perspektivenübernahmen, Reflexion und Evaluationsprozesse geht.

Zugeordnet ist noch ein weiteres Feld interprofessioneller Zusammenarbeit, das vor allem die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen adressiert:

III.2. Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen, was eine Kompetenzerweiterung zur vorherigen Gesetzgebung widerspiegelt und was viel an Vertrauen und eine sehr gute Kenntnis zwischen beiden Berufsgruppen, Pflege und Medizin, voraussetzt.

Ein dritter Bereich der im Sinne der zu erlangenden Berufsbezeichnung verpflichtenden interprofessionellen Kompetenzen betrifft organisationale und metakognitive Perspektiven:

III.1. Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen. Hier heißt es beispielsweise: Die Auszubildenden a) sind sich der Bedeutung von Abstimmungs- und Koordinierungsprozessen in qualifikationsheterogenen Teams bewusst und grenzen die jeweils unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche begründet voneinander ab.

Im Pflegebildungsbereich ist die Anforderung an interprofessionelle Ausbildung verbindlich und entsprechend hoch, allerdings wird die Nichteinhaltung dieses Standards nur schwach bis gar nicht kontrolliert.

In der Prüfungsverordnung zum Hebammenstudium finden sich konkrete Anhaltspunkte für eine interprofessionelle Ausbildung in Teil V der Kompetenzen im Hebammenberufsgesetz: Verantwortliche Gestaltung des intra- und interprofessionellen Handelns in unterschiedlichen systemischen Kontexten, Weiterentwicklung der hebammenspezifischen Versorgung von Frauen und ihren Familien sowie Mitwirkung an der Entwicklung von Qualitäts- und Risikomanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards. Darunter fallen konkrete Kompetenzvorgaben, an die alle Hochschulen und Universitäten gebunden sind.

Die Absolventinnen und Absolventen von Hebammenstudiengängen

1. analysieren und reflektieren die hebammenrelevanten Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen und die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit,
2. entwickeln bei der Zusammenarbeit individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen vor allem für regelwidrige Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverläufe und setzen diese Lösungen teamorientiert um,
3. wirken mit an der interdisziplinären Weiterentwicklung und Implementierung von wissenschaftsbasierten, evidenzbasierten und innovativen Versorgungskonzepten während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit und
4. wirken mit an der intra- und interdisziplinären Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Qualitätsmanagementkonzepten, Risikomanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards (vgl. HebStPrV, Anlage 1).

Diese Kompetenzen sind sowohl Teil der mündlichen als auch der schriftlichen Abschlussprüfungen bei Hebammen. Es sollte allgemein klar sein, dass diese Kompetenzen ohne interprofessionelle Lehr- und Lernformate nicht zu erreichen sind.

In den Ausbildungsvorgaben der Physiotherapeuten*innen, der Ergotherapeuten*innen und der Logopäden*innen finden sich keine verbindlichen Vorgaben hinsichtlich interprofessioneller Kompetenzen.

Auf der Ebene der Berufsgesetze gibt es im Bereich der Mediziner*innenausbildung keine verbindliche Vorgabe für den Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen. Es gibt aber Dokumente mit Empfehlungscharakter, wie den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog. Er enthält verschiedene und recht differenzierte interprofessionelle Kompetenzdimensionen (NKLM 2021, VIII.3), die an den deutschen Medizinischen Fakultäten umgesetzt werden sollten.

Im medizinischen Ausbildungssektor ist die Vorgabe für interprofessionelle Bildung und Erziehung in Deutschland im Kontrast zu den internationalen Standards also weiterhin unverbindlich, schwach beforscht und führt in der Realität dazu, dass medizinische Ausbildungen als regional potenziell wichtiger und starker Partner für die interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen hinsichtlich einer gemeinsamen Gestaltung von interprofessionellen Bildungsformaten – bis auf Einzelinitiativen – derzeit leider ausfallen.

3. Projektkonzeption interEdu und Verknüpfung

InterEdu war von vornherein an dem bestehenden Forschungsstand in Deutschland interessiert und hat auch konkret den Anschluss an die ab 2013 initiierte Bosch-Förderprogramm *Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen* gesucht. Dieses Förderprogramm hat frühzeitig eine interprofessionelle Bildungskul-

tur in den Gesundheitsberufen anzustoßen versucht. Darum hat das Projekt interEdu dieser ersten bundesdeutschen Projektinitiative einen ganz eigenen empirischen Studienarm gewidmet, in dem die Projekte mit ihren Ergebnissen interviewt wurden. Das Projekt interEdu schließt damit konstruktiv und forschend an das gebildete Wissen aus dem Programm des Operation Team an (vgl. Robert Bosch Stiftung 2018).

In Deutschland fehlte bis zu der Handreichung von interEdu ein Rahmencurriculum für die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen in der Pflegeausbildung. Das interEdu Curriculum, welches als Handreichung beim Bundesinstitut für Berufsbildung in der Reihe *Pflegeausbildung gestalten* erscheint, ist das erste seiner Art und soll in diesem Sammelband auch entsprechend gewürdigt und erläutert werden.² Ein gesonderter Beitrag widmet sich den Faktoren, die für die erfolgreiche Umsetzung interprofessioneller Lehre entscheidend sind. Diese *Kontextfaktoren* konnten in der Konzeptionsphase des Projekts interEdu auf Basis theoretischer und empirischer Befunde beschrieben und für den Implementierungsprozess erschlossen werden.³

Literatur

- Alharbi, Nouf S./Bukhari, Lujayme/Albaz, Noof K./Alraddadi, Abdulrahman S./Albilehi, Reema/Alkahtani, Reem/Nasser, Seema/Alnahedh, Taghreed/Aldriwesh, Marwh G. (2025). Interprofessional Education: A Systematic Review of Educational Methods in Postgraduate Health Professions Programs. In: The clinical Teacher, 22, e70114. <https://doi.org/10.1111/tct.70114> (Abruf: 07.08.2025).
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in den Pflegeberufen (PflAPrV) (2018). URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BJNR157200018.html> (Abruf: 09.09.2025).
- Barr, Hugh/Ford, Jenny/Gray, Richard/Helme, Marion/Hutchings, Maggie/Low, Helena/Machin, Alison/Reeves, Scott (2017). Interprofessional education guidelines. Online: <https://www.caipe.org/resources/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-a-reeves-s/> (Abruf: 28.01.2026)
- Cadet, Tamara/Cusimano, Joseph/McKearney, Shelley/Honaker, Julie/O'Neal, Cynthia/Taheri, Rreza/Uhley, Virginia/Zhang, Yingting/Dreker, Margret/Cohn, Ju-

-
- 2 s. Beitrag von Jutta Busch & Frederike Lüth: Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung, in diesem Sammelband.
- 3 s. Beitrag von Tanja Lehnen: Kontextfaktoren interprofessioneller Edukation – Empirische Erkenntnisse und Implikationen für die Implementierung, in diesem Sammelband.

- dith S. (2023). Describing the evidence linking interprofessional education interventions to improving the delivery of safe and effective patient care: a scoping review. In: *Journal of Interprofessional Care*, 38 (3), S. 476–485. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2283119>.
- Chandra, Komal/Garcia, Mariely/Bajaj, Komal/Tsega, Surafel/Talledo, Joseph/Alaiev, Daniel/Alarcon Manchego, Peter/Zaurova, Milana/Jalon, Hillary/Wei, Eric/Krouss, Mona (2014). A Systemwide Strategy to Embed Equity into Patient Safety Event Analysis. In: *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Volume 50 (8). S. 606–611. ISSN 1553–7250. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.04.004>.
- Dib, Khalil/Belrhiti, Zakaria (2025). Unpacking the black box of interprofessional collaboration within healthcare networks: a scoping review. In: *BMJ Open*, 15, e101702. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-101702> (Abruf: 06.08.2025).
- Grand-Guillaume-Perrenoud, Jean A./Cignacco, Eva/MacPhee, Maura/Carron, Tania/Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2025). How does interprofessional education affect attitudes towards interprofessional collaboration? A rapid realist synthesis. In: *Advances in Health Sciences Education*, 30, S. 879–933. <https://doi.org/10.1007/s10459-024-10368-6> (Abruf: 07.08.2025).
- Guinat, Marie/Staffoni, Liliana/Santschi, Valérie/Didier, Amélia/Gachoud, David/Greppin-Bécherraz, Camille (2024). Evaluating the impact of a blended interprofessional education course on students' attitudes towards interprofessional education: a pre-post study. In: *BMC Medical Education* 24, S. 204. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05170-2> (Abruf: 07.08.2025).
- Interprofessional Education Collaborative (2016). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*. Wo erschienen? Bitte ergänzen.
- Jiang, Yan/Cai, Yan/Zhang, Xue/Wang, Cong (2024). Interprofessional education interventions for healthcare professionals to improve patient safety: a scoping review. In: *Medical Education Online*, 29:1, 2391631. <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2391631> (Abruf: 06.08.2025).
- Kotter, John P. (2014). *Accelerate: Building Strategic Agility for a Faster-Moving World*. Boston, Mass.: Harvard Business Review Press.
- Krystallidou, Demi/Kersbergen, Maria J./de Groot, Esther/Fluit, Cornelia R. M. G./Kuijjer-Siebelink, Wietske/Mertens, Fien/Oosterbaan-Lodder, Saskia C. M./Scherpbier, Nynke/Versluis, Marco A. C./Pype, Peter (2024). Interprofessional education for healthcare professionals. A BEME realist review of what works, why, for whom and in what circumstances in undergraduate health sciences education: BEME Guide No. 83. In: *Medical Teacher* 46, 12, S. 1607–624. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2314203> (Abruf: 06.08.2025).
- Medina-Córdoba, Mariana/Cadavid, Sara/Espinosa-Aranzaes, Angela-Fernanda/Aguía-Rojas, Karen/Bermúdez-Hernández, Pablo A./Quiroga-Torres, Daniel-Alejandro/Rodríguez-Dueñas, William R. (2024). The effect of interprofessional

- education on the work environment of health professionals: a scoping review. In: *Advances in Health Sciences Education* 29, S. 1463–1480. <https://doi.org/10.1007/s10459-023-10300-4> (Abruf: 07.08.2025).
- Nationaler Kompetenzorientierter Lernzielkatalog Medizin 2.0 (NKLM 2.0) (2021). Abschnitt VIII.3. <https://nklm.de/zenod/objective/list/orderBy/@objectivePosition/studiengang/PF2/zeitsemester/2021/fachsemester/VIII.3.%20Interprofessionelle%20Kompetenzen> (Abruf: 10.09.2025).
- Ngaya-an, Floreliz/De Torrez, Ryan Q./Peralta, Arnold B./Tuazon, Josefina A. (2024). Status of Interprofessional Education (IPE). Implementation in Asian Nursing Schools. In: *Acta Medica Philippina*. 58 (12) S. 70–77. <https://doi.org/10.47895/amp.v58i12.9283> (Abruf: 09.08.2025).
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2018). *Gemeinsam besser werden für Patienten. Interprofessionelle Lehrkonzepte aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Shuyi, Amelia/Zikki, Lew/Qi, Ang/Koh, Serena (2023). Effectiveness of interprofessional education for medical and nursing professionals and students on interprofessional educational outcomes: A systematic review. In: *Nurse Education in Practice*. 74, 103864. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103864> (Abruf: 07.08.2025).
- Souza, Camila M. D. S./Oliveira, Amanda C. M. d./Leonello, Valéria M. (2025). Barriers to preceptorship in Interprofessional Education: an integrative review. In: *Cien Saude Colet* 30, e11472023. <https://doi.org/10.1590/1413812320242911.11472023EN> (Abruf: 09.08.2025).
- Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) Anlage 1. https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/anlage_1.html (Abruf: 10.09.2025).
- Teuwen, Carolyn J./Kusurkar, Rashmi A./Schreurs, Hermien/Daelmans, Hester E.M./Peerdeman, Saskia M. (2024). Interprofessional collaboration skills and motivation one year after an interprofessional educational intervention for undergraduate medical and nursing students. In: *BMC Medical Education*, 24, S. 269. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05262-z> (Abruf: 07.08.2025).
- Vega, Maria C. Franco/Aiss, Mohamed Ait/George, Marina/Day, Lakeisha/Mbadugha, Anayo/Owens, Katie/Sweeney, Colin/Chau, Son/Escalante, Carmen/Bodurka, Diane C. (2024). Enhancing Implementation of the I-PASS Handoff Tool Using a Provider Handoff Task Force at a Comprehensive Cancer Center. In: *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Vol. 50, (8) 2024. S. 560–568. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.03.004>.
- World Health Organization (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO.
- Zomorodi, Meg/Saxe Zerden, Lisa de/Ciarrocca, Katharin/Neal, Madeline/Rodgers, Philip (2024). Step by step: Utilizing Kotter's model to design and implement a strategic plan for institutionalizing interprofessional education and practice. In:

Journal of Interprofessional Education & Practice, 37, 100720. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2024.100720> (Abruf: 10.08.2025).