

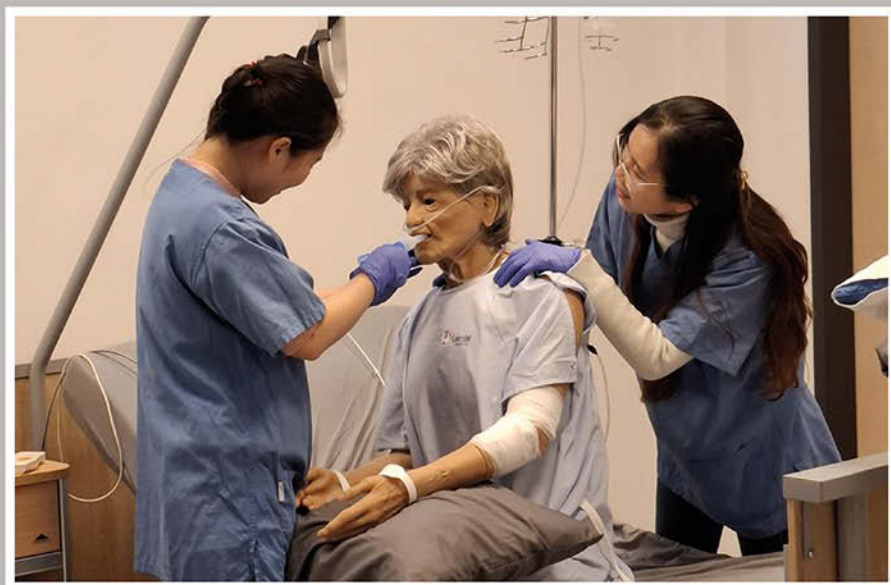
Tanja Lehnen, Jutta Busch,

Wolfgang von Gahlen-Hoops (Hg.)

INTERPROFESSIONELLE BILDUNG IN PFLEGE UND GESUNDHEITSBERUFEN

Curriculare Gestaltung und Strategien

für die Anwendung



Tanja Lehnen, Jutta Busch, Wolfgang Gahlen-Hoops (Hg.)
Interprofessionelle Bildung in Pflege und Gesundheitsberufen

Editorial

Die Reihe **Pflege – Bildung – Wissen** widmet sich Fragestellungen mit Ausgangspunkt im Pflegerischen. Der Gegenstandsbereich des Pflegerischen reicht von gesellschaftlichen Feldern wie Pflegeheim, Krankenhaus, Pflege zu Hause, Hospiz, betreutes und inklusives Wohnen bis hinein in künstlerische Darstellungen, besonders aber in Familien, Kitas, Krippen, Schulen oder in individuelle Praxen der Selbstpflege und des Alltags.

Die Reihe **Pflege – Bildung – Wissen** schreibt selbstkritisch und innovativ über die Vielfalt und die Herausforderungen des Pflegerischen. Sie richtet sich vorrangig an Pflegestudierende, Pflegelehrende und Menschen, die sich wissenschaftlich mit Themen der Pflegeausbildung, pflegerischen Fort- und Weiterbildung und der akademischen Pflegebildung beschäftigen möchten. Sie öffnet sich damit Fragen des Handlungsfeldes Pflege genauso wie denen der Pflegeschule und der pflegebezogenen Studienprofile an Hochschulen und Universitäten oder weiterführenden Wegen wie Referendariat in der Fachrichtung Pflege. Publikationsschwerpunkte sind Monografien, Sammelbände, Lehr- und Lernmaterial sowie Dissertationen.

Die Reihe wird herausgegeben von Wolfgang von Gahlen-Hoops.

Tanja Lehnen (M.Ed.), geb. 1977, ist Berufspädagogin in den Fachrichtungen Pflegewissenschaft und Sport und als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG »Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe« an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel tätig. Daneben ist sie Lehrbeauftragte an der Universität zu Lübeck und der Universität Osnabrück und hat langjährige Erfahrungen als Fachpflegerin für Intensivpflege und als Praxisanleiterin gesammelt. Ihre Themenschwerpunkte sind simulationsbasierte Lehre, Interprofessionalität und interprofessionelle Lehre, Weiterbildungsverordnungen der Pflege, Praxisanleitung und Lehrer*innenbildung sowie Curriculumentwicklung und Onboarding.

Jutta Busch (M.A.), geb. 1953, ist Erziehungswissenschaftlerin und als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe »Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe« an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel tätig. Sie hat Erfahrungen als Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie und war langjährig als Lehrende im Bereich der pflegfachlichen Weiterbildung am Universitätsklinikum Kiel und als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Osnabrück im Studiengang Pflegewissenschaft tätig. Ihre Themenschwerpunkte in der Lehre liegen in der Fachdidaktik Pflege.

Wolfgang von Gahlen-Hoops ist Professor für Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Dort leitet er den Master-Studiengang Pflegepädagogik. Seine Forschungsschwerpunkte sind u.a. Lehrer*innenbildung und Lehr-Lernformen in der Pflege.

Tanja Lehnen, Jutta Busch, Wolfgang Gahlen-Hoops (Hg.)

Interprofessionelle Bildung in Pflege und Gesundheitsberufen

Curriculare Gestaltung und Strategien für die Anwendung

[transcript]

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dnb.de/> abrufbar.



Dieses Werk ist unter der Creative-Commons-Lizenz BY 4.0 lizenziert. Für die ausformulierten Lizenzbedingungen besuchen Sie bitte die URL <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

2026 © Tanja Lehnen, Jutta Busch, Wolfgang Gahlen-Hoops (Hg.)

transcript Verlag | Hermannstraße 26 | D-33602 Bielefeld | live@transcript-verlag.de

Umschlaggestaltung: Maria Arndt

Umschlagabbildung: AG Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe

Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen

<https://doi.org/10.14361/9783839474037>

Print-ISBN: 978-3-8376-7403-3 | PDF-ISBN: 978-3-8394-7403-7

Buchreihen-ISSN: 2940-0783 | Buchreihen-eISSN: 2940-0791

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Geleitwort

Interprofessionelle Bildung – von der Idee zur Implementierung <i>Katrin Balzer</i>	9
--	---

Einleitung

<i>Tanja Lehnen und Jutta Busch</i>	15
---	----

Teil 1

Interprofessionelle Edukation: Hintergrund, Curriculum und Kontexte

Interprofessionalität – ist stark in seiner Bedeutung und schwach entwickelt <i>Wolfgang von Gahlen-Hoops</i>	23
---	----

Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung <i>Jutta Busch und Frederike Lüth</i>	39
---	----

Kontextfaktoren interprofessioneller Edukation – Empirische Erkenntnisse und Implikationen für die Implementierung <i>Tanja Lehnen</i>	71
--	----

Teil 2

Implementierungsstrategien interprofessioneller Edukation

Implementierungsstrategien im Rahmen des Projekts interEdu – Prozess der Pilotierung und qualitative Einschätzung <i>Tanja Lehnen</i>	93
---	----

Implementierungsstrategien Interprofessioneller Edukation (IPE) – Erlebte Kontextfaktoren und Lösungsansätze einer Pflegeschule <i>Sonja Bartholomä und Tanja Lehnen</i>	117
--	-----

Implementierungsstrategien von interprofessionellen Lehr-/Lernarrangements an Hochschulen <i>Jan-Hendrik Ortloff, Michaela Stratmann, Andrea Schlicker und Daniela Schmitz</i>	135
--	-----

Teil 3

Interprofessionelle Edukation und Praxis im Forschungsfokus

Intra- und interprofessionelles Lehren im Kontext des neuen Pflegeberufegesetzes – Wie wird es beschrieben? Vorstellung einer Pilotstudie <i>Hanna Kurbjuhn</i>	155
---	-----

Die interprofessionelle Lehre in der Pflegeausbildung am dritten Lernort – Qualifikationen und Bedarfe von Lehrenden aus der Perspektive von Expert*innen <i>Melanie May</i>	175
--	-----

Die interprofessionelle Entlassung – Perspektiven verschiedener Professionen <i>Bente Hüttmann und Susanne Christoph</i>	193
--	-----

Teil 4

Aspekte und Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung interprofessioneller Edukation

Toolbox Evaluation: Praxisleitfaden und Messinstrumente zur Evaluation von interprofessioneller Edukation <i>Florian Schimböck</i>	217
--	-----

Kinder und Jugendliche pflegen lernen – Eine interprofessionelle Perspektive auf neue Lernorte der generalistischen Pflegeausbildung <i>Robert Wietzke</i>	245
--	-----

Fokus Umschulende Personen – Herausforderungen und Chancen für die interprofessionelle Zusammenarbeit <i>Malin Apsel, Alexandra Bartsch, Katharina Genz, Christiane Micus-Loos und Wolfgang von Gahlen-Hoops</i>	269
--	-----

Training and Deployment of Facilitators to Master Interprofessional Education <i>Sharron Blumenthal, Melissa Owens, Elizabeth Anderson, Patricia Bluteau</i> und <i>Susanne Lindqvist</i>	289
Der DNA-Learning-Approach oder: Was bedeutet Interprofessionelles Lernen aus lerntheoretischer Sicht? <i>Wolfgang von Gahlen-Hoops</i>	309
Interprofessionalität anhand des Bildungskonzept BAPID im Kontext der Bildungsarchitektur in Deutschland <i>Katharina Genz und Wolfgang von Gahlen-Hoops</i>	329
Autor*innen	347

Geleitwort

Interprofessionelle Bildung – von der Idee zur Implementierung

Katrin Balzer

Seit 2010 ist die interprofessionelle Zusammenarbeit in vielen Ländern zunehmend in den Fokus von Versorgungsforschung und Bildung in den Gesundheitsberufen gerückt. Angestoßen durch ein Leitpapier der Weltgesundheitsorganisation (vgl. World Health Organization 2010), zielten und zielen Aktivitäten in der Forschung, im Qualitätsmanagement sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung darauf, die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Verbunden damit ist die Erwartung, Fehler in der Versorgung zu reduzieren, Patientenergebnisse zu verbessern und die Arbeitsplatzqualität und Arbeitszufriedenheit in den Gesundheitsberufen und Teams zu stärken (ebd.). Jedoch ist das Bild zu den empirisch nachweisbaren direkten Effekten von Strategien zur Förderung der Zusammenarbeit auf entsprechende Zielgrößen nicht einheitlich (vgl. Bouton u. a. 2023, Kaiser u. a. 2022).

Es liegt in der Natur der Sache, dass interprofessionelle Zusammenarbeit ein überaus komplexes Konstrukt darstellt: Menschliche Akteure mit unterschiedlichen beruflichen Sozialisierungen, Rollen, Aufgaben, Kompetenzen und Erfahrungen kommunizieren miteinander, oft unter Zeitdruck oder in Situationen mit Entscheidungsunsicherheit bei gleichzeitig hohem Handlungsdruck. Unter diesen latent stressvollen Bedingungen müssen sie unterschiedliche Situationsbewertungen aushandeln und aushalten sowie Handlungen aufeinander abstimmen. Basierend auf aktueller Forschungsliteratur, wird interprofessionelle Zusammenarbeit demzufolge als sozialer Prozess definiert, »in dem verschiedene Gruppen von Gesundheits- und Sozialberufen zusammenarbeiten, um die Versorgung positiv zu beeinflussen, und dieser Prozess beinhaltet gemeinsame Kommunikation und Entscheidungsfindung, die auf eine synergistische Beeinflussung und Nutzung von Wissen und Fähigkeiten verschiedener Gruppen ausgerichtet sind« (Dib/Belrhiti 2025).

Diese zugegeben recht abstrakte Definition illustriert, dass die Wirkungsmechanismen interprofessioneller Zusammenarbeit alles andere als linear sind. Umso wichtiger ist es, dass Strategien zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit an zentralen förderlichen Faktoren ansetzen. Hierzu zählen insbesondere Einstellungen zur Zusammenarbeit, Erfahrungen oder individuelle

Rollen in einem Team sowie Merkmale der Interaktion, wie z.B. gegenseitiges Vertrauen oder gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse, darüber hinaus die zugeschriebenen und gelebten Rollen und Werte der Berufe und organisationale Einflussfaktoren wie etwa Hierarchien (vgl. Dib/Belrhiti 2025). Als wesentliche förderliche Strategien für eine gelingende Zusammenarbeit werden die Klärung von Rollen und Verantwortungsbereichen, gemeinsame Ziele, gegenseitiger Respekt, effektive Kommunikation, affektives Engagement für die Zusammenarbeit, Beziehungsaufbau und eine gemeinsam geteilte Identität und Kultur beschrieben (ebd.). Vor diesem Hintergrund erscheint ein verstärkter Fokus auf Qualifikations- und Lernziele, die das gegenseitige Verständnis der Rollen und Werte der verschiedenen Berufe, die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit oder die Fähigkeit zur gemeinsamen Zielsetzung und Kommunikation fördern und stärken, als konsequent. Der vorliegende Sammelband zeigt vielfältige, theoretisch wie empirisch begründete Ansätze auf, wie dies umgesetzt werden kann. Als Beispiele genannt seien die Beiträge von Ortloff u.a. zur theoriegeleiteten Integration interprofessionellen Lehren und Lernens in der Hochschulausbildung, von Lehnen mit empirischen Ergebnissen aus der Prozessevaluation verschiedener Implementierungsstrategien in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung oder von Blumenthal u.a. zur Etablierung sogenannter *facilitator*-Rollen, die Lernende und Lehrende ausüben können, um interprofessionelle Bildungsprozesse gezielt zu unterstützen.

Mit den zunehmenden konzeptionellen Arbeiten zum interprofessionellen Lehren und Lernen ist auch das Forschungsaufkommen zu den Effekten entsprechender Bildungsaktivitäten gestiegen. Während die Mehrheit der inzwischen zahlreich vorliegenden systematischen Evidenzsynthesen günstige Effekte auf direkte pädagogische Zielgrößen wie Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen zeigt, sind die Effekte auf das Handeln in der Versorgungspraxis und schließlich auf die Patientenergebnisse wenig untersucht (vgl. Wu u.a. 2025). Zwar ist es eine Bestätigung für den Erfolg eines interprofessionellen Lehr- und Lernangebots, wenn sich signifikante Verbesserungen in Skalen zu Einstellungen oder im Wissen zur interprofessionellen Zusammenarbeit ermitteln lassen, aber was bedeutet eine bestimmte Mittelwertdifferenz in diesen Zielgrößen für das Handeln, wenn es später in der Praxis darum geht, einen interprofessionellen Konflikt zu lösen oder sich für regelmäßige interprofessionelle Fallbesprechungen einzusetzen?

Diese Evidenz auf- und auszubauen, muss ein Schwerpunkt künftiger Forschung zu Bildung und Versorgung in der Gesundheitsversorgung sein. Etablierte Rahmenmodelle für die Entwicklung, Evaluation und Implementierung komplexer Interventionen bieten eine geeignete methodische Orientierung hierfür (vgl. Skivington u.a. 2020). Die Arbeiten in diesem Sammelband sollten in die künftige Anpassung, Weiterentwicklung, Pilotierung und Evaluation von Ansätzen für die interprofessionelle Ausbildung einfließen.

Eine besondere Herausforderung hierbei ergibt sich daraus, dass dieser Evidenzauf- und -ausbau in einem sich stetig verändernden Umfeld von Bildungs- und Versorgungsstrukturen, inklusive gesetzlicher Vorgaben und technischer Möglichkeiten, erfolgen muss. So werden beispielsweise die verschiedenen Modelle und Werkzeuge Künstlicher Intelligenz (KI) eine Neujustierung der Lehr- und Lernangebote für die interprofessionelle Zusammenarbeit erfordern, sowohl in didaktisch-methodischer als auch inhaltlicher Hinsicht. Denn die Bedingungen und Möglichkeiten interprofessioneller Zusammenarbeit werden sich mit dem rasant wachsenden Angebot und Nutzungspotenzial der verschiedenen KI-Modelle ändern, z.B. durch neue Kanäle der interprofessionellen Kommunikation, sich ändernde Teamkonstellationen und zusätzliche Anforderungen an die Vertrauensbildung (vgl. Tun u.a. 2025). Nicht erst in diesem Zusammenhang gilt es, auch die Rolle der Adressaten der Versorgung – Menschen mit gesundheitlichem oder pflegerischem Unterstützungsbedarf und deren Bezugspersonen – stärker in den Blick zu nehmen. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist kein Selbstzweck, sondern verfolgt den Anspruch, Patientenergebnisse zu verbessern (vgl. World Health Organization 2010). Dies erfordert, interprofessionelle Zusammenarbeit und das Lehren und Lernen für diese Zusammenarbeit von Beginn an personenzentriert zu denken und umzusetzen (vgl. Santana u.a. 2018). Praktisch bedeutet dies, Menschen mit gesundheitlichem oder pflegerischem Unterstützungsbedarf und deren Bezugspersonen aktiv in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von interprofessionellen Lehr- und Lernangeboten einzubinden. Mit dem longitudinalen Rahmencurriculum für das interprofessionelle Lehren und Lernen in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung, das im Projekt *interEdu (Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung)* entwickelt wurde (s. Busch & Lüth, in diesem Sammelband), liegt eine Grundlage hierfür vor. Interessensvertretungen von Menschen mit gesundheitlichem oder pflegerischem Unterstützungsbedarf und deren Bezugspersonen waren an der Entwicklung des Curriculums beteiligt und theoretische Grundlagen der personenzentrierten Versorgung bilden einen wesentlichen Teil des theoretischen Rahmens dieses Curriculums.

Dies soll und darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass bisher wenige forschungsbasierte Erkenntnisse dazu vorliegen, wie die Integration von Menschen mit gesundheitlichem oder pflegerischem Unterstützungsbedarf und deren Bezugspersonen in interprofessionelle Lehr- und Lernangebote gelingen kann (s. Blumenthal u.a., in diesem Sammelband). Ebenso soll und darf nicht negiert werden, dass die Umsetzung interprofessionellen Lehrens und Lernens Lernende und Lehrende vor fundamentale Herausforderungen stellt: zum einen infolge ihrer Rolle als Pioniere, die zwischen den Idealen einer personenzentrierten interprofessionellen Versorgung und den Bedingungen der Realität navigieren und vermitteln müssen, zum anderen infolge ihrer Bindung an den eigenen Beruf und der Erfor-

dernis zur interprofessionellen Offenheit und Verständigung (vgl. Jonnergård u.a. 2024). Für die breite gelingende Implementierung interprofessionellen Lehrens und Lernens wird es essenziell sein, die Position von Menschen mit Unterstützungsbedarf und deren Bezugspersonen sowie der Lehrenden und Lernenden in der Forschung und Implementierung zu stärken und sie systematisch als aktive Akteure von Beginn an einzubeziehen.

Wie alle pädagogischen Prozesse sind auch berufs- und hochschulpädagogische Prozesse ein Spiegel der Debatten und Umbrüche ihrer Zeit. Die im vorliegenden Sammelband vereinten Beiträge stellen bisherige Traditionen der überwiegend in den Silos der einzelnen Berufe stattfindenden Bildung in den Gesundheitsberufen infrage. Sie reflektieren die Perspektiven verschiedener wissenschaftlicher Fachdisziplinen und Gesundheitsberufe, der wissenschaftlichen Pädagogik und der Praxis. Und auch wenn einzelne berufliche Perspektiven ein etwas stärkeres Gewicht haben als andere, geben die Beiträge in ihrer Gesamtheit Anstöße dafür, wie vermeintlich professionsgebundene oder anderweitige strukturelle Grenzen überwunden werden können und berufsgruppenübergreifendes Lehren und Lernen an verschiedenen Lernorten gelingen kann. Umso wichtiger ist es, dass diese Ergebnisse und Ideen ihre Fort- und Umsetzung finden – in der Bildungspraxis, der Versorgung und der Forschung –, damit diese Zusammenarbeit ganz im eigentlichen etymologischen Sinne des Begriffes »Kollaboration« tatsächlich zu »gemeinsamer Tätigkeit und (gemeinsamem) Ertrag« (Pfeifer u.a. 1993) führen kann. Hierfür wünsche ich allen Leserinnen und Lesern eine inspirierende und stimulierende Lektüre.

Katrin Balzer

Lübeck, Januar 2026

Literatur

- Bouton, Céline/Journeaux, Manon/Jourdain, Maud/Angibaud, Moggane/Huon, Jean-François/Rat, Cédric(2023). Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. In *BMC Prim Care*, 24 (1). DOI: 10.1186/s12875-023-02189-0.
- Blumenthal, Sharron/Owens, Melissa/Anderson, Liz/Bluteau, Patricia/Lindqvist, Susanne (2026). Training and Deployment of Facilitators to Master Interprofessional Education. In: Lehnen Tanja/Busch, Jutta/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.). *Interprofessionelle Bildung in Pflege und Gesundheitsberufen. Curriculare Gestaltung und Strategien für die Anwendung*. Bielefeld: transcript.
- Busch, Jutta/Lüth, Frederike (2026). Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung. In: Lehnen, Tanja/Busch, Jutta/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.).

- Interprofessionelle Bildung in Pflege und Gesundheitsberufen. Curriculare Gestaltung und Strategien für die Anwendung. Bielefeld: transcript.
- Dib, Kaoutar/Belrhiti, Zakaria (2025). Unpacking the black box of interprofessional collaboration within healthcare networks: a scoping review. In *BMJ Open*, 15 (6). DOI: 10.1136/bmjopen-2025-101702.
- Jonnergård, Annie/Björkman, Ida/Forsgren, Emma/Feldthusen, Caroline/Lundberg, Mari/Wallengren, Catarina (2024). Person-centred care in the context of higher education – a discourse analysis based on interviews with programme directors. In *BMC Med Educ*, 24 (1). DOI: 10.1186/s12909-024-05885-2.
- Kaiser, Laura/Conrad, Susann/Neugebauer, Edmund A M/Pietsch, Barbara/Pieper, Dawid (2022). Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. In *SystRev*, 11 (1). DOI: 10.1186/s13643-022-02027-x.
- »Kollaboration«, in: Pfeifer, Wolfgang/Braun, Wilhelm/Ginschel, Gunhild/Hagen, Gustav/Huber, Anna/Müller, Klaus/Petermann, Heinrich/Pfeifer, Gerlinde/Schröter, Dorothee/Schröter, Ulrich (1993). Etymologisches Wörterbuch des Deutschen: digitalisierte und von Wolfgang Pfeifer überarbeitete Version im Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache. Online: <https://www.dwds.de/wb/kollaboration> (Abruf: 10.01.2026).
- Lehnen, Tanja (2026). Implementierungsstrategien im Rahmen des Projekts interEdu – Prozess der Pilotierung und qualitative Einschätzung. In: Lehnen, Tanja/Busch, Jutta/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.). *Interprofessionelle Bildung in Pflege und Gesundheitsberufen. Curriculare Gestaltung und Strategien für die Anwendung*. Bielefeld: transcript.
- Santana, Maria J/Manalili, Kimberly/Jolley, Rachel J/Zelinsky, Sandra/Quan, Hude/Lu, Mingshan (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. In: *Health Expect*, 21 (2), S. 429–440. DOI: 10.1111/hex.12640.
- Skivington, Kathryn/Matthews, Lynsay/Simpson, Sharon Anne/Craig, Peter/Baird, Janis/Blazeby, Jane M/Boyd, Kathleen Anne/Craig, Neil/French, David P/McIntosh, Emma/Petticrew, Mark/Rycroft-Malone, Jo/White, Martin/Moore, Laurence (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. In *BMJ*, 374. DOI: 10.1136/bmj.n2061.
- Tun, Hein Minn/Rahman, Hanif Abdul/Naing, Lin/Malik, Owais Ahmed (2025). Trust in Artificial Intelligence-Based Clinical Decision Support Systems Among Health Care Workers: Systematic Review. In *J Med Internet Res*, 27. DOI: 10.2196/69678.
- World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Guideline. 2010. Online: <https://www.who.int/publica>

tions/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice (Abruf: 11.01.2026).

Wu, Aiping/Hong, Yanyan/Li, Minhui/Yang, Jianmei/Lin, Guiru/Ou, Wanyi/Ruan, Yanfei/Chen, Zumin/Lin, Qingran/Lin, Chenli/Liang, Yinji (2026). Evaluation of the effectiveness of interprofessional education among health professions students: An umbrella review. In *Nurse Educ Today*, 156. DOI: 10.1016/j.nedt.2025.106909.

Einleitung

Tanja Lehnen und Jutta Busch

Die Integration Interprofessioneller Edukation (IPE) in die Ausbildung der Gesundheitsberufe gilt als eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung (vgl. Herath u. a. 2017). IPE wird definiert als das gemeinsame von-, über- und miteinander Lernen von Lernenden aus mindestens zwei verschiedenen Berufsgruppen (vgl. Barr u. a. 2017) mit dem Ziel einer optimierten interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis.

Im Pflegeberufegesetz (PflBG) und der dazugehörigen Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) werden Kompetenzen für die intra- und die interprofessionelle Zusammenarbeit als Ausbildungsziel definiert. Doch bisher findet IPE noch nicht flächendeckend statt, wie Befunde aus dem Projekt interEdu zeigen. Das Projekt interEdu (Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung) wurde vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Auftrag gegeben. Als ein zentrales Ergebnis entstand ein Rahmencurriculum für die Ausbildung interprofessioneller Kompetenzen, welches auf empirischer und theoretischer Basis im Mixed-Methods-Design entwickelt wurde. Die wissenschaftlichen Ergebnisse aus drei Jahren Projekt interEdu sowie das im Rahmen dessen entwickelte und pilotierte interEdu-Curriculum bilden eine Basis für die Ausführungen in diesem Sammelband. Darüber hinaus liefern einige Beiträge Erkenntnisse und anwendungsorientierte Empfehlungen für die Umsetzung von IPE und interprofessioneller Zusammenarbeit. Damit soll dieser Sammelband dazu beitragen, die Lücke zwischen dem in der Gesetzgebung formulierten Ausbildungsziel im Kontext Interprofessionalität und IPE und der noch auszubauenden Etablierung interprofessioneller Lernangebote in den Bildungsgängen der Gesundheitsberufe zu schließen. Alle Beiträge in diesen Sammelband zielen darauf ab, eine nachhaltige Implementierung interprofessioneller Lernangebote zu unterstützen.

Adressiert werden Lehrende, Praxisanleitende und weitere Personen, die in die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung involviert sind. Die Inhalte geben eine Einführung in IPE und liefern Erkenntnisse aus Implementierungsstrategien an deutschen Pflegeschulen und Hochschulen. Darüber hinaus werden internatio-

nale Vergleiche und Betrachtungen anderer Gesundheitsberufe herangezogen, um Entwicklungsperspektiven zu verdeutlichen.

IPE in Ausbildungs- und Studiengängen für Gesundheitsberufe wird als bedeutend angesehen, um die Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis zu verbessern, wodurch eine qualitativ hochwertige Versorgung der empfangenden Menschen erreicht werden soll. Der Begriff ›zu Versorgende‹ wird im interEdu-Curriculum verwendet, um im Kontext der Interprofessionalität eine für alle beteiligten Berufsgruppen und verschiedenen Settings passende Bezeichnung zu bieten. So wird beispielsweise der Begriff Patient*in in der Akutversorgung verwendet, während in der Langzeitversorgung von Kund*innen, Klient*innen oder Bewohner*innen gesprochen wird. Um dieser Vielfalt gerecht zu werden, ist anzuregen den Begriff ›zu Versorgende‹ perspektivisch für Interprofessionelle Kontexte zu präferieren. Die Beiträge in diesem Sammelband sind teilweise spezifisch auf einzelne Settings fokussiert. Daher greifen einzelne Autor*innen weiterhin auf die bislang üblichen Begriffe zurück.

Der Sammelband gliedert sich in vier Teile. Der erste Teil *Interprofessionelle Edukation: Hintergrund, Curriculum und Kontexte* führt zunächst in die theoretischen Hintergründe von IPE und zeigt zentrale Erkenntnisse aus dem Projekt interEdu auf.

- *Wolfgang von Gahlen-Hoops* stellt den internationalen Stand der Diskussion um IPE im Überblick dar, nimmt dann die derzeitige Lehrpraxis in Deutschland kritisch in den Blick und zeigt Defizite und Nachholbedarfe im internationalen Vergleich auf. Er leitet dann über zu dem Beitrag, den das Projekt interEdu in diesem Zusammenhang leisten kann.
- *Jutta Busch* und *Frederike Lüth* präsentieren zentrale Ergebnisse der empirischen Konzeptionsphase des Projektes *Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu)* und stellen das Rahmencurriculum für die Ausbildung interprofessioneller Kompetenzen für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung vor.
- *Tanja Lehnen* befasst sich im dritten Beitrag mit den Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Umsetzung interprofessioneller Lehre. Diese als Kontextfaktoren bezeichneten Bedingungen können sich förderlich wie hinderlich auswirken. Dies wird in der Fachliteratur beschrieben und durch Erkenntnisse aus dem interEdu-Projekt untermauert.

Der zweite Teil *Implementierungsstrategien Interprofessioneller Edukation* befasst sich mit Erfahrungsberichten und Erkenntnissen der Implementierung von IPE aus pflegeschulischer und hochschulischer Perspektive.

- Der Beitrag von *Tanja Lehnen* beschreibt die Implementierungsstrategien im Rahmen des Projektes interEdu, für das vier Pflegeschulen und drei Hochschu-

len als Praxispartner für die Pilotierung des Rahmencurriculums rekrutiert werden konnten. Der Implementierungsprozess wurde durch lokale Arbeitsgruppen gesteuert und vom Projektteam durch Supervisionstermine und institutionsübergreifende interEdu-Zirkel begleitet. Aus der Pilotierungsphase wurden wichtige Erkenntnisse zum Einsatz von Ressourcen, zur Anbahnung von Kooperationsvereinbarungen zwischen Bildungseinrichtungen und zur Bedeutung des Austausches zwischen den Akteur*innen bei der Umsetzung von IPE gewonnen.

- Dem Implementierungsprozess an einer Pflegeschule widmen sich *Sonja Bartholomä und Tanja Lehnen*. Sie beschreiben anschaulich, wie ein Schulteam sich den Herausforderungen bei der Planung und Umsetzung interprofessioneller Lehr-/Lerneinheiten stellt und die eigenen Stärken dabei entdeckt und nutzt. Der Beitrag lenkt das Augenmerk insbesondere auf die Bedeutung der Versorgungspraxis und die Rolle der Praxisanleitenden für die nachhaltige Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen.
- Wie eine implementierungswissenschaftliche Theorie die Implementierung von interprofessionellen Lehr-/Lernarrangements an einer Hochschule steuern kann, zeigen *Jan-Hendrik Ortloff, Michaela Stratmann, Andrea Schlicker und Daniela Schmitz*. Sie erläutern, wie die zentralen Konstrukte der Normalisierungsprozessstheorie (Kohärenz, kognitive Partizipation, kollektives Handeln und reflexives Monitoring) als Leitfaden für die Implementierung, für Workshops der Hochschuldidaktik und bei der Evaluation der interprofessionellen Lehre zum Tragen kommen können.

Es schließt ein dritter Teil mit dem Titel *Interprofessionelle Edukation und Praxis im Forschungsfokus* an. In diesem werden drei Forschungsprojekte und deren Befunde zur IPE und der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis präsentiert.

- Grundlegend für die Auseinandersetzung mit IPE sind eindeutige Definitionen. Ein gemeinsames Begriffsverständnis kann aber nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden, wie das Forschungsprojekt von *Hanna Kurbjuhn* zeigt. Sie beleuchtet in ihrem Beitrag, welches individuell unterschiedliche Verständnis Lehrende der Pflegeausbildung von Intra- und Interprofessionalität haben. Für die an interprofessionellen Lernprozessen Beteiligten gilt es daher, die unterschiedlichen Sichtweisen zu klären und ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln.
- *Melanie May* fragt in ihrem Beitrag nach den Bedingungen für die Gestaltung von interprofessionellen simulationsbasierten Lehr-/Lernarrangements. Expert*inneninterviews mit Lehrenden geben Aufschluss über die erforderlichen Qualifikationen der Lehrenden und deren Lehrverständnis sowie über die technischen Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung simulationsbasierter Lehre.

- Die besondere Bedeutung der interprofessionellen Kooperation im Rahmen des Entlassungsmanagements nehmen *Bente Hüttmann* und *Susanne Christoph* in ihrem Beitrag in den Blick. Auf der Basis empirischer Erhebungen arbeiten sie förderliche und hinderliche Faktoren für die reibungslose Versorgungsplanung beim Übergang der zu versorgenden Menschen zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems heraus. Sie leiten daraus Ideen zur Optimierung des Entlassungsprozesses als interprofessionelle Aufgabe ab.

Teil vier, *Aspekte und Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung interprofessioneller Edukation*, bildet den Abschluss des Sammelbands. Hier werden wissenschaftsbasierte Empfehlungen für eine nachhaltige und qualitativ hochwertige IPE ausgesprochen, wobei auch internationale Erkenntnisse eingebracht werden.

- Unerlässlich für die nachhaltige Implementierung und kontinuierliche Verbesserung interprofessioneller Lehr-/Lernangebote ist deren systematische Evaluation. *Florian Schimböck* bietet in seinem Beitrag dazu das Handwerkszeug. Evaluationsinstrumente werden vorgestellt und er gibt praxisnahe Empfehlungen für den Einsatz nicht nur quantitativer, sondern auch qualitativer Erhebungsmethoden zur Erfassung interprofessioneller Kompetenzen.
- Welche Relevanz hat interprofessionelles Lernen für die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen? Anhand einer Sekundäranalyse des Materials aus dem Forschungsprojekt zu Lernorteinsätzen der Pädiatrie im Kontext der neuen Pflegeausbildung (PäLe) zeigt *Robert Wietzke* in seinem Beitrag auf, dass auch und gerade bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen Schnittstellen der Arbeit verschiedenster Professionen auftreten und interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich machen.
- *Malin Apsel, Alexandra Bartsch, Katharina Genz, Christiane Micus-Loos und Wolfgang von Gahlen-Hoops* erläutern – basierend auf Erkenntnissen aus dem Forschungsprojekt »Partizipatives Ausbildungskonzept zur Förderung und Entstigmatisierung von Schüler*innen mit längeren Bildungswegen vor der Pflegeausbildung« (ParAScholaBi) –, dass Umschulende Personen in der Pflegeausbildung aufgrund ihrer Berufs- und Lebenserfahrung eine besondere Ressource für die interprofessionelle Zusammenarbeit darstellen können. Sie plädieren dafür, dass Umschulende Personen gezielt gefördert und ihre Kompetenzen, die sie in interprofessionelle Prozesse einbringen können, anerkannt und fruchtbar gemacht werden.
- *Sharron Blumenthal, Melissa Owens, Liz Anderson, Patricia Bluteau und Susanne Lindqvist* vom Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) betonen in ihrem Beitrag die Rolle der Schulung und des Trainings von IPE-Facilitators. Facilitators können sowohl erfahrene Pädagog*innen als auch ausgebildete Student*innen sein, die interprofessionelle Lerngruppen begleiten, unter-

stützen und das Verständnis der Lernenden für interprofessionelle Zusammenarbeit fördern. Die Begleitung interprofessioneller Lernprozesse erfordert ein umfassendes Training, um eine optimale Lernumgebung zu schaffen. Die Autorinnen liefern mit ihrem englischsprachigen Beitrag einen spannenden Einblick in international etablierte IPE. Ihre Erkenntnisse bieten wertvolle Impulse für die Implementierung in Deutschland.

- Mit dem DNA-Learning-Approach entwickelt *Wolfgang von Gahlen-Hoops* einen innovativen Ansatz zur Gestaltung interprofessioneller Lernprozesse. Die Verzahnung von monoprofessionellen und interprofessionellen Lernphasen wird dabei gezielt genutzt, um zum einen gemeinsam mit-, von- und übereinander zu lernen, aber zum anderen auch getrennt voneinander die Vorstellungen, Konzepte und Vorurteile über die jeweils anderen Professionen zu reflektieren.
- *Katharina Genz* stellt die Verknüpfung her zwischen dem vom Deutschen Pflegeerrat (DPR) in Auftrag vergebenen und verabschiedeten Bildungskonzept *BAPID – Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland* und der Notwendigkeit von interprofessioneller Bildung. Sie erläutert im letzten Beitrag des Sammelbands, wie BAPID dazu beiträgt, Disziplingrenzen zu überwinden und Interprofessionalität systematisch in die Pflegebildung zu integrieren.

Die Herausgeber*innen danken allen, die an der Verwirklichung dieses Sammelbands mitgewirkt haben, insbesondere den Autorinnen und Autoren der Beiträge. Besonderer Dank gilt auch dem gesamten Team des Projektes interEdu, das mit seiner Arbeit eine wertvolle Basis für dieses Werk geschaffen hat. Ein weiterer Dank geht an Greta Stoltmann, die als wissenschaftliche Hilfskraft maßgeblich die finale Formatierung übernommen hat. Gabriele Schaller danken wir für das sorgfältige Korrektorat der Beiträge und den Mitarbeiter*innen des transcript Verlags für die freundliche Zusammenarbeit bei der Umsetzung dieses Buchprojektes.

Literatur

- Barr, Hugh/Ford, Jenny/Gray, Richard/Helme, Marion/Hutchings, Maggie/Low, Helena/Machin, Alison/Reeves, Scott (2017). *Interprofessional education guidelines*. Fareham: CAIPE.
- Herath, C., Zhou, Y., Gan, Y., Nakandawire, N., Gong, Y., & Lu, Z. (2017). A comparative study of interprofessional education in global health care: A systematic review. *Medicine*, 96 (38), e7336. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000007336>

Teil 1

Interprofessionelle Edukation: Hintergrund, Curriculum und Kontexte



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 Fachkräteeinstellungen 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*er 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/zend/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).

Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung

Jutta Busch und Frederike Lüth

Zusammenfassung *Im Rahmen des Projektes Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu) wurde im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) ein Rahmencurriculum zur Förderung von Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Pflegeausbildung entwickelt. Zielsetzungen des Rahmencurriculums sind die Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen und die Verbesserung der interprofessionellen Versorgung in der Praxis. Das Projekt verlief in zwei Phasen: der Konzeptionsphase (Schwerpunkt dieses Beitrags) und der Pilotierungsphase. Leitend für die Konzeptionsphase war ein eigens entwickeltes Modell von Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit, bei dem die personenzentrierte Versorgung im Fokus steht. In neun Lehr-/Lerneinheiten für die berufliche und drei Modulen für die hochschulische Pflegeausbildung sollen Auszubildende/Studierende unterschiedlicher Gesundheitsberufe an den drei Lernorten (Pflegeschule/Hochschule, Praxis, dritter Lernort) Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit entwickeln. Das Kompetenzniveau steigert sich über den Verlauf der Ausbildung kontinuierlich. Das Curriculum bietet eine fundierte, aber auch flexibel auszugestaltende Grundlage für interprofessionelle Bildungsprozesse, in denen Auszubildende/Studierende der Pflege und anderer Gesundheitsberufe miteinander, voneinander und übereinander lernen.*

1. Einleitung

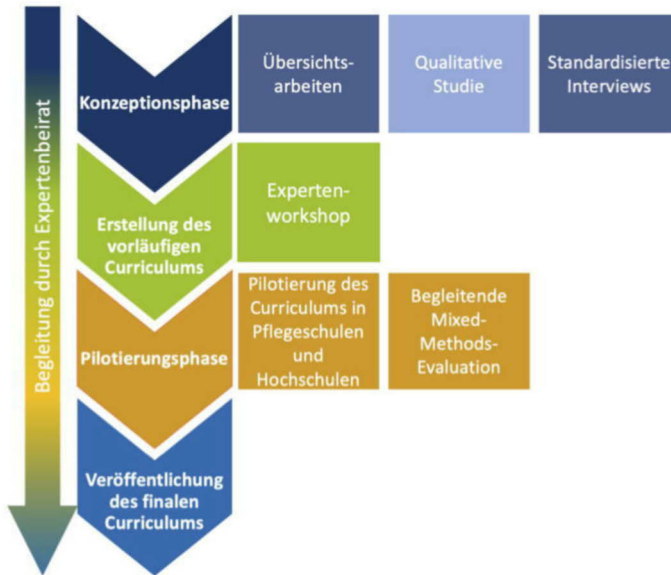
Interprofessionelle Edukation (IPE) gilt als wichtige Strategie zur Verbesserung der Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung.¹ Die Anbahnung interprofessioneller Kompetenzen wird dabei als eine wichtige

1 s. Beitrag von: Wolfgang von Gahlen-Hoops: Interprofessionalität – Ist stark in seiner Bedeutung und schwach entwickelt, in diesem Sammelband.

Aufgabe bereits in der frühen Phase der Berufssozialisation angesehen. Vor diesem Hintergrund erfolgte das Projekt *Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu)*. Das Projekt verlief von Januar 2022 – Dezember 2024 im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) unter der Leitung von Prof. Katrin Balzer (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege an der Universität zu Lübeck) und Prof. Wolfgang von Gahlen-Hoops (Institut für Allgemeinmedizin, Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel). Ziel des Projektes war die Entwicklung und modellhafte Pilotierung eines Rahmencurriculums, das curriculare Einheiten zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit longitudinal über den Ausbildungsverlauf der Pflege verteilt sowohl in der berufsfachschulischen als auch in der hochschulischen Pflegeausbildung bereitstellt. Das Rahmencurriculum ist als Handreichung publiziert und Open Access verfügbar (vgl. Balzer u.a. 2025).

Das Projekt gliederte sich in zwei Phasen: die Konzeptionsphase (Phase 1) mit einem Mixed-Methods-Ansatz zur Entwicklung des Curriculums und die Pilotierungsphase des Curriculums (Phase 2) mit begleitender Mixed-Methods-Evaluation (s. Abb. 1). Dieser Beitrag fokussiert sich auf die Phase 1 (Konzeptionsphase). Er beschreibt Grundlagen des Entwicklungsprozesses, stellt die didaktischen und strukturellen Konstruktionsmerkmale des Curriculums dar und gibt einen Überblick über die curricularen Einheiten.

Abbildung 1: Projektverlauf interEdu



2. Curriculumentwicklung als Teamprozess

Das longitudinale Rahmencurriculum zur interprofessionellen Edukation in der Pflegeausbildung ist das Produkt eines Arbeitsprozesses im interprofessionellen Team. In der Konzeptionsphase, die von Januar 2022 bis September 2023 dauerte, haben neben den Projektleitungen wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und Universität zu Lübeck mitgewirkt, die alle über Expertise im Bereich der beruflichen und hochschulischen Lehre und in pflegewissenschaftlichen/-pädagogischen Projekten verfügen. Zudem war das Team selbst interprofessionell zusammengesetzt und umfasste Mitarbeiterinnen mit pflegefachlicher, logopädischer und physiotherapeutischer Expertise.

Das Projektteam wurde unterstützt durch einen Beirat von Expert*innen aus Deutschland, der Schweiz und Großbritannien. Der Expertenbeirat setzte sich aus Wissenschaftler*innen mit Erfahrung in interprofessioneller Lehre, Leitungspersonen und Lehrenden aus Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens sowie Vertreter*innen verschiedener für die Gesundheitsbildung und -versorgung zuständiger Organisationen zusammen. Es wurde darauf geachtet, dass Vertreter*innen der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung einbezogen waren. Dieses ermöglichte den Austausch zwischen den unterschiedlichen Ausbildungswegen und diente als wichtige Grundlage, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen

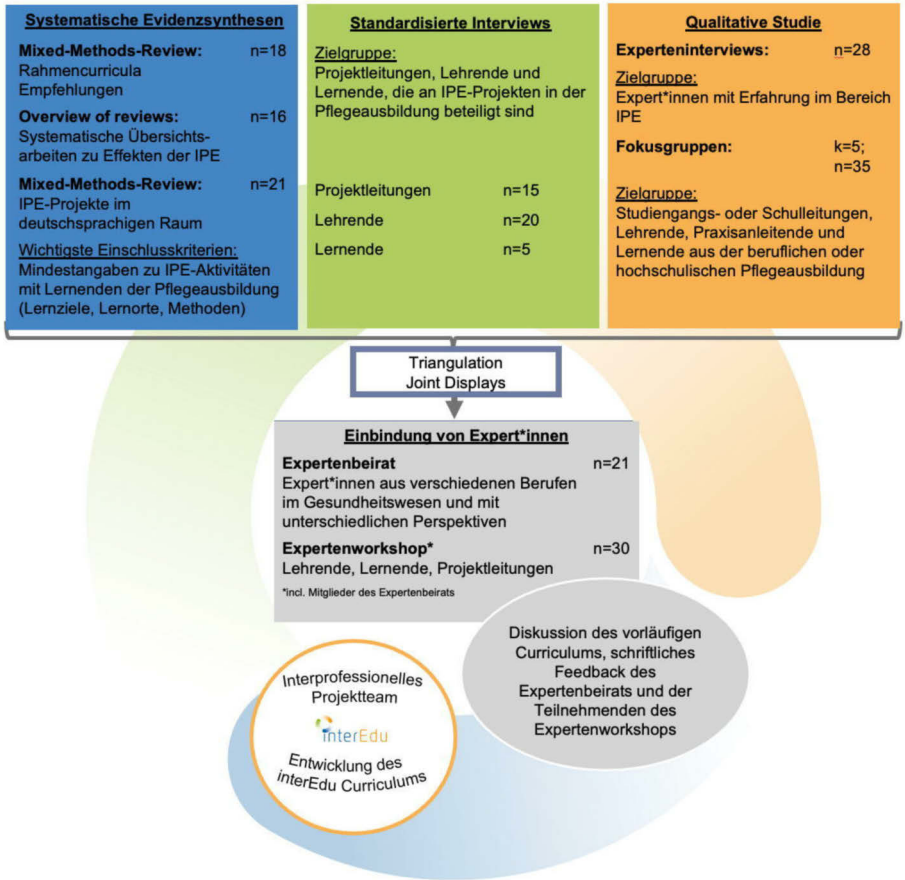
beruflicher und hochschulischer Pflegeausbildung herauszuarbeiten, so z.B. in Bezug auf das Kompetenzniveau für die interprofessionelle Zusammenarbeit und die personenzentrierte Versorgung.

Die Konstruktion des Curriculums basiert auf den Ergebnissen quantitativer Daten (systematische Übersichtsarbeiten, standardisierte Interviews) und qualitativer Erhebungen (leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen und Fokusgruppeninterviews). Die Ergebnisse der Datenerhebung wurden im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes in gemeinsamer Erarbeitung im Team mittels Joint Displays trianguliert und im nächsten Schritt im Expertenworkshop diskutiert. Das Projektteam hat die Ergebnisse des Expertenworkshops ausgewertet und eine Struktur für das Curriculum erarbeitet. Hierbei wurden die triangulierten Daten berücksichtigt. Anschließend hat das Projektteam das Curriculum ausgearbeitet und Lehr-/Lerneinheiten für die berufliche sowie Module für die hochschulische Pflegeausbildung konzipiert. Die Abbildung 2 zeigt schematisch den Prozess der Curriculumentwicklung. Mitglieder des Expertenbeirates waren sowohl als Befragte in den Interviews als auch als Teilnehmende des Expertenworkshops und in Form von Stellungnahmen zum Entwurf des Rahmencurriculums am Abstimmungsprozess beteiligt (s. Abb. 2).

Gemeinsam mit den Expert*innen konnten basierend auf den Ergebnissen der Datenerhebung zentrale Aspekte (Kernelemente) für die Konstruktion des inter-Edu-Curriculums erarbeitet werden. Ausgehend von den Handlungsanlässen im beruflichen Alltag, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit erfordern, wurde über wichtige zu beteiligende Professionen (Akteure) diskutiert. Am häufigsten wurden die Professionen Humanmedizin, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie benannt. Ebenfalls von Bedeutung waren Beteiligte aus den Bereichen Sozialarbeit, Ernährungsberatung und Pharmazie. Es konnten Lernziele und Lerninhalte für die interprofessionelle Lehre ebenso wie wichtige Lernmethoden und deren Einsatz an den verschiedenen Lernorten (Schule/Hochschule, Praxis, dritter Lernort) identifiziert werden. Darüber hinaus wurden mögliche Evaluationsmethoden und zu berücksichtigende Kontextfaktoren für die Implementierung und Gestaltung von interprofessioneller Lehre diskutiert, insbesondere die Kompetenzen der Lehrenden und wichtige räumliche/personelle Voraussetzungen für die Gestaltung.²

2 s. Beitrag von: Tanja Lehnen: Kontextfaktoren interprofessioneller Edukation, – Empirische Erkenntnisse und Implikationen für die Implementierung, in diesem Sammelband.

Abbildung 2: Prozess der Curriculumentwicklung



3. Begründungsrahmen

Die Basis des Rahmencurriculums bilden ausformulierte Zielsetzungen, ein eigens erarbeitetes theoretisch-empirisch fundiertes Modell von Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit, ein gemeinsames Bildungsverständnis und eine Bestimmung der für das interprofessionelle Handeln relevanten Handlungsanlässe. Diese Grundlagen werden im Folgenden vorgestellt.

3.1 Ziele des Rahmencurriculums

Die primäre Zielsetzung des Rahmencurriculums besteht darin, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken und langfristig die interprofessionelle Versorgung in der Praxis zu verbessern. Durch das Lernen miteinander, übereinander und voneinander (vgl. WHO 2022) sollen Lernende der Pflege und der weiteren Gesundheitsberufe die Kompetenzen entwickeln, die zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit erforderlich sind.

Das Rahmencurriculum versteht sich als Musterbeispiel für die Integration interprofessioneller Lerninhalte in die Curricula der Pflegeausbildung und der weiteren Gesundheitsberufe. Dazu wurden Lernangebote zur Gestaltung interprofessioneller Lehr-/Lernsituationen konzipiert, die in die berufliche und hochschulische Ausbildung im Sinne einer longitudinalen Integration eingepasst werden können. Lehr-/Lerneinheiten (LLE) für die berufliche Ausbildung und Module für die hochschulische Ausbildung sollen als Empfehlung zur Implementierung interprofessioneller Lehre Orientierung geben. Das Rahmencurriculum soll zur Unterstützung bei der Umsetzung der interprofessionellen Lernangebote Hinweise zu den relevanten Kontextfaktoren geben und Implementierungshilfen bereitstellen. Es werden Vorlagen für Materialien und Informationsressourcen bereitgestellt.

3.2 Domänen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Ein Kernelement bei der Konstruktion des Curriculums bildete ein vom Projektteam entwickeltes Modell der Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit. Dieses Modell basiert auf verschiedenen Konzepten interprofessioneller Zusammenarbeit (vgl. Barr u.a. 2017; Rogers u.a. 2017; WHO 2010), die für die Konzeption des Rahmencurriculums integriert wurden. Das Modell diene als Leitfaden, um die curricularen Elemente zu gestalten, die Bildungsziele und Kompetenzen zu formulieren sowie Inhalte und Lehr-/Lernmethoden zu bestimmen.

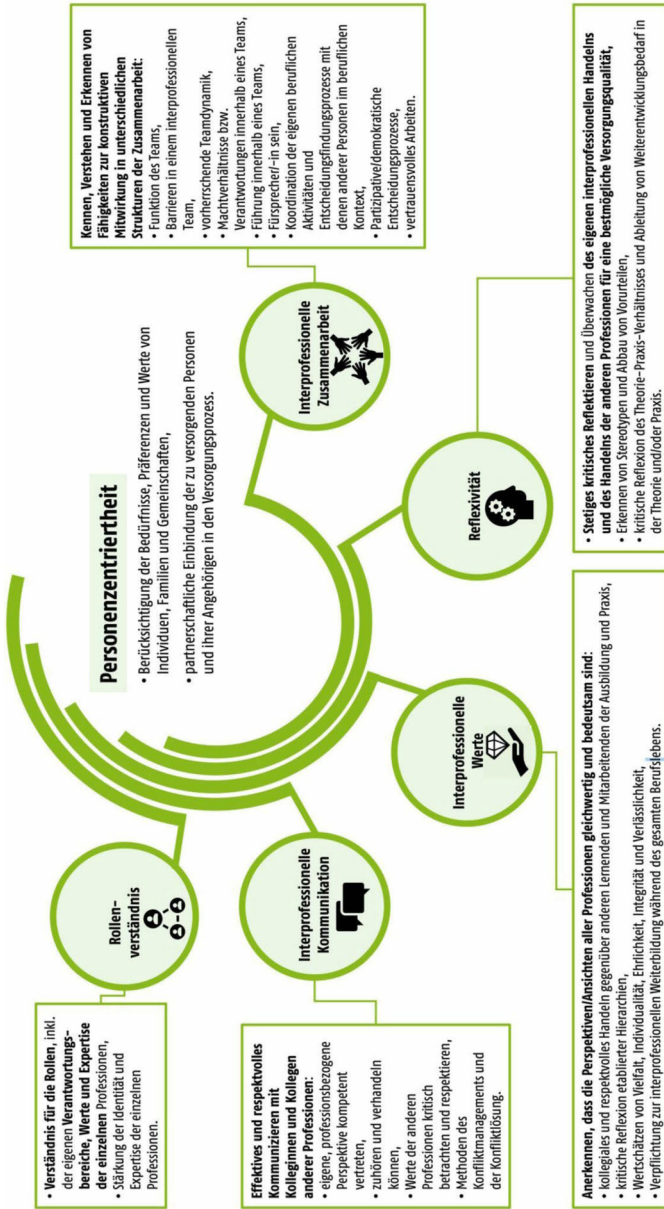
In dem Modell werden fünf zentrale Kompetenzbereiche benannt, die für eine personenzentrierte Versorgung in interprofessionellen Prozessen des Gesundheitswesens als tragend angesehen werden:

- Verständnis für die Rollen und Verantwortungsbereiche, Werte und Expertise der einzelnen Professionen (Rollenverständnis)
- effektives und respektvolles Kommunizieren mit Personen anderer Professionen (interprofessionelle Kommunikation)
- Anerkennen, dass die Perspektiven/Ansichten aller Professionen gleichwertig und bedeutsam sind (interprofessionelle Werte)

- stetiges kritisches Reflektieren des eigenen interprofessionellen Handelns und das der anderen Professionen für eine bestmögliche Versorgungsqualität (Reflexivität)
- Kennen, Verstehen und Erkennen von Fähigkeiten zur konstruktiven Mitwirkung in unterschiedlichen Strukturen der Zusammenarbeit (interprofessionelle Zusammenarbeit)

Die personenzentrierte Versorgung ist nach dem Verständnis des Projektteams die zentrale Domäne, die sich im Zusammenwirken der anderen Domänen realisiert. Sie steht damit nicht neben den anderen Domänen, sondern im Mittelpunkt des Modells und wird bei allen Elementen des Curriculums (insbesondere Bildungsziele, Kompetenzen) mitgedacht (s. Abb. 3).






Abbildung 3: Domänen der interprofessionellen Zusammenarbeit



3.3 Bildungsverständnis

Dem Rahmencurriculum liegt ein Bildungsverständnis zugrunde, bei dem Berufsbildung über den reinen Prozess der Qualifizierung für eine berufliche Tätigkeit hinausgeht und immer auch auf die persönliche Identitätsentwicklung der Lernenden und die kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftlicher Wirklichkeit abzielt. Die Bildungsziele weisen dabei im Verlauf der Ausbildung ein steigendes Maß an Komplexität auf. Die Domänen der interprofessionellen Zusammenarbeit entfalten sich durch alle drei Ausbildungsdrittel im Sinne eines Spiralcurriculums. Das didaktische Konzept des spiralförmigen Curriculums zielt darauf ab, dass die Lernenden ihre Kompetenzen kontinuierlich weiterentwickeln, indem sie sich wiederholt und vertiefend mit Themen und Inhalten auseinandersetzen. Leitidee ist dabei, die Selbst-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit (vgl. Klafki 1996: 96) der Lernenden im Kontext interprofessioneller Edukation zu stärken und die personenzentrierte Versorgung der zu Versorgenden zu sichern. Die Verzahnung der Bildungsziele, differenziert nach Ausbildungsabschnitten (1., 2. und 3. Ausbildungsdrittel, vgl. Saul/Jürgensen 2021), und der oben beschriebenen Domänen wird in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Bildungsziele interprofessioneller Lehre

Ausbildungsabschnitt	Rollenverständnis 	Interprofessionelle Kommunikation 	Interprofessionelle Werte 	Reflexivität 	Interprofessionelle Zusammenarbeit 
1. Ausbildungsdrittel	Identitätsentwicklung der eigenen Profession und damit einhergehend die eigenen Aufgaben und Verantwortungsbereiche und die der anderen Professionen verstehen	Die eigene Perspektive im Team kompetent vertreten und die Argumente der anderen Teammitglieder wertschätzend aufnehmen	Kollegialität im Team, Respekt und Solidarität mit allen Beteiligten als gemeinsame Werte erkennen	Mit traditionellen Rollenbildern, Stereotypen und Vorurteilen auseinandersetzen	Versorgung der zu versorgenden Menschen als gemeinsame Aufgabe des interprofessionellen Teams begreifen
2. Ausbildungsdrittel	Die eigene Expertise ausbauen und unter Einbezug der Expertise anderer Professionen für die Versorgung der zu versorgenden Menschen effektiv nutzen	Interprofessionelle Kommunikation strukturiert gestalten (z. B. zur Informationsweitergabe, zum Umgang mit Konflikten im Team und zur Fehlerkultur)	Die Selbstbestimmung der Lernenden stärken, Vielfalt und Individualität wertschätzen	Möglichkeiten und Grenzen von interprofessioneller Zusammenarbeit kritisch abwägen	Konstruktiv mit Diversität im interprofessionellen Team umgehen (z. B. Vielfalt aufgrund von Migrationshintergründen der Teammitglieder und Gewinnung von Fachkräften aus anderen Ländern)
3. Ausbildungsdrittel	Gesamtgesellschaftliche Verantwortung der Gesundheitsberufe gemeinsam wahrnehmen und übernehmen	Prozesse gemeinsamer Entscheidungsfindung im Team und mit den zu versorgenden Menschen/ Bezugspersonen gestalten	Entscheidungsprozesse auf der Basis gemeinsamer ethischer Werthaltungen mitgestalten	Spannungsfelder und Widersprüche im Verhältnis von Theorie und Praxis der interprofessionellen Zusammenarbeit reflektieren	Versorgungsprozesse auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse der verschiedenen Disziplinen mitgestalten

Der Komplexitätszuwachs besteht vor allem in den wachsenden Anforderungen an die Lernenden.

- Im ersten Ausbildungsdrittel stehen das Verständnis der eigenen Rolle und Aufgaben im interprofessionellen Team und der Perspektivwechsel auf die Rollen und Aufgaben der anderen Berufe im Mittelpunkt. Es geht darum, sich zu verständigen, die Kollegialität zu stärken und traditionelle Rollenbilder auf den Prüfstand zu stellen.
- Das zweite Ausbildungsdrittel zielt darauf ab, Fähigkeiten für eine gelingende interprofessionelle Versorgung anzubahnen, indem konkrete Konzepte zur Beratung der zu Versorgenden, zur Konfliktlösung im interprofessionellen Team oder zum Umgang mit Fehlern gemeinsam erarbeitet werden. Zudem werden die Anforderungen an die Reflexivität der Lernenden im interprofessionellen Kontext gesteigert. Die Auseinandersetzung mit der Vielfalt und Individualität im Team sowie die kritische Reflexion der Möglichkeiten und Grenzen interprofessioneller Zusammenarbeit werden zum Thema.
- Im dritten Ausbildungsdrittel erweitert sich der Horizont auf die gemeinsame Verantwortung der Gesundheitsberufe in gesamtgesellschaftlicher Dimension. In diesem Zusammenhang werden ethisch schwierige Fragen der Gesundheitsversorgung diskutiert und die Entscheidungsfindung im Team thematisiert. Zudem liegt der Fokus darauf, dass komplexere Situationen ein differenzierteres Entscheidungsverhalten erfordern, das sich zunehmend auf wissenschaftliche Evidenz stützt (vgl. Igl 2021: 237).

3.4 Kompetenzen

Aufbauend auf den Bildungszielen wurden die Kompetenzen unterteilt nach den Domänen der interprofessionellen Zusammenarbeit entwickelt. Kompetenz wird orientierend an den Rahmenplänen nach § 53 PflBG als Konstrukt verstanden, »in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen« (Fachkommission nach § 53 PflBG 2020: 12). Den Kompetenzbeschreibungen für dieses Curriculum liegen verschiedene Datenquellen zugrunde: nationale und internationale Rahmenempfehlungen und -curricula für die interprofessionelle Ausbildung (z.B. Herrera 2019; Maddock 2019), Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Pflege (PflAPrV, inkl. Rahmenlehrpläne), Ergebnisse der standardisierten Interviews und Ergebnisse des Expertenworkshops.

Die Kompetenzen der einzelnen Domänen der interprofessionellen Zusammenarbeit weisen im Verlauf der beruflichen und hochschulischen Ausbildung ein steigendes Maß an Komplexität auf und sind nach Ausbildungsabschnitten (1., 2. und 3. Ausbildungsdrittel) unterteilt. Die Steigerung der Komplexität ist anhand

der Wortwahl der einzelnen Kompetenzbeschreibungen ersichtlich, da diesen Beschreibungen die Stufen der kognitiven Lernzieltaxonomie nach Anderson und Krathwohl (2001) zugrunde liegen. Diese Taxonomie adressiert insbesondere Fach- und Methodenkompetenzen, weshalb ergänzend der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR, Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen 2013) zur Beschreibung personaler Kompetenzen berücksichtigt wurde. Dieses erschien vor dem Hintergrund der definierten Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit als besonders bedeutsam, da einzelne Domänen auf Verhaltensveränderung und somit u.a. personale Kompetenzen zielen. Die Kompetenzen werden zunächst auf einem mittleren Abstraktionsniveau beschrieben und in den einzelnen LLE/Modulen basierend auf den Lerninhalten weiter operationalisiert. Hierdurch soll ein gewisses Maß an Gestaltungsfreiraum zur Anpassung des Curriculums an lokale Gegebenheiten gegeben werden.

Tabelle 2 zeigt Kompetenzen, die für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung übergreifend beschrieben sind. Die steigende Komplexität der Kompetenzbeschreibungen wird dabei exemplarisch anhand einzelner Kompetenzen pro Domäne veranschaulicht. Im Curriculum sind neben den übergreifenden Kompetenzen vielfach weitere Kompetenzen differenziert nach beruflicher und hochschulischer Pflegeausbildung beschrieben, die die unterschiedliche Komplexität je nach Ausbildungsniveau verdeutlichen.

Tabell 2: Exemplarische Kompetenzen für interprofessionelle Lehre

Ausbildungs- abschnitt	Rollenverständnis	Interprofessionelle Kommunikation	Interprofessionelle Werte	Reflexivität	Interprofessionelle Zusammenarbeit
1. Ausbildungs- drittel	<p>Die Auszubildenden/Studierenden können ...</p> <p>die Rollenwartungen an die eigene bzw. an die andere(n) Profession(en) beschreiben.</p>	<p>anderen Gesundheitsberufen aktiv zuhören und Meinungen sowie Ideen dieser wertschätzend unterstützen.</p>	<p>die Werte und Überzeugungen der eigenen Profession in Bezug auf die Versorgungspraxis in verschiedenen interprofessionellen Umfeldern identifizieren.</p>	<p>die Rollenwartungen an die eigene bzw. an die andere(n) Profession(en) abwägen.</p>	<p>erkennen, wie ein interprofessionelles Team in einer spezifischen Versorgungssituation zusammenarbeitet, um die Versorgung sicherzustellen.</p>
2. Ausbildungs- drittel	<p>die Perspektive anderer Gesundheitsberufe übernehmen und diese in ihrem Handeln berücksichtigen.</p>	<p>Fehler, Konflikte und Potenziale in interprofessionellen Interaktionen identifizieren und diese in angemessener Weise ansprechen und ggf. erlernte Methoden zur Konfliktlösung anwenden.</p>	<p>gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen einen Konsens über die ethischen Grundsätze der Versorgung und Teamarbeit entwickeln.</p>	<p>Ihr eigenes und fremdes Verhalten in Hinblick auf einen respektvollen und wertschätzenden Umgang mit anderen Gesundheitsberufen reflektieren (pflege-) aktuellen (pflege-) wissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien, Modelle und geeignete Strategien identifizieren, um das eigene Verhalten zu adaptieren.</p>	<p>im Team konstruktiv mit Unstimmigkeiten über Werte, Rollen, Ziele und Handlungen mit anderen Gesundheitsberufen, zu versorgenden Menschen und deren Bezugspersonen umgehen.</p>
3. Ausbildungs- drittel	<p>vor dem Hintergrund einer interprofessionellen und patientenzentrierten Versorgung und unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen ein gemeinsames Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis entwickeln.</p>	<p>In der Kommunikation mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Berufsgruppen eigene Standpunkte fachlich begründet und strukturiert vertreten und die Kommunikation auf eine Art und Weise gestalten, dass aus der Sicht des zu versorgenden Menschen beste Lösungen gefunden werden.</p>	<p>konsequent nach den Prinzipien/Werten einer interprofessionellen und patientenzentrierten Gesundheitsversorgung handeln.</p>	<p>Ihren eigenen Beitrag zur Teamarbeit und dessen Auswirkung auf die Versorgung reflektieren.</p>	<p>sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Zusammenarbeit von Berufsgruppen bei der Versorgung von Menschen aller Altersstufen erschließen und sie hinsichtlich der Relevanz und des Nutzens, der Umsetzungspotenzials bewerten.</p>

3.5 Handlungsanlässe

Im Kontext interprofessioneller Zusammenarbeit ergeben sich Handlungsanlässe aus der Zuständigkeit verschiedener Gesundheitsberufe für Handlungssituationen. Sie begründen und rechtfertigen die Notwendigkeit zum kooperativen Handeln. Auf Grundlage der empirischen Ergebnisse konnten die Anlässe für interprofessionelles Handeln fünf Kategorien zugeordnet werden:

Direkte Versorgung: Handlungsanlässe der direkten Versorgung ergeben sich fachspezifisch beispielsweise in der onkologischen oder neurologischen Versorgung, durch professionsübergreifende Phänomene wie Schmerz oder Immobilität und in Form konkreter Versorgungsprozesse im Rahmen von Prophylaxen oder in Notfallsituationen.

Übergreifende Aufgaben: In die übergreifenden Aufgaben fallen Aspekte wie Fallbesprechungen, Beratungen oder Visiten.

Forschung: In der Kategorie Forschung geht es um Prinzipien der evidenzbasierten Arbeit, das forschende Lernen oder die Durchführung von Evaluationen.

Organisation: In dieser Kategorie stehen Themen wie Patientensicherheit und Risikomanagement, Digitalisierung und Qualitätsmanagement im Fokus.

Gesundheitssystem: Handlungsanlässe im Kontext des Gesundheitssystems sind beispielsweise Global/Planetary Health, Gesundheits- und Berufspolitik sowie die Geschichte der Gesundheitsberufe.

4. Konstruktion der curricularen Einheiten

4.1 Gestaltungsmerkmale der curricularen Einheiten

Zur konkreten Gestaltung der curricularen Einheiten liegt eine einheitliche Gliederung für die berufliche und die hochschulische Pflegeausbildung vor. Die einzelnen Gliederungspunkte unterscheiden sich in Details, die jeweils spezifisch für die berufliche oder hochschulische Ausbildung gelten. Für beide Bildungswege gelten übereinstimmend folgende Begründungen:

Titel und Untertitel: Den curricularen Einheiten ist neben einem Titel, der auf den thematischen Schwerpunkt Bezug nimmt, im Untertitel jeweils ein Originalzitat aus den qualitativen Interviews der Entwicklungsphase zur Seite gestellt.

Curriculare Einordnung: Die LLE bzw. Module sind jeweils einem der drei Ausbildungsdrittel der Pflegeausbildung zugeordnet. Dies ermöglicht eine Einpassung in die bestehenden curricularen Strukturen der beruflichen oder

hochschulischen Pflegeausbildung. Für die Pflegeschulen sind hierbei die Bezüge zum Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG hergestellt. Umfang: Es ist jeweils ein Stundenumfang für die gesamte curriculare Einheit empfohlen, differenziert für die drei Lernorte Pflegeschule/Hochschule, Praxis und den sogenannten dritten Lernort sowie das Selbststudium. Die Bedeutung der verschiedenen Lernorte für die interprofessionelle Lehre wird damit unterstrichen.

Mögliche Akteure: Im Sinne der interprofessionellen Lehre werden neben den Lernenden der Pflege jeweils Lernende aus mindestens einem weiteren Gesundheitsberuf adressiert. Je nach thematischen Schwerpunkten werden Empfehlungen für bestimmte Gesundheitsberufe gegeben. Relevant sind dabei auch die Handlungsanlässe, bei denen typischerweise bestimmte Berufsgruppen involviert sind.

Handlungsanlässe: Die im Begründungsrahmen allgemein formulierten Handlungsanlässe interprofessioneller Zusammenarbeit sind an dieser Stelle konkretisiert und auf die jeweiligen inhaltlichen Schwerpunkte bezogen.

Intentionen und Relevanz: In diesem Abschnitt wird verdeutlicht, welche Bedeutung die zentralen Themen der curricularen Einheit für die interprofessionelle Lehre haben. Es wird hierbei Bezug genommen auf die Bildungsziele und das angestrebte Komplexitätsniveau des jeweiligen Ausbildungsdrittels.

Kompetenzen: An dieser Stelle sind jeweils die zu erwartenden Lernergebnisse basierend auf den Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit formuliert.

Inhalte: In diesem Abschnitt wird der thematische Schwerpunkt ausdifferenziert und es werden Empfehlungen zu den zu bearbeitenden Themen der curricularen Einheit gegeben.

Lehr-/Lernmethoden: Vorschläge für die methodische Umsetzung der curricularen Einheit berücksichtigen jeweils die verschiedenen Lernorte. Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei jeweils auf interaktiven Lehr-/Lernmethoden, bei denen die Lerngruppen interprofessionell gemischt werden können.

Mögliche Fälle: Die Bearbeitung von Fällen, bei denen interprofessionell zu bewältigende Situationen im Fokus stehen, eröffnet sinnvolle Lernmöglichkeiten. Für jede curriculare Einheit ist beispielhaft eine Fallsituation vorgeschlagen. Mit steigendem Ausbildungsdrittels erhöht sich die Komplexität der Fälle.

Methoden der Ergebnissicherung: Diese Rubrik zeigt Ideen für die möglichen Methoden der Lernerfolgskontrolle auf. Es werden Empfehlungen für Prüfungsvoorleistungen und Prüfungsleistungen gegeben.

Literatur: Eine Auswahl an besonders empfehlenswerter Literatur unterstützt die Vorbereitung und Umsetzung der curricularen Einheit für Lehrende, Anleitende und Lernende. Die Literaturangaben geben den Beteiligten die Möglichkeit, vertieft in Themen der curricularen Einheiten einzusteigen.

Kontextfaktoren und Implementierungshinweise: Wichtige Faktoren werden dargestellt, die bei der Umsetzung der Lehre berücksichtigt werden sollten (z. B. Qualifikation der Lehrenden, vorhandenes Wissen der Lernenden).

Mit dieser Gliederung bildet jede curriculare Einheit ein in sich schlüssiges Konstrukt, das in bestehende Curricula eingebaut werden kann. Das Rahmencurriculum ist aber nicht als starre Vorgabe zu verstehen, sondern kann von den Bildungseinrichtungen flexibel genutzt und an die Bedingungen eigener Curricula angepasst werden. So können einzelne curriculare Einheiten ausgewählt oder modifiziert werden. Ebenso stellen die Bestandteile der LLE und Module Empfehlungen dar, die im jeweils anderen Setting (Pflegeschule oder Hochschule) Anwendung finden können. Berücksichtigt werden sollten dabei dennoch die für jedes Setting relevanten Kompetenzen, da sich diese teils unterscheiden. Der Empfehlungscharakter des Rahmencurriculums, d.h. die flexible Anpassbarkeit, wird als wichtig erachtet, um die Integration der Curriculumsinhalte in vorhandene, fest etablierte Ausbildungspläne für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung zu erleichtern.

4.2 Schwerpunkt berufliche Pflegeausbildung

Für die berufliche Pflegeausbildung sind neun LLE beschrieben, jeweils drei LLE pro Ausbildungsdrittel. Der Arbeitsaufwand der Lernenden in den LLE variiert zwischen 20 und 40 Stunden, verteilt auf die drei Lernorte (Pflegeschule, Praxis und dritter Lernort) sowie das Selbststudium/selbstorganisierte Lernen. Die Stunden für den Lernort Pflegeschule sind mit 45 Minuten pro Unterrichtsstunde geplant. Insgesamt beträgt der Arbeitsaufwand der Lernenden bei Umsetzung aller LLE 240 Stunden.

Die in Abschnitt 3.2 beschriebenen Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit werden in allen drei Ausbildungsabschnitten adressiert, aber unterschiedlich akzentuiert und auf jeweils steigendem Komplexitätsniveau zur Geltung gebracht. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die thematischen Schwerpunkte, die priorität adressierten Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit und eine Auswahl von empfohlenen Lehr-/Lernmethoden der LLE in den Ausbildungsdritteln wieder.

Tabelle 3: Überblick über die Lehr-/Lerneinheiten (LLE) der beruflichen Pflegeausbildung (Umfang, Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit)

	Titel der Lehr-/Lerneinheit (empfohlener Umfang)	Primär adressierte Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit*	Auswahl an relevanten Lehr-/Lernmethoden für den Lernort Praxis oder den Dritten Lernort
Erstes Ausbildungen drittel	LLE 1 Interprofessionelles Rollenverständnis entwickeln (24 Std.) LLE 2 Mobilisation und Selbstversorgung interprofessionell fördern (20 Std.) LLE 3 Im interprofessionellen Team kommunizieren (26 Std.)	 	Lern- und Arbeitsaufgabe: Interviews mit Vertreter*innen anderer Professionen Skills Training: Mobilisationsübungen in interprofessionellen Gruppen Dritter Lernort: Rollenspiel zu Visite oder Übergabe
Zweites Ausbildungen drittel	LLE 4 Diversität im interprofessionellen Team erkennen und reflektieren (24 Std.) LLE 5 Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten (26 Std.) LLE 6 Fehler im interprofessionellen Team konstruktiv behandeln (24 Std.)	 	Beobachtungsauftrag zur Diversität im Praxisteam Beratungsgespräch unter Supervision in der Praxis Dritter Lernort: Simulation Medikationssicherheit
Drittes Ausbildungen drittel	LLE 7 Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden (24 Std.) LLE 8 Gesellschaftliche und berufspolitische Themen interprofessionell bearbeiten (40 Std.) LLE 9 Professionsspezifische Evidenz zusammenführen (32 Std.)	 	Hospitalation bei einer realen ethischen Fallbesprechung in der Praxis Projektarbeit ggf. Exkursion Präsentation eines Lernposters in der Berufspraxis

*In jeder LLE werden die fünf Domänen in unterschiedlicher Gewichtung adressiert.

Rollenverständnis
 Interprofessionelle Werte
 Interprof. Kommunikation
 Reflexivität
 Interprof. Zusammenarbeit

Erstes Ausbildungsdrittel

Im ersten Ausbildungsdrittel geht es darum, dass die Lernenden die Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit für eine gelingende Versorgung im Gesundheitswesen erkennen und in gemeinsamen Lernprozessen erfahren.

Für diese erste Phase der Ausbildung sind drei LLE vorgesehen:

- LLE 1: Interprofessionelles Rollenverständnis entwickeln
- LLE 2: Mobilisation und Selbstversorgung interprofessionell fördern
- LLE 3: Im interprofessionellen Team kommunizieren

In der ersten LLE sollen die Auszubildenden dafür sensibilisiert werden, ihren eigenen zukünftigen Beruf im interprofessionellen Zusammenspiel zu sehen und die eigenen Aufgaben und Verantwortungsbereiche sowie die Aufgaben und Verantwortungsbereiche der anderen Professionen zu verstehen (vgl. CAIPE 2017: 4). Der Schwerpunkt liegt in dieser Ausbildungsphase in der Wahrnehmung der eigenen Rolle und der Perspektive auf die Rolle der jeweils anderen Professionen, hier steht daher die Domäne Rollenverständnis im Vordergrund. Die Auszubildenden lernen die jeweils anderen Auszubildenden kennen, sodass ein erstes Wissen über deren zukünftiges berufliches Handeln entsteht und eine Orientierung im interprofessionellen Team angebahnt wird. Die Lernenden stellen sich zugleich den anderen Berufsgruppen gegenüber dar, sodass die eigene Berufsidentität gestärkt werden kann. Der Unterricht am Lernort Pflegeschule wird ergänzt durch eine empfohlene Lern- und Arbeitsaufgabe in der Praxis, in der Lernende Angehörige anderer Professionen begleiten und zu ihren Aufgaben befragen.

Für die zweite LLE wurde mit dem Thema »Mobilisation und Selbstversorgung fördern« bewusst ein Schwerpunkt gewählt, der zu gemeinsamen praktischen Übungen einlädt. Im besten Sinne können die Auszubildenden hierbei miteinander und voneinander lernen. Dem Dritten Lernort und dem Skills Training kommt ein hoher Stellenwert zu. Im gemeinsamen Handeln wird erfahrbar, dass personenzentrierte Versorgung durch die Expertise der verschiedenen Gesundheitsberufe eine höhere Qualität erlangen kann. Die Domäne Interprofessionelle Zusammenarbeit steht hier im Zentrum, zugleich wird aber auch das Rollenverständnis vertieft, und es werden Kollegialität im Team, Respekt und Solidarität mit allen Beteiligten als gemeinsame Interprofessionelle Werte deutlich.

Die dritte LLE fokussiert auf Interprofessionelle Kommunikation und Rollenverständnis. Zum einen ist die angemessene Kommunikation in der personenzentrierten Versorgung eine Aufgabe, die sich allen Gesundheitsberufen stellt und für die die theoretischen Grundlagen und Übungen gemeinsam gestaltet werden können. Darüber hinaus ist das Gelingen der Kommunikation im Team entscheidender Faktor für eine gute Versorgungsqualität. Die Lernenden erhalten die Gelegenheit, sich darin einzuüben, ihre eigene Meinung und die professionsspezifischen Verant-

wortlichkeiten kompetent zu vertreten sowie die Argumente der anderen Teammitglieder wertschätzend aufzunehmen (vgl. WHO 2010: 26). Arbeit in Kleingruppen und Rollenspiele bieten sich als geeignete Unterrichtsmethoden in dieser LLE besonders an.

Zweites Ausbildungsdrittel

Für den zweiten Ausbildungsabschnitt sind wiederum drei LLE konzipiert:

- LLE 4: Diversität im interprofessionellen Team erkennen und reflektieren
- LLE 5: Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten
- LLE 6: Fehler im interprofessionellen Team konstruktiv behandeln

Für die vierte LLE mit dem Schwerpunkt »Diversität« sind alle interprofessionellen Domänen relevant, die Perspektive wird dabei komplexer, da die Auseinandersetzung mit dem Anderen oder dem Anderssein eine differenzierte Haltung zum Selbst voraussetzt sowie die Erkenntnis, dass Vielfalt als Gewinn zu betrachten ist. Stereotypen und Vorteile können als Hindernisse für das Gelingen Interprofessioneller Zusammenarbeit erkannt werden. Hier gewinnt die Domäne Reflexivität besondere Bedeutung. Theoretische Konzepte der Diversität, die neben den sichtbaren oder meist direkt beobachtbaren Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Sprache auch die indirekt erkennbaren Differenzen wie Werte, Einstellung und Erfahrungen thematisieren (vgl. Franken 2015: 22f.), schaffen eine Grundlage für den wertschätzenden Umgang mit den anderen Berufsgruppen im interprofessionellen Team. Der theoretische Unterricht erfährt eine Vertiefung durch einen Beobachtungsauftrag am Lernort Praxis.

In der fünften LLE zum Thema Beratung wird der Schwerpunkt Kommunikation vertieft. Bei der Beratung der zu Versorgenden und ihrer Angehörigen können Synergien durch die Expertise der einzelnen Professionen entstehen, aber auch Divergenzen, die zu Irritationen führen. Interprofessionelle Beratung erfordert eine gute Abstimmung zwischen den Berufen, gemeinsame Zielperspektiven für den Versorgungsverlauf und ausdifferenzierte Strategien zur Informationsweitergabe. Nicht zuletzt sind Beratungskonzepte nutzbar für die Interprofessionelle Kommunikation im Team selbst. Im Sinne der kollegialen Beratung unterstützen sich beteiligte Professionen gegenseitig und suchen nach Lösungen, um mit schwierigen Situationen umzugehen. Das stärkt nicht nur diejenigen, die sich beraten lassen, sondern fördert auch die kommunikativen Kompetenzen der Beratenden. Für den Lernort Praxis kann ein interprofessionelles Beratungsgespräch, das unter Supervision durchgeführt wird, den Lerngewinn vertiefen.

Die sechste LLE »Fehler im interprofessionellen Team konstruktiv behandeln« erfordert ein bereits entwickeltes Standing in der Berufsrolle. In dieser Einheit

kommt die Reflexivität besonders zum Tragen. Fehlerquellen zu identifizieren, deren Ursachen zu analysieren und Vermeidungs- und Reduktionsstrategien zu entwickeln, sind entscheidende Voraussetzungen für die Sicherheit der zu Versorgenden (Patientensicherheit). Es erfordert Mut und (Selbst-)Vertrauen, Fehler einzugestehen, und die Entwicklung einer vertrauensvollen Atmosphäre im Team ist Voraussetzung für eine konstruktive Aufarbeitung von Fehlern. Übungen in simulativer Lernumgebung, mitunter als geschützter Raum bezeichnet, helfen dabei, den Umgang mit Fehlern als Lernprozess zu gestalten und schaffen den Raum für eine vertrauensvolle interprofessionelle Zusammenarbeit. Für eine Simulation zum Thema Medikamentensicherheit im Skills-Lab/Sim-Lab bietet das Curriculum detaillierte Materialien.

Drittes Ausbildungsdrittel

Die drei LLE für den letzten Ausbildungsabschnitt lauten:

- LLE 7: Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden
- LLE 8: Gesellschaftliche und berufspolitische Themen interprofessionell bearbeiten
- LLE 9: Professionsspezifische Evidenz zusammenführen

Für die siebte LLE zur ethischen Entscheidungsfindung sind Fallbesprechungen und Fallreflexionen zentral, bei denen die Interessen der zu Versorgenden und die Perspektiven aller beteiligten Professionen zum Tragen kommen. Dabei werden ethisch problematische Situationen bearbeitet, die im Diskurs zu einvernehmlichen Lösungen führen können, ebenso wie echte Dilemmata, bei denen es keine gute Lösung gibt, und Situationen, in denen Sachzwänge ethischen Erwägungen entgegenstehen. Die Reflexivität, die kritische Betrachtung von Moral und Ethik im gesellschaftlichen Kontext sowie die Entwicklung kollektiv geteilter Interprofessioneller Werte als Grundlage von Entscheidungen im Versorgungsprozess stehen im Mittelpunkt dieser LLE. Neben Wissen um ethische Prinzipien geht es aber auch um das Kennen und Einüben strukturierter Verfahren ethischer Fallberatung für die Bearbeitung ethischer Probleme im organisatorischen Rahmen (vgl. Großklaus-Seidl 2002: 121ff.) und die personenzentrierte Entscheidungsfindung im interprofessionellen Team.

Die achte LLE »Gesellschaftliche und berufspolitische Themen interprofessionell bearbeiten« ist als Projekt konzipiert. Für Professionen, die im Gesundheitswesen tätig sind, besteht eine Mitverantwortung gegenüber der Gesellschaft, sich in gesundheits- und berufspolitische Themen einzubringen. Dafür ist es zunächst erforderlich, sich eigenaktiv über relevante Themen zu informieren. Im Sinne der Selbst- und Mitbestimmung werden die Lernenden angeregt, eigene Ideen zu Schlüsselproblemen der Gegenwart wie etwa Klimawandel, Nachhaltigkeit oder









Planetary Health (vgl. Schiff/Dunger 2025: 327f.) zu bearbeiten, und die Verantwortung- und Spielräume der im Gesundheitswesen Agierenden auszuloten. Die Lernenden erleben sich im Team als handlungsfähige Mitgestaltende der Bedingungen ihrer Berufsfelder und reflektieren den gemeinsamen Lernprozess. Bei der projektartigen Bearbeitung in interprofessionellen Gruppen werden alle Domänen der interprofessionellen Zusammenarbeit gefordert. Diese LLE ist nicht nur am Lernort Schule realisierbar, denkbar ist auch die Gestaltung in Form einer Exkursion.

Die neunte LLE »Professionsspezifische Evidenz zusammenführen« wird in der beruflichen Pflegeausbildung bewusst im dritten Ausbildungsdrittel verortet. Da Pflegeauszubildende an den Pflegeschulen an das wissenschaftliche Arbeiten – anders als in der hochschulischen Ausbildung – erst schrittweise herangeführt werden, sie aber im Rahmen dieser Einheit befähigt sein sollen, ihren Standpunkt argumentativ zu vertreten, ist es sinnvoll, dies erst im letzten Abschnitt der Ausbildung in die interprofessionelle Lehre zu integrieren. Ein grundlegendes Wissen über evidenzbasiertes Handeln ist ebenso Voraussetzung wie ein Verständnis für unterschiedliche berufsspezifische Denkmuster. Für die komplexen Fragestellungen der personenzentrierten Versorgung gewinnen die Lernenden belastbare Erkenntnisse durch die Zusammenführung interner und externer Evidenz aus dem aktuellen Forschungs- und Wissensstand der verschiedenen Professionen. Diese LLE zielt darauf ab, bei der Bearbeitung von Fragestellungen der Versorgungspraxis professionsspezifisches Wissen zusammenzuführen und Interprofessionelle Kommunikation sowie Interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken.

4.3 Schwerpunkt hochschulische Pflegeausbildung

Für die hochschulische Pflegeausbildung sind drei Module beschrieben, jeweils ein Modul pro Ausbildungsdrittel (s. Tabelle 4). Die Module unterscheiden sich gegenüber den LLE der beruflichen Ausbildung insbesondere in der Komplexität und Vielfalt der Lernmethoden, Kompetenzstufen und beschriebenen Fallsituationen.

Tabelle 4: Überblick über Module der hochschulischen Pflegeausbildung (Umfang, Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit)

Titel des Moduls (Leistungspunkte, KP)		Primär adressierte Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit*		Auswahl an relevanten Lehr-/Lernmethoden	
		Hochschule	Praxis	Dritter Lernort	
Erstes Ausbildungsdrittel					
Wir als interprofessionelles Team (2 KP)	 	Seminar: Vertiefung der Rollen, Aufgabenbereiche, Gemeinsamkeiten und Unterschiede im interprofessionellen Team	Praktikum: Hospitation (Shadowing bei Professionellen eines anderen Gesundheitsberufs mit mind. 3 Jahren Praxiserfahrung).	Übung: Fallbasierte Planung, Durchführung, Evaluation und Reflexion interprofessionell abgestimmter Pflege- und Behandlungsprozesse	
Zweites Ausbildungsdrittel					
Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten (2 KP)	 	Seminar: Interprofessionelles Problemorientiertes Lernen mit Think-Pair-Share zu Beginn	Hospitation von Studierenden (möglichst in interprofessionellen Tandems)	Übung: Interprofessionelles Kommunikationstraining	
Drittes Ausbildungsdrittel					
Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung (2 KP)	   	Interprofessionelle Zukunftsworkstatt zur partizipativen Entscheidungsfindung	Gemeinsamer Praxisersatz	Übung: Visiten-Simulation	

*In jedem Modul werden die fünf Domänen in unterschiedlicher Gewichtung adressiert.

 Rollenverständnis
 Interprof. Kommunikation
 Interprofessionelle Werte
 Reflexivität
 Interprof. Zusammenarbeit

Ursprünglich war ein Umfang für jedes Modul von 3 Kreditpunkten gemäß ECTS-Standard (KP, 1 KP=30 Stunden studentischer Arbeitsaufwand) vorgesehen. Im Rahmen der Pilotierung zeigte sich, dass eine Reduktion auf 2 KP eine bessere Integration in bestehende Curricula ermöglicht. Der Arbeitsaufwand der Studierenden verteilt sich auf die drei Lernorte (Hochschule, Praxis und dritter Lernort) jeweils mit Präsenz-, Selbststudiumsanteilen und integrierten Praxisstunden. Diese Anteile sind abgebildet in den Lehrformaten Vorlesung (ausschließlich Modul 3), Seminar, Übung und Praktikum. Der Umfang dieser drei Anteile (Präsenz/selbstorganisiertes Lernen/Praxisstunden) ist in Semesterwochenstunden (SWS) angegeben (1 SWS=14-15 Unterrichtseinheiten je 45 Minuten).

Die drei Lernorte sind in jedem Modul berücksichtigt, da sie für die Kompetenzentwicklung in den verschiedenen Domänen von Bedeutung sind. Am Lernort Hochschule werden die theoretischen Grundlagen zu den Inhalten der Module vermittelt, das Kennenlernen im Team gefördert und erste Erfahrungen in der Interaktion im Team gesammelt. Am Dritten Lernort können die Lernenden das Erlernte im geschützten Rahmen anwenden und weitere praktische Fähigkeiten für kommende Praxiseinsätze gewinnen, insbesondere zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation. Während der Praxiseinsätze bzw. am Lernort Praxis haben die Lernenden die Möglichkeit, die interprofessionelle Zusammenarbeit wahrzunehmen und stetig im Verlauf der Ausbildung zu reflektieren. Insbesondere am Lernort Praxis zeigt sich die zunehmende Komplexität im Verlauf der Ausbildung von der Empfehlung, zunächst ein *Shadowing* im ersten Ausbildungsdrittel zu integrieren, bis hin zu einem gemeinsamen Praxiseinsatz im letzten Ausbildungsdrittel.

Zu allen Modulen sind mögliche Akteure und Handlungsanlässe beschrieben, die auf den empirischen Daten der Entwicklungsphase sowie den Ergebnissen des Expertenworkshops aufbauen. Hier zeigt sich eine Steigerung der Komplexität durch eine größere Vielfalt an Berufsgruppen im Verlauf der Ausbildung. Die Kompetenzen sind entlang der Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit mit steigender Komplexität und unterschiedlichen Schwerpunkten beschrieben. Das Rollenverständnis wird besonders im ersten Ausbildungsdrittel adressiert, damit es sich zu diesem frühen Zeitpunkt als Grundlage für den weiteren Kompetenzaufbau initial entwickelt. Beispielsweise wurde sich dafür entschieden, Kompetenzen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung besonders im dritten Ausbildungsdrittel zu thematisieren. Es wird angenommen, dass die Studierenden bis zum dritten Ausbildungsdrittel durch die vorherigen Module ein grundlegendes Verständnis der Rollen und Aufgaben der Berufsgruppen entwickelt haben und dieses in der Entscheidungsfindung anwenden können.

Des Weiteren werden Empfehlungen für Lehr-/Lernmethoden sowie Methoden der Ergebnissicherung gegeben. Da sich in der Konzeptionsphase des Curriculums gezeigt hat, dass das Kennenlernen zu Beginn eines Moduls eine wichtige Voraus-

setzung für die gemeinsame Erarbeitung der Modulinhalte ist, sind verschiedene Methoden zum Kennenlernen vorgeschlagen. Für die jeweiligen Modulinhalte sind zudem Methoden beschrieben, die die Interaktion und den Austausch zwischen Berufsgruppen durch gemeinsame Fallarbeiten oder Kommunikationstrainings fördern sollen.

Außerdem sind pro Modul Vorschläge für Fallbeschreibungen dargestellt, die in den Modulen bearbeitet werden können. Eine Besonderheit stellt die longitudinale Weiterentwicklung der Fallbeispiele über die Ausbildungsdrittel hinweg dar. Zwei für das Modul im ersten Drittel vorgestellte Fallbeispiele werden mit steigender Komplexität in unterschiedlichen Settings (akutstationär, ambulant, langzeitstationär) fortgeführt und mit jedem Modul um weitere Informationen ergänzt (z. B. soziale Situation, Charaktermerkmale, Komorbiditäten). In der Konzeptionsphase wurde sich bewusst dafür entschieden, zwei unterschiedliche Szenarien darzustellen, um die Vielfalt in Praxiseinsätzen sowie die steigende Komplexität im Ausbildungsverlauf abbilden zu können. In beiden Szenarien stehen verschiedene Versorgungsanlässe im Mittelpunkt u. a. Hemiparese durch ischämischen Infarkt, Mobilitätseinschränkungen durch Zerebralparese, Dekubitus Kategorie 2 in der Sakralregion (Wundversorgung), Dysphagie/Schluckstörungen, Erstdiagnose und Entgleisung eines Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose einer onkologischen Erkrankung. In jedem Modul sind basierend auf den jeweiligen Modulinhalten Schwerpunkte für Übungen und Skills Trainings entlang des Versorgungsprozesses vorgeschlagen (Assessment, Diagnostik, Versorgungsziele, Interventionen, Evaluationskriterien).

Literaturhinweise und Hinweise zur Implementierung runden die Modulbeschreibungen ab. Hierbei wurde sich bewusst dafür entschieden, Voraussetzungen der Lernenden für das jeweilige Modul zu definieren, um Anwendern des Curriculums die Entscheidung zu überlassen, in welches Ausbildungsdrittel die Modulinhalte am besten integriert werden können. In jedem Modul wird ebenfalls auf die Bedeutung von Kooperationen/bestehenden Netzwerken mit anderen Studiengängen/Ausbildungsgängen hingewiesen. Basierend auf den empirischen Daten wurde deutlich, dass fehlende Kooperationen einen hinderlichen Faktor in der Umsetzung darstellen.

Nachfolgend wird ein Überblick über die drei Module gegeben. Details können der Handreichung des Projektes entnommen werden (vgl. Balzer u. a. 2025).

Erstes Ausbildungsdrittel

Im Modul 1 »Wir als interprofessionelles Team« befinden sich die Pflegestudierenden am Beginn ihres Studiums, weshalb die Entwicklung der eigenen Rolle und Aufgabenbereiche im Mittelpunkt steht. Gleichzeitig sollen die Studierenden dazu befähigt werden, die eigenen Rollen und Aufgaben im Kontext des interprofessionellen Teams einzuordnen und die Rollen der beteiligten Berufsgruppen wahrzunehmen bzw. kennenzulernen. In diesem Modul sind daher die Domänen Rollenverständnis

und interprofessionelle Kommunikation von zentraler Bedeutung. Am Beispiel der Förderung der Mobilität werden diese Kompetenzen durch Seminare zu den Grundlagen der interprofessionellen Zusammenarbeit, Rollen und Aufgabenbereichen sowie Übungen am dritten Lernort (Assessment und Maßnahmen zur Bewegungsförderung) entwickelt. Während des Praktikums wird eine Hospitation empfohlen, die in Form eines Shadowing bei Professionellen eines anderen Gesundheitsberufs erfolgen kann.

Zweites Ausbildungsdrittel

Das Modul 2 »Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten« baut auf den ersten praktischen Erfahrungen der gelebten interprofessionellen Zusammenarbeit und den vermittelten fachlichen Grundlagen der pflegerischen und therapeutischen Versorgung (u.a. Anatomie, Krankheitslehre) auf. Die Studierenden sind an allen drei Lernorten mit der Weitergabe und Reflexion von Informationen gegenüber anderen Lernenden, Lehrenden, Professionellen, Patient*innen und Angehörigen konfrontiert. Deshalb stehen in diesem Modul die Domänen der interprofessionellen Kommunikation sowie Reflexivität im Mittelpunkt. Die Studierenden sollen dazu befähigt werden, effektive Kommunikationsstrategien für einen respektvollen und wertschätzenden Umgang in der personenzentrierten Versorgung auszuwählen und anzuwenden und eigene fachliche Perspektiven zu entwickeln und zu vertreten. Am dritten Lernort werden in Kommunikationstrainings bekannte Kommunikationsstrategien (z.B. aktives Zuhören) auf die personenzentrierte Kommunikation in der Versorgung von Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen übertragen und geübt. In Seminaren wird die gelebte interprofessionelle Zusammenarbeit unter ethischen Aspekten betrachtet sowie das Thema Patientensicherheit aufgegriffen. Während des Praktikums wird eine Hospitation von Studierenden gegenseitig (in interprofessionellen Tandems) empfohlen, beispielsweise in Form einer gemeinsamen Anamneseerhebung oder eines Work Shadowing, d.h. Studierende beobachten Studierende anderer Berufsgruppen im Arbeitsalltag.

Drittes Ausbildungsdrittel

Das Modul 3 »Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung« richtet sich an Pflegestudierende am Ende Ihres Studiums. Es wird angenommen, dass die Studierenden bereits Kompetenzen zur interprofessionellen Kommunikation entwickelt haben. Diese bilden die Grundlage für die Themen der gemeinsamen Entscheidungsfindung und Versorgung in hochkomplexen Versorgungssituationen, die im Modul 3 im Mittelpunkt stehen. Gleichzeitig befinden sich die Studierenden kurz vor der Einmündung in das berufliche Leben, weshalb insbesondere Elemente der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Praxis (z.B. Visite) thematisch vertieft werden sollen. Es wurde sich bewusst für das Element

der interprofessionellen Visite entschieden, da die Visiten ein zentrales Moment der gemeinsamen Entscheidungsfindung darstellen. Ergänzend wird für dieses Modul empfohlen, wissenschaftliche und politische Organisationen sowie Akteure und Entscheidungsprozesse in der Gesundheitspolitik inhaltlich aufzugreifen und in den gesellschaftlichen Kontext einzuordnen. Ein weiterer Schwerpunkt wird in der Forschung gesehen. Obgleich die evidenzbasierte Praxis von Beginn des Studiums an von Bedeutung ist und in Modul 1 und 2 sich in den Inhalten widerspiegelt, wurde ein besonderes Augenmerk auf dieses Thema im Modul 3 gelegt. Dieser Schwerpunkt begründet sich in den Ergebnissen der zugrunde liegenden empirischen Daten und des Expertenworkshops. Dabei zeigte sich, dass zunächst grundlegende fachliche, methodische und reflexive Fähigkeiten im Verlauf der Ausbildung entwickelt werden sollten, bevor eine gezielte Thematisierung von forschungsbezogenen Inhalten im 3. Ausbildungsdrittel erfolgt. In diesem Modul stehen die Domänen Interprofessionelle Zusammenarbeit, Werte und Reflexivität im Fokus, empfohlen hierfür sind Seminare, Übungen und Debatten. Für den dritten Lernort wird eine Visiten-Simulation und ein Kommunikationstraining zur partizipativen Entscheidungsfindung empfohlen. Für den Lernort Praxis wird ein gemeinsamer Praxiseinsatz von Studierenden/Lernenden unterschiedlicher Berufsgruppen empfohlen.

5. Schlussfolgerungen und Ausblick

5.1 Anpassung und Revision des Curriculums

Das Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung versteht sich als ein für Anpassungen und Veränderungen offenes Produkt. Auf der Basis der empirischen Erhebungen und durch den diskursiven Prozess im Projektteam sowie die Einbindung des Expertenbeirats sind die Kernelemente des Curriculums partizipativ entwickelt worden. Auf der Basis der empirischen Erhebungen konnten Handlungsanlässe identifiziert, Lerninhalte, Lernziele und Kontextfaktoren für die interprofessionelle Lehre abgeleitet sowie Empfehlungen für die Zusammensetzung der Lerngruppen (Akteure), für Lernmethoden, Lernorte und Evaluationsmethoden gegeben werden. Durch die umfangreichen Literaturrecherchen, quantitativen und qualitativen Vorarbeiten in der Konzeptionsphase und die Begleitung durch den Expertenbeirat wurden die Perspektiven verschiedener Akteure der Gesundheitsversorgung berücksichtigt (u.a. Lehrende, Praxisanleitende und Lernende an Pflegeschulen und Hochschulen).

In ersten Publikationen erfolgte parallel dazu die Information der Fachöffentlichkeit (vgl. Wolter u.a. 2022). Anschließend erfolgte von Oktober 2023 bis

Oktober 2024 die Pilotierung des Curriculums an drei Pflegestudiengängen und vier Pflegeschulen. In der Pilotierungsphase konnten entscheidende Impulse für die Überarbeitung des Curriculums gewonnen werden.³ Hier zeigte sich vor allem die Notwendigkeit, noch stärker den empfehlenden Charakter und die flexible Anpassbarkeit des Curriculums an die jeweiligen curricularen Gegebenheiten und spezifischen Kontextfaktoren der Bildungseinrichtungen zu betonen. Für die hochschulische Pflegeausbildung zeigte sich eine hohe inhaltliche Dichte der bestehenden Curricula, wodurch nur begrenzte Möglichkeiten zur Integration der im Rahmencurriculum empfohlenen Module bestanden. Folglich wurden die Umfänge der drei Module auf zwei KP reduziert. Eine weitere Überarbeitung nach Auswertung aller Evaluationsergebnisse der Pilotierungsphase ist geplant.

5.2 Stärken und Limitationen

Viele unterschiedliche Perspektiven wurden in die Konzeption des Rahmencurriculums einbezogen. Das Rahmencurriculum für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung ist in der Zusammenarbeit von zwei Universitäten mit verschiedenen pflegespezifischen Studiengängen entstanden. Die unterschiedliche Ausrichtung der beiden Institutionen hat den Entwicklungsprozess maßgeblich geprägt, die Perspektiven der Pflegewissenschaft und der Pflegepädagogik konnten zusammengeführt und für das Curriculum fruchtbar gemacht werden. Durch den Expertenbeirat waren zudem Akteure der verschiedenen Gesundheitsberufe, etwa der Therapieberufe und der Medizin, sowie Vertretende der zu versorgenden Menschen bei der Konzeption des Curriculums eingebunden, um die Relevanz und Anwendbarkeit zu fördern. In der Phase der Konzeptentwicklung wurden außerdem bereits Kontakte zu Institutionen der Pflegeausbildung angebahnt, nicht nur im Rahmen der Datenerhebung, sondern auch als potenzielle Praxispartner für die Implementierung. Daher konnten Impulse aus der Pflegeausbildungspraxis direkt in den Konstruktionsprozess einfließen.

Trotz vielfältiger Methoden in der Konzeptionsphase und der einbezogenen multiplen Perspektiven ist als Limitation anzuführen, dass möglicherweise nicht die Interessen aller relevanten Gruppen in ausreichender Weise vertreten und berücksichtigt werden konnten. Bei der Curriculumentwicklung war die Beteiligung von Lernenden bei der Gestaltung von interprofessioneller Lehre ein wichtiges Anliegen. Lernende waren vereinzelt sowohl bei den Fokusgruppeninterviews, standardisierten Interviews als auch beim Expertenworkshop anwesend, die Perspektive der Lernenden hätte aber gleichwohl noch stärker repräsentiert werden

3 Details bietet der Beitrag von: Tanja Lehnen: Implementierungsstrategien im Rahmen des Projekts interEdu – Prozess der Pilotierung und qualitative Einschätzung, in diesem Sammelband.

können. Auch eine noch umfangreichere Partizipation der zu versorgenden Menschen und ihrer An- und Zugehörigen wäre wünschenswert gewesen. Im Projekt war diese Perspektive lediglich durch die Teilnahme von zwei Einrichtungen der Patientenvertretung am Expertenbeirat repräsentiert.

Eine weitere Limitation kann retrospektiv darin gesehen werden, dass die Konzeption des Rahmencurriculums von Beginn an auf das Anwendungsfeld berufliche und hochschulische Pflegeausbildung ausgerichtet war. Dennoch wurde in der Konzeptionsphase bewusst darauf geachtet, dass die LLE/Module auf andere Gesundheitsberufe übertragbar sind. Allerdings konnten die Unterschiede in den curricularen Strukturen in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe noch nicht systematisch im Projektzeitraum berücksichtigt werden. Die Entwicklung eines berufsgruppenübergreifend gültigen Rahmencurriculums für IPE in der Ausbildung in den patientennahen Gesundheitsberufen wäre perspektivisch wünschenswert.

5.3 Ausblick

Mit der Publikation der Handreichung zum Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (vgl. Balzer u.a. 2025) steht ein Musterbeispiel für ein longitudinales Curriculum zur Verfügung, das zur Implementierung interprofessioneller Lehre in den Gesundheitsberufen einlädt und ermutigen soll. Die longitudinale Evaluation von interprofessioneller Lehre ist nun von hoher Bedeutung, insbesondere die Evaluation von Kompetenzen in der Versorgungspraxis. Da das Curriculum als longitudinal konzipiert, also auf eine Ausbildungsdauer von drei bis vier Jahren ausgelegt ist, war bei der Projektplanung bereits offenkundig, dass in diesem Rahmen eine Pilotierung im vollen zeitlichen Umfang nicht realisierbar sein kann. Daher werden weitere Erfahrungen bei der Umsetzung der Module und LLE sowie Erkenntnisse aus der Praxis interprofessioneller Lehre für die Revision des Curriculums auch zukünftig als sinnvoll erachtet.

Zukünftige Forschungsvorhaben sollten darüber hinaus die didaktischen Grundlagen interprofessioneller Lehre näher untersuchen. Aus didaktischer Sicht stellt das Fehlen berufsübergreifender fachdidaktischer Konzepte eine noch ungelöste Herausforderung dar, die Entwicklung einer Fachdidaktik für IPE wäre eine wünschenswerte Aufgabe. Zur Entwicklung lerntheoretischer Konzepte für die interprofessionelle Edukation stellt sich zudem die Frage, wie die interprofessionellen Lernsequenzen sinnvoll mit den Phasen monoprofessioneller Lehre verknüpft werden können.⁴

4 s. Beitrag: Wolfgang von Gahlen-Hoops: Der DNA-Learning-Approach oder Was bedeutet Interprofessionelles Lernen aus lerntheoretischer Sicht?, in diesem Sammelband.

Hieraus ergibt sich nicht zuletzt der Bedarf, geeignete Konzepte für die Ausbildung und Schulung der Lehrenden zu entwickeln.⁵

Abschließend kann das Rahmencurriculum für die interprofessionelle Edukation in der Pflegeausbildung eine sinnvolle Grundlage für die Verbesserung der interprofessionellen Versorgungspraxis schaffen. Hierbei sollten sich die Lernenden der Pflege- und Gesundheitsberufe gemeinsam mit den Möglichkeiten und Herausforderungen interprofessioneller Zusammenarbeit auseinandersetzen, die Perspektive der jeweils anderen Professionen kennenlernen sowie Vorurteile und Stereotype konstruktiv bearbeiten.

Danksagung

Dieser Beitrag basiert auf Ergebnissen der Konzeptionsphase des Projekts *Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu)* (vgl. Balzer u.a. 2025). Besonderer Dank gilt den weiteren Projektmitarbeiterinnen Tanja Lehnen, Miriam Leimer, Laura Püschel und Lisa Wolter, der stellvertretenden Projektleiterin Prof. Dr. Anne C. Rahn und den Projektleitenden Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops. Jutta Busch, Tanja Lehnen und Lisa Wolter haben die qualitative Datenerhebung geplant, durchgeführt und die Daten analysiert. Miriam Leimer, Frederike Lüth und Laura Püschel haben die systematischen Evidenzsynthesen und standardisierten Interviews geplant, durchgeführt und die Daten analysiert. Die Triangulation der Daten aus der Konzeptionsphase und die Konzeption des vorläufigen Curriculums erfolgte durch das gesamte Projektteam und wurde in dem Expertenworkshop diskutiert. Prof. Dr. Anne C. Rahn, Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops haben die Konzeption und Durchführung der bezeichneten Forschungsarbeiten und das Gesamtprojekt wissenschaftlich supervidiert. Ein weiterer Dank gilt den Interviewteilnehmenden und dem Expertenbeirat.

Literatur

- Anderson, L. W./Krathwohl, D. R. (2001). A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives, Complete Edition. Pearson Education.
- Balzer, Katrin/Busch, Jutta/Faber, Anne/Hildebrand, Birte/Kühn Anja/Lehnen, Tanja/Leimer Miriam/Lüth, Frederike/Püschel Laura/Rahn, Anne C./Tolksdorf,

5 s. Beitrag von Tanja Lehnen: Kontextfaktoren interprofessioneller Edukation – Empirische Erkenntnisse und Implikationen für die Implementierung, in diesem Sammelband.

- Katharina H./Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Wolter, Lisa (2025). Handreichung zum Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu). BIBB.
- 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)
- Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (2013). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Abruf: 03.12.2025).
- Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. 2., überarbeitete Auflage. Bonn: BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung), 2020. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560> (Abruf: 03.12.2025).
- Igl, Gerhard (2021). Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV). Pflegeberufeausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Praxiskommentar (3. Aufl.), Heidelberg: medhochzwei.
- Franken, Svetlana (2015). Personal: Diversity Management. Wiesbaden: Springer.
- Großklaus-Seidel, Marion (2002). Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegenden ihr Handeln reflektieren und begründen können. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herrera, E./Ables, A./Martin C./Ochs, S. (2019). Development and implementation of an interprofessional education certificate program in a community-based osteopathic medical school. In: *The Journal of Interprofessional Education and Practice* 14, S. 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.11.002>
- Klafki, Wolfgang (1996). Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. 5. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz.
- Maddock, Bronwyn M/Kumar, Arunaz/Kent, Fiona M. (2019). Creating a Collaborative Care Curriculum Framework. In: *The clinical teacher*, 16 (2), S. 120–124. <https://doi.org/10.1111/tct.12796>
- Rogers, Gary D./Thistlethwaite, Jill E./Anderson, Elizabeth S./Abrandt Dahlgren, Madeleine/Grymonpre, Ruby E./Moran, Monica/Samarasekera, Dujeeva D. (2017). International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. In: *Medical teacher*, 39 (4), S. 347–359. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1270441>
- Saul, Surya/Jürgensen, Anke (2021). Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule. Bonn. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17389> (Abruf: 03.12.2025).

Schiff, Andrea/Dunger, Christine (2024). Ökologie und Nachhaltigkeit: Einführung. In: *Pflege & Gesellschaft* 4, S. 327–328.

Wolter, Lisa/Busch, Jutta/Lehnen, Tanja/Püschel, Laura/Lüth, Frederike/Rahn, Anne C./Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Balzer, Katrin (2022). Über die Grenzen der eigenen Berufspraxis hinaus – interEdu: eine Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung. In: *Berufsbildung* 196, S. 18–21.

World Health Organization (WHO) (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf (Abruf: 03.12.2025).

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Eigene Darstellung

Abbildung 3: Eigene Darstellung

Kontextfaktoren interprofessioneller Edukation – Empirische Erkenntnisse und Implikationen für die Implementierung

Tanja Lehnen

Zusammenfassung *Der vorliegende Beitrag thematisiert Faktoren, die im Hinblick auf eine erfolgreiche Implementierung interprofessioneller Lernangebote beachtenswert sind. Diese werden als Kontextfaktoren bezeichnet und entlang des CFIR-Modells (Consolidated Framework for Implementation Research), gegliedert in das innere Setting, das äußere Setting und die individuelle Ebene, strukturiert vorgestellt.*

Im äußeren Setting werden nationale und internationale Netzwerke sowie gesetzliche Rahmenbedingungen als Kontextfaktoren identifiziert. Lokale Netzwerke und Kooperationen, zeitliche und örtliche Rahmenbedingungen, personelle und räumliche Ressourcen sowie eine unterstützende Einrichtungskultur erweisen sich im inneren Setting als entscheidend.

Auf individueller Ebene werden Einstellungen und Reflexionsfähigkeit der Lehrenden sowie die Voraussetzungen der Lernenden hervorgehoben. Der Beitrag schließt ab mit wissenschaftsbasierten Implikationen für eine nachhaltige Implementierung interprofessioneller Lernangebote.

1. Einleitung

Aktuell sehen sich die verschiedenen Professionen in der Gesundheitsversorgung mit mannigfachen Herausforderungen konfrontiert. Dabei wird zunehmend die interprofessionelle Zusammenarbeit als gewinnbringender Faktor angesehen, um gemeinsam eine qualitativ hochwertige Versorgungspraxis zu realisieren. Bislang zeigt sich jedoch, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit noch nicht zufriedenstellend und vollumfänglich gelebt wird (vgl. Gerber/Rüfli 2021: 34ff.; Kaap-Fröhlich u. a. 2022: 21). Die Befunde bestätigen sich in den aktuellen Daten, welche im Rahmen des Projekts interEdu (Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung) in der Konzeptionsphase erhoben wurden. So äußert eine Person der Praxisanleitung:

»[...] dass da sehr viele Hemmschwellen gegenüber anderen interprofessionell Arbeitenden vorherrschen, immer noch in der praktischen Arbeit auf Station.« (F3, Pos. 23–25).

Interprofessionelle Lehre gilt als ein bedeutendes Instrument, um die interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig zu fördern, um damit langfristig die Gesundheitsversorgung zu verbessern (vgl. Bogossian u.a. 2023: 244).

Zwar sind in Deutschland insbesondere durch die Initiativen der Robert Bosch Stiftung Angebote zum gemeinsamen Von-, Über- und Miteinander-Lernen entstanden, jedoch scheint ein flächendeckendes und nachhaltiges Angebot noch nicht zu bestehen. Dies kann u.a. dadurch erklärt werden, dass noch nicht in allen Ausbildungsverordnungen in den Gesundheitsberufen interprofessionelle Kompetenzen auf gesetzlicher Ebene fest verankert sind. Ferner zeigen sich in den Befunden aus der ersten Projektphase von interEdu, dass trotz der klaren Nennung von interprofessionellen Kompetenzen als ein Kompetenzbereich in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV 2018) noch kein klares Verständnis besteht. Eine Leitungsperson schildert:

»Also es kann eigentlich jede Lehrkraft im Rahmen ihrer Stunde sagen, ich hole mir nochmal den Apotheker dazu und wir haben hier den Schmerztherapeuten, den Doktor [...], den hole ich mir mal für zwei Stunden [...] mal in meinen Unterricht.« (F4, Pos. 425–428).

Die befragte Person wollte damit verdeutlichen, dass interprofessionelle Lehre bereits stattfindet durch das Hinzuziehen von Expert*innen anderer Professionen. Interprofessionelle Edukation (IPE) jedoch meint, dass mindestens zwei Professionen gemeinsam von-, über- und miteinander lernen (vgl. Barr u.a. 2017: 4). Demnach sind die Lerngruppen interprofessionell zusammengesetzt und das Unterrichten durch andere Professionen erfüllt nicht den Anspruch an ein interprofessionelles Lehr-/Lernarrangement.

Neben dem noch unzureichenden Begriffsverständnis sehen sich Bildungseinrichtungen mit einigen Herausforderungen konfrontiert in ihrem Bestreben, interprofessionelle Lernangebote zu implementieren. Diese werden im Folgenden als Kontextfaktoren bezeichnet und beschrieben. Dabei ist anzumerken, dass diese nicht immer klar hinderlich oder förderlich sein können, sondern, je nach Ausrichtung, oftmals sowohl in die eine Richtung als auch in die andere Richtung führen können.

2. Definition und Einteilung Kontextfaktoren

Als Kontextfaktoren werden Aspekte definiert, welche die Implementierung und Effektivität interprofessioneller Lernangebote beeinflussen. Die Darstellung in diesem Beitrag erfolgt anhand des CFIR-Modells (Consolidated Framework for Implementation Research). Das CFIR-Modell bietet einen strukturierten Rahmen, um verschiedene Kontextfaktoren für Implementierungsprozesse systematisch zu erfassen. Mit der 2022 veröffentlichten aktualisierten Version des CFIR-Modells steht ein theoretisches und empirisch fundiertes Modell zur Verfügung, welches organisations- und personenbezogene Faktoren berücksichtigt (vgl. Damschroder u.a. 2022: 2f.).

In der Konzeptionsphase des Projekts interEdu wurden spezifisch für den Implementierungsprozess interprofessioneller Lernangebote Kontextfaktoren theoretisch und empirisch identifiziert.¹

Krystallidou und Kolleg*innen (2024: 6) konstatieren in einem Review, dass eine große Bandbreite von Kontextfaktoren die Effektivität interprofessioneller Lernangebote beeinflussen kann. Diese reichen von materiellen über organisatorische bis hin zu personellen Faktoren. Im Folgenden werden anhand des CFIR-Modells, gegliedert in äußeres Setting, inneres Setting und individuelle Ebene, relevante Kontextfaktoren, die im Rahmen von Implementierungsstrategien interprofessioneller Lernangebote zu beachten sind, berichtet.

2.1 Äußeres Setting

Das äußere Setting beschreibt das Umfeld, in dem das innere Setting, welches im Verlauf ebenfalls beschrieben wird, besteht. Dabei ist anzumerken, dass es mehrere Ebenen beinhaltet (z.B. Krankenhaussystem, Staat, Schulbezirk) (vgl. Damschroder u.a. 2022: 5). Im Kontext der Implementierung interprofessioneller Lernangebote werden sie im vorliegenden Beitrag spezifiziert auf nationale und internationale Netzwerke, externe Richtlinien und Gesetze und die Sensibilität der Politik hinsichtlich IPE (vgl. Balzer u.a. 2025: 39f.).

Unterstützend für eine erfolgreiche Implementierung interprofessioneller Lernangebote ist der Aufbau von *Netzwerken*. Kaap-Fröhlich u.a. (2025: 5) verweisen diesbezüglich auf die Bedeutung der internationalen Netzwerkarbeit, um sich länderübergreifend darüber auszutauschen, wie IPE unterstützt und gefördert

1 Details s. Lüth, Frederike/Püschel, Laura/Leimer, Miriam/Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Balzer, Katrin/Rahn, Anne Christin (2024). Konzeption interprofessioneller Curricula in der Pflegeausbildung. Wissenschaftsbasierte Empfehlungen für die Entwicklung und Umsetzung. In: Brühe, Roland/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.). Handbuch Pflegedidaktik II. Bielefeld: transcript Verlag. S. 188–221.

werden kann. Daneben bieten nationale Netzwerke ein geeignetes Format, um IPE-Implementierungsstrategien unter Einbezug der nationalen Gegebenheiten zu diskutieren, gemeinsame Lösungsoptionen zur Unterstützung von Implementierungsmaßnahmen zu erarbeiten und Best Practice-Beispiele auszutauschen. Dies unterstützt eine Harmonisierung der verschiedenen Angebote und ermöglicht vergleichbare Evaluationen von interprofessionellen Lernangeboten. Obwohl in Deutschland bereits mehrere Projekte auszumachen sind (u.a. Robert Bosch Stiftung), deren Ursprünge bereits mehrere Jahre zurückliegen, besteht noch kein bundesweites nationales Konzept, welches langfristig und flächendeckend verfestigt werden konnte. Dadurch besteht die Gefahr, dass Initiativen zu IPE und deren Beforschung ohne dauerhafte Wirkung bleiben (vgl. Kaap-Fröhlich u.a. 2022: 3).

Ein bedeutender Aspekt für die nachhaltige Implementierung von IPE ist die Verankerung *gesetzlicher Rahmenbedingungen*. Dies impliziert eine feste Integration von interprofessionellen Kompetenzen als verbindlicher Bestandteil von Rahmenrichtlinien, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und den Curricula aller am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsberufe. Zwar wurden interprofessionelle Kompetenzen in einzelnen Verordnungen bereits berücksichtigt (u.a. Pflegeberufegesetz (PflBG), Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog der Medizin (NKLM)), dennoch ist dies noch nicht für alle zentralen Berufsgruppen der gesundheitlichen Versorgung erfolgt.

Es ist aber davon auszugehen, dass im Rahmen von Novellierungen von Berufsgesetzen weiterer Gesundheitsberufe interprofessionelle Kompetenzen zunehmend beachtet werden. In einem Entwurf für ein neues Berufsgesetz nebst Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Physiotherapie wurde dazu bereits ein eigener Kompetenzbereich formuliert (vgl. Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK) 2023: o. S.).

Um eine nachhaltige Implementierung zu unterstützen, bedarf es einer erhöhten Sensibilität der Politik für das Thema IPE. Dies ist nicht nur im Hinblick auf die vielfältigen Herausforderungen, denen sich das Gesundheitswesen gegenüber sieht, bedeutend, sondern ebenso im Hinblick auf den eklatanten Fachkräftebedarf. Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit kann zu einer effektiveren und damit ressourcenschonenderen Arbeitsweise aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen beitragen und zudem die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflussen (vgl. Song u.a. 2017: 28; Herath u.a. 2017: 4).

2.2 Inneres Setting

Das Umfeld, in welchem die Implementierung erfolgt, wird als inneres Setting bezeichnet. Wie im äußeren Setting umfasst auch das innere Setting mehrere Ebenen (vgl. Damschroder u.a. 2022: 6). So werden hier u.a. Faktoren, die auf der Mikroebene

ne verortet sind, wie bspw. die personellen Ressourcen, subsummiert, ebenso wie Aspekte lokaler Netzwerke der beteiligten Institutionen.

Ein zentraler Punkt im Kontext der Implementierung interprofessioneller Lernangebote ist eine konstruktive Zusammenarbeit der Einrichtungen. Zu beachten ist hierbei, dass die verschiedenen Ebenen eingebunden werden. Es gilt dabei, nicht nur die unmittelbar beteiligten Personen, wie Lehrende und Praxisanleitende, sondern zudem Personen mit Verantwortung für strukturelle Gegebenheiten einzubinden. Dadurch soll die Bereitstellung für erforderliche Rahmenbedingungen unterstützt werden, um eine nachhaltige und nicht an Personen gebundene Implementierung umzusetzen. Die Rahmenbedingungen werden im weiteren Verlauf noch näher dargestellt.

Durch *lokale Netzwerke* soll ferner die Kooperation zwischen allen relevanten Akteur*innen gestärkt werden. Räumliche Nähe kann die soziale Interaktion stärken und durch den gemeinsamen Austausch die Entwicklung einer einheitlichen Sprache fördern. Doch auch über größere Distanzen können regelmäßige und strukturierte Austauschtreffen förderlich sein und durch Online-Plattformen und Videokonferenzen realisiert werden.

Austauschtreffen sind zudem bedeutend für die Vernetzung der Lernorte. Im Rahmen interprofessioneller Lernangebote ist es neben der Einbindung aller relevanten Akteur*innen zudem sinnvoll, alle drei Lernorte einzubeziehen, um den Transfer durch die Abstimmung der Lerninhalte zu fördern. Gemeint sind die Lernorte Pflegeschule/resp. Hochschule, Praxis und der dritte Lernort.

Am Lernort Pflegeschule/Hochschule werden Kompetenzen durch den Einsatz vielfältiger pädagogisch-didaktischer Konzepte angebahnt, die am Lernort Praxis strukturiert angeleitet und begleitet werden. Dadurch sollen Kompetenzen vertieft und erweitert werden, um die Lernenden zunehmend an eine selbstständige und reflexive Arbeitsweise heranzuführen (vgl. Löwenstein 2022: 204). Am dritten Lernort steht die Verknüpfung von theoretischem und praktischem Lernen im Fokus. Simulative Lernumgebungen sind eine Form, in der Lernende in einer der Berufswelt nachempfundenen Umgebung praktische Handlungssituationen unter pädagogisch-didaktischer Begleitung trainieren können mit dem Ziel, Handlungssicherheit zu erreichen. Daneben bieten simulative Lernangebote einen Raum, der an den Lernstand der Teilnehmenden ausgerichtet werden kann und durch das Debriefing (Nachbesprechung) umfassend analysiert und reflektiert wird (vgl. Lehnen 2024: 248f.; INACSL 2025; Löwenstein 2022: 204).

Die Lernwege zwischen den drei Lernorten sind multipel möglich und somit nicht gezwungenermaßen linear von der Theorie über den dritten Lernort in die Praxis (vgl. Löwenstein 2022: 203).

Für die Implementierung interprofessioneller Lernangebote ist eine Verknüpfung der Lernorte unter Einbezug aller beteiligten Institutionen unabdingbar. Dadurch können auch die existierenden Ressourcen, wie z. B. Simulationseinrichtun-

gen, institutionsübergreifend genutzt werden. Geregelt werden kann die Zusammenarbeit durch Kooperationsvereinbarungen.

Die Zusammenarbeit in lokalen Netzwerken kann zudem genutzt werden, um Bedarfe für *Fortbildungsformate* zu eruieren. Für die Umsetzung können Strukturen und Prozesse gemeinsam beschrieben und konkretisiert werden. Dabei sind auch Tutor*innenprogramme zu beachten. Tutor*innen² bieten für interprofessionelle Lernangebote eine wertvolle Unterstützung in der Umsetzung, insbesondere in großen Lerngruppen. Zudem kann durch den Einsatz von Tutor*innen das Peer-to-Peer-Lernen gefördert werden (vgl. Herinek u.a. 2022: 2). Weiterhin ist anzunehmen, dass durch den Einsatz von Tutor*innen der personelle Einsatz von Lehrenden in einem angemessenen Maß geplant kann.

Ein weiterer relevanter Aspekt, der unter anderem im Rahmen von lokalen Netzwerken vorangetrieben werden kann, ist die Durchführung von *Evaluationen*. Diese sollten begleitend zu den Implementierungen interprofessioneller Lernangebote erfolgen und zudem longitudinal sein. Dadurch kann erfasst werden, inwieweit die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen im Verlauf von Bildungsprozessen gefördert werden kann. Weiterhin sind die verschiedenen Akteur*innen (Professionen), die drei Lernorte und relevante Zielgrößen (Lernende, Lehrende, zu versorgende Menschen und Organisationen) in die Evaluationen einzuschließen. Um eine umfassende Datenlage zu erhalten, sollten methodisch qualitative und quantitative Erhebungsmethoden gewählt werden. Eine gelingende Netzwerkarbeit kann durch den gemeinsamen Austausch eine Harmonisierung der Evaluationsinstrumente bewirken, was wiederum zu robusten Befunden beitragen kann.

Die *zeitlichen und örtlichen Rahmenbedingungen* werden bereits in den bisherigen Ausführungen deutlich und sind ein relevanter Aspekt, den es bei der Implementierung in vielfältiger Hinsicht zu beachten gilt. Im Kontext der Einbindung von Tutor*innen in die Lernangebote wurden die großen Lerngruppen angesprochen. Diese ergeben sich daraus, dass mindestens zwei Kurse in interprofessionellen Lernangeboten zusammentreffen, wodurch sich die Gruppe im Vergleich zu monoprofessionellen Lehrveranstaltungen um mindestens das Doppelte vergrößert. Daraus ergibt sich ein Bedarf an größeren Räumen. Weiterhin sind für bestimmte Lehr-/Lernmethoden entsprechende Räumlichkeiten erforderlich. Zu nennen sind hier die bereits genannten Simulationsräumlichkeiten, aber auch, im Fall von Kleingruppenarbeit, mehrere Seminarräume, um große Gruppen zu verteilen. Dies ermöglicht eine ruhigere Arbeitsatmosphäre. Diese Erfordernisse sind bereits in der Planung zu berücksichtigen, ebenso wie eventuelle Anfahrtswege, wenn die kooperierenden Institutionen weiter voneinander entfernt liegen. Eine frühzeitige

2 Details zum Tutor*innen-Programm (Facilitator) bietet der Beitrag von: Sharron Blumenthal u.a.: Training and Deployment of Facilitators to Master Interprofessional Education, in diesem Sammelband.

Planung von IPE-Angeboten ist vor diesem Hintergrund angeraten, um räumliche Ressourcen rechtzeitig reservieren zu können und alle an der Lehre beteiligten Personen über Anfahrtswege informieren oder diese planen zu können. In Erwägung gezogen werden sollte zudem die Integration von Online-Veranstaltungen. Technisch stellen digitale Formate eine Möglichkeit und Alternative dar, allerdings wird vielfach die Präsenzform für IPE empfohlen. Im Rahmen von Präsenzlehre kann durch die methodische Gestaltung ein engerer Austausch ermöglicht werden. Ferner kann hierbei die gemeinsame Pausengestaltung zum vermehrten Austausch genutzt werden. Besonders deutlich macht dies die Aussage einer teilnehmenden Person in einer Befragung im Nachgang einer interprofessionell gestalteten Exkursion:

»Vor allem beim gemeinsamen Zusammensitzen in der Unterkunft und während der freien Arbeit in den Workshops bin ich mit jeder anwesenden [Profession] in Kontakt gekommen.« (P 4, Pos. 4–6, zitiert nach: Lehnen u.a. 2025).

Abbildung 1: Interprofessionelle Studierendengruppe während eines Workshops



Weitere Ressourcen sind *personelle* und *sachliche Mittel*. Für die räumliche Ausstattung, etwaige Wege zwischen den Einrichtungen und den Mehraufwand für die Organisation von IPE sind finanzielle Mittel und verantwortliche Personen erforderlich. Da IPE sowohl im Vorweg als auch im Nachgang hohen organisatorischen Aufwand mit sich bringt, bedarf es hierfür fester Zeitkontingente für die Personen, die verantwortlich sind. Im Vergleich zu monoprofessioneller Lehre wird für die Pla-

nung und Vorbereitung interprofessioneller Lehrveranstaltungen das Dreifache der Zeit als Erfordernis beschrieben (vgl. El-Awaisi u. a. 2020: 760). Auch für die Durchführung kann eine höhere personelle Besetzung notwendig sein und ist einzuplanen. Diese personellen Ressourcen werden zeitlich bisher nicht vorgehalten, wie eine Leitungsperson schildert:

»Es ist total personalaufwändig. Da hat man eigentlich keine Zeit dafür. Das braucht so viel Vor- und Nachbereitung, die dann nicht abgebildet wird [...]. Das ist eigentlich immer ein Zuschussgeschäft« (F5, Pos. 521–524).

Durch die zweimalige Verwendung von *eigentlich*, kann angenommen, dass der erhöhte Personalaufwand trotz nicht eingeplanter Ressourcen an der Bildungseinrichtung dennoch möglich gemacht wird. Dies zeugt von einem hohen Engagement, wie es auch in weiteren Aussagen der Interviewstudie angesprochen wird.

Für die Ausstattung der räumlichen Voraussetzung sind Sachmittel einzukalkulieren, um Räume und Lehrressourcen für IPE anzuschaffen bzw. Räume baulich zu verändern. Unter Sachmittel fallen zudem Kosten, die sich aus den Fortbildungsbedarfen für die Lehrenden ergeben.

Hinsichtlich relevanter Kontextfaktoren für die Implementierung ist ferner die *Einrichtungskultur* in Augenschein zu nehmen. Hier zeigen sich bereits thematisierte Aspekte, die als Resultat aus der Netzwerkarbeit und der gemeinsamen Planung hervorgehen. Dazu zählen die Entwicklung eines einheitlichen Verständnisses und gemeinsame Ansätze für IPE sowie eine Vernetzung aller Akteur*innen, um eine kollaborative Zusammenarbeit zu realisieren. Eine wichtige Position nehmen in diesem Zusammenhang Leitungspersonen ein, deren positive Haltung gegenüber IPE als gewinnbringend beschrieben wird. Zudem können sie auf organisatorischer Ebene dazu beitragen, dass durch zur Verfügung gestellte Zeit die kollaborative Planung und Umsetzung interprofessioneller Lernangebote unterstützt wird. Eine dozierende Person äußert sich in einem Interview in der Konzeptionsphase des interEdu-Projekts zum Wunsch nach Unterstützung seitens der Leitungsebene wie folgt:

»Also es sollte, finde ich, schon auf Leitungsebene Dekanat, Studiendekan, Dekan, Studiengangleitung, Präsidium [...] auch eine Unterstützung bekommen und gewollt sein und das dementsprechend dann auch, wenn es angegangen wird, dass Ressourcen für die Entwicklung bereitgestellt werden, [...]« (E10, Pos. 238–242).

Genannt werden hier Strukturverantwortliche im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung mit Fokus auf den Lernort Theorie. Darüber hinaus sind die Leitungspersonen in der Versorgungspraxis, wie die Pflegedienstleitung und die

Pflegedirektion miteinzubeziehen, um die Implementierung von IPE am Lernort Praxis zu realisieren.

Bedeutend für eine nachhaltige Implementierung interprofessioneller Lernangebote ist eine positive Einrichtungskultur, die sich auf die angesprochenen drei Lernorte bezieht. Insbesondere die Berufspraxis ist hervorzuheben, da sie als ein sehr bedeutender Lernort wahrgenommen wird, an dem verschiedene Professionen zusammentreffen und interprofessionelle Zusammenarbeit direkt erlebt wird. Eine vermehrte Nutzung der Berufspraxis wird von einer Praxisanleitenden angeregt:

»Die Praxis mehr nutzen. In der Praxis hast du jeden Tag alle Professionen irgendwie dabei« (F4, PA, Pos. 892–893).

2.3 Individuelle Ebene

Die individuelle Ebene fasst Kontextfaktoren zusammen, welche die Rollen und Charakteristika der Individuen betreffen, die direkt in die interprofessionellen Lehrveranstaltungen eingebunden sind. Zunächst sind hierbei die *Voraussetzungen der Lernenden* zu betrachten. IPE bedarf einer gemeinsamen Sprache und diese gilt es auch unter den Lernenden zu entwickeln. Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung sind ebenso relevant wie das eigene Rollenverständnis, kommunikative Kompetenzen und die Reflexionsfähigkeit. IPE unterliegt der Gefahr, dass Missverständnisse eher auftreten, da durch die Einbindung verschiedener Professionen, die unterschiedliche Fachsprachen mitbringen, Missverständnisse provoziert werden können. Weiterhin können sich bereits existierende Hierarchien hinderlich auswirken. Eine Besonderheit zeigt sich zudem in den Gruppendynamiken. In der Regel kennen sich in monoprofessionellen Veranstaltungen die Lernenden bereits länger und bringen dadurch bestehende Vertrauensverhältnisse mit. Das gemeinsame Lernen kann förderlich für eine konstruktive Zusammenarbeit sein (vgl. Mägi u. a. 2024: 3f.). Im Rahmen von IPE hingegen sind sich die Lernenden oftmals noch nicht oder nur kaum bekannt (vgl. Diggele u. a. 2020: 3f.).

Die umfassenden *Aufgaben der Lehrenden* wurden bereits im Kontext der personellen Ressourcen und der Netzwerkarbeit angerissen. Auf der individuellen Ebene werden diese noch weiter fokussiert und ergänzt mit den *Einstellungen*. Im Rahmen der Netzwerkarbeit tragen Lehrende eine bedeutende Rolle, da sie ein wichtiges Bindeglied zum Lernort Praxis und den dort tätigen Praxisanleitenden und zudem eine zentrale Ansprechperson für Tutor*innen sind. Auch für externe Dozierende, die für das Einbringen bestimmter Expertisen erforderlich sind, bilden sie einen Mittelpunkt zur Ansprechbarkeit. Neben der Planung und Vorbereitung sind Lehrende unmittelbar in das Unterrichtsgeschehen eingebunden und nehmen zentrale Positionen ein. Somit haben Lehrende auch eine Vorbildfunktion und sollten sich der Auswirkungen ihrer eigenen Einstellungen bewusst sein. Diese ergeben sich aus

der Zugehörigkeit zu ihrer eigenen Profession und der damit stattfindenden beruflichen Sozialisation (vgl. Kunze 2024: 3ff.). Demnach bringen Lehrende ihre professionsspezifischen Einstellungen und auch möglicherweise bestehende Vorurteile gegenüber anderen Professionen mit. »Es ist von Vorteil, wenn die in den jeweiligen Bildungs- und Arbeitsstätten tätigen Personen (Bildungspersonal) sich über den Prozess ihrer eigenen beruflichen Sozialisation bewusst sind« (Kunze 2024: 6) und ihr eigenes Rollenverständnis kritisch reflektieren.

3. Implikationen für die Implementierung interprofessioneller Lernangebote

Aus den zuvor dargestellten Kontextfaktoren werden in diesem Abschnitt Empfehlungen ausgesprochen, die eine nachhaltige Implementierung von interprofessionellen Lernangeboten unterstützen können.

Netzwerkarbeit Die Netzwerkarbeit ist ein besonders wichtiger Faktor im Prozess der Implementierung interprofessioneller Lernangebote (vgl. Bogossian u.a. 2023: 269). Sie sollte frühzeitig initiiert werden und ihre Aufrechterhaltung im Verlauf der Implementierungsstrategien als fester Bestandteil ist sehr zu empfehlen. Eine sukzessive Erweiterung der Netzwerke kann sowohl (inter-)national als auch lokal stattfinden. Für die Implementierung interprofessioneller Lernangebote sind beide Formen bedeutsam. Die Kontaktaufnahme zu nationalen und internationalen Netzwerken ist hilfreich, um Best-Practice-Beispiele kennenzulernen und Erfahrungen einzuholen. Im internationalen Kontext bieten beispielsweise CAIPE (Centre for the Advancement of Interprofessional Education) und CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative) Möglichkeiten für Erfahrungsaustausch. Anzumerken ist für die beiden genannten Vereinigungen, dass diese bereits über langjährige Erfahrungen verfügen und die Bildungswege international auf die akademische Ausbildung fokussiert sind. Diese Gegebenheiten sind für die Implementierungsstrategien auf nationaler Ebene zu bedenken. Die Erkenntnisse und Erfahrungen sind sehr bedeutend und können hilfreich sein. Insbesondere Lösungsansätze für Herausforderungen und mögliche Barrieren können gut übertragen werden. Ein Blick in internationale Übersichtsarbeiten (vgl. Bogossian u.a. 2023; Krystallidou u.a. 2024) zeigt, dass die Herausforderungen, die sich für Deutschland präsentieren (u.a. interEdu-Konzeptionsphase), in vielen Punkten äquivalent sind. Auf spezifische Aspekte wird im weiteren Verlauf noch näher eingegangen.

Daneben bestehen inzwischen auch innerhalb Deutschlands Möglichkeiten, sich im Kontext IPE auszutauschen. In der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) hat sich ein Ausschuss gebildet, der die feste Integration von IPE

in den Bildungsgängen des Gesundheitswesens in den DACH-Ländern als eines seiner Ziele nennt (vgl. GMA o.J.). Weiterhin existieren einige interprofessionelle Lernangebote vornehmlich an Hochschulen (u.a. IPC-KompAKT³), zu denen Kontakt aufgenommen werden kann. Und zu guter Letzt konnten im Rahmen der Pilotierungsphase des in diesem Sammelband fokussierten interEdu-Projekts interprofessionelle Lernangebote in bestehende Curricula integriert werden. Die beteiligten Bildungseinrichtungen sind bestrebt, diese auch nach dem Projektende fortzuführen und die Einbindung weiterer interprofessioneller Lernangebote zu forcieren⁴. Da das interEdu-Curriculum sowohl an Hochschulen als auch an Pflegeschulen implementiert wurde, bieten die Erfahrungen und Forschungsergebnisse für die nationale Ebene bedeutende Erkenntnisse zu gemeinsamen Lehrveranstaltungen beruflicher und hochschulischer Bildungsgänge.

Lokale Netzwerke Zu Beginn der Implementierung interprofessioneller Lernangebote ist ein lokales Netzwerk sehr entscheidend. Es gilt, dass verschiedene Bildungsgänge miteinander in Kontakt treten und sich gegenseitig kennenlernen. Das beinhaltet sowohl das Bekanntwerden mit den Personen und auch mit den Strukturen der verschiedenen Institutionen. Ein erster Schritt dabei ist es, mögliche Kooperationspartner zu identifizieren. Bereits bestehende Kooperationen und Kontakte können dabei genutzt werden, um bezüglich interprofessioneller Lernangebote in erste Gespräche zu kommen. In Bildungseinrichtungen, die mehrere Bildungsgänge anbieten, ist es empfehlenswert, aufgrund der räumlichen Nähe zu eruieren, mit welchen Professionen gemeinsame Lehrveranstaltungen zur Förderung interprofessioneller Kompetenzen sinnvoll sein können.

Ein Blick über die eigene Einrichtung hinaus ist dennoch angeraten, damit sich die interprofessionelle Zusammensetzung der Lerngruppen nicht auf die institutionsinternen Bildungsgänge reduziert, sondern auch weitere Professionen in die Implementierung eingebunden werden, mit denen in der Versorgungspraxis eine enge Zusammenarbeit üblich ist. Im interEdu-Curriculum werden Empfehlungen für mögliche Professionen ausgesprochen, deren Einbindung in die IPE in den jeweiligen Lehr-/Lerneinheiten und Modulen angebracht sein kann.⁵

Ein Netzwerk kann im Verlauf ebenso dazu dienen, sich zu konkreten Inhalten auszutauschen und Lehrmaterialien zu teilen. Dadurch kann zudem eine Harmo-

3 IPC-KompAKT – InterProfessional Collaboration: Kompetent als Klinisches Team.

4 Weitere Details liefert der Beitrag von: Sonja Bartholomä und Tanja Lehnen: Implementierungsstrategien Interprofessioneller Edukation (IPE) – Erlebte Kontextfaktoren und Lösungsansätze einer Pflegeschule, in diesem Sammelband.

5 Details bietet der Beitrag von Jutta Busch & Frederike Lüth: Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung, in diesem Sammelband.

nisierung der interprofessionellen Lernangebote unterstützt werden. Dies meint eine vergleichbare Durchführung der interprofessionellen Lehrveranstaltungen, beispielsweise weil dieselben Fallsituationen und Methoden verwendet werden. Dadurch können die Veranstaltungen ähnlich gestaltet sein und im Rahmen von Evaluationen gemeinsam ausgewertet werden. Damit werden größere Stichproben möglich, was hinsichtlich der Auswertungsverfahren und der Stabilität der Ergebnisse Vorteile bietet (vgl. Cook/Hatala 2015: 74f., 81f.).⁶

Lernortkooperation Die pflegerische hochschulische und berufliche Ausbildung findet an den drei Lernorten Pflegeschule/Hochschule, Berufspraxis und dem dritten Lernort statt. Die Lernwege zwischen den Lernorten sind multidirektional und sind sowohl organisatorisch als ebenso curricular zu bedenken. Hinsichtlich der Implementierung interprofessioneller Lernangebote ist der Einbezug aller beteiligten Institutionen bereits in der Planung unabdingbar. Dadurch können bestehende Ressourcen und Bedarfe abgeglichen, gebündelt und gegenseitig ergänzt werden. Für die verbindliche Zusammenarbeit sind Kooperationsvereinbarungen angeraten.

Auf curricularer Ebene sind die drei Lernorte und besonders deren methodische Verknüpfung zu berücksichtigen. Neben Methoden in den einzelnen Lehr-/Lerneinheiten/Modulen werden im interEdu-Curriculum Empfehlungen für Arbeits- und Lernaufgaben (ALA) und Lern- und Arbeitsaufgaben (LAA) beschrieben, die zu einem erfolgreichen Transfer beitragen sollen (vgl. Balzer u.a. 2025: 44–94). Damit die Lernenden im Rahmen der Bearbeitung adäquat unterstützt werden können, ist eine Lernortkooperation, die sich möglichst der Stufe drei, mindestens aber der Stufe zwei zuordnen lässt, zu empfehlen. Stufe zwei wird als defizitorientierte Abstimmung, in der Aktivitäten zwar gemeinsame Ziele verfolgen, aber nebeneinander laufen, bezeichnet und Stufe drei als *organisatorische Zusammenarbeit* (vgl. Gössling u.a. 2025: 258f.).

Im Kontext von ALA und LAA bedeutet dies, dass das gemeinsame Entwickeln und die curriculare Verortung der Stufe drei zugeordnet werden können. Wenn an jedem Lernort nebeneinanderher die ALA und LAA entwickelt werden und sich nur gegenseitig dazu informiert wird, entspräche dies eher der zweiten Stufe. Zu bedenken ist hierbei auch die Gefahr, dass Aufgaben zu den gleichen Inhalten formuliert werden und sich daraus Überschneidungen ergeben, was zudem unnützen Ressourceneinsatz mit sich brächte.

6 Eine Übersicht zu Messinstrumenten, die sich für die Datenerhebung interprofessioneller Lehrveranstaltungen anbieten, liefert der Beitrag von Florian Schimböck: *Toolbox Evaluation: Praxisleitfaden und Messinstrumente zur Evaluation von interprofessioneller Edukation*, in diesem Sammelband.

Gesetzliche Verankerung Die gesetzliche Verankerung ist bisher nur für wenige Berufe im Gesundheitswesen in den Novellierungen der Ordnungsmittel erfolgt. Interprofessionelle Kompetenzen sind für die Ausbildung zur Pflegefachperson seit 2020 mit Inkrafttreten des neuen Pflegeberufegesetz (PflBG) klar genannt. Für das Medizinstudium ist dies in dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog der Medizin (NKLM) erfolgt. Darüber hinaus sind derzeit Bestrebungen zu Novellierungen für weitere Gesundheitsberufe zu vernehmen, die es zu forcieren gilt. Es ist zu empfehlen, Netzwerke zu nutzen, um mit anderen Professionen in den Austausch zu treten. Dabei können Erfahrungen und Bedarfe besprochen und zudem Ideen für gemeinsame interprofessionell gestaltete Veranstaltungen entwickelt werden. Ferner bieten Forschungsergebnisse, welche Effekte interprofessioneller Lernangebote belegen, insbesondere solche, die eine Qualitätssteigerung der Versorgungspraxis zeigen, eine bedeutende Ressource, um die Relevanz von IPE zu akzentuieren. Hierzu besteht noch Forschungsbedarf.

Ressourcen Der Ressourcenbedarf stellt einen sehr bedeutenden Kontextfaktor dar, der insbesondere personelle und infrastrukturelle Erfordernisse beinhaltet. Die Befunde aus der Datenerhebung während der Konzeptionsphase im Projekt interEdu bestätigten Ergebnisse internationaler Studien hinsichtlich des erhöhten Ressourcenbedarfs, welcher sowohl die Planungsphase interprofessioneller Lernangebote als ebenso die Durchführung betrifft.

In der Planungsphase bedarf es umfassender Absprachen. Riskiyana u.a. (2018: 77) merken die hohe Komplexität der Lernthemen der verschiedenen Gesundheitsberufe als Hinderungsfaktor für die Realisierung von IPE an. Das interEdu-Curriculum bietet mit den konzipierten Modulen und Lehr-/Lerneinheiten eine geeignete Grundlage, um Akteur*innen in der Planung zu unterstützen. Es werden Inhalte empfohlen, die auf empirischer und theoretischer Basis formuliert und zudem mit existierenden Curricula abgeglichen sind. Dennoch bleibt die Planung, nicht nur für die Lernveranstaltungen selbst, sondern auch für die vorherigen Termine in der Planungsphase eine zentrale Herausforderung, für die zeitliche Ressourcen erforderlich sind. Für derartige Ressourcen stehen noch keine finanziellen Mittel zur Verfügung (vgl. Kaap-Fröhlich u.a. 2022: 5), woraus sich ergibt, dass bereits die Planungsphase ein hohes persönliches Engagement der planenden Personen für die Umsetzung abverlangt. Prospektiv sollten weiterhin Initiativen erfolgen, um finanzielle Mittel für die Einbindung von IPE in den Berufen des Gesundheitswesens zu erwirken. In diesem Kontext ist besonders das äußere Setting zu fokussieren.

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die zeitliche Inkongruenz der verschiedenen Bildungsgänge im Gesundheitswesen mit fest etablierten Terminen, die in den jeweiligen Bildungsgängen oft fest verankert sind. Zu nennen sind hier u.a. festgelegte Prüfungszeiträume und Praxiseinsätze, die in einem bestimmten Zeitfenster zu absolvieren sind. Insbesondere für gemeinsame Veranstaltungen beruflicher

und hochschulischer Bildungsgänge stellt sich diesbezüglich eine erschwerte Planung dar. Hinzu kommt die räumliche Distanz, da die Bildungsinstitutionen oftmals nicht an einem Ort lokalisiert sind. Daher sind noch Fahrtzeiten zu bedenken, die wiederum Zeit und Kosten verursachen.

Auch wenn diese Herausforderungen oftmals im Rahmen von IPE nicht vermeidbar sein werden, können methodische Gestaltungsformen dazu beitragen, räumliche Distanzen zu überbrücken. Im interEdu-Curriculum werden dazu Empfehlungen genannt. Eine Option sind Exkursionen, die unterrichtliche Aktivität außerhalb einer Bildungseinrichtung ermöglichen (vgl. Erhorn/Schwier 2016). Orte können beispielsweise Gedenkstätten, Museen oder politische Einrichtungen (z.B. Bundestag) sein. Konkret finden sich hierzu in der Lehr-/Lerneinheit Acht des interEdu-Curriculums Empfehlungen für die Gestaltung einer interprofessionell gestalteten Exkursion. Die Anfahrtswege sind in derartigen Formaten für alle Beteiligten etwa gleichverteilt und die erforderlichen Räume können entsprechend der Gruppengröße freier gewählt bzw. eingeplant werden. In mehrtägigen Veranstaltungen bietet sich zudem Raum für informellen Austausch, wie in gemeinsamen Unterkünften, wo Aktivitäten außerhalb der geplanten Lehrveranstaltungen stattfinden können (vgl. Engel u.a. 2020: 177; Rohs 2020: 444ff.; Stolz 2016: 284). Insbesondere der interprofessionelle Austausch außerhalb des Arbeitsalltags und beim gemeinsamen Zusammensitzen am Abend wird als gewinnbringend angesehen, wie Ergebnisse einer interprofessionell gestalteten Exkursion zeigen (vgl. Lehnen u.a. 2025).

Weiterhin bieten digitale Lehr-/Lernformate Möglichkeiten, um IPE ressourcenschonend umzusetzen. In den qualitativen Daten der Konzeptionsphase sind Online-Veranstaltungen mehrfach als Methode genannt und deren Vorteile beschrieben. So wurde geschildert, dass Online-Lehre

»[...] total viele Möglichkeiten [erschafft] mit Leuten, die weit weg sind, mal schnell und trotzdem anders [...] in Kontakt zu sein, [...] vielleicht gerade vor dem Hintergrund der schwierigen Logistik wäre es sogar zu überlegen, ob man nicht diese Systeme nutzt, denn natürlich wäre es denkbar zu sagen: Wir machen ein solches Projekt, schaffen dann Chatrooms und Gruppen, kommen dann in den Austausch, der vielleicht ja sogar dazu führt, dass die dann mal Lust haben, sich auch persönlich zu treffen und auszutauschen.« (E25, Pos. 192–200).

In dem Zitat macht die Person deutlich, dass Online-Formate eine Möglichkeit bieten, um logistische Barrieren wie räumliche Distanzen zu überwinden und erste Kontakte zu initiieren. Andere Stimmen betonen:

»Interprofessionalität funktioniert am allerbesten in Präsenz und am besten auch nicht nur einmal, sondern mehrmals« (E7, Pos. 224–226).

Neben der Präsenzform wird hier zudem der Bedarf mehrerer interprofessioneller Lernangebote hervorgehoben. Diese sollen auch gerne

»in den gleichen Gruppen [sein], dass man sich auch [...] kennenlernen« kann (E7, Pos. 226–227).

Demnach kann konstatiert werden, dass IPE in digitalen Formaten eine Möglichkeit darstellt, insbesondere wenn größere Entfernungen zwischen den partizipierenden Bildungseinrichtungen bestehen. Primär sollte Präsenzlehre favorisiert oder sollten beide Formen im Blended-Learning kombiniert werden.

In den Lehr-/Lerneinheiten des interEdu-Curriculum werden digitale Formate oftmals in Verbindung mit Präsenzformen empfohlen, um die Überwindung von räumlichen Distanzen zu vereinfachen und zeitgleich in den jeweiligen Lehr-/Lerneinheiten einen gewissen Anteil an Präsenzlehre zu ermöglichen. Zur Überwindung logistischer Herausforderungen merkt eine internationale Expertin für IPE an:

»I think being creative is really important so that if you/I don't think that we should let the logistics of our personal individual situations limit what we do.« (E48, Pos. 76–78). [dt. Übersetzung: Ich halte Kreativität für sehr wichtig, daher sollten wir uns meiner Meinung nach nicht durch die Logistik unserer persönlichen Situation in unseren Handlungen einschränken lassen].

Mit der persönlichen Situation sind die individuellen Begebenheiten in den Bildungs- und Versorgungseinrichtungen gemeint und mit den Handlungen Bestrebungen, IPE durchzuführen. Der Aussage ist zu entnehmen, dass kreative Ideen für die Umsetzung von IPE gewünscht sind und individuelle Strategien, passend zu den jeweiligen Bedingungen, entwickelt und eingesetzt werden sollten. Insbesondere die internen Netzwerke können für kreative Ideenentwicklungen, beispielsweise in der methodischen Gestaltung einer Zukunftswerkstatt, dafür genutzt werden.

IPE-Lehrende IPE stellt eine Form der Lehre dar, welche für Lehrpersonen mit vielfältigen Herausforderungen einhergeht. Neben größeren Lerngruppen, in denen sich die Lernenden oftmals noch nicht bekannt sind, kann es im gemeinsamen Lernen schnell zu Missverständnissen kommen. Daher ist die Schaffung eines lernförderlichen Klimas der wichtigste Aspekt in der IPE, wie eine Befragung von IPE-erfahrenen Lehrpersonen ergab. Weiterhin ist die didaktische Qualität der Lehre ein bedeutender Punkt (vgl. Schlicker/Ehlers 2023: 40). Worin genau diese Qualität besteht, wird in der Studie nicht näher ausgeführt. Hinsichtlich erforderlicher Kompetenzen, die interprofessionell Lehrende benötigen, wurden personell-kulturelle Kompetenz, methodische Kompetenz sowie reflexive und evaluative Kompetenzen

als die wichtigsten bewertet. An dieser Stelle wurde die methodische Kompetenz dahingehend konkretisiert, dass darunter die Lehrprozessplanung und der Materialeinsatz verstanden werden (vgl. Schlicker/Ehlers 2023: 40). Aus didaktischer Sicht ist in der Lehrprozessplanung die Ermöglichung von Austausch zwischen den Lernenden zu akzentuieren. Dabei ist zunächst für noch nicht bekannte Gruppen bedeutend, sich mit ihren professionsspezifischen Charakteristika erstmal kennenzulernen. Da es sich oftmals um größere Lerngruppen handelt, können Methoden, welche in interprofessionellen Kleingruppen erfolgen, sinnvoll sein. Dies empfehlen auch van Diggele und Kolleg*innen (2020), um Austausch zwischen den Lernenden zu unterstützen. Wie bereits angesprochen, liegt in einem interprofessionellen Lernsetting, in welchem sich die Lernenden (noch) nicht gut kennen, auch ein gewisses Konfliktpotenzial. Lehrpersonen sollten daher besonders auf erste Anzeichen von Konflikten achten, um frühzeitig intervenieren zu können. Anzumerken ist dennoch, dass gerade das noch nicht oder wenig Bekannte der Professionen ein guter Ansatzpunkt für Austausch sein kann. Unbekanntes kann erfragt werden und somit ist der Weg für weiteren Gesprächsinhalt geebnet. Gemäß den Befragungsergebnissen von Schlicker und Ehlers (2023: 40) ist die Haltung gegenüber den Lernenden (bezeichnet als personell-kulturelle Kompetenz) die wichtigste Kompetenz, die IPE-Lehrende haben sollten. Vor dem Hintergrund, dass jede Lehrperson ihre eigene Profession hat, erscheint es sinnvoll, die Haltung von Lehrpersonen im Kontext von IPE noch weiterzudenken. Es ist bedeutend für IPE-Lehrende, sich der eigenen Profession und deren Spezifika bewusst zu sein, sich diesbezüglich stetig zu reflektieren und eine offene Haltung zu anderen Professionen zu zeigen.

4. Fazit und Ausblick

Bei der Implementierung interprofessioneller Lernangebote präsentieren sich in der Literatur mannigfache Herausforderungen, die in den aktuellen Daten aus der Konzeptionsphase des interEdu- Projekts bestätigt werden. Ferner werden auch einige Lösungsansätze beschrieben, die in diesem Beitrag dargestellt sind und in das interEdu-Curriculum aufgenommen wurden, mit dem Ziel, Einrichtungen darin zu unterstützen, Herausforderungen der IPE zu meistern. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, kreativ zu werden und auch in möglicherweise zunächst kleinen Formaten erste Schritte interprofessioneller Lernangebote umzusetzen.

Eine Konkretisierung von Implementierungsstrategien in der hochschulischen und beruflichen Pflegeausbildung erfolgt in Teil 2 in diesem Sammelwerk. Die Beiträge dort bieten tiefere Einblicke und beschreiben exemplarisch Implementierungsstrategien von IPE.

Danksagung

Dieser Beitrag basiert auf Ergebnissen der Konzeptionsphase des Projekts *Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu)* (vgl. Balzer u.a. 2025). Besonderer Dank gilt den Interviewteilnehmenden sowie den weiteren Projektmitarbeiterinnen Jutta Busch, Miriam Leimer, Frederike Lüth, Laura Püschel und Lisa Wolter, der stellvertretenden Projektleiterin Prof. Dr. Anne C. Rahn und den Projektleitenden Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops. Jutta Busch und Lisa Wolter haben zusammen mit Tanja Lehnen die qualitative Datenerhebung geplant und durchgeführt und die Daten analysiert. Miriam Leimer, Frederike Lüth und Laura Püschel haben an der Entwicklung der Erhebungsinstrumente mitgewirkt, Miriam Leimer und Frederike Lüth haben auf der Basis empirischer Ergebnisse der Konzeptionsphase (qualitative und quantitative Primärdaten und mehrere Evidenzsynthesen) eine initiale Kategorisierung von Kontextfaktoren nach dem Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (vgl. Damschroder u.a. 2022: 2f.) für das vorläufige Curriculum erarbeitet. Prof. Dr. Anne C. Rahn, Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops haben die Konzeption und Durchführung der bezeichneten Forschungsarbeiten und das Gesamtprojekt wissenschaftlich supervidiert.

Literatur

- Balzer, Katrin/Busch, Jutta/Faber, Anne/Hildebrand, Birte/Kühn, Anja/Lehnen, Tanja/Leimer, Miriam/Lüth, Frederike/Püschel, Laura/Rahn, Anne C./Tolksdorf, Katharina H./Gahlen- Hoops, Wolfgang von/Wolter, Lisa (2025). Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu). Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- 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)
- Bogossian, Fiona/New, Karen/George, Kendall/Barr, Nigel/Dodd, Natalie/Hamilton, Anita L./Nash, Gregory/Masters, Nicole/Pelly, Fiona/Reid, Carol/Shakhovskoy, Rebekah/Taylor, Jane (2023). The implementation of interprofessional education: a scoping review. In: *Advances in Health Sciences Education*, 28 (1), S. 243–277.

- CHIC (Canadian Interprofessional Health Collaborative) framework. Online: <https://www.mcgill.ca/ipeoffice/ipe-curriculum/cihc-framework> (Abruf: 11.10.2025).
- Cook, David A./Hatala, Rose (2015). Got power? A systematic review of sample size adequacy in health professions education research. In: *Advances in Health Sciences Education*, 20 (1), S. 73–83.
- Damschroder, Laura J./Reardon, Caitlin M./Opra Widerquist, Marilla A./Lowery, Julie C. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. In: *Implementation Science*, 17 (1), S. 75.
- Diggele, Christie van/Roberts, Chris/Burgess, Annette/Mellis, Craig (2020). Interprofessional education: tips for design and implementation. In: *BMC Medical Education*, 20 (2), S. 455.
- El-Awaisi, Alla/Sheikh Ali, Saba/Abu Nada, Aya/Rainkie, Daniel/Awaisu, Ahmed (2020). Insights from healthcare academics on facilitating interprofessional education activities. In: *Journal of Interprofessional Care*, 35 (5), S. 760–770.
- Engel, Bettina/Bleidorn, Jutta/Schneider, Nils/Afshar, Kambiz (2020). Implementierung von Exkursionen in die studentische Lehre im Fach Allgemeinmedizin. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 96 (4), S. 176–181.
- Erhorn, Jan/Schwier, Jörg (2016). Außerschulische Lernorte: Eine Einleitung. In: Erhorn, Jan/Schwier, Jörg (Hg.). *Pädagogik außerschulischer Lernorte*. Bielefeld: transcript.
- Gerber, Michèle/Rüfli, Christian (2021). Definition des Begriffs »Interprofessionalität« im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- GMA (Gesellschaft für Medizinische Ausbildung). Ausschuss »Interprofessionelle Ausbildung«. Online: <https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/ausschuesse/interprofessionelle-ausbildung.html> (Abruf: 15.10.2025).
- Gesetz über die Pflegeberufe. Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html> (Abruf: 15.10.2025).
- Gössling, Bernd/Lang, Ute-Maria/Schumacher, Peter/Steiner, Anja/Vötsch, Mario (2025). Vom Wunsch zur Verwirklichung: Neue Modelle digitaler Lernortkooperation in Österreich. In: Gössling, Bernd/Barabasch, Antje/Bock-Schappelwein, Julia/Heinrichs, Karin (Hg.). *Berufsbildung in Zeiten des Mangels*. Bielefeld: wbv.
- Herath, Chulani/Zhou, Yangfeng/Gan, Yong/Nakandawire, Naomie/Gong, Yang-hong/Lu, Zuxun (2017). A comparative study of interprofessional education in global health care. In: *Medicine*, 96 (38).
- Herinek, Doreen/Woodward-Kron, Robyn/Huber, Marion/Helmer, Stefanie M./Körner, Mirjam/Ewers, Michael (2022). Interprofessional peer-assisted learning and tutor training practices in health professions education – A snapshot of Germany. In: *PLoS ONE*, 17 (12), e0278872.

- IFK (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V.)-Positionen: Interprofessionelle Zusammenarbeit. Online: <https://ifk.de/artikel/ifk-positionen-interprofessionelle-zusammenarbeit> (Abruf: 23.06.2025).
- INACSL (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning) Healthcare Simulation Standards of Best Practice® with the support and input of the global community. Online: <https://www.inacsl.org/healthcare-simulation-standards> (Abruf: 23.02.2026).
- IPC-KompAKT – InterProfessional Collaboration: Kompetent Als Klinisches Team. Online: <https://www.lmu-klinikum.de/institut-dam/forschung/forschungsprojekte/ipc-kompakt-interprofessional-collaboration-kompetent-als-klinisches-team/21eb445458fbc992> (Abruf: 15.10.2025).
- Kaap-Fröhlich, Sylvia/Ulrich, Gert/Wershofen, Birgit/Ahles, Jonathan/Behrend, Ronja/Handgraaf, Marietta/Herinek, Doreen/Mitzkat, Anika/Oberhauser, Heidi/Scherer, Theresa/Schlicker, Andrea/Straub, Christine/Waury Eichler, Regina/Wesselborg, Bärbel/Witti, Matthias/Huber, Marion/Bode, Sebastian F. N. (2022). Position paper of the GMA Committee Interprofessional Education in the Health Professions – current status and outlook. In: *GMS Journal for Medical Education*, 39 (2), Doc17.
- Krystallidou, Demi/Kersbergen, Maria J./Groot, Esther de/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. 1607–1624.
- Kunze, Katrin (2024). Interprofessionelle Sozialisation als Teil der beruflichen Sozialisation von Gesundheitsberufen. In: Walkenhorst, Ursula/Fischer, Martin R. (Hg.). *Interprofessionelle Bildung für die Gesundheitsversorgung*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Lehnen, Tanja (2024). Simulationsbasierte Lehre – Wissenschaftsbasierte Gestaltungsmöglichkeiten, Risikoerkennung und systematische Anwendungsformen einer effektiven Lernmethode. In: Brühe, Roland/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.). *Handbuch Pflegedidaktik I. Pflegedidaktisch handeln* (1. Auflage). Stuttgart: utb.
- Lehnen, Tanja/Wietzke, Robert/Schwanzar, Fabian (2025). »Mir ist meine Rolle und Verantwortung im Gesundheitsberuf deutlich vor Augen geführt worden« – Ergebnisse einer qualitativen Befragung im Rahmen einer interprofessionellen, historischen Exkursion. In: Braßler, Mirjam/Lerch, Sebastian/Brandstädter, Simone (Hg.). *Interdisziplinarität in Forschung und Lehre gestalten*. Bielefeld: wbv.
- Löwenstein, Mechthild (2022): *Wege in die generalistische Pflegeausbildung. Gestalten, entwickeln, vorangehen*. Berlin/Heidelberg: Springer.

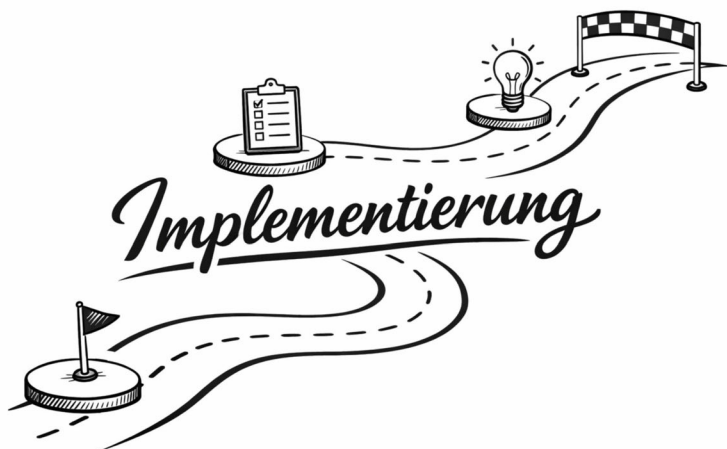
- Mägi, Lisii/Uibu, Ere/Moi, Asgjerd Litleré/Mortensen, Michael/Naustdal, Kristin/Pölluste, Kaja/Lember, Margus/Kangasniemi, Mari (2024). Collaborative learning linking nursing practice and education – Interview study with master’s students and teachers. In: *Nurse Education Today*, 139.
- Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Online: <https://nklm.de/zeno/menu> (Abruf: 28.01.2026).
- Riskiyana, Rilani/Claramita Mora/Rahayu, Gandes R. (2018). Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: A systematic review. In: *Nurse Education Today*, 66, S. 73–78.
- Rohs, Matthias (2020). Informelles Lernen und berufliche Bildung. In Arnold, Rolf/Lipsmeier, Antonius/Rohs, Matthias (Hg.). *Handbuch Berufsbildung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schlicker, Andrea/Ehlers, Jan P. (2023). The role of lecturers in interprofessional education – a survey of lecturers in Germany. In: *International Journal of Health Professions*, 10 (1), S. 37–45.
- Song, Hummy/Ryan, Molly/Tendulkar, Shalini/Fisher, Josephine/Martin, Julia/Peters, Antionette S./Frolkis, Joseph P./Rosenthal, Meredith B./Chien, Alyna T./Singer, Sara J. (2017). Team dynamics, clinical work satisfaction, and patient care coordination between primary care providers: A mixed methods study. In: *Health Care Management Review*, 42 (1), S. 28–41.
- Stolz, Christian (2016). Exkursionsdidaktik in der Physischen Geographie. In: Erhorn, Jan/Schwier, Jürgen (Hg.). *Pädagogik außerschulischer Lernorte*. Bielefeld: transcript.

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Aufnahme

Teil 2

Implementierungsstrategien interprofessioneller Eduktion



Implementierungsstrategien im Rahmen des Projekts interEdu – Prozess der Pilotierung und qualitative Einschätzung

Tanja Lehnen

Zusammenfassung *Der Beitrag thematisiert die Implementierung des interEdu-Curriculums zur Stärkung Interprofessioneller Edukation (IPE) in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung. Vor dem Hintergrund von zunehmender Komplexität im Gesundheitswesen, Fachkräftemangel und Digitalisierung wird IPE als ein zentrales Instrument zur Förderung kollaborativer Kompetenzen beschrieben. Das Curriculum wurde in mehreren Pflegeschulen und Hochschulen pilotiert und durch lokale Arbeitsgruppen, Supervisionstermine und interEdu-Zirkel begleitet. Die Ergebnisse zeigen eine insgesamt hohe Zufriedenheit mit der Umsetzung, jedoch auch deutliche Herausforderungen, insbesondere hinsichtlich zeitlicher und personeller Ressourcen, räumlicher Bedingungen und der Gewinnung von Kooperationspartnern anderer Professionen. Gleichzeitig erwiesen sich bestehende interprofessionelle Strukturen, engagierte Teams und kreative Anpassungen als förderliche Faktoren. Trotz begrenzter Projektlaufzeit konnten wertvolle Impulse für eine nachhaltige Weiterentwicklung und strukturelle Verankerung interprofessioneller Lernangebote gewonnen werden.*

1. Interprofessionelle Edukation in Deutschland

Interprofessionelle Edukation (IPE) bezieht sich auf den kollaborativen Bildungsansatz, bei dem Lernende verschiedener Gesundheitsberufe gemeinsam lernen, um die Zusammenarbeit und Kommunikation im späteren beruflichen Handlungsfeld zu verbessern. Ziel ist es, dadurch eine qualitativ hochwertige Versorgungspraxis zu erreichen (vgl. Barr u.a. 2017; WHO 2010).

IPE in den Gesundheitsberufen ist ein sehr aktuelles Thema, wobei die Ursprünge bereits in den 1960er Jahren liegen und mehrfach ein Aufleben erfahren (vgl. Paradis/Whitehead 2018). Derzeit rückt IPE zunehmend in den Fokus, da das Gesundheitswesen vor vielfältigen Herausforderungen steht. Diese präsentieren sich im Wesentlichen in der zunehmenden Komplexität der Versorgungsprozesse und dem Fachkräftemangel. Des Weiteren ist die zunehmende Digitalisierung

anzusprechen, die für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen eine gemeinsame Herausforderung darstellt (vgl. Peters u. a. 2024; Weidner u. a. 2023).

Die Entwicklungen in der Berufspraxis haben dazu geführt, dass Novellierungen auf gesetzlicher Ebene in einzelnen Berufsgruppen des Gesundheitswesens inzwischen verankert sind. So bilden die intra- und interprofessionellen Kompetenzen einen eigenen Kompetenzbereich, der mit der Pflegeausbildung erlangt werden soll (vgl. PflAPrV Anlage 1 und 2). Im Rahmen des Medizinstudiums sind die interprofessionellen Kompetenzen ebenfalls explizit im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog der Medizin (NKLM) mehrfach genannt.

Trotz der Formulierungen in Gesetzgebungen, in denen interprofessionelle Kompetenzen als ein Ziel von Bildungsgängen im Gesundheitswesen genannt werden, fehlte es bislang an einem Rahmencurriculum für die Förderung der Entwicklung von interprofessionellen Kompetenzen. Hierfür gab das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) 2022 das Projekt interEdu (*Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung*) in Auftrag. Ziel war es, ein Rahmencurriculum auf empirischer und theoretischer Basis zu entwickeln, welches für die hochschulische und berufliche Pflegeausbildung formuliert wird. In der Konzeption wurden trotz des Fokus auf die Pflegebildung die Bedarfe weiterer Gesundheitsberufe einbezogen. Dadurch sollte erreicht werden, dass das Curriculum als Muster auch für andere Gesundheitsberufe verwendet werden kann.

Das Ende 2024 präsentierte interEdu-Curriculum (vgl. Balzer u. a. 2025)¹ ist das Ergebnis einer bereits erfolgten Pilotierung eines zunächst vorläufigen Curriculums. Diese erste Version wurde nach der Konzeptionsphase, für welche eine Datenerhebung im Mixed-Methods-Design erfolgte, in der zweiten Projektphase an Pflegeschulen und Hochschulen implementiert und evaluiert.

Im Folgenden werden Implementierungsstrategien vorgestellt und diskutiert, die durch ihre Anwendung im Projekt interEdu veranschaulicht werden.

2. Implementierungsstrategien im Projekt interEdu

Ziel der Implementierung war eine pilotierende Umsetzung aller Module und Lehr-/Lerneinheiten (LLE) des longitudinalen interEdu-Curriculums in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung. Für die Umsetzung wurden Praxispartner rekrutiert, die verschiedene Merkmale aufweisen. So wurde darauf geachtet, dass Praxispartner eingeschlossen wurden, deren Bildungseinrichtungen eher städtisch

1 Details bietet der Beitrag von Jutta Busch & Frederike Lüth: Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung, in diesem Sammelband.

verortet sind, als auch solche, die ländlich liegen. Ferner sollten sich die Einrichtungen hinsichtlich der Größe unterscheiden. Durch die Heterogenität der implementierenden Praxispartner sollte untersucht werden, inwieweit das Rahmencurriculum in den verschiedenen Bildungseinrichtungen umgesetzt werden kann.

In jeder teilnehmenden Pflegeschule bzw. Hochschule sollten binnen eines Jahres mindestens zwei interprofessionelle Lernangebote pro Jahrgang umgesetzt werden. Die für die lokale Implementierung gewählten Lernangebote sollten hierbei mindestens zwei, möglichst drei Lernorte abdecken und den Lernort Praxis mindestens einmal pro Pflegeschule bzw. Hochschule einschließen. Die Implementierungsphase wurde begleitend evaluiert mittels qualitativer und quantitativer Datenerhebungen.

Für die zeitliche Planung der Implementierung wurde ein Masterplan zugrunde gelegt, der durch das Projektteam und den jeweiligen Praxispartner individuell angepasst wurde.

Im ersten Schritt wurde die einrichtungsbezogene Implementierung geplant, daraufhin folgten die Umsetzung und die Evaluation. Begleitend fanden Supervisionstreffen zwischen dem Praxispartner und dem Projektteam statt sowie der interEdu-Zirkel, in dem die Praxispartner untereinander in den Austausch kamen. Die einzelnen Schritte werden im Folgenden beschrieben.

Abbildung 1: Masterplan Implementierung



2.1 Planung der Pilotierung im interEdu-Projektteam

Bereits zu Projektbeginn Anfang 2022 wurden erste Kontakte zu möglichen Praxispartnern aufgenommen und in einer schriftlichen Interessensbekundung (Letter-of-interest (LOI)) festgehalten. Damit verbunden war eine Einbindung der poten-

ziellen Praxispartner in die qualitative Datenerhebung der Konzeptionsphase (vgl. Wolter u.a. 2022: 19f.).

Ab Frühjahr 2022 wurden die potenziellen Praxispartner im Hinblick auf die im Lauf des Jahres 2023 beginnende Pilotierungsphase des interEdu-Curriculums kontaktiert, um erste Planungsdetails zu besprechen. Als Zielgröße für das Projekt waren vier Pflegeschulen und zwei Hochschulen vorgesehen.

In den Kontaktaufnahmen zu den potenziellen Praxispartnern zeigte sich bald, dass für die Erreichung der Zielgröße weitere Rekrutierungsmaßnahmen erforderlich waren, da einzelne Bildungseinrichtungen vom LOI zurücktraten. Bereits an dieser Stelle wurden in den Begründungen zentrale Herausforderungen in der Implementierung interprofessioneller Lernangebote deutlich, die auch in den Forschungsergebnissen der Konzeptionsphase präsent sind.

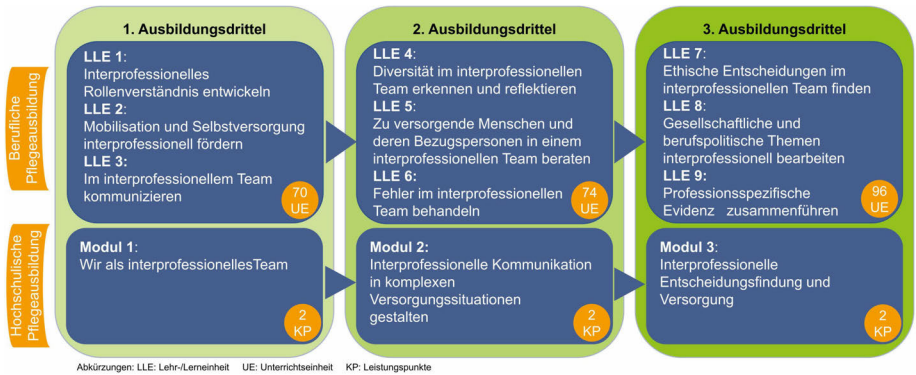
Es wurde mehrfach der erforderliche Ressourceneinsatz, besonders der personelle und zeitliche, als Hinderungsgrund genannt. Einige potenzielle Praxispartner teilten mit, dass die laufende Curriculuarbeit nach Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes noch viel Ressourceneinsatzes bedurfte und auch daher wenig Kapazitäten für die Implementierung des interEdu-Curriculums bestanden. Die räumlichen Begebenheiten und die Distanz zu anderen Bildungsinstitutionen waren weitere limitierende Faktoren für die Teilnahme an der Implementierung. Letztere Kontextfaktoren werden auch in einem internationalen Review bestätigt (vgl. Krystallidou u.a. 2024: 6).

Daneben zeigen die qualitativen Befunde im Rahmen der Konzeptionsphase des Projekts interEdu, dass die personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen als sehr beachtenswerte Faktoren für die Implementierung interprofessioneller Lernangebote angesehen werden (vgl. Balzer u.a. 2025: 158).

Die Rekrutierungsmaßnahmen zogen sich bis Ende des Jahres 2023. Final fungierten drei Hochschulen und vier Pflegeschulen als Praxispartner und pilotierten Teile des interEdu-Curriculums. Den Start machte eine Pflegeschule im Oktober 2023. Weitere Implementierungsstarts erfolgten bis in den Spätsommer 2024.

Das interEdu-Curriculum bietet drei Module für die Hochschulen und neun LLE für die Pflegeschulen, wie nachfolgende Abbildung zeigt.

Abbildung 2: Übersicht der Module und LLE des interEdu-Curriculums



In den Hochschulen wurden alle drei konzipierten Module und in den Pflegeschulen vier der zur Verfügung gestellten LLE pilotiert.

Tabelle 1: Implementierte Module und Lehr-/Lerneinheiten (LLE)

Implementierte Module	Implementierte Lehr-/Lerneinheiten (LLE)
Modul 1: n=3	LLE 2: n=2
Modul 2: n=3	LLE 3: n=1
Modul 3: n=1	LLE 5: n=1
	LLE 7: n=3

2.2 Planung und Umsetzung in Pflegeschulen und Hochschulen

Die Festlegung, welche Teile des interEdu-Curriculums beim jeweiligen Praxispartner implementiert werden, erfolgte durch eine lokale Arbeitsgruppe (AG). Diese wurde innerhalb der Bildungseinrichtung gegründet und sollte mindestens wie folgt zusammengesetzt sein:

- eine Leitungsperson
- zwei Lehrpersonen
- zwei Lernende
- zwei Praxisanleitende

Die Sinnhaftigkeit einer interprofessionellen AG mit der Einbindung von Leitungspersonen, Lehrpersonen, der Praxiseinrichtungen und Anleitungspersonen sowie der Lernenden wird als wichtig erachtet, wie die Befunde der qualitativen Datener-

hebung der Evaluation zeigen. In der tatsächlichen Zusammensetzung der lokalen AG zeigten sich Abweichungen. Insbesondere die teilweise nicht zu realisierende Einbindung von Lernenden und Praxisanleitenden stellte eine Diskrepanz zu den Vorgaben dar. Zwar zeigten sich alle Praxispartner bestrebt, die lokale AG vollständig zu besetzen, doch zeitliche Verfügbarkeiten und räumliche Distanzen zwischen den Lernorten stellten Hinderungsgründe dar. Grundsätzlich wird der Einbezug der Lernenden als bedeutsam beschrieben, dennoch wird die Beteiligung als festes AG-Mitglied als schwierig angesehen. Vereinzelt werden als Gründe wichtige Inhalte in parallel zur AG-Arbeit laufenden Unterrichten und Prüfungsvorbereitungen angesprochen, die für die Lernenden Priorität haben. Den Daten sind keine weiteren Details zu entnehmen, was die Schwierigkeit in der AG-Einbindung ausmacht. Es kann angenommen werden, dass Bedenken hinsichtlich der Zugänglichkeit vertraulicher Informationen bestehen könnten. Beispielsweise könnten Informationen zu Prüfungen, die ggf. im Zusammenhang mit den interprofessionellen Lernangeboten geplant sind, den Lernenden bekannt werden, die später in der Rolle der zu Prüfenden sind. In den qualitativen Daten der Evaluation wird mehrfach ein bewusstes Exkludieren von Lernenden geäußert:

»Ne, sie wurden auch nicht angefragt. Also ich glaub, wir haben das einfach als UNSER Arbeitsfeld [Anmerk. der Autorin: mit UNSER ist das Lehrendenteam gemeint] gesehen. Diese curriculare Einbindung und Umsetzung haben wir als UNSERE Arbeit gesehen.« (B02, Pos. 240–242)

Bei einzelnen implementierenden Einrichtungen wurden Lernende in die AG zwar eingebunden, jedoch schildern Leitungspersonen, dass sie sich eher weniger aktiv eingebracht haben, was jedoch nicht verwundert hatte, wie im folgenden Zitat deutlich wird:

»Die Auszubildenden, die in unserer AG waren, waren eher zurückhaltend. Aber okay, die kannten sowas auch alle nicht. Verständlich. Die hätten sich aber gern mehr einbringen dürfen, aber okay.« (B05, Pos. 267–269)

Während sich einzelne Einrichtungen bewusst gegen die Einbindung von Lernenden entschieden haben, wird hier der Wunsch nach mehr Einbringung angesprochen. Eine Leitungsperson hält die Perspektive der Lernenden für unabdingbar:

»Es ist total wichtig zu, ja zu berücksichtigen, was Studierende als hilfreich, interessant und auch unterstützend wahrnehmen, ne. Also von daher auf jeden Fall einbeziehen.« (H01, Pos. 260–262)

Insgesamt zeigt sich eine ambivalente Einstellung dazu, ob und inwieweit Lernende in die Planung der Implementierung interprofessioneller Lernangebote eingebunden werden sollten. Es lässt sich in den qualitativen Daten kein Unterschied zwischen Hochschule und Pflegeschule feststellen. Hinsichtlich der weiteren Positionen in den AG stellten sich weniger Hinderungsgründe dar. Lehrpersonen und Leitungspersonen waren in jeder AG vertreten. Etwas schwieriger gestaltete sich die Einbindung von Praxisanleitenden:

»Im Allgemeinen fanden wir es schwer, die praktische Seite mit zu begeistern und auch, ja, Praxisanleitende da gewinnen zu können.« (B07, Pos. 195–196)

Die Zusammenarbeit in der AG war überwiegend zufriedenstellend, wie folgendes Zitat unterstreicht:

»[...] diese interprofessionelle Zusammenarbeit von verschiedenen Lehrenden, die hat richtig gut geklappt, weil da haben wir uns wirklich auch immer zusammengesetzt und haben überlegt, was können wir machen.« (H01, Pos. 240–242)

Hier wird nicht nur die Zusammenarbeit allgemein als positiv geschildert, sondern zudem auch die interprofessionelle Konstellation. Dennoch wurde in einzelnen Einrichtungen erst im Verlauf des Projekts deutlich, dass eine AG gegründet werden und sich regelmäßig treffen sollte.

»Aber das ist uns eigentlich auch so erst so ein bisschen spät klar geworden, dass wir da eigentlich auch eine regelmäßige AG haben sollten, wo wir uns austauschen.« (H01, Pos. 225–226)

Eine andere AG arbeitete eher in kleineren Teilgruppen. Dies könnte der teils schwierigen Terminfindung für die AG-Arbeit geschuldet sein und stellt eine Alternative dar, um unter ggf. schwierigen Gegebenheiten, wie räumlichen Distanzen, dennoch eine gemeinsame Arbeit zu realisieren. Auch wenn die Terminfindung für die AG-Arbeit vielerorts als herausfordernd beschrieben wurde, hat sich auch gezeigt, dass grundsätzlich Interesse am Thema IPE besteht. In einer Pflegeschule wurde die AG-Bildung als unproblematisch geschildert:

»Das läuft sehr gut. Also eine AG erstmal zu finden und zusammenzustellen fand ich sehr leicht. Also das Interesse war sehr hoch.« (B03, Pos. 160–161)

Die Aufgaben der lokalen AG waren die Auswahl der Module/LLE sowie deren Integration und Anpassung in das bestehende interne Curriculum. Geplant werden sollte eine konkrete Umsetzung von mindestens zwei interprofessionellen Lernan-

geboten pro Ausbildungsdrittel bzw. Jahrgang. Weiterhin war die AG für die Umsetzung der gewählten Lernangebote vor Ort zuständig. Diese galt es zu initiieren, zu koordinieren und zu überwachen. Dies schloss u.a. die Information aller an der Lehre beteiligten Personen ein. Lehrende, Lernende, Anleitende und weitere Beteiligte an den Implementierungsstrategien sollten informiert sein und Unterstützung seitens der AG erfahren, was die Planung, Umsetzung und Evaluation der interprofessionellen Lernangebote umfasst. Zudem sollten Fortbildungsbedarfe des Kollegs erfasst werden.

Eine bedeutende Aufgabe der AG war die Auswahl und Integration der Module/LLE in bestehende Curricula. Bei der Auswahl der implementierten LLE und Module standen die gute Passung mit dem eigenen Curriculum und vorhandene Erfahrungen im Vordergrund. Hierzu schildert eine Lehrperson, wie eine bereits etablierte Lehrveranstaltung interprofessionell erweitert wurde:

»Also für mich war es relativ UNKOMPLIZIERT. Weil ich die Studierenden aus der Pflege, die jetzt also auch hier sitzen, in meine Lehrveranstaltung mit integriert habe, in die Therapiewissenschaften. Das war im ersten Semester [...], da geht es hauptsächlich um das [...] Mobilisieren [...]. Und das fällt ja tatsächlich in beide Aufgabenbereiche, ne, dass Patienten frisch nach OPs mobilisiert werden. Und ja, da habe ich sie mit dazu genommen. Und deswegen war das von der Umsetzung her nicht so das große Problem. Für uns war es eine Bereicherung, dass wir quasi Pflege studierende mit dabei hatten.« (H01, Pos. 44–53)

Anpassungen wurden im Hinblick auf Inhalte und Umfang der LLE/Module vorgenommen und es gab einzelne kreative Ideen zur Anpassung der Zielgruppen und der Methodik. So wurden in eine Veranstaltung in der Pflegeausbildung zum Thema Ethik, zukünftige Gesundheitskaufleute hinzugenommen, weil dieser Bildungsgang in derselben Schule stattfand und somit räumlich recht nahelag. Eine andere Lehrveranstaltung wurde auf drei Lerngruppen aufgesplittet, als Lösungsansatz bei asymmetrischen oder großen Gruppen. Auch bauliche Maßnahmen wurden eingeleitet, um größere Unterrichtsräume für die in der IPE oftmals größeren Lerngruppen zu schaffen.

Mehrfach wünschten sich die implementierenden Bildungseinrichtungen mehr Zeit für die Vorbereitung. Dies böte mehr Raum, um die Lernvoraussetzungen der verschiedenen Zielgruppen umfassender beachten zu können, die Lehrpläne der Gesundheitsfachberufe intensiver miteinander zu vergleichen, bestehende Wissensbestände miteinander auszutauschen und die Pflegepraxis mehr einzubeziehen. Hierzu wurde auch ein Austausch nicht nur direkt nach dem interprofessionellen Lernangebot als wichtig beschrieben, sondern sich auch, »ein Austausch, ein weiterer, nach der Praxisphase wäre nochmal etwas, was helfen könnte« (H01, Pos. 829–830). In diesem Zitat bleibt noch offen, wofür der Aus-

tausch nach dem Praxiseinsatz helfen kann. Im Rahmen eines solchen Austauschs könnten Hinweise dazu erfasst werden, inwieweit der Transfer zwischen den drei Lernorten Pflege-/Hochschule, Praxis und dritter Lernort möglich war und wo Verbesserungspotenziale bestehen, um den Transfer zu fördern. Bereits in der qualitativen Datenerhebung in der Konzeptionsphase des Projekts interEdu wurde die Herausforderung des Theorie-Praxis-Transfers mehrfach und sehr deutlich als Problem identifiziert. Gesprochen wurde oftmals von einem kaum aufzulösenden Gap zwischen Theorie und Praxis, mit dem Lernende konfrontiert werden, wie im folgenden Zitat von einer Lehrperson:

»Weil wir grade in einer interprofessionellen Lehre ja eine sehr idealisierte Form vorleben [...] oder den Lernenden in dem Fall mitgeben wollen. Und die Versorgung und die Realität sieht ja oftmals anders aus. Und ja, es ist für mich auch noch eine offene Frage, ob wir (lachend) die jungen Menschen jetzt irgendwie frustrieren, wenn die in die Versorgung kommen und merken: oh, es ist ganz anders.« (E40, Pos. 317–322)

Eine lernende Person beschreibt sehr deutlich, dass sie die Verantwortung für die Initiierung von Veränderungen in der Berufspraxis nicht als zentrale Aufgabe von Lernenden sieht:

»[...] Es hieß immer: »Ihr seid die Zukunft. Ihr werdet alles verändern. Ihr macht alles besser.« Und dann stehen wir dort, in der Praxis, sind jung, motiviert, haben Ideen und werden erstmal auf den Boden der Tatsachen zurückgeschmettert von dem eingesessenen Personal mit unglaublich viel Erfahrung und einem unglaublich großen Wissensschatz und dann kommen so Sätze wie: »Das haben wir aber schon immer so gemacht. [...] Warum sollen wir das jetzt verbessern? [...] Sammeln Sie erstmal Erfahrung und dann reden wir nochmal miteinander, ob das überhaupt umsetzbar ist. [...] Wir lernen [...] ganz viel dazu und haben wahrscheinlich auch im Gepäck dieses ganze Wissen, wie es möglich wäre, aber das in der Praxis umzusetzen und das in die Hände von jungen Leuten, die vielleicht noch nicht die Erfahrung haben, beziehungsweise auch noch nicht so ernst genommen werden, zu legen, finde ich ganz, ganz schwierig [...] diese Verantwortung da wirklich abzugeben.« (F5, Pos. 301–321)

In diesem Statement kann ein Gefühl der Überforderung und eine Ablehnung der Verantwortungsübernahme für die Entwicklung einer wirklichen interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis gelesen werden. Eindringlich beschreibt die Person, sich in ihrer Rolle als Lernende mit der Realität der Berufspraxis konfrontiert zu sehen. Solche Ereignisse gilt es im Rahmen interprofessioneller Lernangebote aufzugreifen und derartige Diskrepanzen und die Folgen gemein-

sam mit den Lernenden zu reflektieren und zu bearbeiten. Hierfür ist bereits in der Planung Zeit für die Vor- und Nachbereitung der Praxisphasen einzuplanen.

Ferner bildete die lokale AG die Brücke zum Projektteam. Innerhalb der AG fungierte eine Hauptansprechperson als direkter Kontakt zu einer festgelegten Person aus dem Projektkonsortium. Diese stand der lokalen AG im Rahmen der Implementierungsaktivitäten beratend zur Seite. Dies erfolgte mit fest vereinbarten Terminen in Form von Supervisionstreffen und einem Kick-Off-Treffen für den offiziellen Start der Implementierung der interprofessionellen Lernangebote. Darüber hinaus bestand das Angebot der gegenseitigen Kontaktaufnahme auf unterschiedlichen Kommunikationswegen zur Besprechung, Beratung und/oder Unterstützung während der laufenden Implementierungsmaßnahmen. Im folgenden Abschnitt werden Details der begleitenden Pilotierung interprofessioneller Lernangebote geschildert.

2.3 Begleitung der Pilotierung

Der Beginn der Umsetzung interprofessioneller Lernangebote erfolgte institutionsbezogen und daher zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach dem Kick-Off-Termin. In diesem wurde die lokale AG mit den interEdu-Curriculum und den Modulen/LLE des longitudinalen Curriculums vertraut gemacht. Das jeweils zuständige Mitglied des Projektkonsortiums und die lokale AG analysierten gemeinsam die lokalen Implementierungsbedingungen und erörterten Perspektiven für die Integration der interprofessionellen Lernangebote in das lokale Curriculum.

Die Begleitung der Praxispartner erfolgte durch ein festgelegtes Mitglied des Projektteams, das einen pflege- bzw. berufspädagogischem und/oder pflegewissenschaftlichem Hintergrund hat, und erstreckte sich über die gesamte Zeit der Implementierung. Im Rahmen dieser wurden pro Praxispartner ein bis drei Supervisionstermine geplant, die in Präsenzform oder digital per Videokonferenz stattfanden. Die Treffen dienten dem Austausch zwischen dem Projektteam und dem Praxispartner.

Im Vorweg der Termine füllten die Praxispartner einen Dokumentationsbogen aus, welcher der Vorbereitung diente und zudem als Grundlage für den Supervisionstermin genutzt wurde.

Der Dokumentationsbogen gliedert sich in drei Abschnitte.

Aktueller Stand der Implementierung:

- Welche Module/LLE sind in der Bildungseinrichtung eingeführt worden?
- Welche Anpassungen sind in den einzelnen Modulen/LLE vorgenommen worden? (u.a.: Inhalte, Lernorte, Umfang, Zusammensetzung der Lernenden, Lehr-/Lernmethoden)

Danach wurden *strukturelle Anpassungen* thematisiert, die im Rahmen der Implementierung erfolgt sind. Dieser Teil beinhaltete Fragen zu:

- Kooperationen
- Ausstattungen (z.B. neue Technik, Räume)
- zur Schaffung zusätzlicher Ressourcen (finanziell, personell, zeitlich)
- neuen bzw. geänderten Kommunikationsstrukturen
- Fortbildungsangeboten zum Thema Interprofessionalität

Im dritten Teil der Dokumentationsbögen wurden die *Kontextfaktoren* thematisiert. Dabei wurden sowohl solche angesprochen, die im Rahmen der Implementierung als hinderlich empfunden wurden, als ebenso diejenigen, die förderlich waren.

Die Supervisionstermine verliefen nach einer festen Struktur und wurden protokolliert. Auf der ersten Protokollseite wurden die Rahmenbedingungen des Treffens festgehalten (anwesende Personen, Ort und Dauer des Termins). Zunächst wurde die gesamte Zufriedenheit zum Stand der Implementierungen bei den Praxispartnern erfragt. Die Einschätzung erfolgte mittels einer zehnstufigen Likertskala.

Danach wurden die bereits implementierten Module/LLE einzeln durchgegangen hinsichtlich des Grads der Umsetzung. Genutzt wurde auch hierfür eine zehnstufige Likertskala. Die Einschätzung wurde in einem Freitext begründet. Zum Abschluss wurden die nächsten Ziele und Aufgaben im Rahmen der Implementierung erörtert und der nächste Termin vereinbart.

Neben den Supervisionsterminen wurde die Implementierungsphase durch interEdu-Zirkel begleitet.

Diese wurden als ca. 90-minütige digitale Meetings aller interEdu-AG der Praxispartner geplant. Es gab einen interEdu-Zirkel Hochschulen und einen separaten für die Pflegeschulen. Die Entscheidung für die Trennung begründet sich in den angenommenen unterschiedlichen Themenschwerpunkten. So sind im Rahmen der hochschulischen Lehre bspw. die Lehrdeputate der verschiedenen Studiengänge ein relevantes Thema, was für die Pflegeschulen eher weniger bedeutend ist.

Ziel der interEdu-Zirkel war es, sich mit den anderen teilnehmenden Pflegeschulen/Hochschulen über den aktuellen Stand der Implementierung der interprofessionellen Lernangebote sowie Chancen und Herausforderungen während der Implementierung auszutauschen und neue Ideen für die Umsetzung des Curriculums zu entwickeln. Die fortlaufende Dokumentation der interEdu-Zirkel erfolgte über ein digitales Board.

Alle am interEdu-Zirkel teilnehmenden Personen konnten auf dem Board, gegliedert in die drei Lernorte, Ressourcen und Hürden formulieren. Dabei war es möglich, die Aspekte anonym oder entsprechend der farblichen Kennzeichnung der Bildungseinrichtung zu kommunizieren.

Bei den genannten Hürden zeigten sich in den Pflegeschulen der Ressourceneinsatz und die fehlende Kooperationsbereitschaft anderer Gesundheitsberufe als zentrale hinderliche Faktoren. Während der Implementierungen interprofessioneller Lernangebote waren die Personen aus der Pflege nach den Erfahrungen der Praxispartner die Initiatoren, während sich andere Bildungsgänge eher nur angeschlossen haben, sofern überhaupt die Bereitschaft zu Kooperationen bestand. Das Schließen von Kooperationen wurde mehrfach als schwierig beschrieben. Gemeinsame Unterrichte mit Lernenden der Humanmedizin konnten bei den Praxispartnern der beruflichen Pflegeausbildung nicht realisiert werden. An den Hochschulen konnten gemeinsame Lehrveranstaltungen der Pflege und Humanmedizin zwar an einzelnen Standorten umgesetzt werden, wurden aber dennoch als nicht einfach zu realisieren beschrieben. In den interEdu-Zirkeln der Hochschulen wurden die unterschiedlichen Präsenzzeiten in der Hochschule und nicht synchronisierte Curricula der Pflege- und Gesundheitsberufe als wesentliche Hinderungsgründe genannt. In den Praxiseinsätzen der Studierenden zeigte sich auch, dass die Praktika nur wenig mit denen der anderen Gesundheitsberufe übereinstimmen. Der dritte Lernort für die interprofessionellen Lernangebote war noch nicht an allen Standorten der pilotierenden Praxispartner fest etabliert und konnte somit nicht immer eingebunden werden. Einzelne berichteten aber auch positive Entwicklungen bei dem Aufbau von Simulationsräumlichkeiten, die durch das Projekt interEdu forciert wurden, um interprofessionelle simulationsbasierte Lernangebote anbieten zu können. Als hinderlich wurden hierzu die unterschiedlich großen Kohorten der Lernenden verschiedener Professionen geschildert. Zudem sind die Veranstaltungsformen an Hochschulen nicht für alle Studierenden Pflichtveranstaltungen, weshalb kaum eine verlässliche Planung möglich ist, da oft unklar ist, wie viele Studierende an der Lehre teilnehmen werden. Der Ressourceneinsatz, der in den Pflegeschulen sehr umfassend als Hürde thematisiert wurde, präsentierte sich in den interEdu-Zirkeln der Hochschulen vornehmlich auf die mangelnde Zeit für die Vorbereitung der Implementierung. Weiterhin waren unklare Verantwortlichkeiten innerhalb einzelner AG ein hinderlicher Faktor.

Es präsentierten sich auch einige Ressourcen, die im Kontext der Implementierung interprofessioneller Lernangebote ersichtlich wurden. An den Pflegeschulen boten bereits existierende Projekte gute Anknüpfungspunkte, um Kontakte für die IPE zu nutzen. Vereinzelt wurde erwähnt, dass die guten Kontakte in die Berufspraxis bisher eher noch »lose Enden« waren. Langfristig könnten diese aber weiter genutzt werden, um interprofessionelle Lernangebote gemeinsam zu gestalten. An dieser Stelle ist nochmal die als recht knapp empfundene Zeit für die Implementierung zu beachten, die es für ein Zusammenfügen der losen Enden im Rahmen des Projekts interEdu noch gebraucht hätte. Innerhalb der Bildungseinrichtungen konnte die direkte Nähe zu anderen Gesundheitsberufen genutzt werden, um IPE umsetzen zu können. Weiterhin wurde die Diversität der AG als Ressource empfunden

den. Wie bereits angesprochen waren die AG aus unterschiedlichen Gründen nicht immer gemäß den Vorgaben zusammengesetzt, weshalb die als Ressource angesprochene Diversität der AG gegebenenfalls nicht bei jedem Praxispartner gegeben war.

An den Hochschulen zeigten sich als wesentliche Ressourcen bereits etablierte interprofessionelle Lernangebote, die auch mit dem interEdu-Curriculum weiterentwickelt werden konnten. Weiterhin wurden die Unterstützung von Leitungspersonen und das Engagement im Team als wertvoll für die Implementierungsstrategien benannt.

Insgesamt waren die Praxispartner sehr an dem Format interEdu-Zirkel interessiert und wünschten sich den Austausch mit anderen Einrichtungen. Die Möglichkeit, Themen auf dem digitalen Board anonym zu platzieren wurde nicht genutzt, sondern jeder Post erfolgte unter Nennung der Bildungseinrichtung. Dieser Befund kann als Zeichen für einen offen gelebten und vertrauensvollen Austausch gesehen werden, der gerne genutzt wurde, um gemeinsam Lösungsansätze für die Hindernisse zu entwickeln und die Ressourcen als möglichen Ansatzpunkt für die eigenen Implementierungsstrategien zu identifizieren.

Die Terminfindung gestaltete sich jedoch schwierig, da der laufende Schulbetrieb oft in Konkurrenz zu den Terminen stand, da laufende Unterrichte und Lehrveranstaltungen Priorität und zudem weitere Verpflichtungen Vorrang hatten. So konnten nicht immer alle Praxispartner in den interEdu-Zirkeln vertreten sein. Teilweise konnten auch die zentralen Personen nicht anwesend sein, die konkrete Erkenntnisse zu einer spezifischen LLE oder einem Modul hätten geben können. Eine vorherige Terminabstimmung, um einen für möglichst alle Praxispartner passenden Termin zu detektieren, erbrachte kaum gemeinsame Terminfenster. Vielmehr wurden in den Abstimmungen die differenten Präferenzen für eine bestimmte Uhrzeit deutlich.

3. Zentrale Erkenntnisse aus der Begleitung der Pilotierungsphase

Die hier dargestellten Erkenntnisse aus der Begleitung der Pilotierungsphase basieren auf folgenden Datenquellen:

1. Dokumentationsbogen und Protokolle der Supervisionstermine mit den einzelnen Praxispartnern
2. Aufzeichnungen aus dem Austausch der Praxispartner untereinander in den interEdu-Zirkeln (digitales Board)
3. Interviews mit Leitungspersonen
4. Fokusgruppeninterviews mit den Praxispartnern

Insgesamt zeigte sich bei den Praxispartnern in den Supervisionsterminen auf einer Skala von 0–10 eine Zufriedenheit mit der Implementierung, die überwiegend in der oberen Hälfte lag. 81,9 % gaben ihre Zufriedenheit zwischen 6,5 und 9 auf der Skala an. Diese im oberen Bereich liegenden Einschätzungen wurden auch direkt im Kontext der recht knappen Zeit gesehen, die durchweg als eng bemessen beschrieben wurde, wie in einer Aussage deutlich wird: »In Anbetracht der recht kurzen Vorbereitungszeit zufriedenstellend.« Die als knapp angesehene Zeit für die Implementierung findet sich mehrfach in den Dokumentationsbögen der Supervisionstermine, in den interEdu-Zirkeln und zudem in den qualitativen Interviews wieder und stellte somit eine wesentliche Herausforderung dar.

Ein weiterer Faktor, der herausfordernd war, war das Finden von Kooperationspartnern, was bereits frühzeitig von mehreren Praxispartnern als Erschwernis wahrgenommen wurde und sich vielfach bestätigte. Das hatte auch Auswirkungen auf die Motivation. Ein Praxispartner thematisierte ein starkes Motivationstief, nachdem ein potenzieller Kooperationspartner abgesprungen war.

In den Einzelinterviews, die im Rahmen der Evaluation mit Leitungspersonen geführt wurden, äußerten sich Proband*innen kritisch hinsichtlich der empfundenen Hauptverantwortung bei der Implementierung. Diese lag bei der Implementierung des interEdu-Curriculums bei den Institutionen der Pflegeausbildung. Im Rahmen der interEdu-Zirkel wurde dies bestätigt. Perspektivisch wird gewünscht, dass sich auch Bildungseinrichtungen anderer Professionen stärker einbinden und Verantwortung für die Umsetzung interprofessioneller Lernangebote übernehmen. Insgesamt zeigte sich, dass Kooperationen mit Bildungsgängen der eigenen Institution und solche mit kurzer Distanz präferiert wurden.

Weiterhin wurden räumliche Begebenheiten, wie die Raumgröße, die Zusammenführung der unterschiedlichen Curricula und Einschränkungen bei der Auswahl der Kurse mehrfach als Herausforderungen genannt. Die Auswahl der Kurse erschwerte die Durchführung der interprofessionellen Lehrangebote, weil die jeweiligen Inhalte in den Ausbildungsjahren der verschiedenen Bildungsgänge unterschiedlich terminiert sind. Dadurch ergab es sich beispielsweise, dass ein Kurs in der Ausbildung Physiotherapie bereits in einem höheren Ausbildungsjahr war und der Kurs der Pflege, mit dem die interprofessionelle Lehre gemeinsam gestaltet wurde, gerade erst am Beginn der Ausbildung stand. Daher trafen Lernende mit sehr unterschiedlichen Lernständen aufeinander, was zeitweise zu Unsicherheiten führte, zugleich aber auch Anlass für Austausch bot.

Als weitere Herausforderung wurde immer wieder der hohe Arbeitsaufwand thematisiert, der erforderlich war, um die Implementierung interprofessioneller Lernangebote zu realisieren. Die zeitlichen Ressourcen mussten neben weiteren organisatorischen Aufgaben aufgebracht werden, was zu Mehrfachbelastungen führte. Seitens einzelner Praxispartner wurde geschildert, dass durch diverse Verpflichtungen die Implementierungsstrategien zeitweise in den Hintergrund

gerieten. Daher konnte nicht alles so umgesetzt werden »wie sich das gewünscht wurde; aber das, was umgesetzt wurde, hat gut funktioniert«. An dieser Aussage, die einem Dokumentationsbogen entnommen wurde, wird deutlich, dass die Annahme bestand, dass das interEdu-Curriculum exakt so umzusetzen sei, wie es formuliert ist. Derartige Gedanken ließen sich auch in den qualitativen Daten der Interviewstudie identifizieren, wie folgendes Zitat zeigt:

»...also als proaktiven Verbesserungsvorschlag wäre es von unserer Seite [...] wünschenswert gewesen, wenn [...] man geguckt hätte: wie sieht das von eurem Curriculum aus? Das sind unsere Ideen, also von Seiten der Hochschule. So könnten wir das eventuell einbauen. Und DANN nach dem Rest guckt. Und so habe ICH das jedenfalls auch in der vorbereitenden Phase, [...] auch sehr als: so, das ist das jetzt, ihr müsst mitmachen. Das ist das Gesetz. So habe ich das SEHR klar empfunden. [...] Aber die Realität sah halt anders aus.« (BO2, Pos. 167–175)

Die Leitungsperson macht hier nicht nur deutlich, dass sie das interEdu-Curriculum als exakt umzusetzende Vorgabe verstanden hat, sondern ergänzt zudem, dass die Pilotierung trotz dieser Annahme anders erfolgte. Seitens des Projektteams war es jedoch von vornherein so gedacht, dass das Curriculum einen empfehlenden Charakter haben soll. Demnach können die Inhalte, Stunden, eingebundenen Bildungsgänge und die methodische Gestaltung der interprofessionellen Lernangebote an die jeweiligen Bedingungen der Bildungseinrichtungen und Bildungsgänge angepasst und somit eine barrierearme Integration in bestehende Curricula unterstützt werden.

Mehrfach wurde der Wunsch nach Raum für Austausch geäußert. Dieser konnte zum einen in den oben beschriebenen AG stattfinden und zudem in den interEdu-Zirkeln. Es hat sich allerdings in beiden Formaten eine schwierige Terminfindung gezeigt. Im Zusammenhang mit dem Thema Wunsch nach Austausch wurde insbesondere der Austausch von Unterrichtsmaterialien und Evaluationsinstrumenten geäußert.

4. Qualitative Einschätzung und Empfehlungen

4.1 Kooperationen

Im Rahmen des Projekts interEdu zeigte sich, dass Kooperationsvereinbarungen mit anderen Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens schwierig zu realisieren waren. Vor dem Hintergrund der üblicherweise langfristigen Planung von Lehrveranstaltungen und Unterrichten kann die straffe zeitliche Planung im Projekt eine mögliche Ursache sein. Es ist empfehlenswert, potenzielle Kooperationspartner

frühzeitig zu kontaktieren, um ausreichend Zeit zu haben, die interprofessionellen Lernangebote gemeinsam zu planen. Bisher sind interprofessionelle Kompetenzen in einigen Gesundheitsberufen noch nicht in den Gesetzen und Verordnungen fest verankert. Daher kann es hilfreich sein, in Gesprächen mit möglichen Kooperationspartnern, den Mehrwert, der sich aus IPE für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis ergeben kann, zu akzentuieren. Anzumerken ist jedoch, dass hierfür bisher auf nationaler Ebene kaum Evidenz vorliegt. Ein Ansatzpunkt für den gemeinsamen Nutzen der IPE kann auch in der Berufspraxis identifiziert werden, indem geschaut wird, an welchen Stellen die Berufsgruppen aufeinandertreffen. Gemeinsame oder ähnliche Inhalte in den bestehenden Curricula können als initiiierende Aspekte für erste Gespräche zu Kooperationen genutzt werden. Im Hinblick auf den vielfach beschriebenen Ressourceneinsatz kann es förderlich sein, gewinnbringende Aspekte herauszustellen. Beispielsweise könnten somit Simulationsräume mit genutzt werden, die gegebenenfalls an der eigenen Bildungseinrichtung noch nicht vorhanden sind. Ferner kann die interprofessionelle Kompetenzentwicklung in den Lehrendenteams durch die gemeinsame Implementierung interprofessioneller Lernangebote unterstützt werden.

4.2 Arbeitsgruppen (AG)

Die Arbeit in den AG wurde überwiegend als positiv und gewinnbringend gesehen. Die AG sollte bestenfalls interprofessionell zusammengesetzt sein, um die professionsspezifischen verschiedenen Perspektiven direkt mit Beginn der Planung interprofessioneller Lernangebote einzubringen. Barr und Kolleg*innen (2017: 7) empfehlen zudem Pflegefachpersonen, Interessengruppen (z.B. Patient*innenvertretungen) und Lernende einzubinden. IPE lässt sich ihres Erachtens am besten unter Einbezug aller Ebenen gemeinsam planen.

Inwieweit Lernende zu jedem Termin einbezogen werden, sollte institutionspezifisch entschieden werden. In der Evaluation im Rahmen des Projekts interEdu zeigt sich primär, dass eine Einbindung zu befürworten ist. Da sich die Terminfindung, insbesondere wenn Personen verschiedener Einrichtungen wie Kooperationspartner der praktischen Ausbildung involviert sind, schwierig gestaltet, kann es sinnvoll sein, sich auch in Teilgruppen zusammenzufinden. Dabei ist es empfehlenswert, darauf zu achten, dass in regelmäßigen Abständen Termine mit allen AG-Mitgliedern stattfinden, um einen steten Informationsfluss sicherzustellen. Ergänzend können Protokolle und eine gemeinsame Plattform für Arbeitsergebnisse, Materialien etc. unterstützend sein. Eine langfristige und stete Terminplanung für die Treffen einer AG kann zum Gelingen beitragen, da diese dann für anderweitige Planungen berücksichtigt werden können. Ferner können Termine in Videokonferenzen sinnvoll sein, um etwaige Fahrtwege und somit auch Kosten und Zeitressourcen zu schonen.

4.3 Ressourcen

Ein immer wiederkehrendes Thema, welches sowohl an den Hochschulen und ebenso an den Pflegeschulen vielfach als Problematik geschildert wurde, ist der Ressourceneinsatz für IPE. Da zu Beginn von Implementierungsstrategien viel Abstimmungsbedarf besteht u.a. hinsichtlich der Curricula, der Erfassung verschiedener räumlicher Ressourcen und der zeitlichen Abstimmung der Lehrpläne, kann davon ausgegangen werden, dass der zeitliche Aufwand im Verlauf mindestens etwas rückläufig sein wird. Dies konnte im Rahmen von interEdu zwar nicht festgestellt werden, allerdings war dafür die Projektlaufzeit zu gering, da für die Pilotierung zwölf Monate vorgesehen waren. Da einzelne Praxispartner erst später am Projekt teilnahmen, war der Zeitraum teilweise noch kürzer.

Da die Planung und Umsetzung interprofessioneller Lernangebote im Vergleich zu monoprofessionellen Veranstaltungen aufwendiger sind (vgl. El-Awaisi u.a. 2021: 760), wird ein erhöhter Ressourceneinsatz jedoch nicht vermeidbar sein. Die zur Verfügung gestellte Zeit für IPE wird in den Ergebnissen eines integrativen Review als relevanter Faktor für eine erfolgreiche Implementierung bestätigt (vgl. Zwaan u.a. 2025). Daher ist es wichtig, dass sich alle kooperierenden Einrichtungen anteilig gleichmäßig einbringen und sich damit die aufzubringenden Ressourcen gleichmäßig verteilen. Im Rahmen von interEdu wurde mehrfach deutlich, dass die Ressourcen im Wesentlichen von den Vertreter*innen der Pflegeausbildung eingebracht wurden. Da die Rekrutierung im Rahmen des Projekts nur auf Bildungseinrichtungen der Pflege ausgerichtet war, kann dies als Erklärungsansatz herangezogen werden. Hinzu kommt, dass in einigen Berufen, wie beispielsweise in der Physiotherapie derzeit noch keine gesetzlichen Grundlagen existieren, die IPE zwingend erforderlich machen. Diese Gegebenheit kann dazu führen, dass ein Erfordernis, Ressourcen für interprofessionelle Lernangebote einzusetzen, noch keine hohe Priorität hat.

Ein erhöhter personeller Bedarf zeigte sich nicht nur in der Planung, sondern auch in der Umsetzung, da die Lernendengruppen in der Regel größer sind oder sich auf mehrere Kleingruppen verteilen. Aus beiden Formaten ergibt sich ein höherer Bedarf an Lehrpersonen. Ein Praxispartner berichtete, dass teilweise bis zu vier Lehrende in einen interprofessionellen Unterricht eingebunden waren. An den Hochschulen wurden die Lehrdeputate mehrfach als Problem geschildert, da im Rahmen von IPE oft nicht geklärt ist, von welcher Fakultät dies getragen wird, wie folgendes Zitat zeigt:

»[...] wenn Sie zu zweit in einer Lehrveranstaltung sind, [...] kann [entweder] nur einer das anrechnen auf sein Deputat oder jeder kann nur die Hälfte anrechnen.«
(E19, Pos. 230–232)

Ein Lösungsansatz, um personelle Bedarfe in einem machbaren Rahmen zu halten, kann der Einsatz sogenannter Facilitatoren sein. Facilitatoren sind geschulte (ehemalige) Lernende, die im Sinne von Peer-Teaching interprofessionelle Lernangebote mitgestalten und somit die Lehrpersonen, insbesondere in der Lehre größerer Gruppen, unterstützen.²

Auch wenn der hohe Ressourcenbedarf, insbesondere zeitlich und personell immer wieder sehr stark akzentuiert wurde, sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass diese gemeinsame interprofessionelle Zusammenarbeit in den AG auch einen Gewinn für die eigene Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen bietet, wie eine Lehrperson berichtet:

»[...] unsere gemeinsame Arbeit und der einzelnen Fallbeispiele, hat natürlich auch schon aufgeworfen, dass es bestimmte Unterschiede in unserer Kommunikation gibt, die auch WIR erstmal für uns im Vorfeld aufdröseln MUSSTEN, damit wir auch vom gleichen sprechen.« (HO1, Pos. 85–88)

Im Kontext von Ressourcen stellen die oftmals begrenzten räumlichen Kapazitäten einen Kontextfaktor dar, der zu beachten ist. Die Lerngruppen in interprofessionellen Lernangeboten sind durch die Zusammenführung von mindestens zwei Kursen verschiedener Professionen in der Regel deutlich größer im Vergleich zu monoprofessionellen Veranstaltungen. Daraus ergibt sich der Bedarf größerer Räumlichkeiten. Sofern Neu- oder Umbauten an Bildungseinrichtungen geplant sind, sollte dieser Aspekt direkt berücksichtigt werden. Eine Alternative ist die Arbeit in Kleingruppen. Diese wird zudem empfohlen, um die Interaktion zwischen den Lernenden zu fördern (vgl. Diggele u. a. 2020: 3) und bietet als weiteren Vorteil, dass die Lernenden auf mehrere kleinere Räume verteilt werden können. Zwar geht dies oftmals mit einem erhöhten personellen Bedarf einher, der aber wie bereits angesprochen durch den Einsatz der Facilitatoren kompensiert werden kann.

Ein anderer Lösungsansatz bei begrenzten räumlichen Kapazitäten sind anteilig eingebundene Online-Veranstaltungen, die in Erwägung gezogen werden können.

Eine weitere Option, die viel Raum für gemeinsames Lernen bietet, sind außerschulische bzw. externe Lernorte, an denen unterrichtliche Aktivität außerhalb einer Bildungseinrichtung stattfindet (vgl. Erhorn/Schwier 2016). Dies kann beispielsweise in Form einer interprofessionellen Exkursion organisiert werden (vgl. Lehnen u. a. 2025). Die räumlichen Bedarfe können in diesem Format direkt in der Planung berücksichtigt werden und der externe Lernort entsprechend der

2 Details zum Tutor*innen-Programm (Facilitator) bietet der Beitrag von: Sharron Blumenthal u. a.: Training and Deployment of Facilitators to Master Interprofessional Education, in diesem Sammelband.

Lerngruppengröße gewählt werden. Als weiterer Vorteil ist anzumerken, dass sich Lernende im Vergleich zum theoretischen Lernort unter Realbegegnungen mit Lerngegenständen auseinandersetzen können (vgl. Grimm 2016). Das ermöglicht eine tiefere Verknüpfung der Inhalte mit der konkreten Umgebung und kann das emotionale Erleben der Lernenden intensivieren. Die Kombination aus Wissenserwerb und unmittelbaren Sinneseindrücken fördert eine bildhafte Speicherung im Gehirn und unterstützt nachhaltige Lernprozesse (vgl. Riesen u.a. 2023: 15).

Im interEdu-Curriculum wird eine Exkursion in der LLE 8, *Gesellschaftliche und berufspolitische Themen interprofessionell bearbeiten* als Empfehlung genannt. Vorgeschlagen wird dort eine Exkursion in den Bundestag oder zu einem historischen Ort. Aber auch in allen weiteren LLE und Modulen können externe Lernorte genutzt werden.

4.4 Austausch

Der Austausch ist nicht ausschließlich in den interprofessionellen Lernangeboten selbst von großer Bedeutung, sondern genauso wichtig für alle an IPE beteiligten Personen. Im Rahmen der Implementierung des interEdu-Curriculums zeigten sich die interEdu-Zirkel grundsätzlich als geeignetes Format. Die onlinebasierte Form bot eine Teilnahme ohne Reisewege und ist somit ressourcenschonend. Dennoch war die Terminfindung schwierig und die geplanten Termine konnten nicht immer wahrgenommen werden, da andere Verpflichtungen konkurrierten. Wie bereits im Kontext der Arbeitsgruppen thematisiert, bieten sich auch bezüglich von Terminen für gemeinsamen Austausch eine langfristige und stete Terminierung an. Dadurch können derartige Veranstaltungen prospektiv eingeplant werden. Da die Personengruppe perspektivisch besser miteinander bekannt wird, kann angenommen werden, dass auf eine Vorstellungsrunde gegebenenfalls verzichtet werden oder diese zumindest kurzgehalten werden kann.

Um die Teilnahmebereitschaft zu fördern, sollte auf eine eher informelle Gestaltung geachtet werden, in der eine vertrauensvolle Atmosphäre entstehen kann, um sich auch zu sensiblen Themen konstruktiv austauschen zu können. Auf eine vorherige Anmeldung sollte verzichtet werden, um eine barrierearme Zugänglichkeit mit wenig Organisationsaufwand zu erreichen. Zudem kann ein Name, wie beispielsweise *Interprofessionelles Café*, förderlich sein, der eine eher lockere Atmosphäre unterstreicht.

5. Fazit und Ausblick

Die Implementierung des interEdu-Curriculums zeigte, dass erforderliche Ressourcen und Kooperationsvereinbarungen zentrale Herausforderungen darge-

stellten. Die Begleitung durch das Projektteam mit Supervisionsterminen, dem interEdu-Zirkel und direkten Ansprechpersonen nach individuellen Bedarfen hat sich als sinnvoll erwiesen. Die implementierenden Praxispartner konnten teilweise auf bestehenden interprofessionellen Lernangeboten aufbauen und kreative Lösungsansätze in der Planung und Umsetzung von IPE entwickeln. Bereits existierende interprofessionelle Lernangebote fanden sich in den hochschulischen Bildungsgängen und daher konnten dort schon bestehende Kooperationen genutzt werden. Besonders in den Pflegeschulen benötigten neue Kooperationen viel Zeit und Engagement, was zu ersten Erfolgen führte. In Anbetracht der projektbedingten, recht kurzen Pilotierungszeit des interEdu-Curriculums ist die Anzahl der implementierten Lehr-/Lerneinheiten und Module als eine beachtliche Leistung aller implementierenden Einrichtungen zu bewerten. Vielfach wurde deutlich, dass die Initiativen für IPE auch über das Projekt hinaus weiterverfolgt werden. Zudem berichteten Praxispartner, Erkenntnisse und Ideen, die sich in der Implementierung herausstellten, für die Weiterentwicklung von IPE nutzen zu wollen.

In den folgenden zwei Beiträgen in diesem Band werden Implementierungsstrategien spezifisch für die Hochschule und die Pflegeschule vorgestellt.

Danksagung

Dieser Beitrag basiert auf Ergebnissen der Pilotierung und Mixed Methods-Evaluation des Projekts *Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu)* (vgl. Bundesinstitut für Berufliche Bildung 2025). Besonderer Dank gilt den Lernenden, Lehrenden und Leitenden der an der Pilotierung und der Evaluation beteiligten Bildungseinrichtungen sowie den weiteren Projektmitarbeiterinnen Jutta Busch, Anne Faber, Miriam Leimer, Frederike Lüth, Anja Kühn, Laura Püschel, Katharina H. Tolksdorf und Lisa Wolter, der stellvertretenden Projektleiterin Prof. Dr. Anne C. Rahn und den Projektleitenden Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops. Die Konzeption der Instrumente für die Unterstützung der Implementierung (Supervisionen, interEdu-Zirkel), des Studienprotokolls für die Evaluation und der Studieninformationen und Erhebungsinstrumente für die in diesem Beitrag verwendeten qualitativen Daten erfolgten durch Jutta Busch, Anja Kühn, Miriam Leimer, Frederike Lüth, Laura Püschel und Lisa Wolter gemeinsam mit Tanja Lehnen. An der Erhebung und Analyse der in diesem Beitrag verwendeten Daten aus den Supervisionen, den interEdu-Zirkeln und Interviews waren beteiligt: Jutta Busch, Anne Faber, Tanja Lehnen, Frederike Lüth, Laura Püschel, Katharina H. Tolksdorf und Lisa Wolter. Prof. Dr. Anne C. Rahn, Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops haben die Konzeption und Durchführung der bezeichneten Forschungsarbeiten und das Gesamtprojekt wissenschaftlich supervidiert. Für die in diesem Bei-

trag verwendeten Daten aus der Konzeptionsphase des Projekts sei auf die dankende Anerkennung im Beitrag *Kontextfaktoren interprofessioneller Edukation – Empirische Erkenntnisse und Implikationen für die Implementierung* (vgl. Lehnen, in diesem Sammelband) verwiesen.

Literatur

- Balzer, Katrin/Busch, Jutta/Faber, Anne/Hildebrand, Birte/Kühn, Anja/Lehnen, Tanja/Leimer, Miriam/Lüth, Frederike/Püschel, Laura/Rahn, Anne C./Tolksdorf, Katharina H./Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Wolter, Lisa (2025). Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu). Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- 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)
- Diggle, Christie van/Roberts, Chris/Burgess, Annette/Mellis, Craig (2020). Interprofessional education: tips for design and implementation. In: BMC Medical Education, 20 (2), S. 455.
- El-Awaisi, Alla/Sheikh Ali, Saba/Abu Nada, Aya/Rainkie, Daniel/Awaisu, Ahmed (2021). Insights from healthcare academics on facilitating interprofessional education activities. In: Journal of Interprofessional Care, 35 (5), S. 760–770.
- Erhorn, Jan/Schwier, Jörg (2016). Außerschulische Lernorte: Eine Einleitung. In: Erhorn, Jan/Schwier, Jörg (Hg.). Pädagogik außerschulischer Lernorte. Bielefeld: transcript.
- Grimm, Axel (2016). Außerschulische Lernorte in der Berufsbildung. In: Erhorn, Jan/Schwier, Jürgen (Hg.). Pädagogik außerschulischer Lernorte. Bielefeld: transcript.
- Krystallidou, Demi/Kersbergen, Maria J./Groot, Esther de/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. 1607–1624.
- Lehnen, Tanja/Wietzke, Robert/Schwanzar, Fabian (2025). »Mir ist meine Rolle und Verantwortung im Gesundheitsberuf deutlich vor Augen geführt worden« – Ergebnisse einer qualitativen Befragung im Rahmen einer interprofessionellen, historischen Exkursion. In: Braßler, Mirjam/Lerch, Sebastian/Brandstädter, Si-

- mone (Hg.). Interdisziplinarität in Forschung und Lehre gestalten. Bielefeld: wbv.
- Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLK). Online: <https://nklm.de> (Abruf 28.01.2026).
- Paradis, Elise/Whitehead, Cynthia R. (2018). Beyond the Lamppost: A Proposal for a Fourth Wave of Education for Collaboration. In: *Academic Medicine*, 93 (10), S. 1457–1463.
- Peters, Miriam/Reiber, Karin/Mohr, Jutta/Evans-Borchers, Michaela (2024). Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege. Forschung zur beruflichen Bildung im Lebenslauf. In: Reiber, Karin/Mohr, Jutta/Evans-Borchers, Michaela/Peters, Miriam (Hg.). *Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege*. Bielefeld: wbv.
- Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV). Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/index.html#BJNR157200018BJNE000900000> (Abruf: 25.11.2025).
- Riesen, Madelin S./Kiessling, Claudia/Tauschel, Diethard/Wald, Hedy S. (2023). »Wo meine Verantwortung liegt«: Reflexion über die Medizin des Holocaust zur Unterstützung der persönlichen und beruflichen Identitätsbildung in der Ausbildung der Gesundheitsberufe. In: *GMS Journal for Medical Education*, 40 (2), Doc24.
- Weidner, Frank/Harder, Nelly/Hölterhof, Tobias/Linnemann, Gesa (2023). *digitcare – Studie zur Digitalisierung der Pflege in Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht und Handlungsempfehlungen*. Köln und Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz.
- Wolter, Lisa/Busch, Jutta/Lehnen, Tanja/Püschel, Laura/Lüth, Frederike/Rahn, Anne C./Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Balzer, Katrin (2022). Über die Grenzen der eigenen Berufspraxis hinaus. *interEdu: eine Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung*. In: *berufsbildung*, 76 (196), S. 18–21.
- World Health Organisation WHO (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization. Online: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-inter-professional-education-collaborative-practice> (Abruf: 25.11.2025).
- Zwaan, Elmi/Zipfel, Nina/Kuijjer-Siebelink, Wietske/Oomens, Shirley/Burg-Vermeulen, Sylvia van der J. (2025). Barriers and Facilitators for Interprofessional Education in Work-Focused Healthcare: An Integrative Review. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*.

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Eigene Darstellung

Implementierungsstrategien Interprofessioneller Eduktion (IPE) – Erlebte Kontextfaktoren und Lösungsansätze einer Pflegeschule

Sonja Bartholomä und Tanja Lehnen

Zusammenfassung Die zunehmende Komplexität der Versorgungspraxis erfordert eine verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit, die bereits in der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen gefördert werden sollte. Im Projekt *interEdu* wurde ein Rahmencurriculum zur Stärkung interprofessioneller Kompetenzen entwickelt und pilotiert. An einer Pflegeschule in Schleswig-Holstein wurden vier Lehr-/Lerneinheiten (LLE) implementiert, die in das bestehende schulinterne Curriculum integriert und an praktische Gegebenheiten angepasst wurden. Wesentliche Herausforderungen lagen in der zeitlichen Planung, räumlichen Kapazität, begrenzten personellen Ressourcen und der Gewinnung weiterer Berufsgruppen. Positive Faktoren waren die überschaubare Schulgröße, Engagement der Lehrenden und Kooperationen mit Physiotherapie und Ergotherapie. Die Pilotierung zeigte, dass Interprofessionelle Edukation (IPE) mit viel Motivation, Kreativität und hohem Engagement aller Beteiligten auch an kleinen Schulen umgesetzt werden kann. Eine erfolgreiche Implementierung interprofessioneller Lernangebote erfordert sorgfältige Planung, Flexibilität, Vernetzung und kontinuierliche Evaluation.

1. Einleitung

Die zunehmende Komplexität der Gesundheitsversorgung und der demografische Wandel erfordern ein Umdenken in der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird als ein Schlüsselement gesehen, um die mannigfachen Herausforderungen der Versorgungspraxis gemeinsam bewältigen zu können. Bereits seit Jahren von der World Health Organization (WHO) als entscheidender Faktor zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitssystem und zur Bewältigung des zunehmenden Fachkräftemangels angesehen (vgl. World Health Organization 2010: 7), wird die Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit schließlich auch als

Inhalt im Kompetenzbereich III der Ausbildung von Pflegefachpersonen definiert (vgl. PflAPrV 2018).

Als theoretischer Inhalt bereits vorgegeben, jedoch noch nicht flächendeckend und selbstverständlich in der Versorgungspraxis gelebt, ist die kollaborative praktische Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Um diese zu verbessern, ist das Einbinden von gemeinsamem Lernen von zwei oder mehr Professionen in der Ausbildung also eine logische Ableitung. In diesem Kontext kann das Projekt interEdu zweifellos einen großen Beitrag leisten, indem es innovative Ansätze zur Implementierung Interprofessioneller Edukation (IPE) in die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen entwickelt und erprobt. Für Schulen bietet sich damit die Möglichkeit, Lernende verschiedener Gesundheitsberufe bereits während ihrer Ausbildung zusammenzubringen. Dadurch können die Lernenden ein tiefgreifendes Verständnis für die Rollen und Kompetenzen anderer Berufsgruppen entwickeln und essenzielle Fähigkeiten zur effektiven Teamarbeit erwerben (vgl. Reeves u. a. 2013: 4). Diese Kompetenzen sind nicht nur für eine erfolgreiche Ausbildung, sondern auch für eine spätere berufliche Tätigkeit beinahe unabdingbar. Doch trotz der anerkannten Vorteile und der zunehmenden Forderung nach Integration interprofessioneller Elemente in die Ausbildungscurricula stellt die tatsächliche Implementierung eine erhebliche Herausforderung dar (vgl. Paradis/Whitehead 2018: 399). Aus diesem Grund ist der im Projekt interEdu gewählte Ansatz, das auf empirischer und theoretischer Basis konzipierte Curriculum zunächst von einzelnen Pflegeschulen und Hochschulen pilotieren zu lassen, ein vielversprechender Weg.

Dieser Beitrag untersucht die spezifischen Kontextfaktoren, die bei der Implementierung interprofessioneller Lernangebote eine zentrale Rolle spielen können. Aufgezeigt werden soll, dass die Umsetzung von im interEdu-Curriculum enthaltenen Lehr-/Lerneinheiten (LLE) mit zahlreichen Herausforderungen auf verschiedenen Ebenen einhergeht, dass aber die Chancen, die sich dadurch bieten, eine Implementierung als durchaus lohnenswert erscheinen lassen.

Im Folgenden werden zunächst die beispielhaften Rahmenbedingungen der Implementierungsumgebung vorgestellt. Anschließend wird die Methodik der Umsetzung der interprofessionellen LLE erläutert, gefolgt von einer detaillierten Darstellung der Ergebnisse. Dabei werden insbesondere die erlebten Kontextfaktoren sowie die Erfahrungen bei der Gewinnung anderer Gesundheitsberufe beleuchtet. Abschließend werden erfolgreiche Implementierungsbeispiele präsentiert und es wird ein Fazit gezogen, das Handlungsempfehlungen für zukünftige Implementierungsstrategien an Pflegeschulen im Gesundheitswesen ableitet.

2. Rahmenbedingungen

Um die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Erfahrungen und getroffenen Entscheidungen bezüglich der Umsetzung der LLE zu verstehen, ist ein Einblick in die Implementierungsumgebung der spezifischen Schule sowie deren relevante Strukturen unabdingbar. Aus diesem Grund werden in diesem Abschnitt die spezifischen Rahmenbedingungen und Besonderheiten des Umsetzungskontextes erläutert. Dies soll verdeutlichen, auf welche anderen Schulen sich die hier gemachten Erfahrungen insbesondere übertragen ließen und inwiefern Entscheidungen zur Umsetzung von interEdu von den (strukturellen) Gegebenheiten der Schule beeinflusst werden.

2.1 Vorstellung der Implementierungsumgebung

Die in diesem Betrag zur Implementierung genutzte Schule ist ein etablierter Bildungsträger für Pflegeberufe in Schleswig-Holstein. Als Teil eines größeren Netzwerks von Schulen, die verschiedene Ausbildungen im Gesundheitsbereich anbieten, fokussiert sie sich spezifisch auf die Ausbildung von Pflegefachpersonen und Altenpflegehelfer*innen. Die Schule zeichnet sich durch ihre überschaubare Größe aus. Zum Zeitpunkt der Implementierung wurden 87 Auszubildende von sieben Lehrpersonen betreut. Solch eine vergleichsweise geringe Anzahl an Lernenden und Lehrenden stellt sowohl eine Herausforderung als auch eine Chance für die Implementierung neuer Lehrkonzepte dar (vgl. Cichon/Klapper 2018: 197). Neben den Ausbildungsgängen bietet die Schule auch Fort- und Weiterbildungen in der Praxisanleitung an. Diese zusätzlichen Angebote stärken die Vernetzung mit den Praxispartnern und ermöglichen einen kontinuierlichen Austausch zwischen Theorie und Praxis. Dies kann besonders wertvoll für die Implementierung interprofessioneller Lernangebote sein, da so praxisnahe Erfahrungen direkt in die Ausbildung einfließen können.

2.2 Relevante Strukturen und Besonderheiten

Als eine der wenigen Solitärschulen des Landes nimmt die betrachtete Bildungseinrichtung eine besondere Stellung ein. Sie ist weder einer Klinik zugeordnet noch gehört sie einem Wohlfahrtsverband an. Diese Unabhängigkeit bietet einerseits Flexibilität in der Gestaltung des Curriculums und der Lehrmethoden, stellt die Schule aber auch vor besondere Herausforderungen, insbesondere hinsichtlich der Ressourcenausstattung und der Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen.

Zu nennen ist hier beispielsweise die Tatsache, dass die Lernenden den praktischen Teil ihrer Ausbildung bei ganz unterschiedlichen Einrichtungen der ambulanten sowie der stationären und über den gesamten Kreis verteilten Träger absol-

vieren. Diese Besonderheit ist auch deshalb noch einmal zu erwähnen, da sie dazu führt, dass die praktischen Erfahrungen der Auszubildenden oft heterogen sind. Gerade in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit werden in der Praxis je nach Träger der Ausbildung eine sehr unterschiedliche Anzahl und Qualität an Erfahrungen vermittelt.

Auf schulischer Ebene zeigt sich eine bereits bestehende Affinität zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Da am Standort auch andere Ausbildungsgänge, wie beispielsweise Betreuungskräfte und Kaufleute im Gesundheitswesen unterrichtet und von den gleichen Lehrpersonen der Pflegeschule betreut werden, ist eine Verbindung der Berufe oft schon im Schulalltag gegeben und bietet eine gute Grundlage für interprofessionelle Lehrkonzepte.

Die Einrichtung wurde Ende des Jahres 2023 Partnerschule (Praxispartner) für das Projekt interEdu und begann mit der Arbeit an der Implementierung. Trotz der günstigen Ausgangsbedingungen zeigte sich, dass die Umsetzung spezifischer interprofessioneller LLE dennoch mit Herausforderungen verbunden war. Die bestehenden Strukturen mussten angepasst und erweitert werden, um den Anforderungen des interEdu-Projekts gerecht zu werden. Einer Darstellung dieser Anpassungen an das schuleigene Curriculum sowie Hintergründe zur Auswahl der umgesetzten LLE ist daher der nächste Abschnitt gewidmet.

3. Institutionsbezogene Implementierungsstrategie

Einleitend zur Beschreibung der Implementierungsstrategie ist zu erwähnen, dass die hier dargestellten Abschnitte zur Auswahl der LLE und deren Übernahme in das schuleigene Curriculum einen beträchtlichen Zeitaufwand erforderten. Dies bestätigen die Befunde der im Projekt interEdu durchgeführten qualitativen Interviews, die einen Teil der empirischen Basis für die Entwicklung des Rahmencurriculums bildeten. Neben den personellen und finanziellen Ressourcen erwies sich die benötigte Zeit als ein zentraler Kontextfaktor für die erfolgreiche Umsetzung interprofessioneller Lernangebote (vgl. Balzer u.a. 2025: 158). Die der eigentlichen Planung vorausgehende Vorarbeit der Selektion der LLE sowie die nach der Umsetzung durchzuführende Integration in das Curriculum der Pflegeschule sind nicht nur als Rahmen, sondern als essenzieller Bestandteil der Implementierung zu betrachten, sofern eine nachhaltige Umsetzung angestrebt wird. Die Entscheidung, die interprofessionellen Lernangebote erst nach der Umsetzung in das Curriculum zu integrieren, resultiert daraus, dass das schulinterne Curriculum noch im Aufbau war als die Pilotierung des interEdu-Curriculums startete. Daher wurden die ausgewählten LLE teilweise als Basis verwendet, um darauf aufbauend das schulinterne Curriculum weiterzuentwickeln. Die Vorgehensweise der beiden Teilaufgaben Selektion und Integration werden im Folgenden erläutert.

3.1 Ausgewählte Lehr-/Lerneinheiten

Im Rahmen des interEdu-Projekts wurden von der Pflegeschule vier Lehr-/Lerneinheiten (LLE) zur Pilotierung ausgewählt, die sich besonders gut in das bestehende Curriculum integrieren ließen. Ein wichtiger Aspekt bei der Entscheidung war, den Arbeitsaufwand für die Integration möglichst gering zu halten, indem bereits in ähnlicher Form im Curriculum vorhandene Inhalte gewählt wurden. Die Alternative, Inhalte zu wählen, die noch nicht im schulinternen Curriculum vorkommen, wäre möglicherweise spannender gewesen. Angesichts der bei interEdu vorgeschlagenen Inhalte der weiteren LLE hätte dies auch Sinn ergeben. Allerdings hätte dies einen deutlich höheren Arbeitsaufwand bedeutet, da dafür andere Teile des bestehenden Curriculums hätten gestrichen und Unterrichtsstunden neu verteilt werden müssen. Diese umfassendere Umstrukturierung, obwohl eine spannende und notwendige Aufgabe für die Zukunft, sollte in dieser Implementierungsphase vermieden werden. Die getroffene Auswahl umfasste LLE 2 *Mobilisation und Selbstversorgung interprofessionell fördern*, LLE 3 *Im interprofessionellen Team kommunizieren*, LLE 5 *Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten* und LLE 7 *Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden*. Diese Auswahl erfolgte nach sorgfältiger Analyse der Überschneidungen und Ergänzungspotenziale mit dem bestehenden Curriculum.

LLE 2 *Mobilisation und Selbstversorgung interprofessionell fördern* wies starke Parallelen zum Lernfeld 2 des bestehenden Curriculums auf, insbesondere zu den Lernsequenzen, die sich mit Bewegungs- und Haltungsmustern, Bewegungsinteraktion und Veränderungen der Bewegung im Alter befassen. Die Integration dieser LLE ermöglichte eine Vertiefung und Erweiterung der bereits vorhandenen Inhalte um interprofessionelle Aspekte, was besonders wichtig ist, da Mobilisation ein Kernbereich ist, in dem verschiedene Gesundheitsberufe zusammenarbeiten müssen.

LLE 3 *Im interprofessionellen Team kommunizieren* fand Anknüpfungspunkte in verschiedenen Lernfeldern des Curriculums, besonders in *Merkmale und Bedeutung pflegerischer Kommunikation* und *Personenzentriert kommunizieren*. Während das bisher verwendete Curriculum einen stärkeren Fokus auf allgemeine Kommunikation in der Pflege legte, bot die interEdu-LLE die Möglichkeit, spezifisch interprofessionelle Kommunikationsaspekte zu integrieren. Dies ist besonders relevant, da effektive Kommunikation zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen als Schlüsselfaktor für eine erfolgreiche Patientenversorgung gilt.

LLE 5 *Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten* hatte keine direkte Entsprechung im bisherigen Curriculum. Die Integration dieser LLE stellte somit eine wertvolle Ergänzung dar, die den Auszubildenden neue Perspektiven eröffnete. Die Fähigkeit, zu Versorgende und deren An- und Zugehörige im interprofessionellen Team zu beraten, wird zunehmend als wichtige Kompetenz in der modernen Gesundheitsversorgung angesehen. Dies bestätigen

internationale Reviews, in denen auch aufgezeigt wird, dass aus Sicht der zu versorgenden Menschen, Interventionen zur Verbesserung der interprofessionellen Versorgung von Vorteil sein können. Es wird empfohlen, IPE durchzuführen, um das Rollenverständnis von Gesundheitsfachpersonen zu stärken und dadurch eine personenzentrierte, interprofessionelle Versorgung zu fördern. (vgl. Sigmon u.a. 2022: 2102, 2111; Ho u.a. 2023: 9f.)

LLE 7 *Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden* knüpfte an das Thema Ethik an, das im Curriculum in *Grundbegriffe der Pflegeethik* behandelt wird. Die interEdu-LLE erweiterte diesen Aspekt um die spezifische Fokussierung auf ethische Entscheidungsfindung im interprofessionellen Kontext.

3.2 Integration des bestehenden Curriculums

Die Integration der interEdu-LLE in ein bestehendes schulinternes Curriculum erweist sich als ein komplexer Prozess, der maßgeblich den Erfolg des neuen Curriculums beeinflusst. Dass dies einige Zeit erfordert, ist verständlich, schließlich verlangt eine erfolgreiche Implementierung interprofessioneller Lernangebote eine tiefgreifende Anpassung bestehender Strukturen, nicht nur das additive Hinzufügen neuer Inhalte (vgl. Thistlethwaite 2012: 58ff.). Diese Anpassung umfasst nicht nur die Lehrinhalte selbst, sondern auch die Lehr- und Lernmethoden, die Bewertungskriterien und die institutionellen Strukturen (vgl. Kaap-Fröhlich u.a. 2022: 2).

Zunächst ist der zeitliche Aspekt der durchzuführenden Unterrichtseinheiten (UE) zu nennen. Die Pilotierung hat hier beispielhaft gezeigt, dass interprofessioneller Unterricht mehr Zeit in Anspruch nimmt. Dies ist nicht verwunderlich, da die Lernenden oft erstmals auf unbekannte Lernende anderer Berufsgruppen treffen. Eine gewisse Zeit des Kennenlernens sollte daher eingeplant werden. Im schulinternen Curriculum wurde diese Überlegung durch eine zusätzliche UE zu Beginn jeder interprofessionellen LLE berücksichtigt. Hier stellen die Auszubildenden gegenseitig kurz ihre jeweiligen Berufe vor, wodurch ein Verständnis für die andere Gruppe entsteht und Hemmungen abgebaut werden. Die Beobachtung in der Pilotierung zeigte, dass die Auszubildenden anschließend gelöster und effizienter zusammenarbeiten. Diese Beobachtung deckt sich mit den Ergebnissen von Krystallidou und Kolleg*innen (2024: 11), die feststellen, dass Studierende in einer sicheren Lernumgebung eher bereit sind, Risiken einzugehen und aktiv zum Team beizutragen. Dennoch muss diese UE an anderer Stelle zeitlich kompensiert werden.

Zusätzlich wird am Ende der LLE eine weitere UE für die Reflexion des Gelernten und der Zusammenarbeit eingeräumt. Diese Reflexion ist besonders wichtig, da sich auch bei der Pilotierung der in der Fachliteratur beschriebene Effekt gezeigt hat, dass in der Reflexion oft die bedeutendsten Erkenntnisse zur Zusammenarbeit formuliert werden (vgl. Riskiyana u.a. 2018: 11). Die Reflexionsphase bietet den Lernenden die Möglichkeit, ihre Erfahrungen zu verarbeiten, Feedback zu geben und

zu erhalten sowie Strategien für zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Dies fördert nicht nur das Verständnis für die Rollen und Perspektiven anderer Berufsgruppen, sondern auch die Entwicklung einer interprofessionellen Identität (vgl. Kaap-Fröhlich u.a. 2022: 3).

Der zeitliche Aspekt von 2 UE pro LLE zusätzlich zu den eigentlichen Inhalten ist zwar nicht immens, aber nicht zu vernachlässigen. Da im schulinternen Curriculum bisher alle UE vergeben waren, mussten für jede neue LLE zwei UE freigeschaffen werden. Hier boten sich zwei mögliche Lösungen: Entweder wurden die UE von der Gesamtzeit der LLE abgezogen oder an anderer Stelle entnommen. Eine allgemeingültige Lösung ließ sich nicht finden, weshalb eine Hybridlösung gewählt wurde, die sich je nach LLE unterscheidet.

Schon bald zeigte sich, dass auch einige der im interEdu-Curriculum vorgeschlagenen Fallbeispiele Anpassungen erforderten, um den spezifischen Gegebenheiten der Schule gerecht zu werden. Beispielsweise absolvieren die Lernenden ihre Einsätze in der Akutversorgung erst am Ende des ersten Ausbildungsdrittels. Inhalte, die sich auf den Versorgungskontext Klinik beziehen, sind im schuleigenen Curriculum aus diesem Grunde noch nicht in den ersten Theorieblöcken verankert. Da die LLE 2 *Mobilisation und Selbstversorgung interprofessionell fördern* bereits Ende des ersten Theorieblocks durchgeführt werden sollte, war eine Anpassung der vorgeschlagenen Fallbeispiele notwendig. Das gegebene Fallbeispiel wurde auf einen anderen Versorgungskontext (von akut zu stationär) übertragen und die Situation von postoperativer Versorgung zu Versorgung nach einem Klinikaufenthalt geändert.

Diese Anpassungen unterstreichen die Notwendigkeit, interprofessionelle Bildungsinhalte nicht nur an die curricularen Gegebenheiten, sondern auch an den Wissens- und Erfahrungsstand der Studierenden anzupassen. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen den Lehrenden verschiedener Disziplinen und eine kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Lehrmaterialien (vgl. Kaap-Fröhlich u.a. 2022: 4). Schließlich muss sichergestellt sein, dass die zu behandelnden Themen auch bei den Lernenden der anderen Berufsgruppe bereits unterrichtet wurden.

Des Weiteren erfordert die Integration interprofessioneller Lernangebote in bestehende Curricula auch eine Anpassung der Bewertungsmethoden. Traditionelle Prüfungsformate, die auch im bisherigen Curriculum großteils aus Klausuren bestanden, sollten ergänzt oder ersetzt werden durch Methoden, die die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit adäquat erfassen können. Beispiele hierfür sind die Einführung von teambasierten Prüfungen, Reflexionsportfolios oder die Bewertung von Gruppenarbeiten (vgl. Riskiyana u.a. 2018: 76). Für die bisher in das Curriculum aufgenommenen LLE wurden eben solche Prüfformate festgelegt, welche die bisherigen Klausuren ersetzen.

Klar zeigte sich, dass die theoretische Vor- und Nachbereitung bezüglich des Curriculums eine komplexe, wenn auch lohnenswerte Aufgabe war. Deutlich herausfordernder waren der Umgang mit bestimmten Kontextfaktoren und die tat-

sächliche Gewinnung anderer Berufsgruppen für die Zusammenarbeit. Eine Betrachtung dieser teils unerwarteten Ergebnisse der Pilotierung erfolgt in Kap. 4. Zunächst wird im folgenden Abschnitt die Verzahnung der Lernorte mit besonderem Fokus auf die Praxisanleitung thematisiert.

3.3 Verzahnung der Lernorte

Im interEdu-Curriculum sind Lehr-/Lernsituationen für die drei Lernorte Pflegeschule, Praxis und dritter Lernort formuliert. In der Pflegeschule werden Kompetenzen angebahnt, die am Lernort Praxis durch Anleitung, begleitete Unterstützung sowie eine zunehmend selbstständige Anwendung und Reflexion weiter gestärkt und ausdifferenziert werden, mit dem Ziel, die Lernenden in der Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz zu fördern (vgl. Balzer u.a. 2025: 18). Weil die Betrachtung der Perspektive von Praxisanleitenden auf die Durchführung interprofessioneller Lernangebote im Sinne der Verzahnung der Lernorte hohe Relevanz hat, wurde im Anschluss an die Durchführung der LLE eine schriftliche Befragung zweier praxisanleitender Personen durchgeführt. Die in diesem Abschnitt aufgeführten Zitate entstammen jenen Befragungen.

Die Lernorte sollen sich »auf sinnvolle Weise so ergänzen, dass die Lernenden bei der Entwicklung ihrer beruflichen Handlungskompetenz unterstützt werden« (Maurer 2022: 4). Die Lernwege sollen multipel verlaufen und nicht als linear verlaufende *Einbahnstraße* genutzt werden. Um die multiplen Lernwege sinnvoll aufeinander abzustimmen, ist eine funktionierende Lernortkooperation essenziell (vgl. Balzer u.a. 2025: 18f.). Aus diesem Grund wurden im Rahmen des Projekts interEdu nicht nur Lehr-/Lernsituationen für alle drei Lernorte konzipiert, sondern zudem wurde für die Pilotierung der interprofessionellen Lernangebote die Bildung von lokalen Arbeitsgruppen (AG) angeregt. Diese sollten sich mindestens aus Leitungspersonen, Lehrenden, Lernenden und Praxisanleitenden zusammensetzen. Neben den Lernenden stellte sich auch die Rekrutierung von Praxisanleitenden für die AG als schwierig dar.¹

Auch an der in diesem Beitrag vorgestellten Pflegeschule, die an der Pilotierung des interEdu-Curriculums partizipierte, war die Teilnahme von Praxisanleitenden an den AG-Treffen und den Supervisionen nur punktuell möglich. Dies resultierte im Wesentlichen aus anderweitigen Verpflichtungen, die im Rahmen der Tätigkeit als Praxisanleitende bestehen. Grundsätzlich wurde großes Interesse an der Implementierung interprofessioneller Lernangebote bekundet und es konnten mehre-

1 Details hierzu bietet der Beitrag von Tanja Lehnen: Implementierungsstrategien im Rahmen des Projekts interEdu – Prozess der Pilotierung und qualitative Einschätzung, in diesem Sammelband.

re interprofessionelle Anleitungen durchgeführt werden. Als persönliche Einschätzung schilderte die praxisanleitende Person:

»Die Lernenden zeigten sich den ganzen Vormittag über engagiert und aufgeschlossen, was in meinen Augen auf großes Interesse an den Inhalten hinwies. Besonders die praktischen Übungen zur Selbsterfahrung stießen auf großes Interesse und förderten einen lebendigen Austausch. Diese Übungen bildeten einen wertvollen Brückenschlag zwischen den beiden Berufsgruppen und eröffneten einen bereichernden Erfahrungsaustausch.« (PA 2)

Es wird in dem Zitat deutlich, dass aus Sicht der Praxisanleitenden interprofessionelle Anleitungen gewinnbringend für die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen sein können. In einer kurzen Befragung wurden Praxisanleitende auch aufgefordert Hinderungsgründe interprofessioneller Anleitungen zu schildern. Eine Anleitende meint, dass es eigentlich keinen wirklichen Hinderungsgrund gibt, aber dennoch einige Aspekte zu bedenken sind: Es wird konkret auf eine Anleitung zum Thema Grundlagen der Kommunikation eingegangen, die mit Auszubildenden der Pflege und Lernenden der Hauswirtschaft stattfand:

Es »sollten unterschiedliche Fachkenntnisse und Erwartungen berücksichtigt werden. Hauswirtschaftliche und pflegerische Aufgaben verfolgen oft unterschiedliche Ziele und Prioritäten. Während Pflegekräfte sich auf die körperliche und psychische Betreuung der Patienten konzentrieren, liegt der Fokus von Hauswirtschaftskräften eher auf der Gestaltung der Lebensumstände und der praktischen Organisation des Alltags. Dies erfordert eine besondere Berücksichtigung bei der Aufgabenstellung und Anleitungsgestaltung.« (PA 2)

Eine andere Praxisanleitende formuliert einen Hinderungsgrund deutlich, indem aufgezeigt wird, dass die Lernenden verschiedener Professionen nicht die gleiche Arbeit in der Gesundheitseinrichtung durchführen. An dieser Stelle bleibt offen, was unter der gleichen Arbeit verstanden wird. Bisher verfügte die befragte Person noch über keine Erfahrungen in interprofessionellen Anleitungen. Daraus kann geschlossen werden, dass der Blick für interprofessionelle Lehr-/Lernsituationen noch nicht sehr geschult ist. Ein Interesse, interprofessionelle Anleitungen durchzuführen, besteht bei der Person. Auf die Frage, was sie dazu motiviert, schreibt sie:

»Das qualitativ hoch auf allen Stationen gearbeitet wird, [und] dass alle Lernenden gut angeleitet werden und sich nicht alleine fühlen.« (PA 1)

Dafür wünscht sich die anleitende Person mehr Zeit und mehr Personal, was sich auch eine andere Anleitungsperson, wünscht. Auch wenn in dem obigen Zitat noch nicht spezifisch auf die interprofessionelle Zusammenarbeit eingegangen wird,

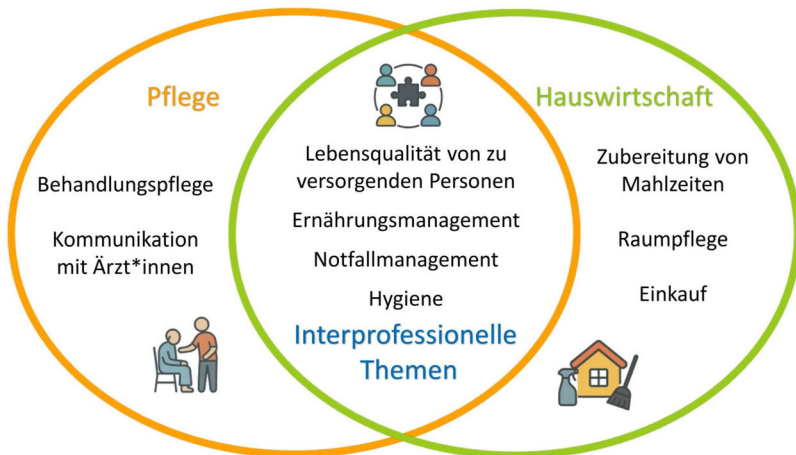
kann aus dem Sich-nicht-alleine-Fühlen das Bestreben, Lernende auf Peer-to-Peer-Ebene interprofessionell zusammenzubringen, gedeutet werden. Final werden als mögliche Themen für interprofessionelle Anleitungen die Grundpflege, Vitalzeichen und Hygienemaßnahmen genannt, auch spezifiziert auf die Versorgung von isolationspflichtigen zu Versorgenden.

Hinsichtlich der möglichen Themen identifiziert auch PA 2 geeignete Themen für interprofessionelle Anleitungen, wobei die Person zunächst ein allgemeines Prinzip zur Identifikation der Themen vorschlägt:

»Interprofessionelle Anleitung sollte stets dort angestrebt werden, wo verschiedene Disziplinen ausgebildet werden und an den Schnittstellen miteinander arbeiten. Im Mittelpunkt sollten alle Themen stehen, die als gemeinsame Überschneidungen betrachtet werden können. Obwohl der Blickwinkel auf diese Schnittmengen je nach Disziplin variieren mag, sollten dennoch gemeinsame Ziele verfolgt werden. Schnittmengen lassen sich leicht identifizieren und bieten die Möglichkeit, auch weitere Fachbereiche in die Zusammenarbeit einzubeziehen.« (PA 2)

Beispielhaft wird dies in Abbildung 1 illustriert für die Professionen Pflege und Hauswirtschaft.

Abbildung 1: Identifikation von Schnittstellen (in Anlehnung an PA 2)



Der von PA 2 angefertigten Illustration können mittig Themen für interprofessionelle Anleitungen entnommen werden. Als Motivation, interprofessionell anzu-

leiten, formuliert die praxisanleitende Person direkt langfristige Ziele, die sie sich daraus erschließt:

- »Durch den Austausch entstehen ein besseres Verständnis und effektivere Kommunikation zwischen den Berufsgruppen.
- Beide Berufsgruppen können ihre Expertise kombinieren, was die Versorgung der Bewohner*innen umfassender, ganzheitlicher und zufriedenstellender macht.
- Aufgaben können besser abgestimmt und Ressourcen gezielter eingesetzt werden.
- Beide Gruppen können voneinander lernen und ihre Kenntnisse erweitern.« (PA 2)

Zusammenfassend kann aus dieser sehr kleinen schriftlichen Befragung von Praxisanleitenden resümiert werden, dass reges Interesse besteht, interprofessionelle Anleitungen in der Praxis durchzuführen. Es wurden einige Ideen für Themen aufgezeigt und die Motivation, diese umzusetzen wurde deutlich. Beides zeugt von einem großen Engagement für IPE. Der Faktor Zeit präsentiert sich auch im Kontext der Praxisanleitung als ein zentraler Punkt, der scheinbar als limitierend erlebt wird. Final wird konstatiert, dass Leitungspersonen den Bedarf für Zeit im Kontext IPE beachten und diese, soweit möglich, zur Verfügung stellen. Ferner kann für alle an IPE beteiligten Personen angemerkt werden, dass auch folgende Aspekte ins Blickfeld genommen werden:

- Wie können wir IPE ressourcenschonend umsetzen?
- Wo können wir Zeit und Raum schaffen, um IPE umzusetzen?

Hierbei kann es angeraten sein, erstmal klein anzufangen und interprofessionelle Lernangebote langsam weiterzuentwickeln. IPE findet statt, wenn Lernenden von mindestens zwei unterschiedlichen Professionen gemeinsam von-, über- und miteinander lernen (vgl. Barr 2017: 7). Demnach findet IPE bereits statt, wenn zwei Personen aus zwei Professionen gemeinsam lernen.

4. Erkenntnisse der Pilotierung

Es dürfte nicht überraschen, dass die Umsetzung gewählter interprofessioneller LLE auch mit einigen strukturellen Veränderungen einhergehen muss, um erfolgreich zu sein. Wie Reeves und Kolleg*innen (2016) betonen, hängt die erfolgreiche Durchführung interprofessioneller Bildungsmaßnahmen sowohl von der inhaltlichen Gestaltung des Curriculums als auch von der Umsetzung erforder-

licher struktureller Anpassungen ab. Der Begriff *strukturell* kann hier sicher zwei Bedeutungen haben: einerseits, wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, erfordert die Umsetzung Änderungen am Curriculum, andererseits sind insbesondere seitens der Schulen Anpassungen notwendig, um die Unterrichte überhaupt durchführen zu können. Es sind eben jene Kontextfaktoren, die bei der Pilotierung oftmals als entscheidend hilfreich oder hindernd empfunden wurden. Diese Erfahrungen sowie die aufgrund ihrer Wichtigkeit und des damit verbundenen Arbeitsaufwands gesondert zu nennende Gewinnung von anderen Berufsgruppen werden daher im nachfolgenden Abschnitt erläutert.

4.1 Erlebte Kontextfaktoren

Die Implementierung der interprofessionellen LLEs wurde von verschiedenen Kontextfaktoren beeinflusst, die sich sowohl förderlich als auch hinderlich auswirkten. Die überschaubare Größe der Pflegeschule erwies sich als vorteilhaft, da sie eine flexible Anpassung des Curriculums und schnelle Entscheidungsprozesse ermöglichte. Dies erlaubte es, die neuen LLE zügig zu integrieren und bei Bedarf rasch Anpassungen vorzunehmen. Die Unterstützung der Schulleitung und das Engagement der Lehrpersonen trugen wesentlich zum Gelingen des Projekts bei. Diese Bereitschaft, neue Lehr-/Lernmethoden zu erproben und sich in interprofessionelle Themen einzuarbeiten, ist schließlich eine grundsätzliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung (vgl. Kaap-Fröhlich u. a. 2022: 2f.). Die begrenzte personelle Ausstattung der Pflegeschule stellte jedoch auch eine Herausforderung bei der Umsetzung der neuen Lehrinhalte dar. Die hohe Arbeitsbelastung schränkte die Kapazitäten für die Entwicklung und Durchführung neuer Lehrformate ein.

Ein weiterer hinderlicher Faktor bestand in den räumlichen Gegebenheiten. Die vorhandenen Räume der Pflegeschule sind für maximal 30 Personen zugelassen, während zwei Kurse aus den verschiedenen Berufsgruppen in der Regel mehr als 30 Personen umfassen. Dies führte zu zusätzlichen Herausforderungen: Es mussten mehr Räume belegt werden, was den Platz für andere Klassen zur gleichen Zeit reduzierte. Zudem erforderte eine Teilung der Klassen in kleinere Gruppen mehr Personal. Obwohl eine solche Teilung für den Lernerfolg grundsätzlich vorteilhaft ist (vgl. Riskiyana u. a. 2018: 75), stellte sich die Frage, woher zusätzliche Lehrpersonen genommen werden sollten. Die Besonderheit dieser Unterrichtsform und die damit einhergehende Teilung führte außerdem zu erhöhter Aufregung bei den Beteiligten, da sie sich deutlich vom sonstigen Unterricht unterschied und keine Routine darstellte.

Ein weiterer wichtiger Aspekt war der bei IPE erhöhte Personalbedarf, idealerweise mit Lehrpersonen aus beiden beteiligten Berufsgruppen. Es zeigte sich für diese Einrichtung, dass IPE schwer als Routine umsetzbar ist und sich besser für Projekttage eignet. In manchen Fällen war eine monoprofessionelle Lehre

in Teilstunden mit anschließender gemeinsamer Arbeit beider Berufsgruppen unumgänglich. Interessanterweise äußerten die Auszubildenden den Wunsch, möglichst durchgängig gemeinsam unterrichtet zu werden. Dies deckt sich mit Erkenntnissen aus der Literatur, die zeigen, dass Studierende in interprofessionellen Lernumgebungen oft ein erhöhtes Engagement und eine gesteigerte Motivation aufweisen (vgl. Krystallidou u.a. 2024: 11ff.).

Der organisatorische Aufwand erwies sich außerdem als beträchtlich: Unterschiedliche Unterrichtszeiten und Fahrtwege der beteiligten Berufsgruppen anderer Schulen mussten berücksichtigt werden, was zu Zeitverlusten führte. Eine enge Abstimmung und gemeinsame Vorbereitung der Einheiten mit den Lehrpersonen der anderen Schulen war essenziell, stellte aber auch eine Herausforderung dar.

Bezüglich der Auswahl der Lerngruppen zeigte sich, dass eine Kombination von zwei Berufsgruppen mit ähnlichem Ausbildungsstand am effektivsten war. Ein Versuch, Pflegende aus dem ersten Ausbildungsdrittel mit Auszubildenden der Physiotherapie aus dem zweiten Jahr zu kombinieren, erwies sich als weniger erfolgreich. Diese Erfahrung deckt sich mit Forschungsergebnissen, die zeigen, dass ein vergleichbarer Wissensstand der Teilnehmenden eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche interprofessionelle Lernprozesse ist (vgl. Riskiyana u.a. 2018: 76). Die Auswahl der Lerngruppen, in denen gemeinsam interprofessionell unterrichtet werden soll, erwies sich als sehr wichtig. Die Gründe dafür und die dabei auftretenden Schwierigkeiten werden im Folgenden skizziert.

4.2 Erfahrungen bei der Gewinnung anderer Gesundheitsberufe

Während einige Kooperationen erfolgreich etabliert werden konnten, erwies sich die Gewinnung anderer Gesundheitsberufe in manchen Fällen als schwierig. Für *LLE 2 Mobilisation und Selbstversorgung interprofessionell fördern* konnte die Schule eine fruchtbare Zusammenarbeit mit einer Schule für Physiotherapie aufbauen. Diese Kooperation erwies sich als besonders vorteilhaft, da beide Einrichtungen im gleichen Gebäude untergebracht sind. Die räumliche Nähe erleichterte die Kommunikation und Abstimmung erheblich. Zudem zeigten das Lehrpersonal und die Schulleitung der Physiotherapieschule von Anfang an die Bereitschaft, das Projekt personnel zu unterstützen.

Auch bei der Umsetzung von *LLE 5 Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten* konnte die Schule auf bestehende Netzwerke zurückgreifen. Die Kooperation mit den Kolleg*innen einer Bildungseinrichtung des gleichen Trägers, die für die Ergotherapie-Ausbildung zuständig ist, gestaltete sich besonders unkompliziert. Diese Erfahrung zeigt, wie wertvoll institutionelle Verbindungen für die Implementierung interprofessioneller Lernangebote sein können (vgl. Kaap-Fröhlich u.a. 2022: 2f.).

Trotz dieser positiven Beispiele gab es auch Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Kooperationspartnern. Besonders deutlich wurde dies bei der Umsetzung von LLE 7 *Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden*. Ursprünglich war geplant, diese Einheit in Form eines einwöchigen Seminars durchzuführen. Allerdings erwies es sich als unmöglich, einen Praxispartner zu finden, der bereit war, seine Lernenden für diese Art des Unterrichts freizustellen oder generell an diesem Lehrformat teilzunehmen. Diese Erfahrung verdeutlicht einige der zentralen Herausforderungen bei der Implementierung interprofessioneller Lernangebote: Die zeitliche Koordination und Freistellung von Lernenden für spezielle Lehrformate kann für viele Einrichtungen eine logistische Herausforderung darstellen (vgl. Riskiyana u. a. 2018: 76) und unterschiedliche Lehrtraditionen und Ausbildungsstrukturen mögen die Akzeptanz neuer Formate erschweren. Viele Einrichtungen sehen sich möglicherweise nicht in der Lage, zusätzliche Lehrveranstaltungen in ihren bereits dichten Ausbildungsplan zu integrieren. Als Konsequenz aus diesen Schwierigkeiten musste die Schule die Umsetzung von LLE 7 anpassen. Statt des geplanten interprofessionellen Seminars wurde die Einheit schließlich im regulären Unterrichtsformat durchgeführt.

Es ist wichtig anzumerken, dass einige zum Zwecke einer Kooperation angefragte Schulen explizit äußerten, dass sie interEdu für sich nicht als relevant ansahen. Diese Haltung verdeutlicht eine grundsätzliche Herausforderung bei der Implementierung interprofessioneller Lernangebote: die unterschiedliche Wahrnehmung der Relevanz und des Nutzens solcher Ansätze in verschiedenen Ausbildungskontexten. Die Erfahrungen zeigen, dass die erfolgreiche Implementierung interprofessioneller Lernangebote von verschiedenen Faktoren abhängt. Während räumliche Nähe, bestehende Netzwerke und persönliches Engagement förderlich sind, können unterschiedliche strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen sowie divergierende Ansichten über die Relevanz interprofessioneller Ausbildung erhebliche Hindernisse darstellen.

Für zukünftige Bestrebungen, IPE umzusetzen, wird es wichtig sein, frühzeitig potenzielle Barrieren zu identifizieren, den Nutzen von IPE klar zu kommunizieren und flexible Lösungsansätze zu entwickeln, um die Beteiligung verschiedener Gesundheitsberufe an interprofessionellen Lehrveranstaltungen zu ermöglichen. Ferner ist die Integration aller an IPE beteiligten Personen in begleitende Arbeitsgruppen zu beachten. Die Kurzbefragung in diesem Beitrag zeigt deutlich auf, welche wichtigen Aspekte Praxisanleitende zum Gelingen der Umsetzung interprofessioneller Lernangebote beitragen können.

Unter Berücksichtigung der mannigfachen Herausforderungen, mit denen sich die in diesem Beitrag pilotierende Pflegeschule im Rahmen der dargestellten Implementierung konfrontiert sah, konnte interprofessionelle Lernangebote während der Pilotierung größtenteils erfolgreich umgesetzt werden. Seitens der begleitenden Person aus dem interEdu-Projektteam wurde die stets sehr engagierte

und kreative Art und Weise aller an der Implementierung beteiligten Personen der hier vorgestellten Pflegeschule in jedem Kontakt sehr positiv wahrgenommen. Die gemeinsamen Termine gestalteten sich immer sehr konstruktiv und es wurden schnell Lösungsansätze erarbeitet, die überwiegend umgesetzt werden konnten. Letztlich konnte die verhältnismäßig kleine Pflegeschule mit vier LLE mehr als ein Drittel des gesamten interEdu-Curriclums implementieren.

5. Fazit

Die in diesem Beitrag beschriebene Implementierung von IPE an einer Pflegeschule hat wertvolle Erkenntnisse über die Herausforderungen und Chancen der Integration interprofessioneller Lernangebote in bestehende Curricula geliefert. Deutlich wurde, dass die erfolgreiche Umsetzung von IPE ein komplexer Prozess ist, der sorgfältige Planung, Flexibilität und kontinuierliche Anpassung erfordert. Ein zentrales Ergebnis der Pilotierung ist die Erkenntnis, dass die Integration interprofessioneller Bildung weit mehr als das bloße Hinzufügen neuer Inhalte erfordert. Vielmehr verlangt sie eine tiefgreifende Anpassung bestehender Strukturen, die sowohl curriculare als auch organisatorische Aspekte umfasst (vgl. Thistlethwaite 2012: 58ff.). Hier wurde dies durch die Einführung zusätzlicher Unterrichtseinheiten sowie durch die Anpassung von Prüfungsformaten umgesetzt. Die Erfahrungen unterstreichen die Bedeutung kontextueller Faktoren für den Erfolg interprofessioneller Bildungsinitiativen.

Die überschaubare Größe der Pflegeschule erwies sich als vorteilhaft, da sie schnelle Entscheidungsprozesse und flexible Anpassungen ermöglichte. Gleichzeitig stellten räumliche Beschränkungen und begrenzte personelle Ressourcen Herausforderungen dar, die kreative Lösungsansätze erforderten. Diese Erfahrungen zeigen, dass die Implementierung interprofessioneller Lernangebote stets im Zusammenhang mit spezifischen institutionellen Gegebenheiten betrachtet und gestaltet werden muss.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der sich aus der Pilotierung ergab, ist die Bedeutung der Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen. Die erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Physiotherapieschule und der Ergotherapie-Ausbildung zeigte das Potenzial bestehender Netzwerke und räumlicher Nähe. Gleichzeitig offenbarten die Schwierigkeiten bei der Gewinnung einiger Kooperationspartner die Notwendigkeit, den Nutzen interprofessioneller Bildung klar zu kommunizieren und flexible Lösungen für die Integration in bestehende Ausbildungsstrukturen zu entwickeln.

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich die in der Literatur beschriebenen Vorteile interprofessioneller Lernumgebungen während der Pilotierung bestätigten. Die Beobachtung, dass Lernende in solchen Settings ein erhöhtes Engagement und eine

gesteigerte Motivation aufweisen (vgl. Krystallidou u.a. 2024: 11ff.), deckt sich mit den Rückmeldungen der Auszubildenden. Dies unterstreicht das Potenzial interprofessioneller Bildung, nicht nur fachliche Kompetenzen zu fördern, sondern auch die Lernmotivation und das Verständnis für andere Berufsgruppen zu steigern.

Für die zukünftige Entwicklung interprofessioneller Bildungsangebote lassen sich aus den Erfahrungen mehrere Handlungsempfehlungen ableiten:

- a) Frühzeitige und umfassende Curriculumsplanung: Die Integration interprofessioneller Lernangebote sollte von Beginn an in die Curriculumsplanung einbezogen werden, um eine kohärente und nachhaltige Implementierung zu gewährleisten.
- b) Flexibilität in der Umsetzung: Angesichts der vielfältigen Herausforderungen ist es wichtig, flexible Lösungsansätze zu entwickeln und bereit zu sein, Konzepte bei Bedarf anzupassen.
- c) Aufbau und Pflege von Kooperationsnetzwerken: Die Zusammenarbeit mit anderen Bildungseinrichtungen und Gesundheitsberufen sollte aktiv gefördert und gepflegt werden, um das Potenzial interprofessioneller Bildung voll auszuschöpfen.
- d) Kontinuierliche Evaluation und Anpassung: Regelmäßige Evaluationen der implementierten LLE sind notwendig, um deren Wirksamkeit zu überprüfen und Verbesserungspotenziale zu identifizieren.
- e) Förderung der Akzeptanz: Es bedarf gezielter Maßnahmen, um die Akzeptanz und das Verständnis für die Bedeutung interprofessioneller Bildung bei allen Beteiligten zu fördern.

Was für eine kleine Solitärschule wie die in diesem Beispiel beschriebene funktioniert, mag für größere Institutionen anders aussehen. Dennoch bieten die hier gewonnenen Erkenntnisse Anregungen für andere Bildungseinrichtungen, die vor ähnlichen Herausforderungen stehen. Für die Zukunft plant die Schule, die interprofessionellen Elemente weiter zu vertiefen und auszubauen. Ein besonderer Fokus wird dabei auf der Verstärkung der Kooperationen mit anderen Gesundheitsberufen und der Entwicklung gemeinsamer Lehrveranstaltungen liegen. Auch die kontinuierliche Weiterbildung der Lehrpersonen im Bereich der IPE wird eine wichtige Rolle spielen.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Implementierung interprofessioneller Lehrinhalte als erfolgreiches Beispiel dafür dienen kann, wie auch kleinere Bildungseinrichtungen innovative Lehrkonzepte umsetzen und damit einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe leisten können. Die gewonnenen Erkenntnisse bilden eine wertvolle Grundlage für die weitere Entwicklung und Verbesserung der Ausbildungsqualität im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Festzuhalten ist zum Schluss, dass das übergeordnete Ziel aller Bildungseinrichtungen und Schulen im Gesundheitswesen die bestmögliche Qualität der Versorgung ist. Interprofessionelle Bildung ist ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zu diesem Ziel.

Indem wir Gesundheitsfachpersonen ausbilden, die effektiv in interprofessionellen Teams zusammenarbeiten können, tragen wir zur Verbesserung der Versorgung in allen Settings bei. In diesem Sinne ist jeder Schritt in Richtung IPE ein Schritt hin zu einer qualitativ hochwertigen, personenzentrierten Versorgung – ein Ziel, das alle Akteure im Gesundheitswesen vereint.

Literatur

- Balzer, Katrin/Busch, Jutta/Faber, Anne/Hildebrand, Birte/Kühn, Anja/Lehnen, Tanja/Leimer, Miriam/Lüth, Frederike/Püschel, Laura/Rahn, Anne C./Tolksdorf, Katharina H./Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Wolter, Lisa (2025). Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu). Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- 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)
- Cichon, Irina/Klapper, Bernadette (2018). Interprofessionelle Ausbildungsansätze in der Medizin. In: Bundesgesundheitsblatt, 61 (2), S. 195–200.
- Ho, Joanna Tanuwijaya/See, Min Ting Alicia/Tan, Apphia Jia Qi/Levett-Jones, Tracy/Lau, Tang Ching/Zhou, Wentao/Liaw, Sok Ying (2023). Healthcare professionals' experiences of interprofessional collaboration in patient education: A systematic review. In: Patient Education and Counseling, 116, 107965.
- Kaap-Fröhlich, Sylvia/Ulrich, Gert/Wershofen, Birgit/Ahles, Jonathan/Behrend, Ronja/Handgraaf, Marietta/Herinek, Doreen/Mitzkat, Anika/Oberhauser, Heidi/Scherer, Theresa/Schlicker, Andrea/Straub, Christine/Waury-Eichler, Regina/Wesselborg, Bärbel/Witti, Matthias/Huber, Marion/Bode, Sebastin F. N. (2022). Positionspapier GMA-Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen – aktueller Stand und Zukunftsperspektiven. In: GMS Journal for Medical Education, 39 (2), Doc17.
- Krystallidou, Demi/Kersbergen, Maria J./Groot, Esther de/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. 1607–1624.
- Maurer, Markus (2022). Der dritte Lernort: Möglichkeiten und Grenzen der Lernortkooperation in der überbetrieblichen Ausbildung. In: *Transfer. Berufsbildung in Forschung und Praxis*, 7 (1).
- Paradis, Elise/Whitehead, Cynthia R. (2015). Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013. In: *Medical Education*, 49 (4), S. 399–407.
- Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV). Online: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/index.html#BJNR157200018BJNE000900000> (Abruf: 27.11.2025).
- Reeves, Scott/Fletcher, Simon/Barr, Hugh/Birch, Ivan/Boet, Sylvain/Davies, Nigel/McFadyen, Angus/Rivera, Josetta/Kitto, Simon (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. In: *Medical Teacher*, 38 (7), S. 656–668.
- Reeves, Scott/Perrier, Laure/Goldman, Joanne/Freeth, Della/Zwarenstein, Merrick (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and health-care outcomes (update). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3 (3).
- Riskiyana, Rilani/Claramita Mora/Rahayu, Gandes R. (2018). Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: A systematic review. In: *Nurse Education Today*, 66, S. 73–78.
- Sigmon, Lorie B./Reis, Pamela J./Woodard, Elizabeth K./Hinkle, Julie F. (2022). Patient and family perceptions of interprofessional collaborative teamwork: An integrative review. In: *Journal Of Clinical Nursing*, 32 (9–10), S. 2102–2113.
- Thistlethwaite, Jill (2012). Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. In: *Medical Education*, 46 (1), S. 58–70.
- World Health Organisation WHO (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization.

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung (Bilder generiert per OpenAI (2025))

Implementierungsstrategien von interprofessionellen Lehr-/Lernarrangements an Hochschulen

Jan-Hendrik Ortloff, Michaela Stratmann, Andrea Schlicker und Daniela Schmitz

Zusammenfassung *Interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert Aushandlungsprozesse zur Abstimmung von Zielen, Prioritäten und Kompetenzen. Besonders im Hochschulbereich sind daher eine sorgfältige Planung, Evaluation und kontinuierliche Anpassung von interprofessionellen Lehr-/Lernformaten essenziell. Lehrende sollten gezielt Kompetenzen definieren, didaktische Konzepte gestalten und adäquate Lehrmethoden festlegen. Der Beitrag zeigt, dass Strategien wie die Normalisierungsprozessstheorie, Fragenkataloge oder Workshops zu interprofessionellen Lehrformaten die Kompetenzen und Kooperationen gezielt fördern und Lernende durch Reflexion und kognitive Partizipation auf die Praxis vorbereiten können.*

1. Interprofessionelle Lehr-/Lernarrangements

Die interprofessionelle Ausbildung (interprofessional education, IPE) ist im Hochschulbereich eine Form des Lernens, bei der Lehrende und Lernende unterschiedlicher Disziplinen zusammenarbeiten, damit sie ihre fachlichen und überfachlichen Kompetenzen (weiter-)entwickeln können. Dadurch kann eine Handlungsgemeinschaft entstehen, die eigene disziplinäre Kompetenzen festigt und andererseits die arbeitsteilige Ergänzung und Würdigung anderer beruflicher Kompetenzen ermöglicht. Die IPE ist daher eine notwendige Voraussetzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. Sottas 2020: 10). Das anvisierte Ziel ist der Erwerb von Kompetenzen für die alltägliche berufliche Praxis im Gesundheitswesen, in der die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen essenziell ist. Im Kontext von Gesundheit soll IPE eine effektive Zusammenarbeit anbahnen und dadurch Studierende und Auszubildende auf die Herausforderungen einer vernetzten, analogen und digitalen Gesundheitsversorgung vorbereiten (vgl. Kaap-Fröhlich u.a. 2022: 16). Dabei erfordert die Implementierung von IPE in das Curriculum eine sorgfältige Planung und Anpassung der Methoden, da für die Umsetzung eine enge Kooperation zwischen verschiedenen Fakultäten, Lehrenden und Lernenden erforderlich ist. Zudem ist die Implementierung von Innovationen stets von ihren Rahmenbedin-

gungen beeinflusst. Diese lassen sich in organisatorische und individuelle Einflussfaktoren unterteilen. Organisatorisch-strukturell nehmen die finanziellen, personellen und Wissens-Ressourcen einer Institution Einfluss (vgl. Hoben 2015b: 155ff.). Neben der Innovation selbst können die aktiv an der Implementierung Beteiligten und deren Einstellung, der Kontext innerhalb und außerhalb einer Organisation sowie die Anpassungsstrategien Einfluss auf den Implementierungsprozess nehmen.

Grundsätzliche Erfolgsfaktoren für die Implementierung von IPE fassen Buring u.a. (2009: 6) zusammen und teilen diese in die Bereiche Lernorte, Fakultätsentwicklung und Lerninhalte ein. Einen weiteren Einfluss üben Unterschiede in den Strukturen der Gesundheitsbildungsprogramme aus, wie z.B. curricularer Aufbau und Semesterpläne, abgestimmte Lernziele zwischen den Berufsgruppen sowie Zeitpunkt und Ort der Lerneinheit. Der Lernort kann je nach Unterstützung durch die Fakultät und Hochschulleitung durch personelle und organisatorische Faktoren förderlich oder hinderlich wirken. Die Fakultätsentwicklung umfasst die Akzeptanz von IPE durch und die Weiterbildung von Lehrenden (vgl. z.B. Workshopkonzept von Schmitz/Zupanic 2022: 4) sowie Anforderungen und Kompetenzen aus Sicht der Lehrenden (vgl. Schlicker/Ehlers 2023: 40). In ihrem aktuellen Scoping-Review berücksichtigen Bogossian u.a. (2023: 247) den Zeitraum von 2010 – 2019 und berichten über insgesamt 27 inkludierte internationale Studien zum Prozess der Implementierung von IPE in Gesundheitsstudiengängen. In einer thematischen Analyse verwendeten sie zur Strukturierung der betrachteten Bildungsfaktoren das Rahmenkonzept von D'amour und Oandasan (2005) und konnten relevante Faktoren auf der Mikroebene (Lernkontext und Lehrkräfteentwicklung), Mesoebene (Führung und Ressourcen) und Makroebene (Bildungssystem und kulturelle Werte) extrahieren. Als weiterer Faktor wurde Nachhaltigkeit bei der Umsetzung von IPE identifiziert, die meist fakultativ in das Curriculum integriert und mit interaktiven didaktischen Ansätzen angeboten wird. Das Teamteaching kann dabei eine Vorbildfunktion für die Lernenden einnehmen. Lerninhalte von IPE können die Versorgung chronisch kranker Menschen, kulturelle Faktoren, Herausforderungen des Gesundheitssystems oder Interprofessionalität selbst sein (vgl. Buring u.a. 2009: 6). Bezogen auf die Lerninhalte braucht es eine Einführung, die alle Lernenden abholt, Zeit für Teambildungsprozesse und Arbeitsphasen zu deren Weiterentwicklung sowie Feedback. Die beteiligten Lehrenden und Lernenden nehmen demnach eine erfolgskritische Schlüsselrolle ein, sodass der theoretische Zugang für die Implementierung von IPE von deren Perspektiven ausgeht.

2. Implementierung von IPE-Innovationen in der Hochschule

2.1 Implementierung von Innovationen mithilfe der Normalisierungsprozessstheorie

Implementierungswissenschaftliche Theorien nehmen verschiedene Funktionen ein, so u. a. die Identifikation wichtiger Parameter in Implementierungsprozessen sowie die theoriegeleitete Konzeption, Umsetzung und Evaluation jener Prozesse (vgl. Hoben 2015a: 83f.). Diese Theorien können einen eher passiv-analytischen Charakter oder eher aktiv-handlungsleitenden Charakter besitzen. Die Normalisierungsprozessstheorie der Forschergruppe um May und Finch hat einen passiv-analytischen Charakter und ermöglicht es, aus der Perspektive der beteiligten Akteur*innen nachzuvollziehen, »how and why things become, or don't become, routine and normal components of everyday work« (vgl. May/Finch 2009: 535).

Für den Einsatz der Normalisierungsprozessstheorie (NPT) sind der Kontext und die jeweiligen Mechanismen und Outcomes bedeutsam. Der Kontext ist durch Ereignisse in einem System gekennzeichnet, in dem die Innovation umgesetzt werden soll. Mechanismen werden als die durch die Akteur*innen geleistete Arbeit definiert, wenn sie an Umsetzungsprozessen teilnehmen (vgl. May u. a. 2022: 4). Die vier zentralen Mechanismen der NPT lauten: Kohärenz, kognitive Partizipation, kollektives Handeln und reflexives Monitoring (vgl. May/Finch 2009: 547).

- Kohärenz als Sinnstiftung in der Arbeit: Zu Beginn ist es essenziell, dass Lehrende der neuen Praxis eine Bedeutung beimessen und sie in ihrem beruflichen Kontext als relevant und sinnvoll wahrnehmen. Dieses Verständnis bildet die Grundlage dafür, die Praxis sowohl individuell als auch auf Gruppenebene anwendbar und operationalisierbar zu gestalten. Die zentrale Aufgabe dieser Dimension besteht darin, der neuen Praxis Sinn, Bedeutung und individuelle Ziele zuzuschreiben.
- Kognitive Partizipation als Beziehungsarbeit: Es ist notwendig, Multiplikatoren – hier Lehrende und Lernende in der IPE – zu identifizieren, die die neue Praxis voranbringen und andere Beteiligte motivieren, den Wert des gemeinsamen Lernens zu erkennen und zu unterstützen. Ziel ist es, dass diese Akteur*innen die Praxis legitimieren und aktiv vertreten. Dazu müssen sie verstehen, welche Erwartungen an sie gestellt werden, welche individuellen Beiträge erforderlich sind und wie ihre jeweiligen Verantwortlichkeiten aufeinander abgestimmt sind. Die zentrale Aufgabe dieser Dimension liegt in der Schaffung von Commitment.
- Kollektives Handeln zur Implementierung der neuen Praxis: Die Umsetzung der neuen Praxis erfordert die aktive Beteiligung der Lehrenden und Lernenden, die sie mit Inhalten, Ressourcen und Kompetenzen füllen. Die Verwirklichung

setzt voraus, dass die Beteiligten die Ziele der neuen Praxis vollständig durchdringen. Gleichzeitig ist es notwendig, die Praxis in bestehende Strukturen zu integrieren, sodass sie nahtlos in die alltäglichen Arbeitsprozesse eingebunden werden kann. Hierzu gehört auch der Aufbau einer klaren Arbeitsteilung, die Festlegung von Verantwortlichkeiten sowie die Schaffung von Vertrauen in die Praxis. Die zentrale Aufgabe dieser Dimension besteht darin, die Integration der neuen Praxis in bestehende Arbeitsabläufe zu fördern.

- Reflexives Monitoring zur Bewertung der neuen Praxis: Die Umsetzung und die Wirkungen der neuen Praxis auf individueller und auf Gruppenebene werden systematisch erfasst, analysiert und im Hinblick auf ihren Nutzen und ihre Effektivität bewertet. Auf dieser Basis werden Handlungen und soziale Interaktionen rund um die neue Praxis untersucht, um ihren Einfluss auf Organisation und Akteur*innen zu rekonstruieren. Gegebenenfalls erfolgt eine Anpassung der Praxis und eine Weiterentwicklung des didaktischen Ansatzes. Die zentrale Aufgabe dieser Dimension liegt im Verstehen und der kritischen Reflexion der neuen Praxis.

Durch die NPT können Implementierungsprozesse beschrieben und auf der Basis identifizierter förderlicher und hinderlicher Faktoren gestaltet werden.

2.2 Anwendungsbeispiele zur NPT und IPE

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass sich die NPT für die Implementierung der IPE in Ausbildungen und (dualen sowie ausbildungsbegleitenden) Studiengängen eignet.

Ferguson u.a. (2020: 917) untersuchten anhand der simulationsgestützten Ausbildung in der IPE und unter Verwendung der NPT-Faktoren, wie simulationsbasierte Ausbildung in gesundheitsbezogenen Studiengängen an vier englischen Hochschulen eingeführt wird. Aus der Analyse der qualitativen Interviews gingen unterschiedliche Implementierungsgrade hervor, welche durch Unterstützung und Druck der jeweiligen organisatorischen Leitung, die fachliche Akzeptanz durch die jeweiligen Berufsgruppen und die Entwicklung und Umsetzung des strategischen Ansatzes beeinflusst waren. Unterschiede in der Kohärenz der didaktischen Ziele, der Auswirkungen auf das Lernen und die Beteiligung am kollektiven Handeln sowie der geplanten Umsetzung in der Praxis wirkten sich auf die Implementierung der simulationsbasierten Ausbildung aus.

O'Leary u.a. (2021) untersuchten die Perspektive von Ausbilder*innen in der praxisbezogenen IPE anhand der NPT. Zentral erwies sich eine strategische Planung der IPE mit einer kohärenten Umsetzungsagenda sowie einer geplanten Reflexion der einzelnen Aktivitäten. Darüber hinaus wurde der Aufbau von Partnerschaften mit vermittelnden Organisationen wie Praktikumsstellen sowie Festlegungen der

Zusammenarbeit zwischen Hochschullehrenden und klinischen Lehrenden als wesentlich hervorgehoben. O'Leary u.a. weisen zudem darauf hin, dass es sich dabei nicht um ein *linear start-middle-end narrative* handelt, sondern um einen fortlaufenden Prozess der Anpassung an sich verändernde Umstände (vgl. O'Leary u.a. 2021: 657).

Die nachhaltige Implementierung von Innovationen an Hochschulen ist laut Wood (2017: 33) dadurch erschwert, dass Bildungseinrichtungen komplex aufgebaut sind, Innovationsprozesse nicht linear verlaufen und Hochschulen in vielfältige Austauschbeziehungen mit externen Organisationen eingebunden sind. Dies führt bei den Beteiligten häufig zu dem Gefühl, nur begrenzte Kontrolle zu haben und nicht zu wissen, welche Anforderungen oder Erwartungen an sie gestellt werden. Sind Lehrende nicht an der Entwicklung von Innovationen beteiligt, werden diese als weit entfernt und losgelöst von den Kontexten und der Komplexität der Praxis betrachtet. Ein mangelndes Engagement in der Umsetzung von Innovationen kann zu den so genannten *Zombie Innovationen* führen, die als Innovationen in strategischen Plänen vorhanden sind, sich in Evaluationen als erfolgreich erwiesen haben, aber in der täglichen Praxis nicht umgesetzt werden. Diese Veränderungen finden nur in Dokumenten, Plänen und Qualitätsberichten statt, erreichen aber nie eine normalisierte Praxis. Um diesen Hemmnissen entgegenzusteuern hat Wood (2017: 37) einen Fragenkatalog entsprechend der NPT zum Einsatz in Bildungskontexten entwickelt.

2.3 Implementierungsleitfaden für IPE

In der nachfolgenden Tabelle 1 werden die Leitfragen nach Wood (2017: 37) für die Implementierung von IPE angepasst und anhand der vier Konstrukte der NPT aufgelistet, die vor, während und nach der Implementierung begleitend einsetzbar sind. Grundsätzlich empfiehlt es sich, die Ausgangslage zu analysieren, darauf abgestimmte Implementierungsstrategien zu wählen und diese individuell an den Kontext und die beteiligten Personen anzupassen (vgl. Breimaier 2015: 169ff.). Implementierungsstrategien können entweder auf die beteiligten Akteur*innen und ihre Kommunikations- und Interaktionskanäle oder auf die in der Organisation umzusetzende Innovation unter den gegebenen Rahmenbedingungen bezogen sein. Zusätzlich wurden in der Tabelle die Kernaspekte interprofessioneller Ausbildung anhand des 3P Modells (Presage, Process, Product) in der Übersetzung und Erweiterung um Zielgruppen nach Kaap-Fröhlich u.a. (2022: 20) als abschließende Leitfrage des jeweiligen Schrittes integriert.

Tabelle 1: Fragenkatalog für die Implementierung von IPE (angepasst an Wood 2017: 37 und Schmitz/Zupanic 2022: 16)

<p>Kohärenz »Was bedeutet eine Implementierung von IPE für mich?«</p>	<p>Was ist neu daran für mich? Welche Ziele verbinde ich damit? Hat die Veränderung ein klares Ziel? Kann ich die geplante Veränderung in Worte fassen? Haben wir (in meinem Arbeitsbereich etc.) alle ein gemeinsames Ziel? Welche potenziellen Vorteile bietet eine Qualifizierung in diesem Bereich?</p> <p><i>Zielgruppen als Ausgangspunkt und im Mittelpunkt: für welche Zielgruppe(n) soll das geplante IPE Konzept implementiert werden?</i></p>
<p>Kognitive Partizipation »Wer wird in welcher Form an der Implementierung beteiligt sein?«</p>	<p>Wen betrifft die Veränderung? Wer macht was mit wem? Was erwarten andere von mir? Was erwarte ich von ihnen? Was denken die Beteiligten, wie die Qualifizierung gestaltet sein soll? Welche Formen der Zusammenarbeit sind notwendig?</p> <p><i>Presage: Welchen Einfluss haben rechtliche Rahmenbedingungen, Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, Fakultätsentwicklung und Netzwerke auf die Implementierung von IPE?</i></p>
<p>Kollektives Handeln »Wie setzen wir die Implementierung von IPE um?«</p>	<p>Wie können wir dies mit unserer alltäglichen Arbeit vereinbaren? Welche Kompetenzen und Ressourcen benötigen wir selbst? Wie werden Aufgaben verteilt, zugewiesen und unterstützt?</p> <p><i>Process: Wie erfolgen die Umsetzung der Akteur*innenperspektive, Themenfelder des Bildungssettings und didaktischer Formate sowie der Perspektive der zu Versorgenden, Angehörigen und anderen Akteur*innen?</i></p>

<p>Reflexives Monitoring <i>»Wie bewerte ich die Implementierung von IPE?«</i></p>	<p>Welche Auswirkungen hat die erlebte Umsetzung für mich? Mit welchen Maßstäben lässt sich das bewerten? Wie reflektieren wir diese Veränderungen? Welche Konsequenzen hat es für die Praxis des Prüfens in meinem Bereich?</p> <hr/> <p><i>Product: Wie bewerte ich die »Produkte« (IP-Kompetenzen, evtl. Forschungsprogramme, Evaluation und Assessmentansätze) der IPE-Implementierung?</i></p>
--	--

Der Fragenkatalog kann sowohl vorbereitend als auch begleitend für die Implementierung interprofessioneller Lehr-/Lerneinheiten zum Einsatz kommen.

3. Implementierungsstrategien und curriculare Einbindung interprofessioneller Lehr-/Lernarrangements

3.1 Lehrende

Im Gesundheitsbereich ist ein interprofessioneller Ansatz der Zusammenarbeit zwingend erforderlich, da u.a. sich durch die digitale Transformation Rollen, Kompetenzen und Kooperationen von allen Gesundheitsberufen weiter deutlich verändern werden (vgl. Kuhn u.a. 2018: 3). Dementsprechend müssen die in der Hochschulbildung tätigen Lehrenden über Kompetenzen im Bereich der interprofessionellen Kommunikation, Reflexion und Konfliktbewältigung, dem Respektieren anderer Professionen und Erkennen professionsspezifischer Grenzen, der Klarheit der eigenen Rolle, Teamarbeit und gemeinsamen Übernahme von Verantwortung verfügen (vgl. Schlicker/Ehlers 2022: 40). Die Qualifizierung von Lehrenden für interprofessionelles (IPE) und multiprofessionelles (MPE) Lernen erfolgt an der Universität Witten/Herdecke (UW/H) im Rahmen eines eigens konzipierten hochschuldidaktischen Workshops IPE/MPE, der erstmalig im Sommersemester 2021 als Pilotprojekt durchgeführt wurde. Multiprofessionelles Lernen umfasst gemeinsame Lehr- und Lernsituationen für (mehr als drei) verschiedene Gesundheits-, Sozial- und auch Nicht-Gesundheitsberufe, um das wechselseitige berufliche Verständnis zu vertiefen und eine nahtlose Zusammenarbeit für eine bessere Versorgung zu fördern (vgl. Leiba 2002: 26). Der Workshop ist seitdem fester Bestandteil des hochschuldidaktischen Programms der UW/H mit ca. 38 Veranstaltungen in jedem Semester (vgl. Smetana u.a. 2024: 4) und einer relativ konstanten Gruppe von Lernenden. In der Abgrenzung zur längerfristigen interprofessionellen

Zusammenarbeit in Teams betont multiprofessionelles Lernen die punktuelle und lösungsorientierte Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen zu einem gegebenen Anlass oder Thema (vgl. Roodbol 2010: 1). Der Workshop IPE/MPE findet online in zwei vierstündigen Sessions statt und ermöglicht den Austausch über inter- und multiprofessionelle Lehrveranstaltungen, Patient*innenversorgung und Forschungsaktivitäten. Damit wird die Vernetzung von Lehrenden unterschiedlicher Fächer und Professionen, die an der UW/H oder anderen Universitäten oder in der Patientenversorgung in Praxen, Kliniken oder Heimen tätig sind, ermöglicht. Die Teilnehmenden lernen in der ersten Session des Workshops zunächst einige theoretische Grundlagen für die IPE/MPE kennen, wie z.B. Berufsidentität und -stereotype sowie Experts-Lay-Communication (vgl. Schmitz/Zupanic 2022: 5). Den interaktiven Impulsbeiträgen folgen jeweils Übungseinheiten in Kleingruppen (Breakout-Rooms) zu Heterostereotypen und zum Common Grounding. Die Teilnehmenden vertiefen dabei die theoretischen Inhalte und tauschen sich über ihre Erfahrungen aus. Durch diese Interaktion können relevante Netzwerke für zukünftige inter- und multiprofessionelle Lehrformate gebildet werden. In der praktischen Anwendungsphase zwischen den beiden Sessions, werden die durch den Austausch und Perspektivabgleich entwickelten Themen im eigenen Arbeitsumfeld bzw. eigenen Lehrveranstaltungen erprobt. Die Teilnehmenden berichten ihre Reflexion interprofessioneller Situationen im beruflichen Kontext und tauschen sich zu Beginn der zweiten Session über ihre Erfahrungen aus.

Diese sollen basierend auf evidenzbasierten Konzepten der interprofessionellen Bildung in der abschließenden Planung einer gemeinsamen Lehrveranstaltung in Kleingruppen umgesetzt und in interaktiven Impulsbeiträgen vermittelt werden. Die gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse des Workshops für die Lehrenden werden z.T. in Reflexionsberichten dokumentiert. Teilnehmende bewerten das Einnehmen der Position der/des anderen und Verbalisieren von Verständnis für eben diesen Standpunkt positiv, da es zur interprofessionellen Problemlösung beitragen könne. Auch das Wissen über Heterostereotype könne zur Vermeidung von Falschattribuierung von Eigenschaften und Verhinderung von Diskriminierung positiv beitragen. Der Austausch mit anderen Disziplinen Sorge dafür, dass einige Anregungen und unerwartete Erkenntnisse mitgenommen werden könnten. Grundsätzlich sei es eine wichtige Erkenntnis, dass auch im Bereich der Hochschullehre Dozierende wieder zu Lernenden werden müssten. Der Erwerb interprofessioneller Kompetenzen fördert eine interprofessionelle Identitätsbildung (vgl. Kaap-Fröhlich u.a. 2022: 23), die wiederum eine berufsübergreifende Zusammenarbeit auch in der klinischen Praxis unterstützt. Die Evaluation der Teilnehmenden hat den Bedarf einer dritten Session des hochschuldidaktischen Workshops IPE/MPE aufgezeigt, in dem das Thema *Feedback zur Integration* mit dem Reflektieren von Lern- und Arbeitsprozessen, interprofessionelle Prüfungsformen und Wissenschaftskommunikation behandelt werden soll.

3.2 Lernende

Im Wintersemester 2018/2019 wurde die interprofessionelle Ausbildung als einer von sechs neuen Themenschwerpunkten in den Studiengang der Humanmedizin an der UW/H eingeführt (vgl. Frost u. a. 2019: 14). Ziel war von Beginn an, dass die Studierenden Tätigkeitsfelder anderer im Gesundheitssystem tätigen Professionen kennenlernen. Da es aktuell kein nationales Konzept zur Implementierung und Durchführung für die IPE gibt (vgl. Kaap-Fröhlich u. a. 2022: 17), wurde ein individuelles Konzept im Rahmen einer Expert*innengruppe, bestehend aus Studierenden, Lehrenden und praktisch tätigen Ärzt*innen, entwickelt. Im Wintersemester 2018/2019 sowie im Sommersemester 2019 lernten Studierende der Humanmedizin mit Studierenden der Physiotherapie bzw. Pflege und Ergotherapie gemeinsam im Rahmen des problemorientierten Lernens. Dabei wurde in interprofessionellen Kleingruppen an praxisnahen Fällen erarbeitet, wie eine optimale Versorgung von Patient*innen und ein Umgang mit Barrieren aussehen kann. Durch das Einbringen der jeweils berufsspezifischen Expertise wurde ein Perspektivwechsel angeregt, um die Studierenden in die Lage zu versetzen, die Versorgung von Patient*innen umfassender betrachten zu können (vgl. Schlicker/Hofmann 2019: 1; vgl. Schlicker u. a. 2019: 1; vgl. Zupanic u. a. 2020: 1). Da es die Rahmenbedingungen beider Institutionen nicht zuließen, dieses Konzept weiterzuführen, wurde in der Arbeitsgruppe IPE, die aus Mitarbeitenden und Studierenden der UW/H besteht, gemeinsam eine sinnvolle Weiterführung entwickelt. Nach diversen Veränderungen und Anpassungen konnte das folgende Vorgehen curricular implementiert werden und wird seit dem Sommersemester 2020 durchgeführt. Im 1. Semester lernen die Studierenden der Humanmedizin Tätigkeitsfelder anderer Professionen aus dem Gesundheitswesen durch Praktiker*innen kennen. Die Praktiker*innen berichten aus ihrem berufsspezifischen Alltag und die Studierenden haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Im 2. und 3. Semester wird das sogenannte Shadowing eingeführt (vgl. Tulowitzki/Huber 2014: 180ff.; vgl. Heißenberger/Niederfriniger 2018: iff.). Die Studierenden suchen sich eigenständig Personen bzw. Professionen aus, mit denen sie später als Ärzt*innen zusammenarbeiten und begleiten diese in ihrem Berufsalltag. So haben sie die Möglichkeit, das jeweilige Tätigkeitsfeld kennenzulernen und den dort tätigen Personen Fragen zu stellen. Im Anschluss an das Shadowing findet ein Reflexionsseminar in Gruppen zu max. 20 Studierenden statt, um die Shadowings systematisch zu reflektieren. Die Shadowings werden ab dem 5. Semester ebenfalls im klinischen Setting durchgeführt und anschließend in Gruppen zu max. acht Studierenden reflektiert. Eine weitere IPE-Leistung, welche von den Studierenden in der klinischen Phase erbracht wird, ist das selbstständige Organisieren und Durchführen einer interprofessionellen Visite. Eine Einführungsveranstaltung macht die Studierenden mit der Thematik vertraut und im Anschluss an die interprofessionelle Visite findet, wie bei den Shadowings, ein thematisch abgestimmtes

Reflexionsseminar statt. Die kritische Reflexion ist wichtig, um die eigene Rolle und die Rolle der anderen Professionen zu verstehen, den Benefit der Zusammenarbeit zu erkennen und um die eigenen Denk- und Handlungsschemata zu hinterfragen (vgl. Heppekausen 2013: 120). Darüber hinaus nehmen die Studierenden im 4. und 8. Semester an sogenannten IPE-Tagen teil. Im 4. Semester lernen sie einen ganzen Tag fallorientiert mit Studierenden der Physiotherapie bzw. Ergotherapie und Pflege zusammen, wobei sie in Kleingruppen von Tutor*innen begleitet werden. Die wechselnden Fälle sind an die Praxis angelehnt, bearbeitet werden diese jedoch auf einer theoretischen Ebene. Im 8. Semester findet eine Zusammenarbeit mit Studierenden der Hebammenwissenschaft statt (vgl. Buschmann u.a. 2023: 1). Das didaktische Konzept der longitudinal implementierten Veranstaltungen sieht vor, den Komplexitätsgrad der Anforderungen sukzessive zu steigern, da selbstständiges Lernen gelernt werden muss (vgl. Klafki 2021: 339), insbesondere im Feld der Interprofessionalität.

4. Implementierung interprofessioneller Kompetenzen in Frameworks, Curricula und Modulhandbüchern

Die interprofessionelle Praxis umfasst klinische als auch nicht-klinische gesundheitsbezogene Tätigkeiten wie Diagnostik, Behandlung, Monitoring, Kommunikation und Management (vgl. World Health Organization 2010: 13). Eine interprofessionelle Zusammenarbeit zeigt sich dabei, wenn Fachkräfte aus verschiedenen Berufsgruppen in enger Kooperation arbeiten und die spezifischen Kompetenzen jeder Profession und Disziplin optimal eingesetzt werden (vgl. Kälble 2014: 303). Eine interprofessionelle Kompetenz umfasst zudem Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in gemeinsamen Lehr- und Lernarrangements erlernt werden und in konkreten beruflichen Situationen angewendet werden sollen, um zur besten gemeinsamen Lösung beizutragen (vgl. Walkenhorst 2015: 577f.). Interprofessionalität wird daher als ein dialektisches Zusammenspiel zwischen den Bereichen Bildung (interprofessionelles Lernen) und Versorgung (interprofessionelle Zusammenarbeit) betrachtet (vgl. Ulrich u.a. 2020: 36), womit der disziplinübergreifende Theorie-Praxis-Transfer verdeutlicht wird, der bereits in Ausbildung und Studium vermittelt werden soll. Daher stellt sich neben der Frage nach den Implementierungsmöglichkeiten (wie), sowohl für die Didaktik interprofessioneller Lehr-/Lernkonzepte als auch für die Versorgungspraxis die Frage nach den interprofessionellen Kompetenzen (was).

Aus der aktuellen Diskussion über Interprofessionalität wird deutlich, dass sowohl die Kompetenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit als auch die Merkmale und Voraussetzungen interprofessioneller Lehr- und Lernarrangements für die Bereiche Bildung und Versorgung berücksichtigt werden müssen. Interprofes-

sionelle Lehre als Fach- und Methodenkompetenz zielt darauf ab, interprofessionelle Kompetenzen zu entwickeln, welche durch die Fähigkeit zur gemeinsamen Problemlösung in der Praxis sichtbar werden (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2023: 309). Das Positionspapier über die interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (vgl. Kaap-Fröhlich u.a. 2022: 15ff.) bezieht sich auf drei interprofessionelle Frameworks (Kompetenzrahmen), die auf internationaler Ebene entwickelt wurden und auf Deutschland, Österreich und die Schweiz übertragen werden können. Die Definition der einzelnen interprofessionellen Kompetenzen ist ein erster Schritt, um deren didaktische Verankerung in Frameworks, Curricula und Modulhandbüchern zu ermitteln und Rückschlüsse für die Lehre, praktische Umsetzung und Evaluation daraus abzuleiten.¹ Die folgende Tabelle 2 veranschaulicht die unterschiedlichen interprofessionellen Kompetenzen, die in den Frameworks Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010), Interprofessional Education Collaborative (IEC, 2011) und Interprofessional Capability Framework (ICF, 2011) aufgeführt sind.

Tabelle 2: Interprofessionelle Kompetenzen in internationalen Frameworks

Kompetenz	CIHC (2010)	IEC (2011)	ICF (2011)
Rollenverständnis	X	X	X
Teamfähigkeit	X	X	X
Kommunikationsfähigkeit	X	X	X
Patienten-, Familien-, Gemeindezentrierung	X	X	
Fähigkeit zur Konfliktlösung	X		X
Kollaborative Kompetenzen und Führung	X	X	
Informationstechniken anwenden		X	
Evidenzbasierte Praxis anwenden		X	
Qualitätsstandards anwenden		X	
Werte und Ethik		X	
Reflexionsfähigkeit			X

1 Mit dem in diesem Sammelband vorgestellten, im Projekt interEdu entwickelten Modell der Dimensionen interprofessioneller Zusammenarbeit wurde auf nationaler Ebene ein Orientierungsrahmen erstellt, der als Besonderheit die personenorientierte Versorgung nicht als eine Kompetenz unter mehreren, sondern als Zielperspektive für alle Kompetenzdimensionen interprofessioneller Zusammenarbeit in den Mittelpunkt stellt.

Wie aus der Tabelle 2 ersichtlich wird, geht aus den international verwendeten Frameworks keine Einigkeit darüber hervor, welche der skizzierten Kompetenzen ein interprofessionelles Kompetenzprofil ausreichend abdecken. Erschwerend hinzu kommt, dass die einzelnen Kompetenzen teilweise ineinander übergreifen (z. B. Evidenzbasierte Praxis und Qualitätsstandards anwenden) und deshalb nicht eindeutig voneinander abgegrenzt werden können. Die Kompetenzen Rollenverständnis, Kommunikationsfähigkeit und Teamfähigkeit finden sich in allen drei Frameworks wieder und können dementsprechend als relevante Kompetenzen angesehen werden. Kritisch zu hinterfragen bleibt dabei jedoch, ob die elf aufgeführten Kompetenzen ein interprofessionelles, interdisziplinäres oder universelles Kompetenzportfolio bilden. Zudem ist davon auszugehen, dass der Anwendung von Qualitätsstandards, Evidenzbasierter Praxis und Informationstechniken aufgrund der fortschreitenden Akademisierung und Digitalisierung in den Bereichen Bildung und Versorgung seit der Veröffentlichung der Frameworks zunehmend mehr Bedeutung beigemessen wird.

Die Verankerung dieser interprofessionellen Kompetenzen in den Modulhandbüchern gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge lässt sich nur bedingt ermitteln, da die Kompetenzen zwar aufgegriffen werden, jedoch oftmals keine direkten Verknüpfungen zu Lehr-/Lernformaten vorliegen. Beispiele hierfür können das berufsspezifische Rollenverständnis, die Teamfähigkeit und die Kommunikationsfähigkeit sein, die sich als Schlüsselbegriffe in zahlreichen Modulen wiederfinden und dementsprechend eher als universelle Kompetenz interpretiert werden können. Daher ist es die Aufgabe der Lehrenden, geeignete Lehr-/Lernformate zu wählen, in denen die unterschiedlichen Kompetenzen vermittelt werden. Als Wahloption genannt sind interprofessionelle Projektarbeiten, Gruppenarbeiten und Diskussionsrunden, anhand derer die Studierenden das Zusammenarbeiten, Visualisieren, Moderieren und Präsentieren lernen sollen.

Erste Verankerungen interprofessioneller Kompetenzen finden sich auch in Lernzielkatalogen für die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften der Medizin (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin NKLK, 2021), Zahnmedizin (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin NKLZ, 2014) und Pflegefachkräfte (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung PflAPrV, 2018) wieder.

Tabelle 3: Interprofessionelle Kompetenzen in nationalen Lernzielkatalogen und Verordnungen

Kompetenz	NKLM (2021)	NKLZ (2015)	PfIAPrV (2018)
Rollenverständnis	X		X
Teamfähigkeit	X		X
Kommunikationsfähigkeit	X		X
Patienten-, Familien-, Gemeindezentrierung	X		X
Fähigkeit zur Konfliktlösung	X		X
Kollaborative Kompetenzen und Führung			
Informationstechniken anwenden			X
Evidenzbasierte Praxis anwenden	X	X	X
Qualitätsstandards anwenden		X	X
Werte und Ethik	X		X
Reflexionsfähigkeit	X	X	X

Aus der Tabelle 3 geht hervor, dass sich die Kompetenzen aus den Frameworks auch in den Lernzielkatalogen wiederfinden. Die Lernzielkataloge verweisen ähnlich wie die Frameworks auf spezifische Kompetenzen, an denen sich Lehrkräfte wie Auszubildene orientieren können. Neben den berufsspezifischen Rollenbildern, der Teamfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit werden die Patienten-, Familien-, Gemeindezentrierung, die Fähigkeit zur Konfliktlösung, die Anwendung evidenzbasierter Praxis und die Reflexionsfähigkeit in den Lernzielkatalogen als relevante Kompetenzen angegeben. Kollaboration und Führungsfähigkeiten werden in den Frameworks der interprofessionellen Kompetenz zugeordnet, finden sich als solche jedoch nicht in den Lernzielkatalogen wieder und scheinen dementsprechend eher in der Fort- und Weiterbildung als in der primären Ausbildung fokussiert zu werden. Die Lernzielkataloge verweisen zudem auf eine Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen vor dem jeweiligen praktischen Einsatz in der (zahn-)medizinischen bzw. pflegerischen Ausbildung, einer Erprobung während der praktischen Ausbildungsphasen sowie einer Evaluation nach dem praktischen Einsatz. Unbeantwortet bleibt jedoch die Frage der Umsetzung, da weder empirisch erforschte Lehr-/Lernformate noch deren Dauer, Frequenz, Wiederholungen, Prüfungsformate und Evaluationsmöglichkeiten aus den Frameworks

oder Lernzielkatalogen hervorgehen. Zu entwickeln bleiben daher szenario- und settingbasierte Lehr-/Lernformate sowie valide Instrumente, um die Kompetenzen in Einzel- oder Gruppenarbeit zu reflektieren.²

5. Förderliche und hinderliche Faktoren für eine Implementierung

Interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert Aushandlungsprozesse, um Zielsetzungen abzustimmen, gemeinsam mit den Beteiligten Prioritäten zu setzen und Kompetenzen zu erweitern. Insbesondere im Hochschulbereich bedarf es für die Implementierung interprofessioneller Lehr-/Lerneinheiten einer sorgfältigen Planung, koordinierter Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen und einer kontinuierlichen Anpassung der Lehrmethoden, damit Lehrende, Lernende und Betroffene etc. beteiligt werden, unnötige Bürokratie vermieden und Hierarchien abgebaut werden können. Da die Fähigkeiten, die für ein interprofessionelles Kompetenzprofil erlernt werden sollen, nicht einheitlich definiert sind, sollten Lehrende bei der Planung ihrer didaktischen Konzepte zunächst entscheiden, welche Kompetenzen sie vermitteln wollen und wie diese nach der Umsetzung der Lehre evaluiert werden können. Durch die Anwendung der beschriebenen Strategien aus der NPT, dem aufgeführten Fragenkatalog oder den exemplarischen Workshops der Hochschuldidaktik können Hochschulen (und Ausbildungsstätten) die Zusammenarbeit und die beruflichen Kompetenzen ihrer Studierenden nachhaltig fördern. So können Lernende u. a. durch kognitive Partizipation und kollektives Handeln mit anderen Berufsgruppen ein differenziertes Rollenverständnis vermittelt bekommen, welches das Kohärenzgefühl steigert. Zudem braucht es begleitende, regelmäßige Reflexionszeitpunkte, um die vermittelten Inhalte und die Lehr-/Lernform zu evaluieren. Dies kann die Qualität der IPE verbessern und dazu beitragen, dass die Lernenden gezielter auf die Anforderungen der beruflichen Praxis vorbereitet sind.

Literatur

Bogossian, Fiona/New, Karen/George, Kendall/Barr, Nigel/Dodd, Natalie/Hamilton, Anita L./Nash, Gregory/Masters, Nicole/Pelly, Fiona/Reid, Carol/Shakhovskoy, Rebekah/Taylor, Jane (2023). The implementation of interprofes-

2 Mit der Handreichung zum Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (vgl. Balzer u.a. 2025) liegt jetzt das Musterbeispiel für ein longitudinales Curriculum zur Implementierung interprofessioneller Lehre in den Gesundheitsberufen vor.

- sional education: a scoping review. In: *Advances in Health Sciences Education*, 28 (1), S. 243–277. doi: 10.1007/s10459-022-10128-4
- Breimaier, Helga E. (2015). Strategien zur Beeinflussung und Steuerung von Implementierungsprozessen. In: Hoben, Mathias/Bär, Marion/Wahl, Hans-Werner (Hg.). *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung – ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 167–185.
- Buring, Shauna M./Bhushan, Alok/Brazeau, Gayle/Conway, Susan/Hansen, Laura/Westberg, Sarah (2009). Keys to successful implementation of interprofessional education: learning location, faculty development, and curricular themes. In: *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73, S. 1–11.
- Buschmann, Hannah/Schlicker, Andrea/Leven, Andreas/Schlüter-Cruse, Martina (2023). What influence do joint case conferences of midwifery and medicine students have on attitudes towards interprofessional learning and working? Poster presented at EIPEN Conference, September 06–08, Bochum, Germany.
- D'amour, Danielle/Oandasan, Ivy (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept (Review). In: *Journal of Interprofessional Care*, 19 (S1), S. 8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- Ferguson, Jane/Astbury, Janye/Willis, Sarah/Silverthorne, Jennifer/Schafheutle, Ellen (2020). Implementing, embedding and sustaining simulation-based education: What helps, what hinders. In: *Medical Education*, 54 (10), S. 915–924. <https://doi.org/10.1111/medu.14182>
- Frost, Katja/Edelhäuser, Friedrich/Hofmann, Marzellus/Tauschel, Diethard/Lutz, Gabriele (2019). History and development of medical studies at the University of Witten/Herdecke – an example of »continuous reform«. In: *GMS Journal of Medical Education* 2019, 36 (5), Doc61. DOI: 10.3205/zma001269, URN: urn:nbn:de:0183-zma001269
- Heißenberger, Petra/Niederfriniger, Julia (2018). Shadowing als innovativer Unterrichtsansatz in der Hochschullehre: Professionalisierung durch kollegiales Lernen. R&E-SOURCE. Online: <https://journal.ph-noe.ac.at/index.php/resource/article/view/487> (Abruf: 07.03.2025).
- Heppekausen, Jutta (2013): Beobachtung, Selbstbeobachtung und Reflexion in der Lernbegleitung. In: Coelen, Hendrik/Müller-Naendrup, Barbara (Hg.). *Studieren in Lernwerkstätten. Potentiale und Herausforderungen für die Lehrerbildung*. Wiesbaden: Springer, S. 109–126.
- Hoben, Mathias (2015a). Implementierungswissenschaftliche Theorien im Kontext der Pflege und Gerontologie. In: Hoben, Mathias/Bär, Marion/Wahl, Hans-Werner (Hg.). *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung – ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 81–114.

- Hoben, Mathias (2015b). Implementierungswissenschaftliche Theorien im Kontext der Pflege und Gerontologie. In: Hoben, Mathias/Bär, Marion/Wahl, Hans-Werner (Hg.). Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie: Grundlagen, Forschung und Anwendung – ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 150–166.
- Kaap-Fröhlich, Sylvia/Ulrich, Gert/Wershofen, Birgit/Ahles, Jonathan/Behrend, Ronja/Handgraaf, Marietta/Herinek, Doreen/Mitzkat, Anika/Oberhauser, Heid/Scherer, Theresa/Schlicker, Andrea/Straub, Christine/Waury-Eichler, Regina/Wesselborg, Bärbel/Witti, Matthias/Huber, Marion/Bode, Sebastian F. (2022). Position paper of the GMA Committee Interprofessional Education in the Health Professions – current status and outlook. In: GMS Journal of Medical Education, 39 (2), Doc17. DOI: 10.3205/zma001538
- Kälble, Karl (2013). Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärung. In: Darmann-Finck, Ingrid/Sahmel Karl-Heinz (Hg.). Pädagogik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, S. 303.
- Klafki, Wolfgang (2021). Selbstständiges Lernen muss gelernt werden! In: Braun, Karl-Heinz/Stübiger, Frauke/Stübiger, Heinz (Hg.). Schulreformen und Bildungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Neuere Geschichte der Pädagogik. Wiesbaden: Springer VS, S. 339–363.
- Kuhn, Sebastian/Ammann, Daniel/Cichon, Irina/Ehlers, Jan P./Guttormsen, Sissel/Hülsken-Giesler, Manfred/Kaap-Fröhlich, Sylvia/Kickbusch, Ilona/Pelikan, Jürgen/Reiber, Karin/Ritschl, Helmut/Wilbacher, Ingrid (2019). Wie revolutioniert die digitale Transformation die Bildung der Berufe im Gesundheitswesen? Careum working paper 8. Long version: Zürich: Careum, 2019. Online: www.careum.ch/workingpaper8-lang (Abruf: 10.03.2025).
- Leiba, Tony (2002). Multi-professional Education: Definitions and Perspectives. In: Glen, Sally/Leiba, Tony (eds.). Multi-Professional Learning for Nurses. Nurse Education in Practice. London: Palgrave.
- May, Carl R./Albers, Bianca/Bracher, Mike/Finch, Tracy L./Gilbert, Anthony/Girling, Melissa/Greenwood, Kathryn/MacFarlane, Anne/Mair, Frances S./May, Christine M./Murray, Elizabeth/Potthoff, Sebastian/Rapley, Tim (2022). Translational framework for implementation evaluation and research: a normalisation process theory coding manual for qualitative research and instrument development. In: Implementation Science, 17 (1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01191-x>
- May, Carl R./Finch, Tracy L. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices. An Outline of Normalization Process Theory. In: Sociology, 43 (3), S. 535–554.

- O'Leary, Noreen/Salmon, Nancy/Clifford, Amanda M. (2021). Inside-out: normalising practice-based IPE. In: *Advances in Health Sciences Education*, 26, S. 653–666. <https://doi.org/10.1007/s10459-020-10017-8>
- Roodbol, Petrie F. (2010). Multiprofessional education to stimulate collaboration: a circular argument and its consequences. In: *GMS Journal of Medical Education*, 27 (2), Doc28. DOI: 10.3205/zma000665
- Schlicker, Andrea/Ehlers, Jan P. (2023). Die Rolle von Dozierenden in der interprofessionellen Ausbildung – eine Befragung von Lehrverantwortlichen in Deutschland. In: *International Journal of Health Professions*, 10 (1), S. 37–45, ISSN 2296–990X, <https://doi.org/10.2478/ijhp-2023-0005>
- Schlicker, Andrea/Hofmann, Marzellus (2019). Implementierung von interprofessionellen Veranstaltungen in den neuen Modellstudiengang 2018+ Humanmedizin an der Universität Witten/Herdecke. *Bochumer IPE-Gespräche*, 14. Januar 2019, Bochum, Germany.
- Schlicker, Andrea/Abdel Ghani, Lea/Oude Hengel, Luca/Schulz, Patrick/Hofmann, Marzellus (2019). Entwicklung und Implementierung interprofessioneller Veranstaltungen im neuen Modellstudiengang 2018+ Humanmedizin an der Universität Witten/Herdecke unter Einbezug der Partizipation von Studierenden, GMA-Jahrestagung, September 27, Frankfurt a.M., Germany.
- Schmitz, Daniela/Zupanic, Michaela (2022). Inter- und multiprofessionelle Hochschulausbildung für Lehrende in Gesundheitsberufen. In: *Neues Handbuch Hochschullehre*, Griffmarke L 1.51 DUZ Medienhaus.
- Smetana, Jan/Zupanic, Michaela/Ehlers, Jan P. (2024). Aufbau eines hochschuldidaktischen Weiterbildungsprogrammes mit Bordmitteln. In: *Zeitschrift für Hochschulentwicklung*, 19 (2), S. 63–86. <https://doi.org/10.21240/zfhe/19-2/04>
- Sottas, Beat (2020). Gemeinsam besser werden für Patienten: Handbuch für Lernbegleiter auf interprofessionellen Ausbildungsstationen. Online: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-09/Sottas_2020_Handbuch%20f%C3%BCr%20Lernbegleiter%20auf%20interprofessionellen%20Ausbildungsstationen.pdf (Abruf: 07.03.2025).
- Tulowitzki, Pierre/Huber, Stephan G. (2014). Shadowing – von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen lernen. In: *Jahrbuch Schulleitung*, S. 180–190.
- Ulrich, Gert/Amstad, Hermann/Glardon, Olivier/Kaap-Fröhlich, Sylvia (2020). Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse, Perspektiven und Roadmap. *Careum Working Paper 9*. Zürich: Careum. Online: https://backend.careum.ch/sites/default/files/media/file/working-paper-interprofessionelle-ausbildung-schweiz.pdf?_gl=1*ggfw42*_gcl_au*MTIwNDU1NjAxOC4xNzQxNjAxODY3 (Abruf: 07.03.2025).
- Walkenhorst, Ulrike (2015). Interprofessionelle Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Heyse, V./Giger, M. (Hg.). *Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen. Konzepte und Praxismodelle für die Aus-, Weiter-*

- und Fortbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Heidelberg: Med-hochzwei Verlag, S. 567–590.
- Walkenhorst, Ulrike/Hollweg, Wibke (2023). Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. In: Darmann-Finck, Ingrid/Sahmel, Karl-Heinz (Hg.) . Pädagogik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, S. 303–318.
- Wood, Phil (2017). Overcoming the problem of embedding change in educational organizations: A perspective from Normalization Process Theory. In: *Management in Education*, 31 (1), S. 33–38. <https://doi.org/10.1177/0892020616685286>
- World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Online: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice> (Abruf: 07.03.2025).
- Zupanic, Michaela/Schlicker, Andrea/Taetz-Harrer, Angelika/Schulz, Patrick/Oude Hengel, Luca/Hofmann, Marzellus/Ehlers, Jan P. (2020). Evaluation interprofessioneller Lehrveranstaltungen im Modellstudiengang 2018+ der Universität Witten/Herdecke: Ein Fall für Zwei! 2. Bochumer IPE Gespräche, 13.01.2020, Ruhr-Universität Bochum.

Teil 3

Interprofessionelle Edukation und Praxis im Forschungsfokus



Intra- und interprofessionelles Lehren im Kontext des neuen Pflegeberufgesetzes – Wie wird es beschrieben? Vorstellung einer Pilotstudie

Hanna Kurbjuhn

Zusammenfassung Seit dem 01.01.2020 ist das neue Pflegeberufgesetz (PflBG) in Kraft getreten und verbindlich. Dieses hat die generalistische Pflegeausbildung als Gegenstand. Die drei Berufe der Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege werden in der generalistischen Ausbildung zum Pflegefachmann/zur Pflegefachfrau vereint. Wesentliche Aspekte dieser Ausbildung sind laut der neuen Pflegeberuf-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) Lehren und Lernen interprofessioneller Zusammenarbeit und Kompetenzen. Ein Blick in die neue PflAPrV zeigt, dass dort der Begriff interprofessionell 25-mal zu finden ist. In den Rahmenlehrplänen der Fachkommission wird 166-mal der Begriff interprofessionell und 12-mal der Begriff intraprofessionell verwendet. Was bedeutet dies nun für Lehrende in den Pflegefachberufen? Suchen Sie nach einer Erläuterung oder Definition dieser Begriffe im PflBG, der PflAPrV oder den Rahmenlehrplänen, so suchen Sie vergebens. In diesem Beitrag wird eine Pilotstudie vorgestellt, welche die zentralen Personen des Lehrens fokussiert – Pflegelehrende. Der Aufbau, die Durchführung und die Ergebnisse der Forschungsarbeit werden dargestellt. Es wird erläutert, wie Pflegelehrende intra- sowie interprofessionelle Lehre beschreiben. Diese Beschreibungen wurden nach Mayring (2015) ausgewertet. Grundsätzlich wurde das Material in zwei Hauptkategorien unterteilt – intra- sowie interprofessionelle Lehre. Um tiefer in die Beschreibungen eintauchen zu können, wurden die Interviews weiter aufgefüchert. Somit konnten beschriebene Aspekte, wie Begriffsdefinitionen, Eigenschaften intra- sowie interprofessioneller Lehre, Unterrichtsbeteiligte, spezifische Methoden, beschriebene Inhalte, Zukunftsvisionen und Fortbildungsbedarfe identifiziert werden. Diese werden im folgenden Kapitel dargestellt. Ich möchte Sie auch dazu einladen, sich die Fragen selbst zu stellen und zu überlegen, wie Sie diese Begriffe beschreiben würden und inwieweit interprofessionelle Lehre den Einzug in Ihren Alltag gehalten hat.

1. Hintergrund und Zielsetzung

Die hier vorgestellte Pilotstudie wurde im Rahmen eines Forschungsmoduls an der Christian-Albrechts-Universität (CAU) zu Kiel, im Masterstudiengang für Pflegepädagogik, durchgeführt. Interprofessionelles Lehren und Lernen wird in dem am 01.01.2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz sowie der PflAPrV aktiv gefordert. In den Rahmenlehrplänen der Fachkommission werden interprofessionelle Kompetenzen, Zusammenarbeit und Lehr-/Lernarrangements aufgeführt. Wie im Abstract beschrieben, werden diese Begriffe in den o.g. Dokumenten häufig genannt. Nach einer offiziellen Begriffserläuterung sucht man hingegen vergebens. Mahler und Kolleg*innen (2014) setzten sich mit Begriffserklärungen in diesem Kontext auseinander. Sie beschreiben, dass für interprofessionelle Zusammenarbeit (IPC) eine Überschneidung der Kompetenzen unterschiedlicher Berufsgruppen relevant ist. Durch interprofessionelle Zusammenarbeit gilt es, die Versorgungsqualität zu verbessern, da durch die Zusammenarbeit mehrerer Professionen eine Kompetenzbündelung stattfindet. Es wird ein gemeinsamer Problemlösungsprozess angestoßen (vgl. Schmidt-Herta/Meyer/Tippelt 2024: 1–10).

Unter intraprofessioneller Zusammenarbeit wird die Arbeit innerhalb einer Profession verstanden (vgl. Mahler/Gutmann/Karstens/Joos 2014: 1–10). Überträgt man dies auf Lehr-/Lernformate, ist angedacht, dass bei interprofessioneller Lehre (IPE) Angehörige unterschiedlicher Professionen über-, von- und miteinander lernen, um letzten Endes das Outcome des zu Pflegenden relevant zu verbessern (vgl. World Health Organization 2010: 7). In diesem Sinne wird das Lernen im Alltag von Medizinstudierenden, Auszubildenden der Pflege und bereits ausgebildetem Gesundheitsfachpersonal im sogenannten Regensburger Modell im Universitätsklinikum Regensburg umgesetzt. Seit Oktober 2019 werden dort diverse interprofessionelle Lehr-/Lernangebote geschaffen, sodass der Nachwuchs in Medizin und Pflege ein ausgeprägtes Verständnis erhält (vgl. Mahnke/Loibl 2021 2019: 18–20). Die Einsatzdauer variiert von vier bis sechzehn Wochen und wird von Assistenzärzt*innen und Praxisanleiter*innen begleitet. Formuliert Ziele sind die frühe Übernahme von Verantwortung und das Von-, Mit- und Übereinander-Lernen aller Beteiligten (vgl. Universitätsklinikum Regensburg 2024).

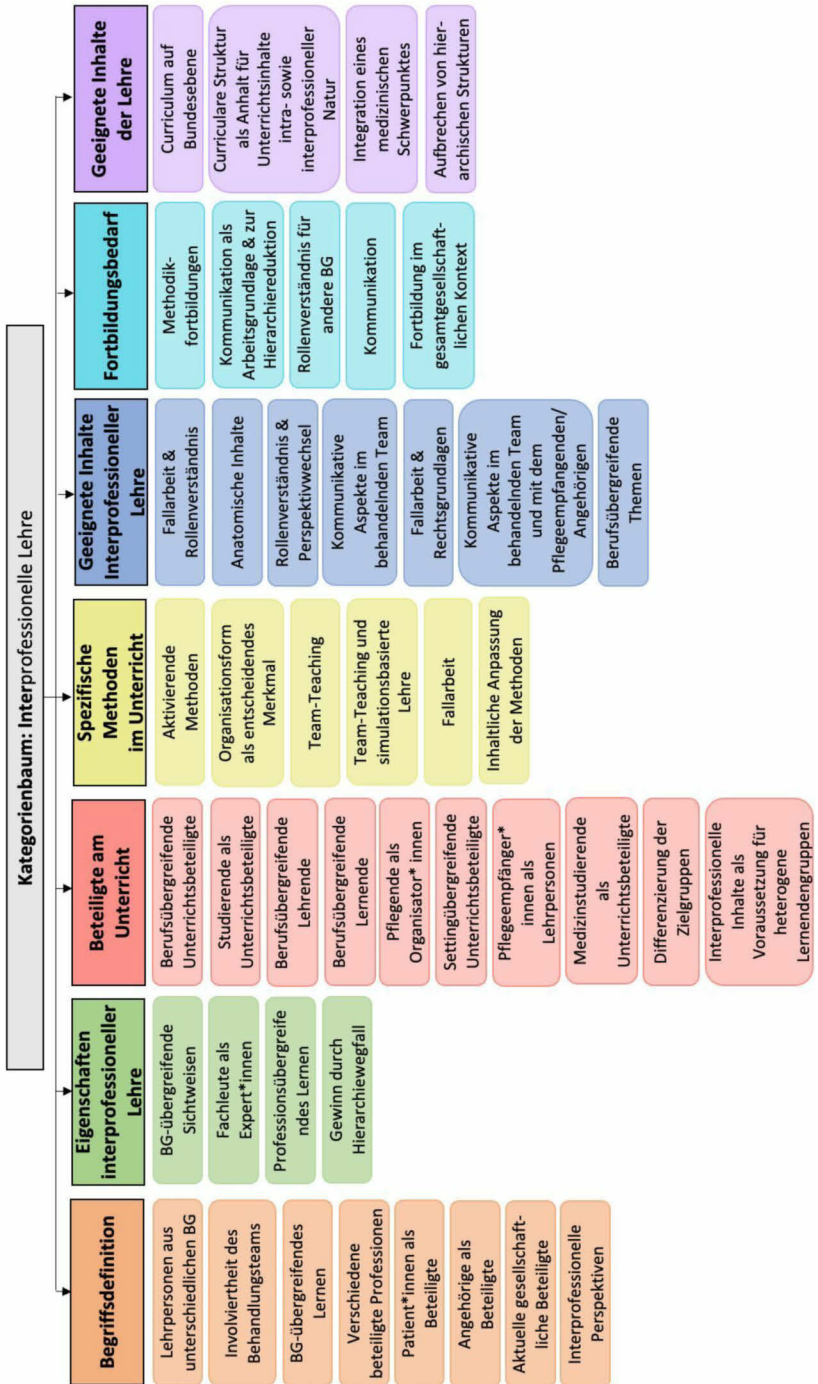
Intraprofessionelle Lehre hingegen findet innerhalb einer Profession statt (vgl. Willgosch/Engelke/Hebestreit/Mille 2021: 228–230). Durch das Fehlen einer offiziell aufgeführten Definition entstanden die Fragen, wie Lehrende in der generalistischen Pflegeausbildung inter- sowie intraprofessionelles Lehren beschreiben und ob es weiteren Fort- und Weiterbildungsbedarf bezogen auf diese Inhalte gibt. Das Ziel sollte sein, ein Bild vom Verständnis derjenigen zu zeichnen, die direkt an der Basis arbeiten und zukünftig auch das Rahmencurriculum für IPEL umsetzen sollen. Ebenfalls sollte identifiziert werden, welche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen benannt würden, um die interprofessionelle Lehre auf solide Säulen stützen zu

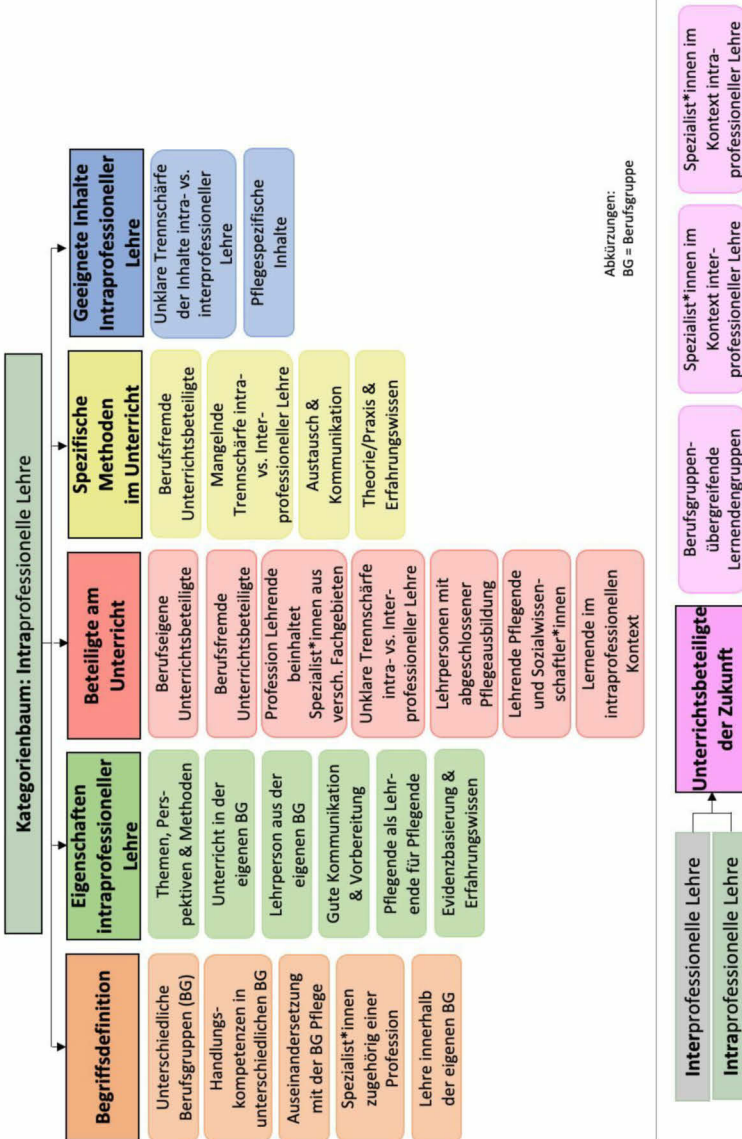
können. Zusätzlich galt es kritisch zu betrachten, ob das Design der Pilotstudie dazu geeignet ist, die Fragestellung zu bearbeiten und ob der Interviewleitfaden so konzipiert ist, dass mit einer erweiterten Forschung gestartet werden kann. Letzteres konnte positiv bewertet werden.

2. Methodik

Die vorliegende Pilotstudie ist als qualitative Primärstudie angelegt. Die Stichprobenziehung erfolgte nach einer Top-down-Strategie. Als Einschlusskriterien wurde formuliert, dass die Teilnehmenden sich als männlich, weiblich oder divers identifizieren, als Lehrende im Bereich der generalistischen Pflegeausbildung tätig sind und der Studienteilnahme zustimmen. Für diese Pilotstudie war eine Teilnehmer*innenzahl von vier Personen geplant. Eine Erhebung von Basisdaten hat stattgefunden, um Alter, den erlernten Beruf, die akademische Ausbildung, den Studienschwerpunkt, die Berufserfahrung, die aktuelle Tätigkeit sowie die aktuelle Tätigkeitsstätte zu erheben. Die Datenerhebung zur Forschungsfrage erfolgte mittels halbstrukturierter, leitfadengestützter Interviews und fand ausschließlich online über die Plattform BigBlueButton statt. Der Interviewleitfaden enthält drei Ebenen. Ebene eins umfasst Einstiegsfragen, die dazu dienen, eine klare Trennschärfe zwischen Intra- sowie Interprofessionalität gewährleisten zu können. Ebene zwei beschäftigt sich mit Unterrichtsmerkmalen und dient zur Darstellung, welche Unterrichtsbeteiligten, welche Unterrichtsinhalte und -methoden die Lehrenden in den jeweiligen Formaten identifizieren. Ebene drei bildet Wunschgedanken und -visionen von Lehrenden in Bezug auf interprofessionelles Lehren ab. Die Transkription erfolgte mittels der Transkriptionssoftware f4x Audiotranskription der Firma Dr. Dresing & Pehl GmbH. Im Anschluss wurden alle Transkriptionsdateien mit den Interviews abgeglichen und manuell auf Korrektheit überprüft. Die Datenauswertung erfolgte gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Die Gemeinsamkeiten in den Aussagen der einzelnen befragten Personen wurden aufgezeigt (Kategorisierung), analysiert und entlang der Theorie interpretiert. Dabei wurde ein Kategorienbaum entwickelt, der zwei Hauptkategorien (Interprofessionelle Lehre, Intraprofessionelle Lehre) abbildet – siehe Abbildung 1. Diese Hauptkategorien erfuhren im Sinne des deduktiven Ansatzes, mit Anlehnung an den Interviewleitfaden, weiterführende Unterteilungen (Unterkategorielevel I, im Kategorienbaum unterstrichen dargestellt). Um den individuellen Aussagegehalten Rechnung zu tragen, erfuhren die Unterkategorielevel I mittels eines induktiven Ansatzes weiterführende Kategorisierungen (Unterkategorielevel II, im Kategorienbaum in derselben Farbe und vertikal angeordneten Kästchen dargestellt). Im Anschluss an die Transkription wurden die Aufnahmedateien gelöscht.

Abbildung 1: Kategorienbaum Interprofessionelle Lehre und Intraprofessionelle Lehre





3. Ergebnisse

Es wurden vier Proband*innen (P) aus einer Schule des Gesundheitswesens rekrutiert. Die Interviews wurden ausschließlich online durchgeführt und dauerten durchschnittlich 25 Minuten pro Person. In Tabelle 1 werden die abgefragten soziodemografischen Daten sowie die beruflichen Qualifizierungen der Proband*innen dargestellt.

Tabelle 1: Soziodemografische Daten des Sample

Merkmal	Anzahl (n)
Alter	
25 – 34 Jahre	n=1
45 – 55 Jahre	n=1
> 55 Jahre	n=2
Identifiziertes Geschlecht	
männlich	n=1
weiblich	n=3
Berufliche Ausbildung	
Krankenschwester/Krankenpfleger	n=3
Gesundheits- und Krankenpfleger*in	n=1
Akademische Ausbildung	
Masterabschluss	n=1
Diplom	n=1
Fehlende Angabe	n=2
Studienschwerpunkt	
Berufspädagogik, Pflegepädagogik, Medizin-/Gesundheitspädagogik	n=2
Sonstiges	n=1
Aktuelle Tätigkeit	
Lehrer*in für Pflegeberufe (mit Weiterbildung)	n=1
Lehrer*in für Pflegeberufe (mit Studium)	n=1
Schulassistent*in	n=2
Berufserfahrung in der Lehre	
≤ 2 Jahre	n=1
≥ 10 Jahre	n=3
Aktuelle Tätigkeitsstätte	
Pflegeschule	n=4

3.1 Alles rund um intraprofessionelles Lernen und Lehren

Insgesamt lässt sich darstellen, dass drei der Lehrenden sich bei der intraprofessionellen Lehre einig waren. Aufgrund der geringen Anzahl an Interviewten wird die geschlechtsneutrale Form in den Darstellungen gewählt, um keine Rückschlüsse auf einzelne Personen zuzulassen. Unter intraprofessioneller Lehre verstehen drei der Lehrenden das Unterrichten innerhalb einer Profession. »Also intraprofessionell würde ich ... Das bedeutet ja für mich, innerhalb einer Profession.« (P1, Z. 15) Eine Person definierte für sich intraprofessionelle Lehre wie folgt:

»Innerhalb einer Berufsgruppe gibt es ja auch gut 70 unterschiedliche Berufsgruppen. Es gibt sehr unterschiedliche Personen, logischerweise mit unterschiedlichen Kompetenzen, mit unterschiedlichen Ausbildungen, mit unterschiedlichen Erfahrungen. Das würde ich ja darunter auch verstehen.« (P2, Z. 21–24)

Es wird deutlich, dass die Lehrenden intraprofessionelle Lehre überwiegend in der eigenen Profession verortet sehen. Eine lehrende Person nennt die Lehre innerhalb einer Berufsgruppe, differenziert hier jedoch, dass diese aus weiteren Berufsgruppen bestehen würde. Auch Mahler und Kolleg*innen (2014) halten fest, dass sich die Intraprofessionalität von dem lateinischen Präfix *intra* ableiten lässt und somit das Arbeiten innerhalb der eigenen Profession gemeint ist.

Auch die Eigenschaften intraprofessioneller Lehre wurden benannt. So antwortete eine Person:

»Im Prinzip sage ich, dass die Thematik des Unterrichtes, also das, worüber wir reden, das ausmacht. Also je nachdem, über welche Thematik man mit den Schülern redet, die unterschiedlichen Perspektiven, die dazu einzunehmen sind, näher beleuchtet und darüber diskutiert und sich austauscht.« (P1, Z. 29–33)

Eine Definition über Inhalte scheint hier entscheidend. Eine weitere sagte, dass »Pflegerkräfte von Pflegekräften unterrichtet werden« (P4, Z. 48). Somit spielt für diese Person eine entscheidende Rolle, wer den Unterricht gestaltet. Lehrende sollten vorzugsweise Pflegenden sein. Dies verdeutlicht diese Person noch einmal durch folgende Aussage:

»Weil man nicht nur wissenschaftliche Erkenntnisse in die Unterrichte einbringt, sondern von Erfahrungswissen sprechen kann.« (P4, Z. 35,54)

So wurden zusammenfassend Eigenschaften benannt, dass sowohl Themen und Perspektiven entscheidend sind als auch, dass Lehrende aus der eigenen Profession

stammten und diese evidenzbasiertes Wissen und vor allem Erfahrungswissen in die Unterrichte einbrächten.

Auf die Frage, welche Personen im intraprofessionellen Unterricht beteiligt wären, antworteten die Lehrenden Folgendes:

»Die Unterrichte sind so gestaltet, dass eine Lehrperson und die Schüler, die Auszubildenden im Unterricht sind. So ist das, wenn man 90 % des Unterrichtes gestaltet, bis auf die praktischen Unterrichte, wo noch mal mehrere Kollegen der gleichen Berufsgruppe anwesend sind.« (P1, Z. 69–72)

Der Fokus liegt hier wieder bei Unterrichtenden der eigenen Profession und Lernenden der generalistischen Pflegeausbildung.

»Die Lernenden, die Auszubildenden und die einzelnen Lehrpersonen. Wir sehen in den Unterrichten kaum Leute, die von externen Berufsgruppen kommen. Wir haben selten Logopäden da oder die haben wir da, aber selten. Ärzte haben wir genauso selten da. Zum Arbeitsrecht oder mal vom Arbeitsschutz.« (P2, Z. 63–67)

Auch hier liegt der Schwerpunkt in der eigenen Profession. In seltenen Fällen werden andere Berufsgruppen als Expert*innen angesehen und zur Unterstützung hinzugezogen. Jedoch ausschließlich im Bereich der Lehrpersonen.

»Das bedeutet für mich innerhalb einer Profession. Das heißt also, dass ich mit verschiedenen Lehrern zusammenarbeite, die aus dieser Profession Lehrer kommen, aber durchaus auf anderen Fachgebieten tätig sind, also Spezialisten für Pflege, Spezialisten Krankheitsbilder oder, dass man da innerhalb dieser Profession zusammenarbeitet.« (P3, Z. 26–29)

Bei dieser Aussage wird deutlich, dass ebenfalls in einer Profession gedacht wird – der Profession der Lehrenden, jedoch gewisse Spezialisierungen eine Rolle spielen. Durchaus interessant ist an diesem Aspekt, dass bei dieser Thematik oftmals in anderen Professionen, nämlich der der Pflegenden, der Mediziner*innen und anderer Therapierender gedacht wird. Dass Lehrende im Bereich der Gesundheitsfachberufe ebenfalls eine eigene Profession darstellen, wie hier genannt, findet weniger häufig Beachtung.

»Intraprofessionell im Sinne einer Pflegeausbildung finde ich schon, dass der Logopäde mit da reingehört. Der Lehrende oder der Krankengymnast, also der Physiotherapeut beispielsweise.« (P3, Z. 93–96)

Diese Person bezieht andere Professionen als Auszubildende mit ein, um das Expertenwissen für den Gegenstand der generalistischen Pflegeausbildung nutzen zu

können. »Die Lehrkräfte, die aus der Pflege kommen, Lehrkräfte, die aus sozialwissenschaftlichen Bereichen kommen.« (P4, Z. 82–84) Zusätzlich werden Lehrende aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich benannt. In Anbetracht der zu erlangenden Kompetenzen, die die Fachkommission nach § 53 PflBG im Rahmenlehrplan für die generalistische Ausbildung festlegte, können im Bereich der kommunikativen Kompetenzen Lehrende aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich eingesetzt werden.

»Es sind Pflegehilfskräfte, die ausgebildet werden, oder Pflegefachkräfte, die ausgebildet werden, oder Pflegepersonal, das sich in einer Weiterbildung befindet.« (P4, Z. 87–89)

Proband*in vier beschreibt die Gruppe der Lernenden. Zum ersten Mal werden hier Lernende aus dem Bereich der Weiterbildung genannt.

Die interviewten Personen wurden gebeten darüber nachzudenken, ob es Methoden gäbe, die sie als typisch für ein intraprofessionelles Lehr-/Lernarrangement hielten.

»Da würde ich nicht vom großen Unterschied zwischen intra- und interprofessioneller Lehre reden. Weil ich finde, immer wenn es um unterschiedliche Sichtweisen oder unterschiedliche Perspektiven geht, dann sind es ähnliche Methoden, die man anwendet. Also immer irgendwas, wo man sich austauscht, wo man diskutiert, wo man unterschiedliche Standpunkte sich anguckt, die recherchiert. Kommunikative Aspekte vielleicht noch mal mit einführt.« (P1, Z. 83–88)

Diese Lehrperson sieht keine Methode als typisch intraprofessionell an, sondern benennt als persönlichen Schwerpunkt, dass Perspektivwechsel und Kommunikation wichtige Eigenschaften der Methodik darstellen würden. Es traten auch Unsicherheiten zutage: »Weiß ich nicht. Bin ich gerade überfragt.« (P2, Z. 75) Eine Lehrperson benannte Lehr-/Lernarrangements, die in einem praktischen Setting stattfinden würden:

»In den praktischen Unterrichten zum Beispiel, da werden erst mal theoretische Grundlagen vermittelt und dann über die Handlungen, die von Pflegekräften an zukünftige Pflegekräfte weitergegeben wird, gelernt.« (P4, Z. 95–98)

Insbesondere im praktischen Setting spielen Praxisanleitende eine sehr große Rolle. Durch die gesetzlichen Regelungen zu den Anteilen der Praxisanleitung in der generalistischen Pflegeausbildung ist die Verantwortung der Rolle der Praxisanleiter*innen im Setting der praktischen Ausbildung deutlicher hervorgetreten. So wird auch im Begründungsrahmen der Lehrpläne erläutert, dass durch wechselseitigen Aus-

tausch soziale Unterstützung und kollektives Lernen befördert werden sollen (vgl. Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: 2019).

»Auch gesellschaftlich, dass man einfach mal eben Tabuthemen anspricht. Das wäre ja auch mal eine Möglichkeit, mit solchen Leuten in Kontakt zu treten.« (P3, Z. 230–232)

Kommunikation und Austausch auch über Grenzen hinweg, sieht diese Person als relevant an. Sie nennt die Option durch derlei Gespräche auch mit Menschen ins Gespräch zu kommen, die einer Gruppe angehören, die durch Tabuthemen sonst nicht zu Wort kommen.

Als typisch intraprofessionelle Inhalte definierten die Lehrpersonen folgende:

»Patientenversorgung würde ich behaupten und wirklich direkt Patientenversorgung. Zum Beispiel nach Operationen oder eine schwierige Patientenversorgung in Bezug auf Compliance – auch mit den Angehörigen.« (P2, Z. 28, 29)

Diese Lehrperson nennt Patientenversorgungen sowie Zugehörigenarbeit als Kernarbeit der Pflegefachberufe und somit als Kernthema für intraprofessionelle Lehre.

»Also in Bezug zur intraprofessionellen Lehre. Da würde ich mir wünschen, dass mehr Spezialisten aus dem Bereich der Pflege tatsächlich auch in die Unterrichte kommen.« (P4, Z.186)

Das Besondere des Pflegerischen anhand von Spezialist*innen aufdecken zu können und

»die Möglichkeit zu haben, den Unterricht so zu gestalten, dass ich andere Professionen mit reinbringen kann in den Unterricht, dass ich genau das auch möglich machen kann, teilzuhaben, Raum zu haben, genau dieses stattfinden lassen zu können.« (P1, Z.151-154)

Hier verschwimmen die Grenzen zwischen dem Intra- sowie Interprofessionellen, da der explizite Wunsch geäußert wird, auch Raum zu haben andere Professionen in das Lehr-/Lernarrangement zu integrieren. Fraglich bleibt hier, ob dies gegebenenfalls dazu dient, eine klare Trennschärfe zwischen den Berufsgruppen herausarbeiten zu können.

3.2 Alles rund um interprofessionelles Lernen und Lehren

Betrachtet man die Beschreibungen zur interprofessionellen Lehre, gehen die Meinungen auseinander. Eine Lehrperson beschreibt:

»Dass mehrere Berufsgruppen zusammen lernen. Da gibt es Projekte, dass sich da Physiotherapeuten mit Pflegekräften zusammensetzen oder Medizinstudenten gemeinsam mit den verschiedenen Berufsgruppen lernen.« (P2, Z. 37–40)

Eine weitere Lehrperson geht auf die Perspektiven ein.

»Bestimmte Themen zu bearbeiten im Unterricht, aus unterschiedlichen Perspektiven. Zum Beispiel aus der Perspektive der Pflege, der Physiotherapie, der Medizin.« (P4, Z. 25)

Wohingegen zwei Lehrpersonen Folgendes unter interprofessioneller Lehre verstehen:

»Da kommen die unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen. Das heißt, dass unterschiedlichste Berufsgruppen Unterricht bei den einzelnen Klassen vornehmen und dadurch die unterschiedlichen Sichtweisen aus den verschiedenen Berufsgruppen zutage treten.« (P1, Z. 35–37)

»Interprofessionelles Lehren würde für mich unterschiedliche Professionen beinhalten. Dazu gehören auch Patienten. Ich würde Angehörige mit einladen.« (P3, Z. 60)

So wird in den Aussagen deutlich, dass unter interprofessionellem Lehren und Lernen sowohl verstanden wird, dass unterschiedliche Professionen miteinander lernen, als auch, dass die Lehrenden aus unterschiedlichen Professionen entstammen. Eine Person identifiziert Zugehörige und Patient*innen ebenfalls als Teilnehmende in einem interprofessionellen Lehr-/Lernarrangement. Die Weltgesundheitsorganisation (2010) definiert das interprofessionelle Lernen so, dass Beteiligte unterschiedlicher Professionen von-, mit- und übereinander lernen. Dies findet sich teilweise in den folgenden Antworten wieder. Auch mit dem Kontext der Interprofessionalität wurden die Lehrpersonen zu den Unterrichtsbeteiligten befragt. Folgendes beschreiben sie:

»Also Logopäden, Physiotherapeuten, Ärzte, Pflegepersonal aus der Pädiatrie, also das natürlich auch genau die anderen der ärztliche Dienst, Sozialwissenschaftler, Rechtswissenschaftler.« (P1, Z. 94–96)

»In der interprofessionellen Lehre würde ich klar andere Berufsgruppen stärker in die Pflicht nehmen wollen. Ärzte, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, alles was dazu gehört. Psychiatrie bzw. nicht die Psychologen.« (P2, Z. 85–87)

»Das sind die unterschiedlichen Fachbereiche. Einmal die Pflege, würde ich sagen, im überwiegenden – hat den überwiegenden Anteil. Dann die Sozialwissenschaften haben einen immer höheren Anteil, die Medizin natürlich. Spezialisten wie zum Beispiel Logopäden, Physiotherapeuten.« (P4, Z. 117–120)

Hier werden bereits ausgebildete Fachpersonen als Beteiligte in der Lehre adressiert. Die Aussagen der Interviewten stimmen in der Hinsicht überein, als dass sie stets andere Professionen aufzählen und diese als Beteiligte identifizieren.

»Eine Studierende. Ich weiß nicht mehr, was sie studiert hat, die aber einen Erfahrungsbericht abgeliefert hat und in die Diskussion gegangen ist mit den Schülern.« (P1, Z.101)

Als Einzelnennung wird hier eine Studierende benannt, die in der generalistischen Pflegeausbildung in den Diskurs mit den Auszubildenden ging.

»Wir haben den Ausbildungsberuf KPH [Anmerkung der Autorin: Kranken- und Pflegehelfer*innen]. Das ist ja auch ein Pflegeberuf, aber ja, eine andere Ausbildung. Und diese Auszubildenden sind durchaus in Kontakt gekommen und haben sich miteinander ausgetauscht und haben Erfahrungen miteinander geteilt und diskutiert.« (P1, Z.112-114)

Eine gemischte Kohorte mit zwei unterschiedlichen Ausbildungszweigen wird beschrieben.

»Da sehe ich ganz klar, die Pflegekräfte in der Pflicht, die dann, also die Pflege ist ja erst mal Bindeglied zwischen allen Berufsgruppen im Alltag und dementsprechend sehe ich auch die Organisation ähnlich.« (P2, Z.101,102)

Pflegefachpersonen als übergeordnete Organisator*innen für Lehr-/Lernformate werden hier in den Fokus gerückt. Resultierend aus der Aussage, könnte man die Frage aufwerfen, ob Pflegefachpersonen in praktischen Settings einzelverantwortlich die Organisation für die Lehre übernehmen sollten oder ob auch in diesem Bereich ein Mehrwert durch ein interprofessionelles Lehrenden- und Anleitendenteam bestünde. Das Prinzip der dualen Leitungen wird im Regensburger Modell umgesetzt und gelebt. So kann sichergestellt werden, dass die Bedürfnisse aller Berufsgruppen gesehen und beachtet werden (vgl. Mahnke & Loibl 2021: 19).

»Da sehe ich eben die Patienten, da sehe ich die Angehörigen. Da sehe ich auch die stationäre und die Langzeitpflege und ambulante Pflege.« (P3, Z. 102–104)

Das Netzwerk rund um Pflegeempfänger*innen sowie die Beteiligten unterschiedlicher Ausbildungssettings werden hier als Unterrichtsbeteiligte für ein interprofessionelles Lehr-/Lernarrangement identifiziert.

»Ich kann mir auch vorstellen, dass der Lehrende in diesem Falle im weitesten Sinne auch der Patient ist. Das finde ich richtig gut. Letztendlich ist es ja so, dass die

verschiedenen Fachgruppen untereinander – ich bezeichne mir das jetzt mal alles als Fachgruppen – auch partizipieren können.« (P3, Z.111-114)

Proband*in drei beschreibt einen Austausch zwischen einer pflegeempfangenden Person und der Lernendengruppe. Der/die Rezipient*in als Expert*in über die eigene Erkrankung. »Studierende der Medizin.« (P3, Z. 122) Der Kohortenmix mit einer weiteren akademisierten Gruppe wird genannt.

»In den Ausbildungskursen geht es immer um Pflege. In den Weiterbildungen sind auch Hebammen, Physiotherapeuten und Pflegekräfte.« (P4, Z. 123,124)

Diese Person schildert zum Beginn des Interviews, welche Beteiligten sie in einem interprofessionellen Setting sehen würde und beschreibt im weiteren Verlauf, dass in ihrem Alltag, in der eigentlichen generalistischen Pflegeausbildung zum jetzigen Zeitpunkt keine weiteren Berufsgruppen beteiligt sind. Sie würde interprofessionelle Settings aktuell eher dem Weiterbildungssektor zuordnen.

»Wir haben noch nie Kohorten gemischt. Vorstellen kann ich mir auf jeden Fall, wenn es Bereiche gibt, die sich überschneiden. Wenn ich zum Beispiel an die Anatomie denke, kann ich mir das auf jeden Fall vorstellen. Auch die sozialwissenschaftlichen Themen kann ich mir auch gut vorstellen. Vielleicht etwas interprofessionell stattfinden könnte.« (P4, Z.129-134)

Das Mindset von Proband*in vier ist einem interprofessionellen Aufbau gegenüber sehr offen und mögliche interprofessionelle Inhalte werden direkt in den Kontext einer Mischung von unterschiedlichen Kohorten gestellt, jedoch beschreibt diese Proband*in wiederholt, dass es aktuell keinen Berufsgruppenmix gebe.

Die Lehrenden wurden gefragt, anhand welcher Methode sie interprofessionell unterrichteten. Im Folgenden werden die Antworten dargestellt.

»Es wird immer darauf hinauslaufen, dass ich versuche, eine Methodik zu wählen, wo wir nochmal selber recherchieren müssen, wo sie aber ihre Standpunkte erarbeiten müssen oder eben Wissen erarbeiten müssen über die anderen Berufsgruppen und dann aber in den Austausch gehen.« (P1, Z.122- 124)

Aktive, kritisch-konstruktive Methoden mit einhergehendem Austausch und Perspektivwechsel sind für diese Lehrperson relevant.

»Man einfach Stationen schafft. Es gibt ja mittlerweile die Ausbildungssituation, in der dann einfach Medizinstudenten und Auszubildende der Physiotherapie oder Ergotherapie zusammenlaufen lässt mit den Auszubildenden der Pflegefachkräfte.« (P2, Z.91-93)

Diese Lehrperson beschreibt das Lernen in der Praxis, auf einer speziell konzipierten Ausbildungsstation.

»Interprofessionell wäre also durchaus, dass ich Team-Teaching machen kann. Dass ich eben praktisch arbeiten kann mit Praxislehrenden, mit diesen Puppen [Anmerkung Autorin: Simulatoren] solche Sachen, dass da glaube ich, gibt es eine ganze Menge Möglichkeiten. Es gibt interprofessionell noch viel mehr Möglichkeiten, mit Patienten, mit Angehörigen ans Bett zu gehen und jemanden zu fragen, wie läuft die Pflege, wie lief die Therapie. Wie haben sie das gemerkt?« (P3, Z.227-232)

Proband*in drei nennt eine große Methodenvielfalt mit einer Ansiedlung sowohl im makro- wie auch mesomethodischen Bereich (vgl. Meyer 2018: 44). Team-Teaching, Lernen am Modell durch praktisches Lehren, simulationsbasierte Lehre und eben solches Lernen mit Fällen werden benannt. Makromethodisch muss simulationsbasiertes Lernen durch die Institutionen oder Kooperationen mit anderen Schulen festgehalten und geplant sein.

3.3 Zukunftsvisionen der befragten Personen

Wunschgedanken wurden ebenfalls thematisiert und so stellte sich die Frage, welche Inhalte Lehrende vorzugsweise in der interprofessionellen Lehre sähen, wenn Sie frei Ihre Wünsche äußerten.

»Vom Prinzip das erste, was mir einfällt, diesen Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und zu gucken, was für Professionen sind dort beteiligt. Genau die auch mit ins Boot zu holen und zu gucken, was passiert eigentlich bei welcher Berufsgruppe, was ist da, welche Gedanken, welche Fähigkeiten sind dort jeweils vorhanden? Und das zusammenzubringen.« (P1, Z.171-173)

Weiterführend wurden explizite Inhalte wie Anatomie, das interprofessionelle Zusammenarbeiten in Notfallsituationen sowie kommunikative Schwerpunkte benannt.

»Verhalten im Team. Wie kriege ich ein Behandlungsteam so zusammen, dass die einzelnen Berufsgruppen optimal miteinander interagieren? Das gehört ja mit zu Kommunikation, dass diese Inhalte klar gemacht werden.« (P2, Z.117-118)

Auch die feste Verankerung von Fallbesprechungen wird gewünscht.

»In der Theorieausbildung würde ich mir wünschen, dass dort Fallbeispiele aus dem Alltag mehr Bezug finden. Gerade was die rechtliche Situation angeht,

also bei den Auszubildenden und auch auf Station, ist ja immer eine starke Verunsicherung, wer welche Aufgaben, welchen Handlungsspielraum hat.« (P2, Z. 142–145)

So erhalten die Lernenden die Möglichkeit komplexe Situationen problemorientiert zu reflektieren.

Wenn weder Budget, noch Zeit, noch Anfahrtswege eine Rolle spielten, welche Unterrichtsbeteiligten wünschten sich Lehrende in der interprofessionellen Lehre? Interessanterweise äußerten zwei der interviewten Personen keinerlei Wunschgedanken. Wohingegen eine Person sagte:

»Wenn man andere Lernende, also Auszubildende aus anderen Berufsgruppen zusammenbringen könnte. Das wäre ja total klasse, weil die Schüler dann schon voneinander lernen könnten und auch die unterschiedlichen Perspektiven besser einnehmen könnten und verstehen könnten.« (P1, Z. 161–164)

Bezüglich der expliziten Nennung der interprofessionellen Lehre in der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurden die Lehrpersonen nach Wünschen zur Unterstützung und möglichen Fortbildungen befragt. Die Lehrenden äußerten keine spezifischen Wünsche in Bezug auf die Interprofessionalität. Im Allgemeinen traten Wünsche zutage, die auf die Lehrtätigkeit Bezug nahmen.

»Das wäre jetzt aber nichts, was speziell auf den Unterricht intra- und interprofessionelle Lehre zurückzuführen ist, sondern das hat was zu tun, vielleicht noch andere methodische Ideen zu bekommen, wie man das denn dann umsetzen kann. Also das ist ja eigentlich eher übergreifend.« (P1, Z.185-188)

Was deutlicher zum Vorschein kam als der Wunsch nach Fort- und Weiterbildung, war der Wunsch nach einer übergeordneten Strukturierung der interprofessionellen Anteile der Ausbildung zum Pflegefachmann/zur Pflegefachfrau: »Also ein Curriculum auf Bundesebene, sofern wir kein Curriculum auf Bundesebene haben.« (P1, Z. 191) Der Wunsch nach einer klareren Struktur wird auch genannt, als Lehrende gefragt wurden, was sie sich zukünftig in Bezug auf die Interprofessionalität in der generalistischen Pflegeausbildung wünschten.

»Ich würde mir wünschen, dass es curricular besser, klarer verankert ist, was die einzelnen Kollegen zu unterrichten haben in diesem Bereich.« (P1, Z.154)

»Jeder fühlt sich wichtig und ich glaube, durch Interprofessionalität kann man das aufbrechen. Diese Wertschätzung auch auf eine Ebene bringen. Dann klappt die Zusammenarbeit auch wesentlich besser. Und das Ergänzen der Fachgebiete und dass die zusammenarbeiten – wirklich Hand in Hand, das finde ich ganz wichtig.« (P3, Z.152-158)

Die Frage nach Hemmnissen für interprofessionelle Lehr-/Lernformate wurde mit vielen Nennungen beantwortet.

»Wenn ich an Medizinstudenten zum Beispiel denke, mit was für einer Voraussetzung, die in das Studium gehen? Und dann Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte mir anschau, mit welchen Voraussetzungen die in die Lehre kommen, dann, glaube ich, wird es nicht so einfach sein, die gemeinsam zu unterrichten.« (P D, Z.192-195)

Die grundlegenden Ausbildungsstrukturen sowie divergierende Zugangsvoraussetzungen (universitäre Lehre, Lehre an Pflegeschulen) wurden gleich mehrfach benannt. Ferner werden Hemmnisse in Planung und Umsetzung identifiziert, da das Setting Schule des Gesundheitswesens nicht als geeignet für alle Berufsgruppen gesehen wird und eine gemeinsame Ausbildungsgrundlage gefordert wird.

»An dem Setting Pflegeschule sehe ich das nicht, dass die Pflege mit den Berufsgruppen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie zusammenkommt oder auch Medizin. (...) Da muss man ein bisschen weiterspinnen, wie wenn wir jetzt sagen, die Akademisierung der Pflege (...) Dann muss man das so umstrukturieren, dass man eben ein Setting schafft, in dem alle teilnehmen können zu bestimmten Zeiten, zu bestimmten Lernfeldern.« (P B, Z.162-163)

Die Befragung fand ausschließlich an einer Schule des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein statt. Dieses Bundesland gilt, wie auch Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, als Flächenland. Universitäre Standorte für die Ausbildung von Mediziner*innen, Hebammen sowie Physiotherapiestudierenden sind hier Kiel und Lübeck. Pflegeschulen hingegen sind im gesamten Bundesland vertreten. Von der Schule des Gesundheitswesens Uhlebüll in Niebüll, im Norden Nordfrieslands, bis zum AWO-Bildungszentrum in Lauenburg, im Süden des Herzogtums Lauenburg, erstreckt sich die Verteilung der staatlich anerkannten Schulen des Gesundheitswesens (vgl. Bundesministerium für Familien, Frauen und Jugend 2024).

4. Diskussion und Ausblick

Durch die Aussagen der vier Proband*innen gelang es, erste Beschreibungen zur intra- sowie interprofessionellen Lehre zu generieren und zu deuten. Wie in Kapitel 1 dargestellt wurde, sind die individuellen Verständnisse zum untersuchten Gegenstand zutage getreten. Vergleicht man die Definitionen von Mahler und Kolleg*innen (2014) sowie der WHO (2010) mit den Aussagen der Lehrenden, stellt man deutliche Unterschiede des Begriffsverständnisses intra- und insbesondere inter-

professioneller Lehre fest. Zwei der vier Befragten brachten das Einsetzen anderer Professionen als Lehrpersonen als ihr Verständnis von interprofessioneller Lehre zum Ausdruck. Weiterführend wurden Pflegeempfangende, Zugehörige und andere Personengruppen von den Interviewten als Lehrpersonen identifiziert. Zusammenfassend lässt sich ein sehr divergierendes Verständnis festhalten. Gerber und Rüefli (2021) führten in der Schweiz eine Befragung durch, um den Begriff Interprofessionalität definieren zu können. Teilnehmende hatten im Verlauf einer Online-Befragung die Option, allgemeine Informationen, Einschätzungen oder Rückmeldungen zur Begriffsdefinition zu äußern. Im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) wurden mehrere Aspekte angesprochen, die auf eine hohe Flexibilität hindeuten (vgl. Gerber/Rüefli 2021: 4). So variiert die Koordination von formell bis informell. Die Zusammenarbeit wurde von den Befragten nicht auf eine Organisationseinheit festgelegt, sondern könne auch über verschiedene Abteilungen oder Institutionen funktionieren. Je nach Setting bedarf es verschiedener Formen der IPZ. So wären im palliativen Sektor horizontale Führungsstrukturen hilfreich, wohingegen in einem Setting der Notfallversorgung eine vertikale Führungsstruktur sinnvoll sei (vgl. Gerber/Rüefli 2021: 58). Aus allen Erkenntnissen ergibt sich weiterführend die Frage, wie zukünftig eine allgemeingültige Begriffserläuterung an die Lehrenden herangetragen werden kann, sodass eine möglichst einheitliche interprofessionelle Lehre stattfindet, die die verschiedenen Anforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit beachtet und bedient. Auch, dass viele Hemmnisse in der Umsetzung der interprofessionellen Lehre durch Pflegelehrende identifiziert wurden (s. Kapitel 1 Ergebnisse), eröffnet den Raum für weitere Untersuchungen und Konzeptionen, um eine zukünftige Umsetzung des IPEL-Rahmencurriculums zu ermöglichen. Gerber und Rüefli (2021: 60) identifizierten notwendige Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, um erfolgreich interprofessionell zusammenarbeiten zu können. Diese wurden in vier Gruppen gegliedert: Individuelle Faktoren (Haltung und Kommunikation), organisationale Faktoren (Unternehmens-, Organisations- und Führungskultur sowie die hierarchischen Strukturen), Zusammenarbeitsfaktoren (Wissen über Gruppendynamiken und -prozesse sowie Rollen und Verantwortlichkeiten) und Rahmenbedingungen (rechtliche sowie finanzielle Aspekte) (vgl. Gerber/Rüefli 2021: 47–49). Einen Großteil dieser Faktoren findet man in den Nennungen der Befragten Lehrpersonen im Schwerpunkt der interprofessionellen Lehre ebenfalls wieder. Ebendiese stellten eine kritische Haltung gegenüber den individuellen Faktoren, den organisationalen Faktoren und den Rahmenbedingungen dar und brachten zum Ausdruck, dass sie viel Veränderungsbedarf in diesen Bereichen erkennen, um eine bessere Umsetzung der interprofessionellen Lehre erzielen zu können. Insbesondere die Zusammenführung der Lernenden aus den unterschiedlichen Professionen sehen Lehrende oftmals als schwierig an. Wie im letzten Abschnitt von Kapitel 1.3 dargestellt, sind in Schleswig-Holstein die unterschiedlichen Ausbildungsorte weit voneinan-

der entfernt. So sollte man zwangsläufig die Frage weiterbearbeiten, wie eine Zusammenführung der Lernenden im interprofessionellen Sinne zukünftig realisierbar ist.

Aufgrund des zufriedenstellenden Verlaufes der Pilotstudie ist die Ausweitung der Forschung im Rahmen einer Masterthesis geplant. Anpassungen bezüglich des Samplings, der Rekrutierung und des Interviewleitfadens, wie beschrieben, werden vorgenommen. Im Anschluss daran ist eine bundesweite Befragung Lehrender geplant. Das Design der Pilotstudie ist dazu geeignet die Forschungsfragen zu untersuchen. Insbesondere durch die Option der deduktiven sowie induktiven Auswertungsansätze nach Mayring (2015) gelingt es, die Beschreibungen der Lehrenden individuell zu erfassen und zu deuten. Eine Einschränkung erfährt die Aussagekraft der Daten, da aufgrund des Pilotcharakters nicht bis zur Datensättigung gearbeitet wurde. Durch vier Proband*innen ist somit keine generelle Aussagekraft gegeben. Der Interviewleitfaden konnte größtenteils als Erfolg gewertet werden, da die Interviewten auf einen großen Teil der Fragen antworten konnten.

Literatur

- Bundesministerium für Familien, Frauen und Jugend. Online: pflegeausbildung.net: https://www.pflegeausbildung.net/no_cache/dein-weg-in-den-pflegeberuf/uebersicht-pflegeschulen.html?tx_bafzaaltenpflegeschulen_demap%5Baction%5D=list&tx_bafzaaltenpflegeschulen_demap%5Bcontroller%5D=Altenpflegeschule&cHash=405bbfae12d6482df387d2dfc08c8475 (Abruf: 10.07.2024).
- Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Projekt interEdu. Von Pflegepädagogik Universität zu Kiel. Online: <https://www.pflegepaedagogik.uni-kiel.de/de/abgeschlossene-forschungsprojekte/projekt-interedu> (Abruf: 30.01.2026).
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2019). Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Bonn: Verlag Barbara Budrich.
- Gerber, Michèle/Rüefli, Christian (2021). Definition des Begriffs »Interprofessionalität« im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Mahler, Cornelia/Gutmann, Thomas/Karstens, Sven/Joos, Stefanie (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. In: *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 31 (4), S. 1–10.
- Mahnke, Anna/Loibl, Johanna (06 2021). Interprofessionell Arbeiten: Das Regensburger Modell. In: *Pflege Praxis*, (74), S. 18–21.
- Mayring, Philipp (2015). Einführung in die qualitative Sozialforschung (Bd. 6. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

- Meyer, Hilbert (2018). Leitfaden Unterrichtsvorbereitung. 9. Auflage. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Schmidt-Hertha, Bernhard/Meyer, Sandra/Tippelt, Rudolf (2024). Interprofessionalität als neues Handlungs- und Forschungsfeld aus der Perspektive der Bildungsforschung. In: Walkenhorst, Ursula/Fischer, Martin (Hg.). Interprofessionelle Bildung für die Gesundheitsversorgung. Heidelberg: Springer Verlag GmbH -- Springer Nature.
- Universitätsklinikum Regensburg. UKR – Universitätsklinikum Regensburg. Online: <https://www.ukr.de/innere-medizin-1/informationen-der-klinik/studium-promotion/a-star> (Abruf: 28.04.2024).
- Willgosch, Aljoscha/Engelke, Susanne/Hebestreit, Norbert/Mille, Urte (2021). Lehre in Gesundheitsberufen: Zusammenführen was zusammengehört. In: PADUA, (4), S. 228–230.
- Wolter, Lisa/Lehnen, Tanja/Püschel, Laura/Lüth, Frederike/Rahn, Anne/Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Balzer, Katrin (2022). Über die Grenzen der eigenen Berufspraxis hinaus »interEdu«: eine Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung. In: *berufsbildung*, (04), S. 18–21.
- World Health Organization (Hg.) (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Genf: WHO Press.

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung

Die interprofessionelle Lehre in der Pflegeausbildung am dritten Lernort – Qualifikationen und Bedarfe von Lehrenden aus der Perspektive von Expert*innen

Melanie May

Zusammenfassung *Der Erwerb interprofessioneller Kompetenzen ist ein Ziel der beruflichen Handlungskompetenz in der generalistischen Pflegeausbildung und wird in differenzierten Lehr-/Lernarrangements gelehrt und gelernt. Die Umsetzung von interprofessionellen Lehr-/Lernarrangements in Kombination mit simulationsbasierter Lehre am sogenannten dritten Lernort erfordert die Berücksichtigung multifaktorieller Bedingungen. Mit dem vorliegenden Forschungsprojekt wird der Frage nachgegangen, welche dieser Bedingungen aus Sicht von Lehrpersonen gegeben sein sollten, um sowohl interprofessionelle als auch simulationsbasierte Lehr-/Lernarrangements umsetzen zu können. Bei der Datenerhebung anhand eines qualitativen Forschungsdesigns wurden Expert*inneninterviews durchgeführt. In der daran anschließenden Datenauswertung fand eine qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker statt. Die Ergebnisse der Forschungsarbeit wurden im Rahmen einer Posterpräsentation und auf einer bundesweiten Tagung von SimNAT e.V. vorgestellt.*

1. Hintergrund

Studentische Forschungsprojekte können modular bzw. curricular in den Modulhandbüchern von Studiengängen verortet sein und durch begleitende Lehrveranstaltungen ergänzt werden. Sie stellen eine gängige Form des forschungsnahen Lernens dar. Dabei können Projekte einmalig und dennoch umfassend und vollständig stattfinden und mit einer Leistungsbewertung abschließen. Methoden zur Erhebung und Auswertung von Daten sind ein gängiger Einstieg in das forschende Lernen (vgl. Wulf u.a. 2020: 28).

Die Themenwahl eines Forschungsprojekts sollte kriteriengeleitet stattfinden. Beispiele für Kriterien sind eine wissenschaftlich und gesellschaftlich relevante Themenwahl, eine Anknüpfung an aktuelles Fachwissen sowie die Möglichkeit, das Thema wissenschaftlich bearbeiten zu können. Relevante Quellen sollten verfügbar sein und seitens der forschenden Person sollten ausreichende methodische (Vor-)Kennt-

nisse vorliegen (vgl. Hug/Poscheschnik 2020: 66f.). Das Forschungsprojekt war an das Projekt interEdu angegliedert. InterEdu ist ein vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragtes Projekt mit der Zielsetzung, ein longitudinales Curriculum für interprofessionelles Lehren und Lernen (IPL) zu entwickeln und in einer Pilotierungsphase zu erproben (vgl. Wolter u.a. 2022:19).

Interprofessionelle Lehre ist nach dem Interprofessional Education Collaborative Panel von 2016 gemeinschafts- und bevölkerungsorientiert sowie patient*innen- und familienzentriert. Sie berücksichtigt neben der interprofessionellen Teamarbeit und teambasierten Praxis interprofessionelle Kommunikationspraktiken, Rollen und Verantwortlichkeiten für die kollaborative Praxis sowie Werte und Ethik für die interprofessionelle Praxis. Zu dem Interprofessional Education Collaborative Panel gehören sechs US-amerikanische Verbände von Schulen für Gesundheitsberufe, die 2009 eine Kooperation gegründet haben. Die Verbände sind in der Zahnmedizin, der Krankenpflege, der Medizin, der Osteopathie, der Pharmazie und dem öffentlichen Gesundheitswesen verortet. Das Panel berief ein Expertengremium ein, um die Kernkompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln und die Entwicklung von Lehrplänen für Gesundheitsberufe zu begleiten (vgl. Interprofessional Education Collaborative 2016).

Simulationsbasierte Lehre findet nach Schwermann und Löwenhardt in Form von Lehr-/Lernarrangements mit Szenarien statt. Dabei treten an die Rolle von Patientinnen und Patienten Simulationspersonen und/oder Simulatoren (vgl. Schwermann/Löwenhardt 2021: 3f.). Die Szenarien werden am sogenannten »dritten Lernort« durchgeführt. An diesem Lernort wird Simulation unter anderem als Lehr-/Lernmethode zur Verbindung von schulischem (= erstem) und betrieblichem (= zweitem) Lernen praktiziert (vgl. St. Pierre/Breuer 2018: 442).

2. Zielsetzung

Die Zielsetzung des Forschungsprojekts war die empirisch fundierte Erhebung von Bedingungen für die interprofessionelle, simulationsbasierte Lehre aus Sicht von Pflegelehrenden. Damit sollten Bedarfe und Voraussetzungen von Pflegelehrenden deutlich werden, um die simulationsbasierte und interprofessionelle Lehre am dritten Lernort ermöglichen zu können.

Basierend auf der Forschungsfrage »Welche Bedingungen sind aus Sicht von Lehrenden erforderlich, um interprofessionelle Kompetenzen im Rahmen der pflegerischen Ausbildung durch simulationsbasierte Lehre zu erreichen?« wurden in dem Forschungsprojekt zwei Schwerpunkte gesetzt. Zum einen wurde der Fokus auf die Perspektive der Lehrpersonen gelegt und zum anderen wurde ein Lernort gezielt in den Blick genommen. Der dritte Lernort wurde fokussiert, weil dies der Lernort ist, an dem simulationsbasierte Lehr-/Lernarrangements stattfinden.

Zur Konkretisierung der Forschungsfrage und in Vorbereitung auf einen Fragenkatalog wurden Unterfragen formuliert:

- Welche Qualifikationen benötigen die Lehrenden des interprofessionellen Lehrendenteams?
- Welche Schulungsbedarfe benötigt das Team, um am dritten Lernort mit dem Schwerpunkt des Simulationstrainings interprofessionell lehren und lernen zu können?
- Welche spezielle Ausstattung (Hardware, Software, Arbeitsmaterial ...) soll der dritte Lernort mit dem Schwerpunkt des Simulationstrainings aufweisen?

3. Methodik

Qualitative Forschung ist dadurch gekennzeichnet, Gegenstände aus subjektiver Sicht zu betrachten und zu verstehen. Dabei werden individuelle Sichtweisen ermittelt und die zu untersuchenden Gegenstände differenziert beschrieben (vgl. Misoch 2019: 2f.). Bei dem vorliegenden Forschungsprojekt wird ein qualitatives Forschungsdesign mit der Forschungsform der Datenerhebung gewählt, um diese subjektiven Aspekte, die Sicht von Lehrenden in einem speziellen Lehr-/Lernkontext, zu erforschen.

Expert*innen sind Personen mit einem hohen Kontext- und Betriebswissen im jeweiligen fachspezifischen Feld und werden als Wissenstragende in die Datenerhebung einbezogen (vgl. Misoch 2019: 281). Der Leitfaden dient als zentrales Element zur Steuerung und Strukturierung der Interviews. Sie geben einem Interview eine thematische Rahmung und Fokussierung, stellen die Berücksichtigung relevanter Themen sicher und ermöglichen dadurch eine Vergleichbarkeit zwischen den Interviews. Gleichzeitig bleibt neben den Leitfragen Raum für Impulse der befragten Personen sowie für gezielte Nachfragen der interviewenden Person (vgl. ebd.: 65f.). Einschlusskriterien für die Teilnahme an einem Expert*inneninterview waren, dass die befragten Personen Lehrerfahrungen in simulationsbasierter Lehre und im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung haben. Die Expert*innen wurden zum Forschungsprojekt umfassend informiert und stimmten einer freiwilligen und unentgeltlichen Teilnahme sowie einer Audioaufnahme des jeweiligen Interviews für den Zweck der Datenauswertung schriftlich zu.

Die Datenerhebung erfolgte über leitfragengestützte Expert*inneninterviews und fand im November und Dezember 2022 statt, sowohl online via BigBlueButton als auch in Präsenz.

Gütekriterien qualitativer (Sozial-)Forschung Misoch (2019) hat aus der Vielfalt existierender Gütekriterien für die qualitative Forschung und basierend auf den drei Stan-

dard-Kriterien der quantitativen Forschung (Objektivität, Validität und Reliabilität) eine Re-Definierung von Gütekriterien vorgenommen. Mit Bezug auf das Forschungsprojekt wird eine Auswahl von Gütekriterien näher betrachtet und deren Anwendung bzw. Umsetzung erläutert (vgl. ebd.: 245f.).

Bei der kommunikativen Validierung handelt es sich um eine Überprüfung der erhobenen und analysierten Daten mit dem Ziel, Interpretationsartefakte der forschenden Person(en) aufzudecken. Eine Variante dieses Schrittes ist das Peer Debriefing. Dabei findet ein Dialog mit Personen statt, die am Forschungsprojekt nicht beteiligt sind und die die Forschungsergebnisse kritisch betrachten und ggf. auf Unstimmigkeiten aufmerksam machen (vgl. ebd.: 252f.). Diese Variante wird im vorliegenden Forschungsprojekt angewendet, d.h. die herausgearbeiteten Kategorien werden in Verbindung mit Ankerzitaten einer Person außerhalb des Forschungsprojekts vorgestellt und auf deren Plausibilität hin diskutiert.

Zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit gehört die Verfahrensdokumentation mit einer nachvollziehbaren und lückenlosen Dokumentation des Forschungsprozesses. Damit wird der Forschungsprozess als transparentes Vorgehen mit der Option der Überprüfbarkeit der Daten abgebildet. Das Prinzip der Regelgeleitetheit steht für einen systematischen und regelgeleiteten Forschungsprozess und hängt eng mit der Verfahrensdokumentation zusammen (vgl. ebd.: 256f.). Das vorliegende Paper stellt inklusive des Anhangs den Forschungsprozess in seiner Gesamtheit dar. Ergänzend steht die Autorin für Nachfragen zur Verfügung.

Ethische Grundprinzipien Die basalen ethischen Grundprinzipien zur Sicherstellung einer seriösen Durchführung und Auswertung von qualitativen Interviews sind nach Misoch Respekt, Informationspflicht, Vertraulichkeit inklusive Anonymität und Datenschutz, das Einverständnis, die Freiwilligkeit mit Widerrufsrecht, die Wahrung der Persönlichkeitsrechte sowie der Schutz der Befragten (vgl. ebd.: 19f.). Alle Prinzipien wurden in der methodischen Planung sowie der Durchführung berücksichtigt.

4. Datenauswertung

4.1 Sample der Expert*innen

Die interviewten Expert*innen haben auf freiwilliger Basis und anonym Angaben zu ihrer Person anhand eines Datenbogens gemacht. Basierend auf diesen Angaben lässt sich das Sample der Expert*inneninterviews wie folgt darstellen:

Die befragten Expert*innen der Pflegelehrenden sind aus drei unterschiedlichen Lehrgenerationen, drei sind zwischen 25 und 34 Jahren alt, zwei zwischen 35 und 50 Jahren und drei älter als 50 Jahre. Die geschlechtliche Zuordnung verteil-

te sich auf sechs Angaben zum weiblichen und zwei Angaben zum männlichen Geschlecht. Vier Expert*innen gaben einen Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege und zwei in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an. Eine befragte Person hat einen Abschluss im Bereich Humanmedizin und eine Person in einem anderen Beruf. Die Hälfte der Expert*innen hat einen Hochschulabschluss – drei davon im Bereich Pflege- und Medizinpädagogik und eine Person in einem anderen fachspezifischen Bereich. Alle Expert*innen gaben Lehrerfahrungen im Bereich der interprofessionellen und simulationsbasierten Lehre und speziell im fachpraktischen Unterricht der Pflegeberufe an. Sieben Expert*innen haben auch Erfahrungen im fachtheoretischen Unterricht der Pflegeberufe. Sechs verfügen über Erfahrungen am dritten Lernort und konkret im Simulationstraining sowie fünf im Kontext von Vorlesungen und drei im Bereich des Skillslab (= Bestandteil des dritten Lernortes).

4.2 Datenanalyse

Die Audioaufnahmen wurden für die Datenauswertung softwaregestützt transkribiert. In zwei weiteren Arbeitsschritten wurden diese Transkripte nachbearbeitet: Zum einen wurden die Transkriptionsvorgänge der Software manuell nachbearbeitet, zum anderen wurden parasprachliche Elemente aus den Transkripten herausgenommen, da sie bei der hier gewählten Form der Datenauswertung keine Relevanz hatten (vgl. ebd.: 123f.). Ergänzend wurden die Transkripte mit der Maßgabe der Vertraulichkeit anonymisiert. Dabei wurden sprachliche und inhaltliche Merkmale überarbeitet, die einen Rückschluss auf die interviewte Person ermöglichen könnten (vgl. ebd.: 18f.).

Bei der Ausarbeitung des Kategoriensystems wurden zwei der vier möglichen Hauptformen von Kategorien nach Kuckartz verwendet: Die Faktenkategorie, die sich auf objektive Aspekte bezieht und die thematische Kategorie, die sich aus bestimmten Argumentationen und Aussagen der befragten Personen ableiten lässt (vgl. Kuckartz 2018: 34). Der Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse erfolgt nach Kuckartz in den Schritten Planungsphase, Entwicklungsphase, Testphase, Codierphase und Auswertungsphase. Dieser Ablauf ist dynamisch zu verstehen, da bei jedem Schritt eine Rückkopplung zur Forschungsfrage und zum Datenmaterial stattfinden kann (vgl. ebd.: 44f.). Eine Schwerpunktsetzung der qualitativen Inhaltsanalyse ist die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse. Dabei »pendelt« das Kategoriensystem zwischen den Polen *deduktiv* und *induktiv* und durchläuft dabei mehrere Arbeitsphasen. Aus einer anfänglich kleinen Anzahl von deduktiven Kategorien erfolgt durch das »Pendeln« zwischen den Polen die Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Kategoriensystems. Diese Schwerpunktsetzung führt dazu, dass die Codier- und Auswertungsphase in mehrere Teilschritte differenziert

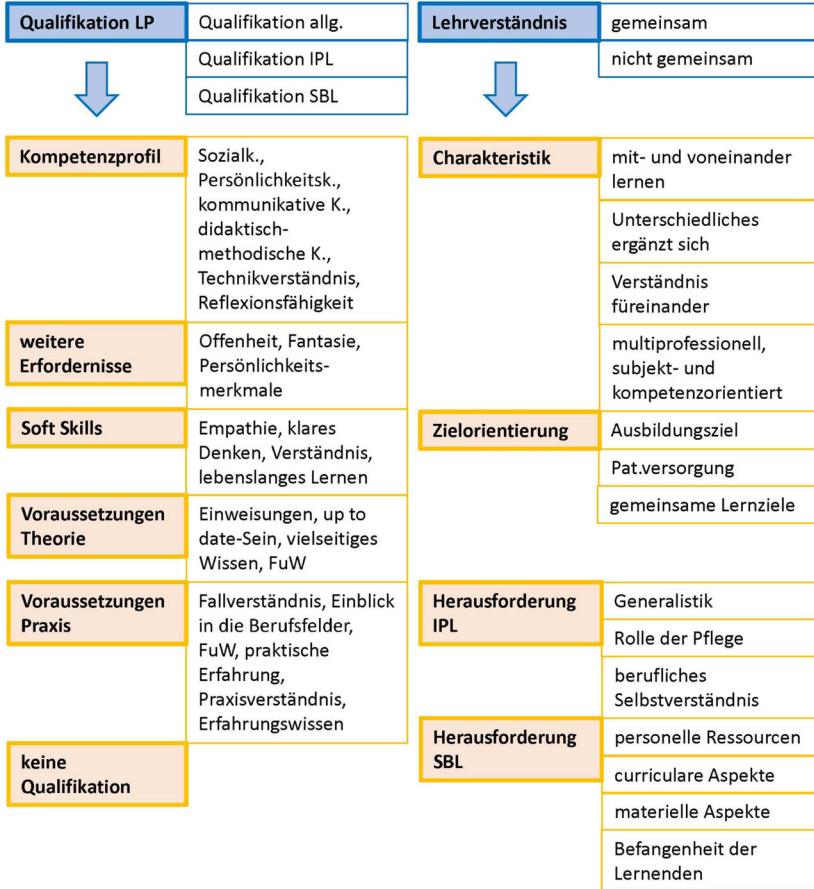
werden und eine Rückkopplung und Überarbeitung zwischen diesen Schritten stattfindet (vgl. ebd.: 97f.).

Die Leitfragen des Interviews bildeten in dem vorliegenden Forschungsprojekt die Basis für die deduktiven Kategorien. Aus dem Datenmaterial wurden die induktiven Kategorien aus den Transkripten abgeleitet, die entsprechenden Textstellen markiert und in einem Tabellenformat eingegeben. Bei den Transkripten eins bis fünf wurden jeweils eine bis drei induktive Kategorien ergänzt. Bei den Transkripten sechs bis acht gab es nur noch bei den Informationssammlungen und Memos Ergänzungen. Dies spricht dafür, dass mit einer Anzahl von acht Expert*inneninterviews eine erste Datensättigung erreicht werden konnte.

Die Datensättigung wird von Kuckartz als der Zeitpunkt beschrieben, »an dem sich nicht mehr viel tut« (ebd.: 85). Dieser Status wird als Zwischenstand fixiert, wobei eine erneute Ergänzung oder Änderung bei weiteren Auswertungsdurchläufen des gesamten Datenmaterials möglich ist. Damit wird sichergestellt, dass auch zu späteren Zeitpunkten eine Anpassung des Kategoriensystems stattfinden kann (vgl. ebd.: 85f.).

Auszug aus dem Kategoriensystem:

Abbildung 1: Auszug aus dem Kategoriensystem Legende: allg. = allgemein | FuW = Fort- und Weiterbildung | IPL = interprofessionelle Lehre | K. = Kompetenz | LP = Lehrperson | Pat. = Patientin bzw. Patient | SBL = simulationsbasierte Lehre



5. Ergebnisse

Ein erstes zentrales Ergebnis der Datenauswertung ist, dass die Forschungsfrage im Rahmen der Datenauswertung adaptiert werden musste. Aus dem empirischen Datenmaterial mit Pflegelehrenden waren keine Rückschlüsse möglich, wie interprofessionelle Kompetenzen im Rahmen der pflegerischen Ausbildung durch simulationsbasierte Lehre erreicht werden können. Stattdessen finden sich differenzierte Angaben dazu, wie simulationsbasierte und interprofessionelle Lehr-/Lernarrangements gestaltet werden können bzw. welche Voraussetzung dafür erforderlich sind.

Weitere zentrale Ergebnisse konnten zu den Punkten Qualifikation, Lehrverständnis, fortlaufende Schulungskonzepte, authentische Gestaltung des dritten Lernorts, zum Faktor Zeit und zur longitudinalen Verortung der simulationsbasierten und interprofessionellen Lehre in den Curricula der Pflegeausbildung ausgewertet werden. In der folgenden Übersicht werden diese Auswertungen zusammengefasst und mit exemplarischen Zitaten aus dem Datenmaterial dargestellt.

Tabelle 1: eigene Darstellung zur Adaption der Forschungsfrage

Forschungsfrage zu Projektbeginn	Adaptierte Forschungsfrage
Welche Bedingungen sind aus Sicht von Lehrenden erforderlich, um interprofessionelle Kompetenzen im Rahmen der pflegerischen Ausbildung durch simulationsbasierte Lehre zu erreichen?	Welche Bedingungen sind aus Sicht von Lehrenden erforderlich, um simulationsbasierte und interprofessionelle Lehr-/Lernarrangements im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung zu gestalten?«

Tabelle 2: eigene Darstellung der Datenauswertung

Zentrale Ergebnisse	Zitate aus dem Datenmaterial
Qualifikation	
<p>Aus Sicht der befragten Personen sollten Lehrende über umfassende und vielschichtige Qualifikationen verfügen. Dabei spielten formale Qualifikationen wie eine Aus-/Weiterbildung, ein Studium, eine Fortbildung oder ein Training bei fünf von acht der Befragten eine Rolle. Drei der Befragten sehen keine Notwendigkeit oder Priorität für eine formale Qualifikation, sondern halten andere Voraussetzungen für relevant. Der Begriff »Qualifikation« wurde in den Interviews vielseitig differenziert und in der Datenauswertung mit induktiven Kategorien verknüpft. Daraus resultiert, dass Soft Skills, weitere Erfordernisse und ein Kompetenzprofil über einer formalen Qualifikation stehen. Zudem sind besondere theoretische Aspekte (Einweisungen, up to date-Sein, Hintergrundwissen IPL, SBL und CRM) und praktische Aspekte (Fallverständnis, Praxisverständnis, Erfahrungswissen) in Verbindung mit einer Qualifikation als erfolgsversprechende Bedingungen für simulationsbasierte und interprofessionelle Lehr-/Lernarrangements genannt worden.</p>	<p>»Jeder, der unterrichtet, muss auch eine Qualifikation dafür haben.« (1.168f.) »Anfänglich würde das aber auch reichen, wenn man so etwas im Studium bekommt. ...« (2.135) »... dann man natürlich auch praktische Erfahrungen vorweist.« (2.5f.) »... Grundbasis, um gut lehren zu können, ist auf jeden Fall ein Einblick in das Berufsfeld, was man unterrichtet ...« (3.5f.) »... dass die Persönlichkeitsmerkmale, die aufeinandertreffen, das gleiche Ziel vor Augen haben ...« (3.85f.) »Eine ganz besondere Qualifikation (...) finde ich tatsächlich eher zweitrangig.« (4.7f.) »... dass man Fantasie benötigt (...), sich eine Patientensituation tatsächlich vorstellen zu können.« (5.9f.) »Die Qualifikation, da bin ich der Meinung, dass man erst mal in der Praxis gearbeitet hat, dass man Lehrpersonen hat, mit unterschiedlicher Qualifikation ...« (6.4f.) »Dass auf jeden Fall praktische Erfahrungen wichtig sind.« (7.5f.) »Zum einen die Qualifikation zu dem Thema selbst (...) dass man auch schon wissen muss, wie man mit dem Patienten (...), mit dem Lernenden im Prinzip umgehen soll.« (8.5f.)</p>

Zentrale Ergebnisse	Zitate aus dem Datenmaterial
Lehrverständnis	
<p>Das dritte zentrale Ergebnis ist, dass das Lehrverständnis von einer Zielorientierung geprägt ist. Fünf der acht Befragten gaben an, unterschiedliche Varianten der Zielorientierung als Lehrverständnis zu sehen (eine gute Versorgung von Patient*innen, das Erreichen des Ausbildungsziels). Die Hälfte der Befragten gab an, ein gemeinsames Lehrverständnis für wichtig und richtig zu erachten und drei der acht Befragten beschrieben dies als nicht erforderlich. Einzelne Äußerungen waren, dass das Lehrverständnis auf Kommunikation fokussiert sowie einen umfassenden Blick auf dem gesamten Lernprozess beinhalten und Aspekte der Sicherheit vermitteln sollte.</p>	<p>»Ja, eher subjekt- und kompetenzorientiert.« (1.68)</p> <p>»Der Fokus ist ja schlussendlich ganz am Ende der Ausbildung.« (2.89f.) »Und das alles am Ende für den Patienten zu nutzen.« (2.95f.)</p> <p>»... weil die Lernziele klar definiert sind, also durch die Lernzieldefinition mache ich ja klar, wo möchte ich hin und das ist dann auch die Erwartungshaltung«. (3.198f.)</p> <p>»Das Verständnis wäre, dass wir erst einmal das gleiche Ziel hätten.« (4.39)</p> <p>»Also dass man zu einem gemeinsamen Ziel gelangt.« (5.37)</p> <p>» ... dass sie aus der Simulation gehen und erstmal ein Gefühl der Sicherheit haben und dann mit dieser sicheren und sichereren Haltung in die Praxis gehen und dann das Ganze umsetzen können.« (6.62f.)</p> <p>» ... aber ich glaube, grundsätzlich wäre die Richtung schon ähnlich.« (7.70)</p> <p>»Man schaut auf unterschiedliche Sachen. Und ich glaube auch, dass unterschiedliche Aspekte (...) wichtig sind.« (8.33f.)</p>

Zentrale Ergebnisse	Zitate aus dem Datenmaterial
Fortlaufende Schulungskonzepte	
<p>Ein fortlaufendes Schulungskonzept für Lehrende wird als viertes zentrales Ergebnis festgehalten. Dabei wird zwischen allgemeinen Schulungsbedarfen und Bedarfen für simulationsbasierte und interprofessionelle Lehr-Lernarrangement differenziert. Inhaltliche Ideen zu Schulungen waren beispielsweise ein pädagogisches Rüstzeug für Lehrpersonen ohne pädagogische Qualifikation, technische Schulungen und Einweisungen in die gesamte Systematik der simulationsbasierten Lehre und für den Bereich der interprofessionellen Lehre Themen wie Sozialkompetenz, kommunikative Aspekte und die Curricula anderer Professionen.</p> <p>Die Schulungsformate sollten eine Regelmäßigkeit und Anwendbarkeit für alle beteiligten Professionen ausweisen und mehrmals pro Jahr stattfinden. Für die Hälfte der Befragten wären aufeinander aufbauende, beispielsweise modularisierte Schulungsangebote wünschenswert. Die Teilnahme an solchen Schulungsangeboten sollte für die Lehrenden im Bereich der simulationsbasierten, interprofessionellen Lehre verpflichtend sein und auch in interprofessionellen Zusammensetzungen stattfinden.</p>	<p>»... ganz einfache Dinge, Kommunikation im Unterricht, wie stelle ich mir den perfekten Schüler vor, Umgang mit Auszubildenden ...« (1.187f.)</p> <p>»Und ich würde das auch ans Wochenende legen, weil dann die meisten Zeit haben.« (1.213f.)</p> <p>»Dann müssten das Kurse sein, die (...) auch interprofessionell (...) stattfinden.« (2.129)</p> <p>»Da wäre so ein Austausch, eine Kombination aus Theoretischem und Praktischem nicht verkehrt.« (2.200f.)</p> <p>»Ich denke ein großer Teil ist erstmal technische Schulung, denn wenn ich mit meiner Technik nicht wirklich gut auskomme, dann habe ich ein Problem ...« (3.251f.)</p> <p>»... ist eigentlich erst mal so ein modulgesteuertes System« (4.103f.)</p> <p>»Die Einführung in die Simulatoren und in das Simulations-Programm (...) noch eine andere Fähigkeit, komplexe Situationen beschreiben zu können.« (5.112f.)</p> <p>»Wir werden alle so pädagogisch weiter- oder fortgebildet, dass wir (...) ein Briefing und Debriefing gestalten können ...« (6.111f.)</p> <p>»Zurzeit bräuchte ich das ein bis zweimal pro Jahr, dass man immer mal wieder Neuerungen anguckt ...« (6.131f.)</p> <p>»Grundsätzlich ist es, glaube ich, nicht verkehrt, auch untereinander oder mit anderen darüber, wie es gelaufen ist (...) einen Austausch zu haben. Dass man aus Erfahrung lernt.« (7.113f.)</p> <p>»Also ich glaube (...), diese Komplexität, die muss man, glaube ich, schon lernen und eben auch üben.« (8.69f.)</p>

Zentrale Ergebnisse	Zitate aus dem Datenmaterial
Authentische Gestaltung des dritten Lernorts	
<p>Die authentische Gestaltung des dritten Lernorts ist das fünfte zentrale Ergebnis des Forschungsprojekts. Sechs der acht Befragten wünschen sich eine realitätsnahe, authentische Gestaltung. Zu der obligatorischen technischen Ausstattung gehört aus Sicht der Befragten eine gute technische, funktionsfähige Ausstattung. Bei der Ausstattung mit Simulatoren variieren die Ansprüche von einfachen bis zu hochkomplexen Simulatoren – abhängig vom jeweiligen Szenario und Setting. Insgesamt wird von der Hälfte der Befragten eine »einfache Technik« bevorzugt, da diese in der Regel weniger fehleranfällig und damit handhabbarer ist. Die gleiche Anzahl an Befragten wünscht sich Arbeitsmaterialien, die auch im realen Arbeitsalltag zur Verfügung stehen. Auch die Auswahl und Ausstattung von Räumlichkeiten sollte aus Sicht der Mehrzahl der Befragten eine authentische Charakteristik aufweisen und mit wenig Aufwand gestaltbar sein. Bei der Gestaltung geht es neben unterschiedlichen Szenarien auch um die Abbildung der unterschiedlichen Settings, die im Rahmen der Generalistik gelehrt und gelernt werden.</p>	<p>»Realitätsnah« (1.221) »... ein Raum, der übersichtlich ist, nicht vollgestellt, dass man reinkommt und eigentlich nicht viel umstellen oder umbauen muss.« (2.291f.) »Wenn man jetzt aber an den Simulationsraum denkt, muss der ja trotzdem dem realistischen Arbeitsplatz der einzelnen Personen entsprechen.« (3.386f.) »... und dann bei der Ausstattung so realitätsnah wie es irgendwie geht.« (4.157f.) »Je weniger Technik mittlerweile, umso besser.« (4.217f.) »Wenn ich eine Simulation machen möchte, dann möchte ich damit starten können.« (5.173f.) »Ein guter Simulator ist einer, das sich haptisch ordentlich anfühlt.« (5.190) »Ich finde es immer realistisch (...), wo zwei Patienten im Zimmer liegen (...), weil die Realität ist ja, dass zwei oder drei Patienten in einem Zimmer liegen.« (6.256f.) »Also einfach das, was die Realität bietet.« (6.264f.) »Dass das im Prinzip genauso ist, wie das Patientenzimmer auf der Station.« (7.192f.) »In keinem [simulationsbasierten] System ist es wirklich benutzerfreundlich.« (8.152) »Also ich glaube, der Lernende hat es immer einfacher, wenn die Umgebung möglichst ähnlich dem ist, was er kennt oder was er erwartet.« (8.210f.)</p>

Zentrale Ergebnisse	Zitate aus dem Datenmaterial
Faktor Zeit	
<p>Der Faktor Zeit ist das sechste zentrale Ergebnis, dass von vier der acht Befragten in unterschiedlichen Zusammenhängen beschrieben wurde. Zum einen wird für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Szenarien Zeit benötigt, zum anderen ist die Implementierung von Lehr-/Lernarrangements über einen längeren zeitlichen Verlauf zu sehen und nicht dafür geeignet, sporadisch und experimentell zum Einsatz zu kommen. Außerdem sollten die einzelnen Lehr-/Lernarrangements in zeitlicher Nähe zueinander stattfinden und die zeitliche Ressource so berücksichtigt werden, dass alle Lernenden diese Lern-Chance bekommen.</p>	<p>»... also diese zeitliche Nähe (...) Also wenn die Simulationen zeitlich sehr eng sind und dann auch noch mehrere Tage ...« (1.312f.)</p> <p>»Ja, die Ressourcen sind dabei wichtig und die Zeit.« (2.213)</p> <p>»Damit man bei jedem Auszubildenden hinterherkommt, damit auch jeder wirklich seine Zeit bekommt.« (2.224f.)</p> <p>»Aber jetzt in der Umsetzung sieht man, allein um das jetzt erst einmal aufzubauen, das kostet schon immens viel Kraft und es geht auch nicht von heute auf morgen.« (4.377f.)</p> <p>»... würde ich simulationsbasiertes Lernen ungefähr einmal im Monat anbieten (...) und dass man sagt, ich muss so und so viel ableisten (...) bis zu einem bestimmten Zeitpunkt.« (6.383f.)</p>

Zentrale Ergebnisse	Zitate aus dem Datenmaterial
Longitudinale curriculare Verortung	
<p>Eine longitudinale Verortung von simulationsbasierten und interprofessionellen Lehr-/Lernarrangement in den Curricula ist das siebte zentrale Ergebnis, das von drei der acht Befragten beschrieben wurde. Es scheint wesentlich zu sein, in allen drei Ausbildungsjahren den dritten Lernort mit seinen unterschiedlichen Lehr-/Lernarrangements als selbstverständlichen und regelmäßig genutzten Lernort in der Stundenplanung zu berücksichtigen.</p>	<p>»Ja, und ich würde es eben in jedem Ausbildungsjahr durchziehen.« (1.343f.)</p> <p>»Also wenn man das quasi im Vorfeld drei Jahre über so inszeniert hat, dass das fest in der Ausbildung implementiert ist und dann diese stattfindet, das ist dann ganz natürlich.« (4.262f.)</p> <p>»Heißt, sie wissen von Anfang an, dass so etwas angeboten wird, auch durchgeführt wird und können sich auch gleich dafür entscheiden ...« (6.222f.)</p>

6. Kritische Reflexion

Spannungsverhältnisse und Widersprüche Bei der Datenauswertung fiel auf, dass in einzelnen Interviews Spannungsverhältnisse und Widersprüche formuliert wurden. Diese Formulierungen sind teilweise bei Nachfragen seitens der interviewenden Person entstanden, teilweise wurden diese im Redefluss der Befragten geäußert.

Diese Abweichungen wurden im Rahmen der Datenauswertung erfasst, allerdings nicht gesondert ausgewertet.

Außerdem zeigte sich in den Erzählungen, dass es oft eine Diskrepanz von Wunsch und Wirklichkeit gibt und zwischen diesen beiden Polen eine Dynamik besteht. Einerseits animieren die Wünsche, die gesetzten Ziele zu erreichen die damit verbundenen Anstrengungen in Kauf zu nehmen. Andererseits scheint die Wirklichkeit den Aktionismus für simulationsbasierte und interprofessionelle Lehr-/Lernarrangements häufig zu dämpfen und die Suche nach Alternativen oder Anpassungen zu forcieren.

Limitationen Um die Limitationen des Forschungsprojekts zu berücksichtigen, wurden themenbezogene literaturbasierte Methoden im Forschungsprozess berücksichtigt. Der Einfluss der interviewenden Person wird in qualitativen Forschungen als *researcher impact* oder *interviewer impact* bezeichnet. Dabei wird der Forschungsprozess beispielsweise durch Vorurteile und Vorwissen, Datenqualität und Datenauswertung sowie eine kritische Reflexion beeinflusst. Um diesem Einfluss entgegenzusteuern, sind die kontrollierte Subjektivität, die Herstellung von Intersubjektivität und ein regelgeleitetes Vorgehen mögliche Varianten der Kompensation (vgl. Misoch 2019: 215f.). Diese Varianten der Gegensteuerung wurden im vorliegenden Forschungsprojekt angewendet. Der Forschungsprozess wurde regelgeleitet geplant, durchgeführt und dokumentiert. Die Rolle des Subjekts wurde im Rahmen des Forschungsprozesses fortlaufend dargestellt und insbesondere bei der Datenauswertung berücksichtigt. Das heißt, dass die inhaltlich-strukturierende Datenauswertung in Textform und mit Zitaten der Befragten abgebildet wurde. Das Peer Debriefing wurde ebenfalls genutzt, um einen Beitrag zur Herstellung von Intersubjektivität zu leisten.

Weitere Hürden sind potenzielle Probleme bei der Interviewführung. Dazu gehören beispielsweise die fehlende Neutralität, die Einfachheit bzw. Komplexität der Fragen und die Weiterverfolgung von Themen (vgl. ebd.: 234f.). Um jeder befragten Personen mit einer größtmöglichen Neutralität zu begegnen, wurden die Fragen wertneutral und mit dem Versuch einer gleichbleibenden Intonation, auch bei Nachfragen auf Antworten gestellt. Die Fragen wurden offen formuliert und wurden bei jedem Interview in derselben Reihenfolge gestellt. Die Einfachheit bzw. Komplexität der Fragen wirkte aus Sicht der interviewenden Person auf die Befragten sehr unterschiedlich einfach bzw. komplex. Dies war vermutlich von den Vorerfahrungen und Qualifikationsprofilen der Befragten abhängig. Bei der Weiterverfolgung von Themen wurde in den Transkripten deutlich, dass an mehreren Stellen inhaltlich abweichend berichtet und auch nachfragt wurde. Diese Verläufe können unterschiedliche Ursachen haben, die allerdings an dieser Stelle nicht analysiert wurden. Im Rahmen der Datenauswertung wurden von den Interviewthemen abweichende

Passagen nicht in die Auswertung einbezogen und im Sinne von »Memos« gesammelt.

7. Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass aus Sicht der befragten Expert*innen Lehrende im Verantwortungsbereich des dritten Lernortes über *umfassende und vielschichtige Qualifikationen*, beispielsweise in der beruflichen Pflege und Lehre verfügen sollten, die durch Soft Skills sowie Berufs- und Lehrerfahrungen ergänzt werden. Dabei sind eine Kombination aus theoretischen und praktischen Aspekten sowie ein zielorientiertes Lehrverständnis wesentlich, um interprofessionelle, simulationsbasierte Lehr-/Lernarrangements erfolgsversprechend gestalten zu können. Als weiteres Ergebnis werden *fortlaufende Schulungskonzepte* genannt, die inhaltlich sowohl allgemeine pädagogische als auch fachliche Schwerpunkte der interprofessionellen und simulationsbasierten Lehre beinhalten sollten. Die Schulungen sollten regelmäßig, anwenderfreundlich und im Idealfall in einem modularisierten Format stattfinden. Von den Expert*innen wird es drittens als wichtig erachtet, dass der dritte Lernort *authentisch und realitätsnah* und die *technische Ausstattung funktionsstüchtig und variantenreich* gestaltet werden sollte, um die Durchführung von Szenarien unterschiedlicher Themen und Komplexität zu ermöglichen. Für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Lehr-/Lernarrangements wird Zeit als wesentlicher Faktor benannt. Parallel wird Zeit mit Blick auf die Stundenplanung, die zeitliche Verortung in der Stundenplanung und die zeitliche Nähe zwischen einzelnen Szenarien gesehen. Interprofessionelle, simulationsbasierte Lehr-/Lernarrangement sollten aus Sicht der Befragten longitudinal im Ausbildungsverlauf verortet sein.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bedingungen für simulationsbasierte und interprofessionelle Lehr-/Lernarrangements aus Sicht der Lehrenden vielfältig, differenziert und mit Blick auf das zu erreichende Ausbildungsziel gesehen werden. Dabei verdeutlichen die Ergebnisse auch *Herausforderungen im Schulalltag* und stellen Spannungsverhältnisse zwischen Wunsch und Wirklichkeit dar.

Aus den Ergebnissen lassen sich Desiderate für potenzielle Folgeprojekte ableiten:

- Die Ausarbeitung eines Einarbeitungs- und Mentoren-Konzepts und eines Leitfadens für (neue) Lehrende im Bereich der simulationsbasierten, interprofessionellen Lehre.
- Die Entwicklung von Schulungskonzepten für simulationsbasierte, interprofessionelle Lehr-/Lernarrangements für eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung.

- Die Einbindung simulationsbasierter und interprofessioneller Lehr-/Lernarrangements im Sinne einer longitudinalen Verortung in den Curricula der Pflegeausbildung.

Mit Blick das Sample der Expert*inneninterviews wäre die *Einbindung weiterer Professionen* in einer möglichen zweiten Datenerhebung und bei der Initiierung von Folgeprojekten aus Sicht der Autorin sinnvoll. Damit könnte der Fokus auf die interprofessionelle Lehre noch breiter aufgestellt und die Relevanz der interprofessionellen Kompetenzen im Berufsalltag hervorgehoben werden.

Bei der Datenauswertung wurde in der vorliegenden Forschungsarbeit manuell gearbeitet. Eine Überlegung für weitere Forschungsarbeiten dieser Art ist die Verwendung einer QDA-Software (qualitative data analysis software), um die Datenauswertung strukturierter zu gestalten und anhand der vielfältigen Funktionen der Software weitere Auswertungsschritte umzusetzen und ggf. Verknüpfungen zu quantitativen Daten herzustellen.

Literatur

- Hug, Theo/Poscheschnik, Gerald (2020). Empirisch forschen (3. Auflage). München: UKV Verlag.
- Interprofessional Education Collaborative. IPEC Core Competencies. Online: <https://www.ipeccollaborative.org/ipecc-core-competencies> (Abruf: 27.02.2026).
- Kuckartz, Udo (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. (4. Auflage). Weinheim/Basel: Juventa.
- Misoch, Sabina (2019). Qualitative Interviews (2., erweiterte und aktualisierte Auflage). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Schwermann, Meike/Löwenhardt, Christine (2021). SimNAT Pflege – Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege. In: Kerres, Andrea/Wissing, Christiane/Wershofen, Birgit (Hg.). Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen. Intra- und interprofessionelle Lehrformate. Berlin: Springer.
- St. Pierre, Michael/Breuer, Georg (2018). Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte – klinische Anwendung. Berlin: Springer.
- Wolter, Lisa/Busch, Jutta/Lehnen, Tanja/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2022). Über die Grenzen der eigenen Profession hinaus. »interEdu«: eine Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung. In: berufsbildung, Heft 196, S. 18–21.
- Wulf, Carmen/Haberstroh, Susanne/Petersen, Maren (Hg.) (2020). Forschendes Lernen. Theorie, Empirie, Praxis. Wiesbaden: Springer VS.

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung

Die interprofessionelle Entlassung – Perspektiven verschiedener Professionen

Bente Hüttmann und Susanne Christoph

Zusammenfassung Ein qualitatives Entlassungsmanagement im Krankenhaus nimmt aufgrund gesundheitspolitischer und demografischer Entwicklungen zunehmend an Bedeutung zu. Um den komplexen Herausforderungen des Gesundheitssystem zu begegnen, stellt die interprofessionelle Zusammenarbeit einen essenziellen Weg dar. Zur Erfassung von Gelingens- und Störfaktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im Entlassungsprozess wurden elf Interviews mit Personen aus vier unterschiedlichen Professionen durchgeführt. Es konnten acht förderliche, sechs hinderliche Faktoren und fünf Maßnahmen zur Verbesserung interprofessioneller Zusammenarbeit identifiziert werden, die Anreize und Impulse für interprofessionelles Lehren und Lernen geben.

1. Hintergrund und Zielsetzung

Das Entlassungsmanagement im Krankenhaus stellt einen Prozess dar, welcher den Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung in anschließende Versorgungsstrukturen koordinieren und unterstützen soll (vgl. BMG 2024; DNQP 2019: 22f.). Der Bedarf an einem qualitativen Entlassungsmanagement steigt stetig und durch die anhaltende Tendenz zur Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus erfährt es einen großen Bedeutungszuwachs (vgl. Wingefeld 2020: 7). Die Entwicklung und stetige Aktualisierung des nationalen Expertenstandards *Entlassmanagement in der Pflege*, die auf Fallpauschalen beruhende Krankenhausfinanzierung sowie der Ausbau von Fachgruppen und zusätzlichen Qualifizierungsangeboten im Bereich der Entlassung unterstützten einen enormen Entwicklungsschub des Entlassungsmanagements (vgl. ebd.: 7). Schon vor mehreren Jahren wurde das systematische Entlassungsmanagement in der Krankenhausversorgung als eine unbestrittene Forderung bezeichnet und die kontinuierliche Versorgung nach einem stationären Aufenthalt geriet mit Blick auf gesundheitspolitische, gesetzliche und demografische Entwicklungen in den Blickpunkt der Diskussionen (vgl. Wiedenhöfer u.a. 2010: 23). Die Überleitung von Patient*innen mit komplexem

Unterstützungsbedarf stellt eine große Herausforderung und einen wichtigen Beitrag zur Qualität und Wirtschaftlichkeit dar (vgl. Wingenfeld 2020: 8). Ein misslungener Entlassungsprozess stellt die Krankenhausbehandlung infrage und führt zu poststationären Problemen (vgl. ebd.: 8). Wingenfeld (2020) beschreibt diesbezüglich Probleme wie die Wiedereinweisung ins Krankenhaus, die Überforderung der häuslichen Pflegeumgebung oder psychische und physische Belastungen (vgl. Wingenfeld 2020: 10). Diese unerwünschten Entwicklungen sollen durch ein systematisches Entlassungsmanagement bestmöglich vermieden und zielgerichtete Unterstützungen von Patient*innen und ihren Angehörigen sollen bei der Vorbereitung auf Anforderungen fokussiert werden (vgl. ebd.: 11).

Unbedingt notwendig für eine gelungene, ganzheitliche und langfristige Versorgungsplanung ist unter anderem die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus (vgl. Wiedenhöfer u.a. 2010: 23). Die Arbeitsteilung und Formen der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen und den einzelnen Arbeitsbereichen stellen wichtige Bereiche dar, in denen das Krankenhaus Festlegungen treffen und Entwicklungsarbeit leisten muss (vgl. Wingenfeld 2020: 15). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont, dass interprofessionelle Zusammenarbeit positiven Einfluss auf die Gesundheitsleistungen und das Gesundheitssystem hat sowie Gesundheitsfolgen verbessert (vgl. WHO 2010: 10). Eine starke Zusammenarbeit ist ein effektiver Weg, den komplexen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems zu begegnen (vgl. ebd.: 14). Die WHO (2010) betont zudem, dass eine enge Zusammenarbeit unter anderem Patient*innen betreffende Komplikationen, Krankenhausaufenthalte, Klinikaufnahmen oder -kosten reduzieren und die Zufriedenheit der Patient*innen und Versorger*innen steigern kann (vgl. WHO 2010: 18). Es braucht unterschiedliche Perspektiven und Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen, die am gemeinsamen Fall zueinander finden müssen (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 2). Interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet, »dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichsten Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten (optimal) nutzbar gemacht werden« (Käble 2014 zitiert nach Walkenhorst/Hollweg 2022: 1). Laut der WHO (2010) wird interprofessionell zusammengearbeitet, wenn »[...] two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own.« (WHO 2010: 36)

Die Verantwortungsübernahme des Entlassungsmanagements wird jedoch unterschiedlich beschrieben. So bezeichnet der Rahmenvertrag die ärztliche Profession als Verantwortungsbefugte (vgl. DNQP 2019: 11). Die Berücksichtigung der Pfl-

ge als patientennahe und koordinative Profession wird hingegen von unterschiedlichen Arbeitsgruppen wie dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) oder der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gefordert (vgl. DNQP 2019: 11, 22). Hier wird das Entlassungsmanagement als eine multidisziplinäre Aufgabe unter Federführung der Pflege bezeichnet (vgl. ebd.: 11, 22). Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung und dem neuen Pflegeberufegesetz wurden für die Pflege vorbehaltende Tätigkeiten festgelegt, welche Auswirkungen auf den Entlassungsprozess aufzeigen (§4 Pflegeberufegesetz).

Mit Blick in die internationale Studienlage bezüglich einer interprofessionellen Zusammenarbeit im Entlassungsprozess wird deren Bedeutung häufig betont. So heben die Autoren Prusaczyk und Kolleg*innen (2019) mit ihrer Studie die Relevanz, die Entlassungsplanung als ein interprofessionelles Netzwerk zu untersuchen (vgl. Prusaczyk u.a. 2019: 6) hervor. Um beispielsweise den Entlassungsprozess zu optimieren, beziehen sich Interventionen häufig auf die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und fokussieren die Kommunikation (vgl. ebd.: 1). Auch Walton und Kolleg*innen (2019) bezeichnen eine verbesserte Wirksamkeit von interdisziplinärer Zusammenarbeit, Kommunikation und Versorgungsplanung mit Blick auf die verkürzten Liegezeiten im Krankenhaus als das Fundament für qualitativ hochwertige Versorgung (vgl. Walton u.a. 2019: 1032). Obwohl die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit durch die Komplexität der Behandlungs- und Nachsorgemöglichkeiten gegeben ist, zeigt die gelebte Praxis oft ein autonomes und paralleles Wirken der Berufsgruppen (vgl. Dettmers 2013: 213). Die verschiedenen Professionen agieren häufig unabhängig voneinander, isoliert und ohne konsequenten Einsatz, ihre Leistungen und Bemühungen anderen Teammitgliedern zu kommunizieren (vgl. Li u.a. 2018: 700).

2. Forschungsziel und Forschungsfrage

Wo auf der einen Seite zahlreiche empirische Daten in der Literatur zu finden sind, die eine Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit im Entlassungsprozess hervorheben, zeigt die Empirie auf der anderen Seite weniger konkrete Faktoren, die für ein interprofessionelles Arbeiten in diesem Zusammenhang förderlich oder hinderlich sein können. Das Forschungsprojekt wurde im Rahmen des Masterstudiengangs durchgeführt. Ziel des Forschungsprojekts ist es, mithilfe des qualitativen Forschungsdesigns einen vertieften Einblick in den komplexen Ablauf einer interprofessionellen Entlassung von Patient*innen aus dem stationären Setting der Chirurgie zu erhalten. Im Fokus stehen hierbei die individuellen Perspektiven der vier Professionen Team Casemanagement, Pflege, ärztlicher Dienst und Physiotherapie hinsichtlich ihrer interprofessionellen Zusammenarbeit im Entlassungsprozess und möglicher Gelingens- und Störfaktoren. Die erhobenen Daten könnten zur

Qualitätsentwicklung interprofessioneller Entlassungen genutzt werden und darüber hinaus als Impuls und Anreiz dienen, interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess bereits in der Berufsbildung zu thematisieren. Zudem könnten die Ergebnisse Anhaltspunkte für Bildungsmaßnahmen der Professionen liefern. Für das Erkenntnisinteresse dieser Forschung ist folgende Fragestellung leitend:

Welche Gelingens- und Störfaktoren werden bezüglich einer interprofessionellen Entlassung aus dem stationären Setting der Chirurgie aus Professionsperspektive beschrieben?

3. Methodisches Vorgehen

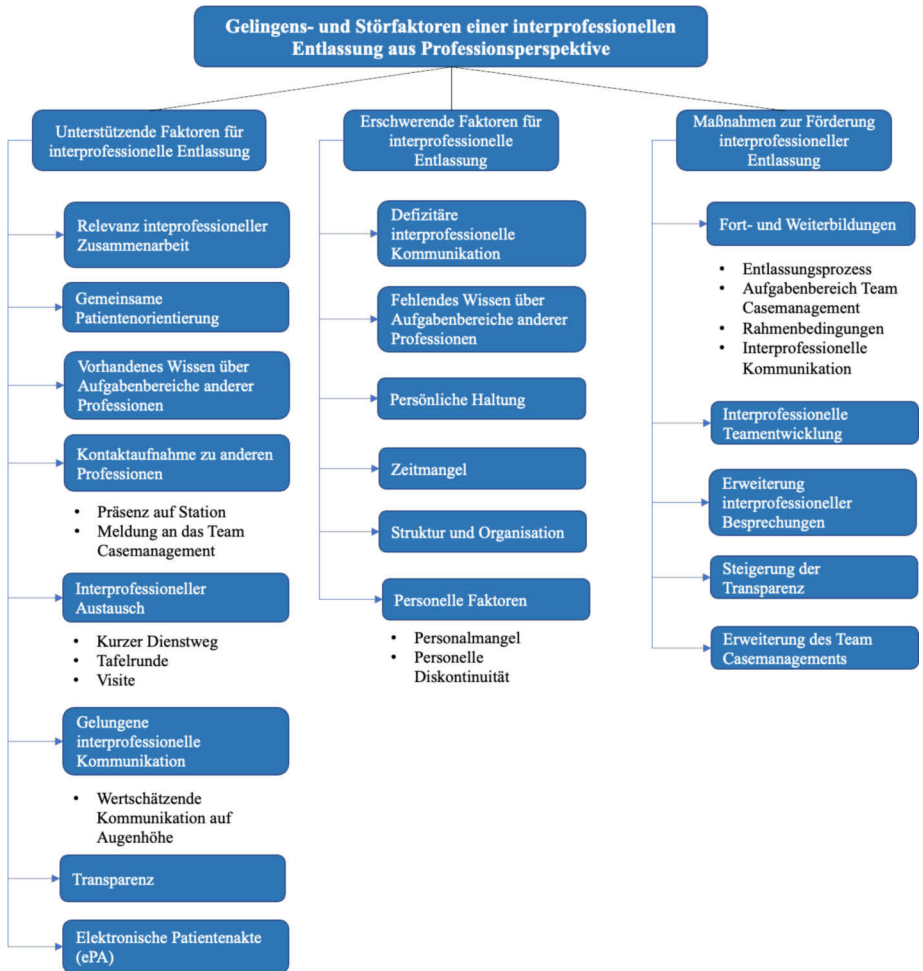
Für die Auseinandersetzung mit dem Thema der interprofessionellen Entlassung erfolgte eine systematische Literaturrecherche in unterschiedlichen Datenbanken und wissenschaftlichen Zeitschriften der Pflege und Pädagogik. Es wurde unter anderem in Pubmed, Livivo, dem Fachportal Pädagogik, der Online Bibliothek der Christian-Albrechts-Universität Kiel und in Google Scholar recherchiert. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign ausgewählt und somit versucht, die Forschungslücke hinsichtlich der Gelingens- und Störfaktoren für eine interprofessionelle Entlassung im Krankenhaus zu füllen. Die Wahl des qualitativen Designs begründete sich zudem dadurch, dass in dem Forschungsvorhaben unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt und analysiert werden und auch die Reflexion über die Forschung als Teil der Erkenntnis Berücksichtigung findet (vgl. Flick 2007 zitiert nach Kuckartz/Rädiker 2022: 18). Die Merkmale einer qualitativen Forschung von Flick u.a. (2017), wie insbesondere die Orientierung am Alltagsgeschehen und/oder Alltagswissen, die Perspektiven der Beteiligten, das Verstehen als Erkenntnisprinzip, die Konstruktion der Wirklichkeit als Grundlage und das Prinzip der Offenheit untermauern die Wahl des qualitativen Designs für das Forschungsvorhaben, in dem die verschiedenen Professionen in ihrem »natürlichen Setting« (Kuckartz/Rädiker 2022: 32) und Alltag zu ihrer individuellen Wirklichkeit befragt werden (vgl. Flick u.a. 2017 zitiert nach Kuckartz/Rädiker 2022: 19f.). Das Ziel einer möglichst weiten Generalisierung und Hypothesenüberprüfung, das bei der quantitativen Forschung fokussiert wird, wird von der qualitativen Forschung nicht verfolgt (vgl. Kuckartz/Rädiker 2022: 32). Auch Wrona (2006) hebt hervor, dass insbesondere Einzelfälle und Perspektiven an Stelle von Verallgemeinerungen fokussiert werden sollten, um die Einzelfallbezogenheit zu berücksichtigen (vgl. ebd.: 5). Der zirkuläre Forschungsansatz in qualitativen Studien ermöglicht, im Vergleich zu meistens linearen Ansätzen in der quantitativen Forschung, eine theoretische und methodische Offenheit, die gewonnenen Erkenntnisse zu evaluieren und an den Prozess anzupassen (vgl. ebd.: 7).

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurden elf Interviews mit einer Dauer von ca. 30 Minuten mit den Professionen des Team Casemanagements, der Physiotherapie, der Pflege und der Ärzt*innen der Chirurgie einer Klinik geführt. Die Wahl des Settings Chirurgie diente der Eingrenzung und Fokussierung des Forschungsinteresses. Das Team Casemanagement stellte eine Profession bestehend aus dem Sozialdienst und Fallmanager*innen dar. Die Rekrutierung erfolgte digital über die interne Portalseite des Krankenhauses sowie im persönlichen Kontakt auf chirurgischen Stationen mit ausgedruckten Informationsflyern. Für die Teilnahme am Interview unterzeichneten die teilnehmenden Personen eine Einwilligungserklärung. Für die Durchführung der Interviews wurde ein semi-strukturierter Interviewleitfragebogen erstellt, der datenschutzrechtlich durch den Betriebsrat der Klinik genehmigt wurde. In einem Pretest mit Pflegefachpersonen und Studierenden des Masterstudiengangs Pflegepädagogik wurde dieser anschließend erprobt. Für das Interview wurde das Verfahren des problemzentrierten Interviews gewählt, welches sich aus einem Kurzfragebogen, dem Leitfaden, der Tonbandaufzeichnung und einem Postskriptum zusammensetzt (vgl. Witzel 1985: 236). Den Forschenden war zudem wichtig, die in der Literatur betonte Offenlegung des Vorwissens zu berücksichtigen und selbstkritisch mit ihrem Vorwissen und ihren Vorurteilen umzugehen, um Offenheit für neue Perspektiven und unbekanntere Faktoren zu bewahren (vgl. Kuckartz/Rädiker 2022: 51). Das Datenmaterial wurde anschließend für eine Analyse transkribiert. Für die Analyse wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz gewählt, die sich für eine Analyse von problemzentrierten Interviews eignet (vgl. Kuckartz/Rädiker 2022: 41f.). Für die qualitative Inhaltsanalyse wurde außerdem die QDA Software MAXQDA24 genutzt. Die QDA Computersoftware wird auch von Udo Kuckartz thematisiert (vgl. ebd.: 196). Gemäß der initiierten Textarbeit von Udo Kuckartz wurden von den Forschenden gemeinsam Memos erstellt (vgl. ebd.: 132f.). Im Sinne des hohen Grads an Flexibilität wurde anschließend eine deduktiv-induktive Kategorienbildung durchgeführt (vgl. ebd.: 49). Hierfür bildeten sich deduktiv Oberkategorien entlang des Interviewleitfragebogens, welche definiert und mit Beispielen gemeinsam konkretisiert wurden. Anschließend wurden Subkategorien induktiv am Material erhoben und bestehende Kategorien weiterentwickelt, überarbeitet und ausdifferenziert (vgl. ebd.: 129f.). Dies erfolgte im gemeinsamen Diskurs der Forschenden im Sinne der Intercoder-Übereinstimmung (vgl. ebd.: 239). Die Entwicklung zum finalen, konsistenten Kategoriensystems erfolgte in gemeinsamer Diskussion der Forschenden.

4. Ergebnisse

Die durchgeführten Interviews ergaben elf auswertbare Datensätze, wovon vier Interviews mit dem Team Casemanagement, drei mit Physiotherapeut*innen und jeweils zwei mit Pflegefachpersonen und Ärzt*innen geführt wurden. Es ergab sich ein Datenmaterial von 316 Minuten Interviewzeit insgesamt. Hinsichtlich des Erkenntnisinteresses wurden die Ergebnisse nicht mit Fokus auf die Professionszugehörigkeit ausgewertet, sondern thematisch aufgearbeitet und präsentiert. Zur Übersichtlichkeit wurde das Kategoriensystem visuell veranschaulicht (siehe Abbildung 1). Die qualitative Inhaltsanalyse ergab drei Oberkategorien, 19 Subkategorien und 12 Sub-Subkategorien. Die Ober- und Subkategorien wurden thematisch-inhaltlich geordnet, wobei die Bezeichnung der Oberkategorie keine Priorisierung oder Gewichtung der Kategorie demonstriert, sondern lediglich eine hierarchische Struktur und Ordnung unterstützt (vgl. Kuckartz/Rädiker 2022: 62). Im Folgenden wird das Kategoriensystem bildlich dargestellt.

Abbildung 1: Kategoriensystem



4.1 Oberkategorie Unterstützende Faktoren für interprofessionelle Entlassung

Subkategorie Relevanz interprofessioneller Zusammenarbeit sehen

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess wird von den unterschiedlichen Professionen als gewinnbringend und notwendig angesehen, welches durch positive Erfahrungsberichte verdeutlicht wird. Hierbei wird unter anderem das Einbringen unterschiedlicher Perspektiven und Wahrnehmungen in den Entscheidungsprozess als förderlich hervorgehoben.

»Es hilft aber insofern, dass jeder ja noch einen anderen Blick auf den Menschen hat und jeder natürlich eine Beobachtung mit einbringt und dass man dann gemeinsam vielleicht zu einer guten Entscheidung kommt.« (B02:40)

Konkret wird der Entlassungsprozess als eine Aufgabe des gesamten interprofessionellen Teams beschrieben, in dem Teamarbeit essenziell ist. Das gemeinsame Arbeiten, der Austausch und das Interagieren aller am Prozess beteiligten Professionen sind relevante Aspekte. Insbesondere kann die Einstellung, dass interprofessionelle Zusammenarbeit eine arbeitserleichternde Wirkung für alle Professionen haben kann, förderlich für eine Umsetzung sein.

»[...] wie das Arbeitsprozesse vielleicht erleichtern kann, minimieren kann und wie es für uns alle irgendwie ein bisschen einfacher wird, den Tag durchzustehen. Vielleicht auch mal mit einer niedrigen Personalbesetzung, dass man sich einfach gegenseitig Arbeit abnehmen kann und trotzdem viel schafft.« (B05:86)

Es wird außerdem von einer gelungenen Entlassung gesprochen, wenn die Professionen interprofessionell im Entlassungsprozess zusammenarbeiten.

»[...] dass quasi jeder wie so ein großes Getriebe und jeder quasi so ein Zahnrad im System ist, die alle miteinander ineinandergreifen müssen, damit halt die Entlassung im Sinne des Patienten und im Sinne seiner Problematiken und auch möglichst zielgenau, zeitgenau passieren kann.« (B06:26)

Subkategorie Gemeinsame Patientenorientierung

Neben der Bedeutung der unterschiedlichen Professionsperspektiven wird die Patient*innenzentriertheit im Sinne derer Bedürfnisse betont und als förderlich für eine interprofessionelle Zusammenarbeit hervorgehoben. Diese Subkategorie betont, dass neben den Professionsperspektiven auch die Patient*innensicht eine Relevanz in dem Entlassungsprozess darstellt und diesbezüglich Berücksichtigung finden muss.

»[...] aber nichtsdestotrotz entscheidend ist, dass wir immer den Willen des Patienten mit berücksichtigen und gucken, was da machbar ist.« (B04:19)

Subkategorie Vorhandenes Wissen über Aufgabenbereiche anderer Professionen

Das Wissen und die Kenntnisse über die Arbeitsschritte, Funktionen und Aufgabenbereiche anderer Professionen sind als förderliche Faktoren für eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess zu identifizieren. Die Arbeitsschritte der Physiotherapeut*innen, der Pflegenden, der Ärzt*innen und Casemanager*in-

nen werden von grob bis detailliert wiedergegeben. Dies wird als Grundlage für eine interprofessionelle Zusammenarbeit beschrieben, da die einzelnen Professionen beispielsweise aufeinander Bezug nehmen und gemeinsame Ziele verfolgen können.

»Ja (.) doch, ich würde schon sagen jetzt nicht bis ins kleinste Detail, aber schon so, dass man weiß, dass man an einem Strang aufziehen kann, dass man schon so ungefähr grob weiß, dann, was so die Ziele sind und die Maßnahmen, die dann die anderen Professionen auch ergreifen können.« (B08:12)

Subkategorie Kontaktaufnahme zu anderen Professionen

Als förderlich für eine Kontaktaufnahme zu den anderen Professionen wurden die physische Präsenz auf der Station und die Meldung an das Team Casemanagement genannt. Die zeitliche und örtliche Präsenz aller am Prozess beteiligten Professionen auf der Station erleichtert es, sich auszutauschen und das tägliche Arbeiten zu planen.

»Also positiv wirkt sich aus, dass ich zum Beispiel direkt auf Station sitze, dass ich ganz nah dran bin, also dass mein Schreibtisch, ähm mein Arbeitsplatz quasi mitten auf der Station ist. Und dass ich jederzeit kontaktierbar bin für alle. Und auch die Ärztinnen sitzen ja mit auf Station.« (B02:44)

Als herausfordernd wird von einer interviewten Person empfunden, wenn das Team Casemanagement nicht diese Präsenz auf der Station zeigt, um Probleme und Fragen hinsichtlich einer Entlassung zu besprechen. Durch die Erfahrungsberichte der Professionen stellt sich heraus, dass eine Meldung an das Team Casemanagement unumgänglich ist, um eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe zu beginnen. Hierbei wird eine frühzeitige Meldung und Einbindung betont, um einen optimalen interprofessionellen Entlassungsprozess zu ermöglichen.

Subkategorie Interprofessioneller Austausch

Ein regelmäßiger interprofessioneller Austausch im Rahmen der morgendlichen Besprechung, der Visite und in Form von kurzen Dienstwegen wird von den Interviewten in dieser Subkategorie als unterstützend für ihre interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess empfunden. Die bestehende morgendliche Visite mit den Ärzt*innen und Pflegenden begünstigt eine gemeinsame Interpretation und Entscheidungsfindung. Für einen weiteren, flexiblen interprofessionellen Austausch werden die Kontaktaufnahme über das Telefon sowie das spontane persönliche Gespräch genannt, um Informationen schnell weiterzuleiten. Das Konzept der Tafelrunde, in dem alle Professionen verbindlich teilnehmen, um

Patientenangelegenheiten, Behandlungsziele und -maßnahmen zu besprechen, veranschaulicht eine hohe Bedeutungszuschreibung seitens der Interviewten.

»[...] so eine Tafelrunde, wo wir quasi einmal kurz über die Patienten sprechen und eigentlich jede Profession, dann auch die genannten, anwesend ist. Und dann trägt eigentlich jeder noch mal was dazu bei, ob irgendwas denn noch daran hindert, an der Entlassung oder was halt von der Entlassung beachtet werden muss.« (B09:10)

Die Tafelrunde wird von allen Professionen als gewinnbringend und unerlässlich für die interprofessionelle Zusammenarbeit hervorgehoben.

»Und dass wir diese Tafelrunde haben, das glaube ich, ist das allerwichtigste Instrument. Diese gemeinsame Besprechung.« (B02:44)

Relevant bei der Umsetzung interprofessioneller Tafelrunden ist die Minimierung von Störfaktoren. Diesbezüglich nennt eine interviewte Person beispielsweise das Telefonklingeln und das Fehlen eines geschützten Raums.

Subkategorie Gelungene interprofessionelle Kommunikation

Für einen interprofessionellen Austausch spielt die Art und Weise der Kommunikation untereinander eine bedeutende Rolle. Die Aspekte der Augenhöhe und Wertschätzung im Austausch werden von allen Professionen als relevant erachtet und auch gewünscht. Konkreter ist von Mitspracherecht und Gleichberechtigung im Entscheidungsprozess die Rede. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass die unterschiedlichen Perspektiven der Professionen wertgeschätzt und als bereichernd angesehen werden.

»Und es ist natürlich so, dass manchmal auch die Sicht auf den Patienten eine unterschiedliche ist und dass man sich dann auch erst finden muss und alle manchmal bereit sein müssen, sich in einen anderen Blickwinkel zu begeben.« (B10:32)

Es scheint für viele Professionen von Bedeutung zu sein, in der interprofessionellen Kommunikation mit individuellen Wahrnehmungen ernst genommen und gehört zu werden.

»Also, dass jedem auch zugehört wird und jeder bekommt auch ein Stück weit Raum in diesen Tafelrunden, das auch zu präsentieren. Und da wird auch genau hingehört und zugehört.« (B03:62)

Hierzu betont eine interviewte Person, wie wichtig ein verständliches Sprachniveau innerhalb der interprofessionellen Kommunikation ist, damit die Informationen für alle Professionen nachvollziehbar sind. Gleichzeitig wird eine defizitäre Kommunikation als hinderlich für eine interprofessionelle Zusammenarbeit verdeutlicht, die in der Oberkategorie Störfaktoren aufgenommen wird.

Subkategorie Transparenz

Als weitere Subkategorie kann außerdem der Gelingensfaktor der Transparenz hinsichtlich der Informationen, der Arbeitsschritte und des Vorgehens der Professionen im Entlassungsprozess und des gemeinsamen Ziels erfasst werden. Ein gemeinsamer klarer Wissensstand stellt einen essenziellen Aspekt für die interprofessionelle Zusammenarbeit dar.

»Wir haben alle die gleichen Informationen, die wir, die wir vielleicht dann noch mal in einem Gespräch gleichsam interpretieren können, ähm und auch eine fundierte Entscheidungsfindung stattfinden kann, weil alle dieselben Informationen haben.« (B11:88)

Subkategorie Elektronische Patientenakte (ePA)

Die elektronische Patientenakte (ePA) als das digitale Dokumentationssystem, in dem alle am Prozess beteiligten Professionen ihre Verlaufsdokumentation transparent machen, trägt konstant dazu bei, dass alle Informationen für jeden zugänglich sind. So ermöglicht die ePA, bisherige Arbeitsschritte, aktuelle Therapieerfolge und bevorstehende Maßnahmen für alle Professionen sichtbar zu machen und darüber hinaus bei Unklarheiten oder offenen Fragen eine digitale Nachricht an die jeweilige Profession zu verfassen.

»Also es gibt ja jetzt in der ePA die Möglichkeit, dass auch das Team Casemanagement Verlaufeinträge macht. Ich finde, das hat es enorm verbessert, weil es leichter und auf einen Blick nachzuvollziehen ist. Zum einen, was ist ärztlich dokumentiert? Was ist pflegerisch dokumentiert? Was haben die Kollegen vom Casemanagement schon geklärt, gebahnt? Wo ist der aktuelle Stand?« (B10:46)

Eine interviewte Person äußert sich kritisch hinsichtlich dessen, dass die ePA aufgrund fehlender digitaler Kompetenzen zu wenig genutzt werden würde und somit Informationen verloren gehen würden.

4.2 Oberkategorie Erschwerende Faktoren für interprofessionelle Entlassung

Subkategorie Defizitäre interprofessionelle Kommunikation

Entgegengesetzt zu der wertschätzenden Kommunikation, die sich förderlich auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess auswirkt, werden von den Professionen auch negative Erfahrungen berichtet. Eine fehlende Berücksichtigung von Perspektiven und Deutungen anderer Professionen verhindert das gemeinsame Entscheiden und Interpretieren. Insbesondere wird hierbei eine mangelnde Initiative zur interprofessionellen Entscheidungsfindung der ärztlichen Profession benannt.

»Das ist auch ein Punkt, der gar nicht so selten vorkommt, dass schon sehr früh von gerade von ärztlicher Seite vielleicht schon ein Weg vorgegeben wird, ohne dass man da mit den anderen Professionen nicht nur physiotherapeutisch und pflegerisch oder so dann weiter kommuniziert wurde.« (B08:84)

Zusätzlich wird ein Fokus darauf gelegt, dass innerhalb der Kommunikation mit Angehörigen Informationen nicht an die am Prozess beteiligten Professionen weitergegeben werden und dies dadurch die interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess erschwert.

Subkategorie Fehlendes Wissen über die Aufgabenbereiche anderer Professionen

Im Rahmen der Interviews stellt sich mehrfach heraus, dass zum Teil ein defizitäres Wissen hinsichtlich des Aufgabenbereichs des Team Casemanagements besteht. Hierbei stellt insbesondere die Trennung zwischen den Aufgabenbereichen des Sozialdienstes und des Fallmanagements eine Herausforderung dar, sodass die interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflusst wird.

»Und wir werden natürlich immer noch wieder für Sachen angesprochen, die eigentlich ganz klar gar nicht unsere Aufgabe sind.« (B02:14)

Eine Interviewaussage fokussiert, dass die Arbeitsschritte der Physiotherapie von anderen Professionen lediglich auf die Mobilisation reduziert werden und Behandlungsziele darüber hinaus, die für die Entlassung relevant sein könnten, nicht erkannt werden. Diese Wahrnehmung kann die interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess beeinflussen.

»Ich glaube, unser Berufsbild hat eigentlich so eher den Faktor Mobilisation. Wir sollen die Patienten fit machen. Das ist das eigentlich (...) glaube, die Ärzte wissen auch manchmal gar nicht so, was wir genau machen. Es geht nur darum, mit den

Patienten zu laufen, die irgendwie fit zu kriegen und das war's. Aber was wir da jetzt genau machen, was wir für Ziele vielleicht verfolgen, ich glaube, das ist gerade so in ärztlicher Sicht oder im Casemanagement oder so, das glaube ich nicht, gar nicht so soweit bekannt, Pflege nehme ich da außen vor.« (B08:18)

Subkategorie Persönliche Haltung

Verschiedene Interviewaussagen, die Einfluss auf die Umsetzung einer interprofessionellen Entlassung nehmen, können der Subkategorie der persönlichen Haltung zugeordnet werden. Hierbei wird unter anderem die fehlende Bereitschaft, interprofessionell in Kontakt zu treten und die Menge an Informationen, die im Dokumentationssystem aufzunehmen sind, als herausfordernd empfunden.

»Also wenn man so eine Einstellung als Beispiel würde schon schwer machen für die ganzen Kollegen, wenn ich nicht kooperativ wäre, weil dann einfach viele Infos verloren gehen würden. Ich glaube genauso, wenn es die Pflege wäre oder der soziale Dienst und sagen »interessiert mich nicht, was die anderen machen«. Wenn jeder nur so in seiner Bubble arbeiten würde [...].« (B05:58)

Subkategorie Zeitmangel

Als erschwerender Faktor für eine interprofessionelle Entlassung wird der Zeitmangel mehrfach thematisiert, der auf ein erhöhtes Arbeitsaufkommen und verkürzte Liegezeiten zurückgeführt wird. Die fehlende Ressource Zeit hat unter anderem zur Folge, dass Informationen verkürzt weitergegeben werden oder sogar verloren gehen. Eine interviewte Person hebt diesbezüglich hervor, dass Versuche, eine interprofessionelle Besprechung neben der Tafelrunde aufzubauen, aufgrund des Zeitmangels scheiterten. Eine nicht täglich stattfindende Tafelrunde würde außerdem den zeitlichen Rahmen der stattfindenden Tafelrunden beeinflussen:

»Einige Stationen haben die dreimal in der Woche, statt jeden Tag. Dadurch dauert sie natürlich immer wieder länger, was dann wieder der Faktor Zeit wird, dass es an diesen Tagen irgendwie enger ist.« (B05:64)

Subkategorie Struktur und Organisation

Zu der Subkategorie Struktur und Organisation werden Einschätzungen und Erfahrungen der Professionen zugeordnet, die fehlende Strukturen thematisieren, eine interprofessionelle Besprechung über die Tafelrunde hinaus zu implementieren.

»Uns fehlt der Raum, gemeinsam zu interpretieren. Wir haben wirklich nur diese Tafelrunde [...].« (B02:42)

Da sich die Strukturen und die Organisation der interprofessionellen Besprechungen zwischen den einzelnen Kliniken unterscheiden, führt dies zu Irritation, wie eine interviewte Person betonte. Zusätzlich wird das digitale Dokumentationssystem teilweise als herausfordernd empfunden, da Informationen bezüglich des Entlassungsprozesses schwierig zu finden sind und die einzelnen Schritte im Dokumentationssystem als kompliziert beschrieben werden.

Subkategorie Personelle Faktoren

Ein Personalmangel und eine personelle Diskontinuität im Sinne von wechselndem Personal und stationsfremden Personal wirken sich erschwerend auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess aus. Personalmangel, der häufig durch fachfremde Vertretungspersonen kompensiert wird, hat ein erhöhtes Arbeitsaufkommen zur Folge, sodass das interprofessionelle Zusammenarbeiten beeinflusst wird. Sogar wird von einer interviewten Person hervorgehoben, dass Personalmangel dazu führt, dass der Entlassungsprozess nicht priorisiert wird.

»[...] dass quasi das akute Geschehen und die akuten Probleme auf Station mit Personalmangel und was halt so einem heutzutage ist, so im Vordergrund stehen, dass dieser Entlassungsprozess glaube ich einfach für viele Kolleginnen sehr nachrangig ist.« (B06:40)

Eine personelle Diskontinuität in Form von wechselndem Personal erfordert wiederkehrende Schulungen und ein wiederholtes Informieren an Mitarbeiter*innen hinsichtlich der Abläufe, Strukturen und des gemeinsamen Arbeitens im interprofessionellen Entlassungsprozess. Insbesondere wurden hierbei die Mitarbeiter*innen der Zeitarbeit benannt.

»Was ganz schwierig ist, ist immer die gesamte Personalsituation. Das ist nämlich so wahr und damit auch (.) ähm der Informationsbruch, der stattfindet. Das ist ein richtig großes Problem. Teilweise, wenn dann auch ortsfremde Mitarbeiter auf der Station sind. Die also nicht auf der Station üblicherweise sind. Das hat Auswirkungen auf die Qualität und auf die Kontinuität.« (B04:34)

Dieser personelle Wechsel wird insbesondere bezogen auf die Professionen der Pflege und der Ärzt*innen beschrieben, wodurch ein Informationsverlust entsteht. Entgegengesetzt betont eine interviewte Person, dass ein Informations- und Kommunikationsfluss zwischen den Professionen im Entlassungsprozess bei personeller Kontinuität gewährleistet wird.

4.3 Oberkategorie Maßnahmen zur Förderung interprofessioneller Entlassung

Subkategorie Fort- und Weiterbildungen

Die Ergebnisse hinsichtlich einer Interviewleitfrage zur Verbesserung interprofessioneller Zusammenarbeit im Entlassungsprozess ergeben die Subkategorie Fort- und Weiterbildungen mit den vier Sub-Subkategorien Entlassungsprozess, Aufgabenbereich Team Casemanagement, Rahmenbedingungen und interprofessionelle Kommunikation. Grundsätzlich wird hierzu als Rahmenbedingung ein kontinuierliches, regelmäßiges und verpflichtendes Stattfinden betont. Einen Fort- und Weiterbildungsaspekt stellt der Entlassungsprozess bezogen auf Abläufe, Strukturen und seine digitalen Komponenten dar. Zudem wird einmalig der Weiterbildungsbedarf zu den Kernelementen interprofessioneller Zusammenarbeit thematisiert. Die interprofessionelle Kommunikation und deren Umsetzung wurden als weitere Fort- und Weiterbildungsaspekte betont.

»Es gibt ja gerade der Punkt Kommunikation in der interprofessionellen Kommunikation, das ist ja manchmal noch ein sehr hakender Punkt dann auch. Also da gibt es sicherlich immer Potenzial, das weiter zu fördern.« (B08:100)

Dahingegen äußert eine interviewte Person, dass bereits positive Erfahrungen bezüglich der interprofessionellen Kommunikation bestehen und somit kein Fortbildungsbedarf bestünde. Ein weiterer Bedarf wird bezüglich des Aufgabenbereichs Team Casemanagement genannt, indem konkret gewünscht wird, Informationen zur nachstationären Versorgung und ihren Arbeitsschritten im Entlassungsprozess zu erhalten.

»Also ich könnte mir vielleicht vorstellen, dass, wenn, ich weiß nicht, so das Casemanagement. Wenn die einfach vielleicht noch mal vorstellen könnten »was haben wir für Hilfsmittel zur Verfügung? Wann machen wir was? Wann? Ab welchem Pflegegrad kann man eine Kurzzeitpflege machen? Was sind so Indikationen für eine häusliche Pflege?« (B09:74)

Subkategorie Erweiterung des Team Casemanagements

Darüber hinaus fordert eine interviewte Person, die personellen Ressourcen des Team Casemanagements zu erweitern und betont dadurch die Relevanz dieser Profession in der interprofessionellen Entlassung.

»Ich würde definitiv das Team Casemanagement erweitern, wenn sowas auch schon als Maßnahme zählt, dass jeder Fachbereich einen eigenen zuständigen Kollegen hat [...]« (B05:66)

Subkategorie Erweiterung interprofessioneller Besprechungen

Über die bereits etablierte Tafelrunde und Visite hinaus wird ein zusätzliches, fest strukturiertes interprofessionelles Zusammenkommen innerhalb der Visite gewünscht, in der neben den Pflegenden und Ärzt*innen das Behandlungsteam durch die Therapeut*innen und das Team Casemanagement erweitert werden soll. Inhaltlich wird ein konkretes Zielgespräch hinsichtlich der Entlassung von Patient*innen gefordert.

»Ich weiß, dass es andere Stationen gibt, wo es richtig Zielgespräche gibt, wo geklärt wird, wann geht der Patient nach Hause? Was wird dafür noch benötigt? Ist der dafür, dazu fähig?« (B10:58)

Subkategorie Steigerung der Transparenz

Als eine weitere Maßnahme zur Förderung interprofessioneller Entlassungen wird die Steigerung der Transparenz von Informationen, Entscheidungen und Planungen beschrieben. Es wird die Idee geäußert, dass der Ablauf des Entlassungsprozesses bereits in bestehende Einarbeitungskonzepte integriert werden sollte. Zusätzlich wird berichtet, dass eine Checkliste im Dokumentationssystem implementiert werden könnte, die die interprofessionellen Arbeitsschritte im Entlassungsprozess transparenter macht. Diese Maßnahme wird jedoch inhaltlich nicht weiter konkretisiert. Das Team Casemanagement wünscht eine Steigerung der Transparenz seiner digitalen Dokumente, um alle Professionen erreichen zu können.

»Ähm, die Präsenz dieses Erfassungsbogen einfach publikler zu machen, dass jeder Pflegekraft, jedem Arzt, jeder Ärztin bewusst ist, es gibt diesen Erfassungsbogen.« (B06:40)

Subkategorie interprofessionelle Teamentwicklung

Eine abschließende Maßnahme zielt darauf ab, die interprofessionelle Teamentwicklung im Sinne des Teamzusammenhalts und des Kennenlernens zu fördern. Auch hierbei wird erneut Bezug auf die Arbeitsreduktion durch eine gelungene Zusammenarbeit im Team genommen.

»[...] wenn es da mehr Möglichkeiten gäbe, dass auch außerhalb der Arbeit die Berufsgruppen mal was zusammen machen, das wäre auch hilfreich. Also quasi eine Teamentwicklung, die interprofessionell gestaltet ist.« (B01:48)

5. Diskussion

5.1 Methodisches Vorgehen

Für eine empirische Forschung ist es erforderlich, am Ende der Untersuchung eine Einschätzung der Ergebnisse mithilfe von Gütekriterien vorzunehmen (vgl. Kuckartz/Rädiker 2022: 234ff.). Anhand der Checkliste kann die interne Studiengüte reflektiert und festgestellt werden (vgl. ebenda: 237ff.): Datenfixierung anhand von Audioaufnahmen, Erstellen eines Postskriptums, vollständige Transkription mithilfe einer Transkriptionssoftware und paralleles Überarbeiten durch die Forschenden, Anonymisierung von personenbezogenen Informationen, synchrones Arbeiten mit Audioaufnahmen und Transkripten, Inhaltsanalyse anhand der QDA Software MAXQDA24, Bearbeitung des Materials sowohl miteinander als auch unabhängig voneinander und darauffolgende Übereinstimmung der Kodierenden im Sinne einer Intercoder-Übereinstimmung. Bei Nicht-Übereinstimmung unter den Forschenden wurde auf die Forschungsfrage Bezug genommen und diskursiv ausgehandelt. Darüber hinaus wurden Kategoriendefinitionen vorgenommen, die im Verlauf der Forschung angepasst und für die exemplarische Zitate ausgewählt wurden. Außerdem wurden alle erhobenen Daten einbezogen, sodass abweichende Fälle und Widersprüche berücksichtigt werden konnten. Darüber hinaus wurde die Strategie der Gültigkeitsprüfung im Sinne einer Diskussion mit Expert*innen, die außerhalb des Forschungsprojekts Stellung zur Vorgehensweise nahmen, durchgeführt (vgl. ebd.: 251). Zudem unterstützte ein viermonatiger Aufenthalt im Forschungsfeld der Klinik dabei, »voreilige Diagnosen und Fehlschlüsse bei der Analyse des Materials zu vermeiden« (Kuckartz/Rädiker 2022: 251).

5.2 Limitationen

Für die Interpretation der Ergebnisse der Forschung ist wichtig zu erwähnen, dass die Personenanzahl pro Profession zwischen zwei und vier Personen variierte und somit das Team Casemanagement und die Physiotherapie stärker vertreten waren. Außerdem wurde aus einem Interview heraus die Relevanz der Berufsgruppe der Stationssekretär*innen im Entlassungsprozess deutlich, die nicht in der Rekrutierung der Interviewten berücksichtigt wurde. Dies könnte Anlass bieten, in weiteren Forschungen weitere Professionen zur Thematik zu befragen. Zudem nimmt die geringe Zahl der Befragten insgesamt sowie die Fokussierung auf die Klinik der Chirurgie Einfluss auf die Tragweite der Ergebnisse. Die erhobenen Daten präsentieren daher einen ersten Einblick in Gelingens- und Störfaktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess. In der Diskussion sollte auch die Auswahl der Datenauswertung berücksichtigt werden. Ziel des Forschungsprojektes war es nicht, die einzelnen Perspektiven zu beleuchten, sondern zu erfassen,

wie das gesamte am Entlassungsprozess beteiligte Team die interprofessionelle Zusammenarbeit wahrnimmt. Entgegensetzt zu der Planung der Forschenden konnte die »kommunikative Validierung« (Kuckartz/Rädiker 2022: 251) mit den Interviewteilnehmenden aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen noch nicht in der Analyse der Ergebnisse für diesen Forschungsbericht berücksichtigt werden. Zuletzt ist es wichtig, die Präsentation der Kernelemente interprofessioneller Zusammenarbeit anhand einer Übersichtskarte mit Merkmalen der Zusammenarbeit in der Interviewdurchführung kritisch zu hinterfragen. Dies könnte neben dem beabsichtigten unterstützenden Aspekt auch verfälschende Folgen auf die Aussagen der Interviewten haben. Außerdem sollte die Einflussnahme des Vorwissens hinsichtlich der Erstellung des Interviewfragebogens berücksichtigt werden (vgl. ebd.: 51). Die Durchführung des Pretests sowie die Erstellung des Postskriptums dienen dem Zweck, diese mögliche Beeinflussung zu eruieren und kritisch zu beleuchten.

5.3 Diskussion der Ergebnisse

Mithilfe der qualitativen Forschung können sowohl unterstützende als auch erschwerende Faktoren für eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess erhoben und darüber hinaus Impulse zur Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit im Sinne von Maßnahmen aufgezeigt werden.

Mit Blick in die aktuelle Studienlage werden vielfach die verschiedenen Formen und Konzepte der Zusammenarbeit in der Praxis sowie Unterschiede in der Konkretisierung interprofessioneller Zusammenarbeit diskutiert (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 4f.). Hierbei ist unter anderem von Interprofessional Teamwork, Interprofessional Collaboration, Interprofessional Coordination und Interprofessional Networks die Rede (vgl. ebd.: 4f.). Die gewonnenen Daten der qualitativen Forschung spiegeln die unterschiedlichen Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit in dem Sinne wider, dass die Professionen von verschiedenen Formen der Zusammenarbeit berichten. Das von Walkenhorst und Hollweg (2022) beschriebene gemeinsame Lösen von Problemen auf der einen Seite und auch schwächere Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit auf der anderen Seite sind in den Ergebnissen wiederzufinden (vgl. ebd.: 4f.). Beispielsweise kann hierbei die gemeinsame Entscheidungsfindung in der Visite und Tafelrunde oder der Informationsaustausch über das Telefon genannt werden.

Die befragten Professionen beschreiben anhand von mehreren Beispielen die Relevanz einer interprofessionellen Zusammenarbeit und heben besonders den Aspekt der Arbeitsminimierung hervor. Walkenhorst und Hollweg (2022) betonen hierzu, dass interprofessionelle Zusammenarbeit nicht abgestimmte Behandlungsprozesse minimieren kann (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 3). Zudem wird die erhobene Motivation zur interprofessionellen Zusammenarbeit auch von Gerber und Kolleg*innen (2018) behandelt, indem sie argumentieren, dass interprofessionelle

Zusammenarbeit entscheidend vom Willen der Personen zur Zusammenarbeit und Anerkennung der Perspektiven der Berufsgruppen abhängt (vgl. Gerber u.a. 2018: 1528). Dennoch ist es wichtig zu bedenken, dass die Berücksichtigung unterschiedlicher Sichtweisen durch unterschiedliche Informationen oder Einstellungen auch eine Herausforderung für die interprofessionelle Zusammenarbeit darstellt (vgl. ebd.: 1528). Außerdem wird die Relevanz interprofessioneller Kommunikation im Klinikalltag zwar gesehen, jedoch noch zu wenig fokussiert (vgl. Böll u.a. 2022: 588).

Bei der Auswertung der Ergebnisse fällt auf, dass neben den Perspektiven der am Entlassungsprozess beteiligten Professionen die Patient*innensicht und -bedürfnisse hervorgehoben werden und deren Perspektiven Einfluss auf die Entlassung nehmen. Diesbezüglich weisen Walkenhorst und Hollweg (2022) darauf hin, dass eine interprofessionelle Entlassung auch aus Patient*innenperspektive als priorisiertes Ziel gesehen wird (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 2).

Die erhobenen Maßnahmen zur Optimierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit im Entlassungsprozess stellen lediglich Impulse und Anreize dar und sollten hinsichtlich der Umsetzung kritisch beleuchtet werden. Die Maßnahmen wurden von den Interviewten noch nicht ausreichend für Fort- und Weiterbildungskonzepte konkretisiert und bieten Anlass für weitere Forschungsinitiativen. Zudem betonen Walkenhorst und Hollweg (2022) einen »langjährigen Transformationsprozess« (Walkenhorst/Hollweg 2022: 3) hinsichtlich der erfolgreichen Planung und Umsetzung von Konzepten interprofessioneller Zusammenarbeit. Außerdem kann die Umsetzung von förderlichen Maßnahmen wie beispielsweise der Teambildungsmaßnahmen und die Etablierung von interprofessionellen Treffen oder Checklisten dahingehend kritisch betrachtet werden, dass diese Maßnahmen nicht isoliert von bestehenden Rahmenbedingungen und strukturellen Problemen gesehen werden können. Konkret heben Reeves und Kolleg*innen (2011) dies hervor, indem sie von der Berücksichtigung der »higher order (structural) problems« (Reeves u.a. 2011: 115) sprechen und eine naive Herangehensweise an geplante Interventionen kritisch beleuchten (vgl. ebd.:115). Den Anforderungen des Rahmenvertrags der Krankenhäuser kann durch die Berufsgruppe Team Casemanagement besser begegnet werden. Das Team Casemanagement wird von allen am Entlassungsprozess beteiligten Professionen als gewinnbringend und unabdingbar beschrieben. So bedarf es noch konkreter Überlegungen, wie die Aufgaben und Funktionen dieser Profession in bereits bestehende Einarbeitungskonzepte integriert werden könnten. Insbesondere könnten die Aufgabenbereiche der Berufsgruppe bereits in der Ausbildung nähergebracht werden, um eine interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis zu optimieren.

Mit Blick auf das Forschungsinteresse dieser Arbeit, nämlich der Gelingens- und Störfaktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im Entlassungsprozess, ist es wichtig, der »Dialektik zwischen interprofessioneller Zusammenarbeit und

interprofessionellem Lernen« (Walkenhorst/Hollweg 2022: 2) Aufmerksamkeit zu schenken. Die erhobenen Kategorien wie beispielsweise die förderliche wertschätzende Kommunikation auf Augenhöhe oder das vorhandene Wissen über die Aufgabenbereiche anderer Professionen können einen Impuls für die Integration in die interprofessionelle Lehre darstellen. Denn für eine interprofessionelle Zusammenarbeit braucht es einen Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen (vgl. ebd.: 3). Die Autorinnen Walkenhorst und Hollweg (2022) sehen das interprofessionelle Lernen als essenziellen Bestandteil in Ausbildungen, da so eine erfolgreiche interprofessionelle praktische Zusammenarbeit erreicht werden kann (vgl. ebd.: 3). Die erhobenen interprofessionellen Handlungen benötigen demnach zur Vorbereitung interprofessionelle Bildungsprozesse (vgl. ebd.: 3). Auch das durch die WHO veröffentlichte *Framework for Action on International Education and Collaborative Practice* fokussiert den direkten Zusammenhang zwischen interprofessionellem Lehren und Lernen und der erfolgreichen praktischen interprofessionellen Zusammenarbeit (vgl. WHO 2010: 10). Als wichtige Argumente für ein interprofessionelles Lernen als essenzielle Vorbereitung werden passend zu den erhobenen Ergebnissen ein optimiertes Verständnis der Perspektive und Arbeitsweise anderer Professionen und der Abbau von Barrieren in der Kommunikation unterstrichen (vgl. Nock 2020 zitiert nach Seidlein 2022: 12). Hinsichtlich der Forschungsergebnisse ist es somit interessant zu überlegen, wie diese für interprofessionelle Lehr-/Lernkonzepte aufbereitet und genutzt werden können. Beispielsweise können die Zitate der Professionen Impulse für eine authentische Fallarbeit darstellen.

6. Schlussfolgerung und Ausblick

Rückblickend lässt sich feststellen, dass die Relevanz, interprofessionell im Entlassungsprozess zu arbeiten, von den Professionen wahrgenommen und Vorteile diesbezüglich gesehen und erfahren werden. Die qualitative Forschung demonstriert bereits bestehende Konzepte und Ansätze für interprofessionelle Besprechungen und Austauschmöglichkeiten. Hinsichtlich des Forschungsziels können sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren erhoben und diskutiert werden, die einen Anhaltspunkt für Optimierungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Entlassungsprozess darstellen. Darüber hinaus werden erste Ideen der Professionen zu unterstützenden Maßnahmen erfasst, die einen Anreiz für vertiefte Forschung in diesem Bereich geben, um beispielsweise Inhalte und Ziele von Fort- und Weiterbildungen zu konkretisieren. Zusätzliche Forschungsansätze sollten die interprofessionelle Entlassung in weiteren Settings fokussieren und konkrete Bewältigungsstrategien hinsichtlich herausfordernder Störfaktoren erfassen, um interprofessionelle Zusammenarbeit im Entlassungsprozess zu gewährleisten. Nicht zuletzt veranschaulichen die Forschungsergebnisse die Notwendigkeit einer

Integration der Erkenntnisse in die Lehre, sodass interprofessionelle Kompetenz zunächst gelehrt und erlernt und später als interprofessionelle Zusammenarbeit praktisch umgesetzt werden kann. Es bedarf weiterer Forschungen, die diese Verknüpfung zur interprofessionellen Lehre ergründen.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024). Entlassungsmanagement. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement> (Abruf: 27.09.2024).
- Böll, Boris/Naendrup, Jan Hendrik/Reifarh, Eyleen/Garcia Borrega, Jorge (2022). Interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation im Team. In: *Medizinische Klinik- Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 117 (8), S. 588–594.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2019). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, Fakultät für Wirtschaft- und Sozialwissenschaften.
- Dettmers, Stephan (2013). Pflege und interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus. In: Zängl, Peter (Hg.). *Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege* (S. 213–223). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Gerber, Michelle/Kraft, Esther/Bosshard, Christoph (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. In: *Schweizerische Ärztezeitung*, 99 (44), S. 1524–1529.
- Kuckartz, Udo/Rädiker, Stefan (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 5. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Li, Jing/Talari, Preetham/Kelly, Andrew/Latham, Barbara/Dotson, Sherri/Manning, Kim/Thornsberry, Lisa/Swartz, Colleen/Williams, Mark (2018). Interprofessional Teamwork Innovation Model (ITIM) to promote communication and patient centred, coordinated care. In: *BMJ Quality&Safety*, 27 (9), S. 700–709.
- Prusaczyk, Beth/Kripalani, Sunil/Dhand, Amar (2019). Networks of hospital discharge planning teams and readmissions. In: *Journal of Interprofessional Care*, 33 (1), S. 85–92.
- Reeves, Scott/Lewin, Simon/Espin, Sherry/Zwarenstein, Merrick (2011). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Seidlein, Anna-Henrikje (2022). Interprofessionelle Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung auf der Intensivstation: Die Situation von Pflegefachpersonen und Ärzt:innen. In: Riedel, Annette/Lehmeyer, Sonja (Hg.). *Ethik im Gesundheitswesen* (S. 1–18). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

- Walkenhorst, Ursula/Hollweg, Wibke (2022). Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen (S. 1–16). In: Darmann-Finck, Ingrid/Sahmel, Karl-Heinz (Hg.). Pädagogik im Gesundheitswesen. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Walton, Victoria/Hogden, Anne/Long, Janet C./Johnson, Julie K./Greenfield, David (2019). How do interprofessional healthcare teams perceive the benefits and challenges of interdisciplinary ward rounds. In: *Journal of multidisciplinary healthcare*, o.J., S. 1023–1032.
- Wiedenhöfer, Dirk/Eckl, Barbara/Heller, Regula/Frick, Ulrich (2010). Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. 1. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Wingenfeld, Klaus (2020). Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Witzel, Andreas (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, Gerd (Hg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227–255). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- World Health Organization (WHO) (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Online: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice> (Abruf: 27.09.2024).
- Wrona, Thomas (2006). Fortschritts- und Gütekriterien im Rahmen qualitativer Sozialforschung. In: Zelewski, Stephan/Akca, Naciye (Hg.). *Fortschritt in den Wirtschaftswissenschaften- Wissenschaftstheoretische Grundlagen und exemplarische Anwendungen* (S. 189–216). Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung

Teil 4

Aspekte und Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung interprofessioneller Edukation



Toolbox Evaluation: Praxisleitfaden und Messinstrumente zur Evaluation von interprofessioneller Edukation

Florian Schimböck

Zusammenfassung *Im vorliegenden Beitrag werden praxisnahe Empfehlungen für die Evaluation von interprofessioneller Edukation im Gesundheitswesen gegeben. Er thematisiert die Bedeutung einer klaren Zielsetzung, der Wahl des passenden Evaluationsdesigns sowie der Auswahl geeigneter Methoden und stellt zudem Messinstrumente vor, die in diesem Zusammenhang eingesetzt werden können. Der Beitrag bietet Lehrenden, Praxisanleitenden und Strukturverantwortlichen damit praktische Ansätze zur kontinuierlichen Verbesserung interprofessioneller Lehre im Kontext von Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Gesundheitswesen.*

1. Hintergrund zur Evaluation von interprofessioneller Edukation

Interprofessionelle Edukation (IPE) blickt auf eine etwa 30-jährige Geschichte zurück und ist damit ein relativ junger Bereich sowohl in der Lehre als auch in der dazugehörigen Forschung. Hinsichtlich der Lehre variieren die Lehr- und Lernansätze sowohl in der Gruppenzusammensetzung (z.B. verschiedene Angehörige der Gesundheitsfachberufe), der Veranstaltungsart bzw. Methodik (z.B. gemeinsame Fortbildungen oder Praxisprojekte) als auch in der Zielsetzung (z.B. Teambildung, Perspektivwechsel, Rollenverständnis). In Bezug auf die Forschung werden quantitative, qualitative als auch Mixed-Methods-Ansätze eingesetzt, um interprofessionelle Aktivitäten im Kontext von Aus-, Fort- und Weiterbildung zu evaluieren.

Evaluation wird dabei als Prozess der formalen und systematischen Bewertung menschlicher Aktivitäten verstanden (vgl. Kelly 2024: 464). Das vorrangige Ziel der Evaluation besteht darin, die Wirksamkeit, die Qualität sowie den Nutzen interprofessioneller Aktivitäten zu beurteilen. Eine Evaluation kann beispielsweise die Struktur, die Maßnahmen, die Organisation, die Erreichung der initial festgelegten Ziele oder auch die Kosten der interprofessionellen Aktivität untersuchen (vgl. Fink 2014: 4). Die Evaluation ist demnach als empirische Tätigkeit zu verstehen, bei der

die Auswirkungen von interprofessionellen Aktivitäten auf unterschiedliche Ergebnisse (= Outcomes) untersucht werden (vgl. Reeves u.a. 2015: 1).

Diese Untersuchungen sind insofern bedeutsam, als dass es um eine eigene Evidenzbasis für IPE geht. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) misst der IPE einen hohen Stellenwert bei, da sie für die Entwicklung einer »kollaborativen und praxisbereiten« Arbeitsweise im Gesundheitswesen essenziell ist, in der Angehörige verschiedener Gesundheitsfachberufe zusammenarbeiten, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in einem breiten Spektrum von Versorgungsbereichen zu gewährleisten (vgl. WHO 2010: 13). In mehreren systematischen Literaturübersichten zur Evaluation von IPE-Aktivitäten konnten durchweg positive Effekte von IPE nachgewiesen werden. So zeigte sich, dass IPE gut von den Lernenden/Teilnehmenden angenommen wird und IPE in der Lage ist, die Zusammenarbeit verschiedener Professionen sowie die Gesundheitsversorgung zu verbessern (vgl. Guraya/Barr 2018: 164; vgl. Reeves u.a. 2017: 61; vgl. Reeves u.a. 2016: 10; vgl. Reeves u.a. 2010: 202; vgl. Hammick u.a. 2007: 748). Hinsichtlich der Evaluation wird darauf hingewiesen, dass robuste Evaluationsmethoden eingesetzt werden sollten, die über reine Selbstberichte der Lernenden/Teilnehmenden hinausgehen, um tatsächliche Veränderungen in Bezug auf verschiedene Outcomes zu messen (vgl. Reeves u.a. 2017: 61).

Aus diesem Grund ist es Ziel dieses Beitrags, eine Reihe von Tipps und Messinstrumenten zu präsentieren, die für die Konzeption, Planung und Evaluation von IPE-Aktivitäten nützlich sein können.

2. Empfehlungen für die Evaluation von interprofessioneller Edukation im Gesundheitswesen

Typ 1: Definieren Sie das Ziel der Evaluation

Wie und in welchem Umfang die Evaluation erfolgen soll, sollte bereits bei der Entwicklung und Planung der jeweiligen IPE-Aktivität berücksichtigt werden. An dieser Stelle lohnt es sich bereits zu entscheiden, ob die Evaluation darauf abzielt, Feedback zur Qualität und einzelnen Auswirkungen (z.B. Wissen) der IPE-Aktivität zu erhalten oder ob eine Evaluationsstudie durchgeführt werden soll, welche die Auswirkungen der IPE-Aktivität auf das Verhalten der Lernenden/Teilnehmenden in der Versorgungspraxis oder die Patient*innen-Ergebnisse untersucht (vgl. Reeves/Barr 2017: 601). In beiden Fällen sollten diejenigen, die die IPE-Aktivität verantworten, mitgestalten und aus erster Hand kennen, in die Planung und Konzeption der Evaluation involviert sein (vgl. Anderson 2016: 572). Dadurch ist gewährleistet, dass die Lernziele, der konzeptionelle Rahmen, die didaktische und methodische Ausgestaltung der IPE, der Hintergrund sowie das Niveau der Lernen-

den/Teilnehmenden, der Lehr-Lernkontext als auch die zu erwarteten Ergebnisse (z.B. Veränderung in Bezug auf Wissen, Einstellung und Fertigkeiten) klar sind (vgl. Reeves u.a. 2015: 1).

Wie bei anderen Formen der Evaluation und Bewertung können auch hier diverse Evaluationsansätze unterschieden werden. Reeves/Barr (2017: 602) beschreiben in diesem Zusammenhang vier Ansätze, welche sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern je nach Zielsetzung auch miteinander kombiniert werden können:

- Eine *formative Evaluation* hat zum Ziel, die anfänglichen Auswirkungen der IPE zu erfassen, herauszufinden, was funktioniert und was nicht, um die IPE-Aktivität selbst weiterzuentwickeln und zu verbessern.
- Eine *summative Evaluation* verfolgt das Ziel, die übergeordneten Effekte der IPE-Aktivität zu messen.
- Eine *prozessorientierte Evaluation* zielt darauf ab, die interprofessionellen Lehr- und Lernprozesse zu erforschen.
- Eine *ergebnisorientierte Evaluation* hat zum Ziel, die unterschiedlichen Auswirkungen (Ergebnisse) der IPE-Aktivität zu untersuchen.

Tipp 2: Formulieren Sie konkrete Fragestellungen

Wenn das Ziel der Evaluation feststeht, sollten klare und eindeutige Fragestellungen formuliert werden. Die Fragestellungen sind wichtig, da sie im weiteren Verlauf die Wahl des Evaluationsdesigns bestimmen (vgl. Reeves u.a. 2015: 2). Beispiele für Evaluationsfragen können sein:

- Wie wurde die IPE-Aktivität von den Lehrenden und Lernenden/Teilnehmenden erlebt?
- Wie zufrieden sind die Lernenden/Teilnehmenden mit der IPE-Aktivität?
- Welche Auswirkungen hatte die IPE-Aktivität auf Wissen, Einstellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten der Lernenden/Teilnehmenden?
- Welchen Einfluss hat die IPE-Aktivität auf die Lehrenden und ihre pädagogischen Kompetenzen?
- Wie wirkte sich der Einsatz von interprofessionellem Teamteaching auf die Lehr- und Lernprozesse der IPE-Aktivität aus?
- Welche Auswirkungen hatte die IPE-Aktivität auf das Verhalten der Lernenden/Teilnehmenden in der klinischen Versorgungspraxis?
- Welchen Einfluss hatte die IPE-Aktivität auf das Kooperationsverhalten der Lernenden/Teilnehmenden in der Zusammenarbeit mit anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe?
- Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis der interprofessionellen Aktivität einzuschätzen?

Tipp 3: Nutzen Sie theoretische Rahmenmodelle

Die Anwendung von theoretischen Rahmenmodellen kann dabei helfen, den Fokus der Evaluation zu schärfen und das Evaluationsdesign in sich robuster zu gestalten. Hinsichtlich der Evaluation von IPE werden unterschiedliche theoretische Ansätze genutzt.

Die einen beziehen sich auf Theorien aus den Sozialwissenschaften, welche sich beispielsweise mit Hierarchie-, Macht- und Beziehungsgefügen zwischen den beteiligten Professionen auseinandersetzen (vgl. Baker u.a. 2011: 103). Andere wenden Komplexitäts-, Organisations- und Systemtheorien an, welche die Komplexität von IPE und das Zusammenspiel der unterschiedlichen Professionen zu erklären versuchen (vgl. Suter u.a. 2013: 62). Im Zusammenhang mit IPE wird hier häufig auf das 3-P-Modell des Lehrens und Lernens von Biggs verwiesen. Biggs empfiehlt bei der Evaluierung von Lernprozessen einen systemorientierten Ansatz, um alle Schlüsselemente im Lernprozess zu beleuchten und nicht nur ein Teilsystem (z.B. Lernende, Lehrende, Methoden, Kontext) (vgl. Biggs 1993: 75). Das 3-P-Modell beschreibt, welche Elemente eine Bildungserfahrung ausmachen, welche Faktoren diese Erfahrung prägen und wie die Faktoren zueinander in Beziehung stehen. Die *Kontextfaktoren* (*presage factors*) sind diejenigen, die die Gestaltung und Durchführung von IPE beeinflussen und einschränken, wie zum Beispiel die Unterstützung durch die Leitung bzw. das Management, die Erfahrung und Kompetenzen der Lehrenden sowie das Vorwissen der Lernenden/Teilnehmenden. Die *Prozessfaktoren* (*process factors*) beziehen sich auf die Durchführung der IPE, zum Beispiel auf die interprofessionellen Interaktionen, die Lern- und Lehrmethoden oder das Engagement der Lernenden/Teilnehmenden. Die *Produktfaktoren* (*product factors*) beziehen sich auf die Lernergebnisse der IPE (vgl. Reeves u.a. 2016: 4; vgl. Biggs 1993: 75).

Die Lernergebnisse selbst können wiederum mit dem im Jahr 1959 veröffentlichten Rahmenmodell von Kirkpatrick klassifiziert werden, welches für die Evaluation von Bildungsmaßnahmen entwickelt wurde und vier Evaluationsstufen unterscheidet (vgl. Kirkpatrick/Kirkpatrick 2006: 21). Die ursprünglichen vier Stufen wurden für die Evaluation von IPE vom *Joint Evaluation Team* (JET) des *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) zu sechs Stufen weiterentwickelt (vgl. Barr u.a. 2005: 43). Wie in Tabelle 1 dargestellt, wurden die ursprüngliche Stufe 2 »Lerner« und Stufe 4 »Ergebnisse« in jeweils zwei Unterstufen verfeinert, um eine Unterscheidung der Lernergebnisse auf Personen- und Versorgungsebene zu erreichen (vgl. Ehlers u.a. 2017: 11).

Tabelle 1: Modifikation des Vier-Stufen-Modells nach Kirkpatrick für IPE durch das JET

Englische Originalversion (vgl. Barr u.a. 2005: 43)		Deutsche Übersetzung (vgl. Ehlers u.a. 2017: 12)	
Level 1 – Reaction	Learners' views on the learning experience and its interprofessional nature.	Stufe 1 – Reaktion	Vorstellung von Lernenden bezüglich der interprofessionellen Erfahrung und ihres interprofessionellen Charakters
Level 2a – Modification of attitudes/perceptions	Changes in reciprocal attitudes or perceptions between participant groups. Changes in perception or attitude towards the value and/or use of team approaches to caring for a specific client group.	Stufe 2a – Modifikation von Einstellungen/Wahrnehmung	Veränderungen in der wechselseitigen Einstellung oder Wahrnehmung zwischen den teilnehmenden Gruppen. Veränderungen in der Wahrnehmung oder Haltung gegenüber dem Wert und/oder Nutzen eines Teamansatzes in der Versorgung einer bestimmten Personengruppe.
Level 2b – Acquisition of knowledge/skills	Including knowledge and skills linked to interprofessional collaboration.	Stufe 2b – Erwerb von Wissen und Fertigkeiten	Einbezug von Wissen und Fertigkeiten, die mit interprofessioneller Zusammenarbeit verknüpft sind.
Level 3 – Behavioural change	Identifies individuals' transfer of interprofessional learning to their practice setting and their changed professional practice.	Stufe 3 – Verhaltensänderung	Identifiziert den individuellen Transfer interprofessionellen Lernens in die berufliche Praxis sowie eine Veränderung professioneller Praxis.
Level 4a – Change in organisational practice	Wider changes in the organisation and delivery of care.	Stufe 4a – Organisationsbezogene Veränderungen	Weitreichende Veränderungen in der Organisation und der Gesundheitsversorgung.

Englische Originalversion (vgl. Barr u.a. 2005: 43)		Deutsche Übersetzung (vgl. Ehlers u.a. 2017: 12)	
Level 4b – Benefits to patients/clients	Improvements in health or well-being of patients/clients.	Stufe 4b – Nutzen für Patient*innen und Klient*innen	Verbesserung der Gesundheit oder des Wohlbefindens von Patient*innen und Klient*innen.

Trotz der Kritik, dass das Vier-Stufen-Modell von Kirkpatrick eine zu einfache und lineare Sichtweise auf komplexe Lern- und Verhaltensprozesse bietet, ohne dabei ausreichend auf kontextuelle, langfristige und theoretische Aspekte einzugehen, stellt dieses einen praxisorientierten Rahmen für Lernergebnisse dar und findet bei der Evaluation von Bildungsmaßnahmen häufig Anwendung (vgl. Alsamamah/Callinan 2022: 57; vgl. Reio u.a. 2017: 50; vgl. Thistlethwaite u.a. 2015: 296; vgl. Yardley/Dornan 2012: 105).

Tipp 4: Wählen Sie ein Evaluationsdesign

Als Evaluationsdesigns stehen eine Reihe von quantitativen und qualitativen Studiendesigns zur Verfügung, die bei Bedarf auch kombiniert werden können, um eine Mixed-Methods-Evaluation durchzuführen. Die Wahl des Evaluationsdesigns ist von der Ziel- und Fragestellung abhängig und wichtig, da mit jedem Design bestimmte Methoden der Datensammlung und Datenanalyse verbunden sind (vgl. Reeves/Barr 2016: 603).

Tabelle 2: Kurzbeschreibung quantitativer Studiendesigns sowie ausgewählte Stärken und Schwächen

Studien-design	Beschreibung	Stärken	Schwächen
<i>Post-Course-Evaluation</i>	Bei einer <i>Nachher-Evaluation</i> erfolgt die Datenerhebung am Ende einer IPE-Aktivität, so wie es bei klassischen Lehrveranstaltungsevaluierungen der Fall ist. Häufig werden hier Fragebögen mit einer Reihe von geschlossenen und offenen Fragen eingesetzt, um erste Reaktionen zur IPE-Aktivität zu erfassen.	Dieses Design ist einfach und schnell durchführbar, erzielt hohe Rücklaufquoten und ist kostengünstig umsetzbar. Die Daten können einen ersten Eindruck zu verschiedenen Aspekten der IPE-Aktivität liefern und stellen eine solide Grundlage für die Überarbeitung der IPE-Aktivität dar.	Da keine Ausgangsdaten erhoben werden, ist es schwierig die erfassten Veränderungen auf die IPE-Aktivität zurückzuführen. Da die Daten meist un-mittelbar am Ende der IPE-Aktivität gesammelt werden, können darüber hinaus keine längerfristigen Auswirkungen, bspw. auf die Praxis, berichtet werden.
<i>Before-and-after-Study</i>	Bei einer <i>Vorher-Nachher-Studie</i> werden Daten zu zwei Erhebungszeitpunkten, nämlich vor und nach der IPE-Aktivität, gesammelt. Dieses Design ist entsprechend robuster als eine reine <i>Nachher-Studie</i> und liefert Vergleichsdaten, um Veränderungen durch die IPE-Aktivität festzustellen. Auch hier werden vorrangig Fragebögen eingesetzt.	Dieses Design ist ebenso einfach und schnell umzusetzen, erzielt hohe Rücklaufquoten und ist kostengünstig. Die Daten zeigen, was sich durch die IPE-Aktivität im Vorher-Nachher-Vergleich geändert hat.	Da es auch in diesem Design keine Kontrollgruppe gibt, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass ausschließlich die IPE-Aktivität für die Veränderung verantwortlich ist. Es gibt hier immer noch die Möglichkeit, dass andere Faktoren zur Veränderung geführt haben. Darüber hinaus können auch mit diesem Design keine längerfristigen Veränderungen gemessen werden.

Studien- design	Beschreibung	Stärken	Schwächen
<i>Interrupted Time Series Study</i>	Bei einer <i>unterbrochenen Zeitreihenanalyse</i> werden mehrere Erhebungszeitpunkte vor und nach der IPE-Aktivität erfasst. Damit kann festgestellt werden, ob die Wirkung der IPE-Aktivität in Bezug auf bestimmte Outcomes größer ist als die »normale« Entwicklung/Reifung der Lernenden/Teilnehmenden über eine bestimmte Zeit.	Zusätzliche Messzeitpunkte können <i>Nachher-Studien</i> und <i>Vorher-Nachher-Studien</i> robuster machen. Zusätzlich können so längerfristige Veränderungen, bspw. in Bezug auf die Einstellung oder Verhaltensänderungen, besser erfasst werden.	Der größte Nachteil dieses Designs besteht darin, dass keine Kontrolle über andere beeinflussende Faktoren besteht, die zwischen den Erhebungszeitpunkten auftreten (z.B. weitere IPE-Aktivität, lebenslanges Lernen) und damit nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, dass die IPE-Aktivität für die Veränderungen Wochen oder Monate später verantwortlich ist.
<i>Controlled Before-and-after Study</i>	<i>Kontrollierte Vorher-Nachher-Studien</i> verlaufen gleich wie <i>Vorher-Nachher-Studien</i> mit dem Unterschied, dass hier neben der Interventionsgruppe eine Kontrollgruppe eingesetzt wird, um festzustellen, ob die Veränderungen tatsächlich auf die IPE-Aktivität selbst zurückzuführen sind. Klassisch wäre hier der Vergleich zwischen einer IPE-Gruppe und einer Kontrollgruppe, die zum Beispiel »monoprofessionelle« Lehre erhalten hat.	Dieses Design misst robust Veränderungen und kontrolliert zuverlässig die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe(n).	Die Identifizierung von Kontrollgruppen kann schwierig sein und benötigt meist zusätzliche zeitliche und finanzielle Ressourcen. Da keine Randomisierung stattfindet, besteht die Gefahr, dass andere Faktoren (z.B. Vorerfahrungen, Motivation, institutionelle Unterschiede) die Ergebnisse der IPE-Aktivität beeinflussen. Ansonsten sind die Schwächen vergleichbar mit denen von <i>Nachher-Studien</i> und <i>Vorher-Nachher-Studien</i> .

Studien-design	Beschreibung	Stärken	Schwächen
<i>Randomised Controlled Trial</i>	<p><i>Kontrollierte Vorher-Nachher-Studien</i> können zu <i>randomisierten kontrollierten Studien</i> umgestaltet werden. Hierzu werden die Lernenden/Teilnehmenden nach dem Zufallsprinzip (Randomisierung) entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Dieses Design ist in Bezug auf den Erkenntnisgewinn am robustesten und kann ein solides Verständnis über den Zusammenhang der Veränderungen und der IPE-Aktivität liefern.</p>	<p>Durch die Randomisierung von einzelnen Personen können Verzerrungen (Bias) im Zusammenhang mit der Personenauswahl (Selektionsbias) oder Personenrekrutierung (Rekrutierungsbias) verringert werden. Dadurch können Störfaktoren wie z.B. Vorerfahrungen und persönliche Einstellung zu interprofessioneller Zusammenarbeit gut kontrolliert werden und die Wahrscheinlichkeit steigt, dass beobachtete Effekte tatsächlich auf die IPE-Aktivität und nicht auf vorbestehende Unterschiede zurückzuführen sind.</p>	<p>Die Umsetzung ist oft ressourcenintensiv und erfordert viel Zeit, Planung und finanzielle Mittel. Insbesondere in der IPE, wo Lernende/Teilnehmende aus verschiedenen Professionen involviert sind, kann die Organisation und Koordination der Studie anspruchsvoll sein. Zudem kann es schwierig sein, Lernende/Teilnehmende zufällig zu verteilen, da organisatorische Strukturen oder bestehende Teams die Randomisierung behindern. Auch dieses Design konzentriert sich häufig nur auf kurzfristige Effekte direkt nach der IPE-Aktivität, was die Einschätzung der Nachhaltigkeit der IPE-Aktivität erschwert.</p>

Allgemein könnte man sagen, wenn sich eine Evaluation darauf konzentriert, zu verstehen, *was* in einer IPE-Aktivität passiert ist, sind quantitative Designs geeignet. In diesen werden die Daten häufig durch standardisierte Messinstrumente und Fragebögen gesammelt (siehe Tabelle 2). Wenn eine Evaluation hingegen darauf abzielt, zu verstehen, *warum* etwas während einer IPE-Aktivität aufgetreten ist, sind qualitative Designs gewinnbringend (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Kurzbeschreibung qualitativer Studiendesigns sowie ausgewählte Stärken und Schwächen

Studiendesign	Beschreibung	Stärken	Schwächen
Phänomenology	Phänomenologische Studien haben zum Ziel die gelebten Erfahrungen, Wahrnehmungen sowie Perspektiven von Einzelnen zu erkunden und zu beschreiben. Im Kontext von IPE könnte es z.B. darum gehen, wie verschiedene Gesundheitsfachberufe interprofessionelle Professionalität erleben und welche Merkmale interprofessionelle Professionalität ausmachen. Dies kann wertvoll sein, wenn es bspw. bei der Entwicklung von Fragebögen darum geht, die Phänomene quantitativ messbar zu machen.	Phänomenologische Studien bieten viel Raum für Flexibilität und Offenheit und liefern dadurch reichhaltige und detaillierte Beschreibungen der menschlichen Lebenserfahrung. Diese Erkenntnisse können Lehr- und Lernmethoden bereichern und so den Austausch zwischen den Professionen verbessern und Missverständnisse reduzieren.	Da der Fokus hier meist auf einer kleinen Anzahl von Personen liegt, können nur schwer allgemeine Empfehlungen ausgesprochen werden.
Grounded Theory	Bei der <i>Grounded Theory</i> handelt es sich um einen Ansatz zur Erforschung sozialer Prozesse. Ihr vorrangiges Ziel besteht darin, aus den erhobenen Daten eine Theorie zu entwickeln und nicht Phänomene zu beschreiben. Beispielhaft könnte man damit den Prozess beschreiben, den Lernende/Teilnehmende durchlaufen, um zu interprofessionellen Praktiker*innen zu werden. Darauf aufbauend könnten Strategien entwickelt werden, um den Prozess zu unterstützen.	Einer der größten Vorteile besteht darin, dass neue Theorien direkt aus dem Datenmaterial entwickelt werden können. Damit liefert die <i>Grounded Theory</i> praxisnahe Ergebnisse, um unterschiedliche Arten von Veränderungsprozessen transparent zu beschreiben.	Für die Theorieentwicklung ist ein umfassendes Datenmaterial erforderlich, dass sich erst nach und nach ergibt. Das bedeutet, dass sich Methoden der Datensammlung und Datenanalyse ständig im Wechsel befinden, was die <i>Grounded Theory</i> anspruchsvoll und zeitintensiv macht.

Studiendesign	Beschreibung	Stärken	Schwächen
<i>Ethnography</i>	Mithilfe der <i>Ethnografie</i> können kulturelle und soziale Dynamiken in Teams, Organisationen und Gemeinschaften erforscht werden. Durch das Eintauchen in den Alltag von Lernenden/Teilnehmenden können ethnografische Studien wertvolle Erkenntnisse darüber liefern, wie z.B. interprofessionelle Zusammenarbeit tatsächlich umgesetzt wird und welche Rollen Teamkultur, Kommunikation, Machtverhältnisse sowie Hierarchien dabei spielen. Die Ethnografie nutzt dabei meist mehrere Methoden zeitgleich, wie z.B. Beobachtungen, Interviews und Dokumentenanalysen, um einen umfassenden Einblick zu gewinnen.	Durch die Beobachtungen in der realen Umgebung ermöglichen ethnografische Studien ein sehr tiefes Verständnis von sozialen Dynamiken. Dadurch können unausgesprochene Normen, Hierarchien und Rollenverteilungen aufgedeckt und beschrieben werden, was wertvoll ist, um versteckte Barrieren hinsichtlich Interprofessionalität zu identifizieren. Durch längerfristige oder wiederholte Beobachtungen können auch Veränderungen und Entwicklungen im Verhalten erfasst werden.	Die Umsetzung ist mit hohem zeitlichem Aufwand verbunden. Wenn die Ethnografie auf Beobachtung basiert, kann es auch zu ethischen Schwierigkeiten kommen, insbesondere in sensiblen Arbeitsumgebungen des Gesundheitsbereichs.
<i>Action Research</i>	Die <i>Aktionsforschung</i> verfolgt einen kooperativen Ansatz, bei dem Evaluator*innen/Forschende und Lernende/Teilnehmende durch Aktions- und Forschungszyklen zusammenarbeiten, um gemeinsam Veränderungen zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Dieser Ansatz kann zur aktiven und nachhaltigen Praxisentwicklung genutzt werden.	Durch die aktive Partizipation aller relevanten Akteur*innen bietet die Aktionsforschung viel Raum für Austausch und Gestaltung. Dadurch kann sie praxisnahe Lösungen für reale Probleme liefern, was zu einer hohen Motivation bei allen Beteiligten führt. Dies kann vor allem in der Gestaltung und Weiterentwicklung von IPE-Aktivitäten bereichernd sein.	Da Evaluator*innen/Forschende hier eine Mehrfachrolle (z.B. Initiator*in, Berater*in, Evaluator*in) einnehmen, gestaltet sich die Aktionsforschung deutlich komplexer als andere Ansätze. Sie erfordert ein breites Spektrum an Fähigkeiten, ist zeit- und ressourcenintensiv und daher eher für Evaluationserfahrene empfohlen.

Diese versuchen, das Erleben einer oder mehrerer beteiligter Personengruppen zu rekonstruieren, weshalb hier gerne Einzelinterviews, Fokusgruppen oder teilnehmende Beobachtungen eingesetzt werden. Bei umfassenden und längerfristigen Evaluationsvorhaben gilt es meist, verschiedene Outcomes zu erfassen, was dazu führt, dass sowohl *Was-* als auch *Warum-Fragen* in den Blick genommen werden können. In diesen Fällen lohnt es sich, quantitative und qualitative Methoden passend zu einem Mixed-Methods-Ansatz zu verbinden (vgl. Anderson 2016: 575; vgl. Reeves u. a. 2016: 3; vgl. Johnson u. a. 2007: 128). In Tabelle 2 und 3 werden die wesentlichen quantitativen und qualitativen Studiendesigns kurz beschrieben als auch um deren jeweilige Stärken und Schwächen ergänzt.

Tipp 5: Wählen Sie passende Methoden

Die Methoden der Datenerhebung ergeben sich aus dem Zusammenspiel von Ziel- und Fragestellung, den zu erfassenden Outcomes sowie dem gewählten Evaluationsdesign.

Quantitative Messungen erfolgen meist über Fragebögen (z. B. selbstentwickelte oder validierte Fragebögen, Follow-Up-Fragebögen) und werden primär im Rahmen von quantitativen Evaluationsdesigns eingesetzt (vgl. Anderson 2016: 576). Der überwiegende Anteil an veröffentlichten Fragebögen wird dafür genutzt, um sowohl die ersten Reaktionen zu einer IPE-Aktivität zu erfassen als auch um Veränderungen in der Einstellung und des Wissens vor und nach einer IPE-Aktivität zu messen. Durch den Einsatz von zeitverzögerten Follow-Up-Fragebögen oder gar in regelmäßigen Abständen wiederholten Erhebungen können auch längerfristige Auswirkungen und Langzeitentwicklungen gemessen werden (vgl. Blue u. a. 2015: 79).

Qualitative Reflexionen werden häufig in qualitativen Evaluationsstudien eingesetzt. Weit verbreitet sind hier Einzelinterviews und Fokusgruppen. Sie sind gut geeignet, um Erkenntnisse zu den ersten Reaktionen (z. B. Zufriedenheit, Nutzen) einer IPE-Aktivität zu sammeln oder Veränderungen hinsichtlich Einstellung, Wissen und Fertigkeiten zu beschreiben. Darüber hinaus können damit auch Einblicke gewonnen werden, die bspw. Veränderungen im Verhalten, der Teamzusammenarbeit oder der interprofessionellen Kommunikation betreffen. Hierfür können alle Personen befragt werden, die in die IPE-Aktivität involviert (z. B. Lernende/Teilnehmende, Lehrende) oder von ihren Auswirkungen betroffen (z. B. andere Gesundheitsfachberufe, Patient*innen) sind (vgl. Anderson 2016: 576). Im Kontext von Ausbildung und Studium können zudem Lerntagebücher bzw. Lernportfolios eingesetzt werden, um Reaktionen, subjektive Erfahrungen, Einstellungen, Identitätsbildung, individuelle Lernprozesse und reflektierte Einsichten von Lernenden zu erfassen. Sie sind wertvolle Werkzeuge, um den Lernfortschritt über einen längeren Zeitraum hinweg zu dokumentieren und aus qualitativer Forschungsperspektive

ve tiefgehende Einblicke in Lernprozesse und Entwicklungen zu gewinnen (vgl. Peters/Sexton 2020: 6; vgl. Bzowycyjkj u.a. 2017: 7).

Beobachtungen in der klinischen Versorgungspraxis eignen sich vor allem, um Veränderungen in Bezug auf das Verhalten unter realen Arbeitsbedingungen zu betrachten. Beobachtungen bergen dabei das Potenzial, Elemente von Interprofessionalität zu identifizieren, die für Einzelne nicht so offensichtlich sind und bei reiner Selbstauskunft, zum Beispiel durch Fragebögen oder Interviews, verborgen bleiben (vgl. Morgan u.a. 2015: 1228).

Eine Alternative zu Beobachtungen unter realen Versorgungsbedingungen können *Simulationen* sein. Einerseits können Simulationen als realitätsnahe und sichere Umgebung genutzt werden, um verschiedene Aspekte von Interprofessionalität (z.B. Kommunikation, Shared-Decision-Making, Teamarbeit) zu üben und zu verbessern. Andererseits können sie auch als Evaluationsmethode für IPE eingesetzt werden. Gängige Formen sind hier »Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs)« und »Team Objective Structured Clinical Examinations (TOSCEs)«, um verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit interprofessionellem Verhalten einzuschätzen. Der Vorteil von Simulationen besteht darin, dass Rahmenbedingungen sowie Umgebung kontrollierbar sind und die Szenarien wiederholt und konsistent umgesetzt werden können. In Kombination mit vordefinierten Kriterien oder passenden Messinstrumenten ermöglichen Simulationen eine systematische Erfassung und Einschätzung verschiedener interprofessioneller Kompetenzen (vgl. El-Awaisi u.a. 2022: 888).

Typ 6: Verwenden Sie vorhandene Messinstrumente

Werden im Zuge der Evaluierung quantitative Messinstrumente eingesetzt, so werden diese in der Regel selbst entwickelt. Im Internet wie auch in der Literatur kann jedoch eine Reihe wissenschaftlich validierter Evaluationsinstrumente gefunden werden, die für die Erfassung verschiedenster Aspekte von IPE entwickelt wurden.

Die Website des National US Center for Interprofessional Practice and Education verfügt über eine Datenbank von Erhebungsinstrumenten, die für IPE als auch interprofessionelle Zusammenarbeit genutzt werden können. Die Sammlung beinhaltet derzeit etwa 50 Messinstrumente und wird fortlaufend aktualisiert. Jedes Messinstrument wird in einem kurzen Steckbrief vorgestellt und es werden auch weiterführende Informationen verlinkt. Die enthaltenen Messinstrumente unterliegen jedoch keiner kritischen Evaluation und keinem Qualitätsmanagement, weshalb keine sichere Aussage über deren wissenschaftliche Güte getroffen werden kann. Online: <https://nexusipe.org/advancing/assessmentevaluation> (Abruf:14.10.2024).

Über die Jahre wurden mehrere systematische Literaturübersichten erstellt, welche zum Ziel hatten, Instrumente zu identifizieren, die sich für die Evaluation von IPE eignen (vgl. Hayver u.a. 2016: 868; vgl. Oates/Davidson 2015: 390; vgl. Hayver u.a. 2013: 904). Problematisch ist an dieser Stelle, dass sich sowohl die Literaturübersichten selbst als auch die empfohlenen Messinstrumente in Bezug auf ihre Güte unterscheiden. Das liegt vorrangig daran, dass für beides unterschiedliche Bewertungskriterien eingesetzt wurden. Darüber hinaus stehen viele der benannten Messinstrumente nicht in deutscher Sprache zur Verfügung. Dies zeigte auch eine systematische Literaturübersicht von Ehlers u.a. (2017), in der bestehende Instrumente zur Evaluation von IPE identifiziert werden, um Empfehlungen speziell für den deutschsprachigen Raum auszusprechen. Die Autor*innen führten eine systematische Literatursuche in den Fachdatenbanken PubMed und Cinahl durch und schlossen aus 73 Treffern final sechs Literaturübersichten ein. Sie stellten fest, dass eine Mehrzahl der identifizierten Instrumente über sehr heterogene wissenschaftliche Gütekriterien verfügte, nur in englischer Sprache vorlag und vorwiegend den JET-Outcome-Stufen 1, 2a und 2b zuzuordnen war. Eine eindeutige Empfehlung wurde aber lediglich für die *Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS)* ausgesprochen, die den JET-Outcome-Stufen 2a, 2b und 3 zugeordnet werden kann, aber zum Zeitpunkt der Literaturübersicht noch nicht in deutscher Sprache vorlag (vgl. Ehlers u.a. 2017: 16). Die systematische Übersichtsarbeit von Welch (2024) befasste sich mit der Frage, welche Instrumente zur Bewertung interprofessioneller Verhaltensweisen im Kontext von IPE existieren und für den Einsatz empfohlen werden können. Es wurden sechs Instrumente in die kritische Analyse einbezogen, die der JET-Outcome-Stufe 3 zuzuordnen waren. Von diesen verfügte als einziges Instrument das *Interprofessional Professionalism Assessment (IPA)* über entsprechende Gütekriterien, um für den Einsatz empfohlen zu werden (vgl. Welch 2024: 13).

Die Zusammenführung der Ergebnisse der bereits angesprochenen Literaturübersichten sowie eine eigene Recherche in PubMed führte zu mehreren Messinstrumenten, die häufig in der Literatur benannt werden und/oder für die eine Empfehlung für die Verwendung in IPE-Evaluationen ausgesprochen wurde:

- Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)
- University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWEIPQ)
- Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS)
- Interprofessional Attitude Scale (IPAS)
- Interprofessional Professionalism Assessment (IPA)

Die *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)* stellt eines der ersten Messinstrumente dar, das für die Evaluation von IPE erstellt wurde (vgl. Parsell/Bligh 1999: 95ff.). Die RIPLS ist das bislang am häufigsten verwendete Messinstrument zur Evaluation von IPE-Aktivität, wurde in verschiedene Sprachen übersetzt und

liegt gleich in zwei deutschen Übersetzungen vor (vgl. Luderer u.a. 2017: 12). Nichtsdestotrotz ist es auch das am kritischsten diskutierte Messinstrument. Die Anwendung ist dabei in allen Sprachen problematisch, da nicht eindeutig klar ist, was die RIPLS eigentlich misst (vgl. Mahler u.a. 2015: 290). Ursprünglich war die Intention, dass die RIPLS die Readiness, also die Bereitschaft gegenüber einer bestimmten Verhaltensweise, erfasst. Damit würde sie der JET-Outcome-Stufe 3 zugeordnet werden. Da die RIPLS aber eher die positive oder negative Beurteilung des interprofessionellen Lernens und seiner Effekte fokussiert, entspricht sie viel eher einem Messinstrument für Einstellung, was der JET-Outcome-Stufe 2a entspricht (vgl. Luderer u.a. 2017: 12; vgl. Oates/Davidson 2015: 390). Aufgrund dieser Unklarheit werden beide deutschen Versionen nicht für die Evaluation von IPE-Aktivitäten empfohlen (vgl. Luderer u.a. 2017: 17; vgl. Mahler u.a. 2016: 383).

Der *University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWEIPQ)* wurde ursprünglich im Zuge der Entwicklung eines Fakultätsprogramms für IPE erstellt (vgl. Pollard u.a. 2004: 347ff.). Der Fragebogen ist als Selbsteinschätzungsinstrument konzipiert und besteht aus vier Subskalen mit insgesamt 35 Items (vgl. Pollard u.a. 2005: 254):

- »Communication and Teamwork Scale« (Kommunikation und Teamwork, 9 Items)
- »Interprofessional Learning Scale« (Interprofessionelles Lernen, 9 Items)
- »Interprofessional Interaction Scale« (Interprofessionelle Interaktion, 9 Items)
- »Interprofessional Relationships Scale« (Interprofessionelle Beziehungen, 8 Items)

Da der UWEIPQ mit den vier Subskalen die Fertigkeiten der Lernenden/Teilnehmenden in Bezug auf Kommunikation und Teamwork, deren Einstellungen zum interprofessionellen Lernen, deren Wahrnehmungen zur Interaktion zwischen Gesundheitsfachberufen sowie deren Wahrnehmung zu interprofessionellen Beziehungen erfasst, kann er den JET-Outcome-Stufen 2a und 2b zugeordnet werden (vgl. Oates/Davidson 2015: 390). Die vier Subskalen können, müssen jedoch nicht zusammen eingesetzt werden. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Subskala »Interprofessional Relationships« (Interprofessionelle Beziehungen) nicht so gut für den Kontext Ausbildung funktioniert, da die Lernenden meist nicht die Zeit hatten, interprofessionelle Beziehungen aufzubauen und zu entwickeln. Diese Subskala ist daher besser für Teilnehmende von IPE-Aktivitäten geeignet, die bereits über Berufserfahrung und entsprechende interprofessionelle Beziehungen verfügen (vgl. Pollard u.a. 2005: 254). Das Instrument wurde in mehrere Sprachen übersetzt und liegt auch in einer validierten deutschen Version vor. Alle Subskalen der deutschen Übersetzung zeigten eine gute bis sehr gute interne Konsistenz mit Cronbachs Alpha zwischen 0.75 und 0.90 (vgl. Mahler u.a. 2017: 2). Zudem konnte

die Faktorenstruktur des Originals auch mit der deutschen Version reproduziert werden. Daher kann der deutsche UWEIPQ für die Evaluation von IPE-Aktivitäten mit Lernenden und Praktiker*innen empfohlen werden (vgl. ebd.: 3).

Die *Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS)* wurde als Selbsteinschätzungsinstrument entwickelt, um individuelle Einstellungen, Überzeugungen sowie Verhaltensweisen von Gesundheitsfachberufen zu erfassen, welche die Transformation zur Umsetzung von interprofessioneller Zusammenarbeit beeinflussen. Damit sollte die ISVS den Grad des transformativen Lernens (z.B. der Sozialisation) messen, der sich in den Annahmen und Weltanschauungen, dem Wissen und den Fähigkeiten eines Individuums sowie den sich verändernden Werten und Identitäten widerspiegelt. Das Instrument stützt sich damit auf die Annahme, dass eine berufliche Sozialisation verändert werden muss, um eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen (vgl. King u.a. 2010: 79f.). Über die Jahre fand ein empirischer Verfeinerungsprozess statt, im Zuge dessen die ursprüngliche 31-Item-Skala mit drei Dimensionen, zu einer 24-Item-Skala mit drei Dimensionen und schlussendlich zu einer 21-Item-Skala mit einer Dimension weiterentwickelt wurde. Die ISVS-21 verfügt über ausgezeichnete psychometrische Eigenschaften und misst das Konstrukt interprofessionelle Sozialisation und Wertschätzung stabil und zuverlässig bei Personen in Ausbildung sowie Praktiker*innen (vgl. King u.a. 2016: 176f.). Seit 2023 gibt es eine deutsche Version der ISVS-21, die in enger Zusammenarbeit mit den Autor*innen der Originalskala übersetzt und validiert wurde. Die ISVS-21-D verfügt ebenso wie das Original über eine sehr gute interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von 0,90. Die Eindimensionalität der Originalskala konnte mit der ISVS-21-D reproduziert werden, auch wenn nicht alle Anpassungsindizes im erforderlichen Bereich lagen (vgl. Mahler u.a. 2023: 657ff.). Unabhängig davon steht mit der ISVS-21-D ein weiteres zuverlässiges Messinstrument zur Verfügung, dass für die Evaluation von IPE-Aktivitäten auf den JET-Outcome-Stufen 1, 2a und 2b empfohlen werden kann.

Die *Interprofessional Attitude Scale (IPAS)* wurde im Jahr 2015 auf Basis der RIPLS entwickelt, überarbeitete diese und ergänzte Items. Ziel war es, die vier von der Interprofessional Collaborative Practice (IPEC) formulierten Kompetenzbereiche (1) Werte/Ethik für interprofessionelles Handeln, (2) Rollen/Verantwortlichkeiten, (3) Interprofessionelle Kommunikation und (4) Teams/Teamzusammenarbeit in einem Instrument abzudecken (vgl. Norris u.a. 2015: 1394). Der Fragebogen setzt sich aus fünf Subskalen mit insgesamt 27 Items zusammen, die zusammen die Kompetenzbereiche widerspiegeln (vgl. ebd.: 1397):

- »Teamwork, Roles and Responsibilities« (Teamarbeit, Rollen und Verantwortlichkeiten, 9 Items)
- »Patient-centeredness« (Patientenzentriertheit, 5 Items)
- »Interprofessional Bias« (Interprofessionelle Vorurteile, 3 Items)

- »Diversity and Ethics« (Vielseitigkeit und Ethik, 4 Items)
- »Community-centeredness« (Fokus auf das Gemeinwesen, 6 Items)

Die IPAS wurde bereits in mehreren Studien eingesetzt. Teilweise konnten die Ergebnisse in Bezug Reliabilität und Faktorenstruktur reproduziert werden (vgl. Ganotice u.a. 2022: 132). Andere wiederum stellten Probleme im Zusammenhang mit Inhalt, Antwortprozess, interner Struktur und Folgewirkung der IPAS fest (vgl. Violata/King 2021: 600f.). Die Parallelen zur kritischen Diskussion der RIPLS sind nicht zu verleugnen. Unbeirrt dessen wurde die ursprüngliche amerikanische IPAS ins Deutsche übersetzt (G-IPAS), kulturell adaptiert und wissenschaftlich validiert (vgl. Pedersen u.a. 2020: 11ff.). Der Prozess führte zur Streichung der Subskala »Interprofessional Bias« (Interprofessionelle Vorurteile) und der darin enthaltenen drei Items. Die Subskala »Diversity and Ethics« (Vielseitigkeit und Ethik) wurde ebenso gestrichen. Die enthaltenen Items wurden jedoch belassen und auf die drei übrig gebliebenen Subskalen verteilt. Die Subskala »Community-centeredness« (Fokus auf das Gemeinwesen) mit ihren Items wurde belassen, jedoch zu »Gesundheitsversorgung« umbenannt (vgl. ebd.: 17). Als mögliche Erklärung benennen die Autor*innen hier die Unterschiede zwischen amerikanischer und deutschsprachiger Gesundheitsversorgung (vgl. ebd.: 16). Nach Streichung und Neuverteilung der Items zeigte die G-IPAS ein Cronbachs Alpha von 0,87, was auf eine sehr gute interne Konsistenz hinweist. Insgesamt ist auch die deutsche Übersetzung der IPAS nicht unproblematisch verlaufen, hat am Ende jedoch zu einem zuverlässigen Instrument geführt, um die Einstellung zu Interprofessionalität und IPE von Lernenden und Praktiker*innen einschätzen zu lassen (vgl. ebd.: 17). Damit kann die G-IPAS der JET-Outcome-Stufe 2a zugeordnet werden.

Das *Interprofessional Professionalism Assessment (IPA)* wurde im Jahr 2019 veröffentlicht, um die interprofessionelle Professionalität innerhalb der Gesundheitsfachberufe einzuschätzen. Die Entwicklung und Testung des IPA blickt auf einen fast 10-jährigen Prozess zurück und geschah unter Beteiligung der Interprofessional Professionalism Collaborative (IPC), einem internationalen Gremium, das sich aus zahlreichen interprofessionellen Vertreter*innen aus verschiedenen Gesundheitsfachberufen zusammensetzt (vgl. Frost u.a. 2019: 4). Das IPA stellt ein Verhaltensbeurteilungsinstrument dar, um die Professionalität von Lernenden/Teilnehmenden in interprofessionellen Teams zu erfassen und sollte am Ende einer klinischen Erfahrung (z. B. Praxisphase bzw. Praktikum) eingesetzt werden. Damit ist das Instrument der JET-Outcome-Stufe 3 zuzuordnen. Das IPA gliedert sich in sechs Subskalen, die insgesamt 26 Items umfassen (vgl. ebd. 2019: 1):

- »Altruism and Caring« (Selbstlosigkeit und Fürsorge, 5 Items)
- »Excellence« (Exzellenz, 4 Items)
- »Ethics« (Ethik, 4 Items)

- »Respect« (Respekt, 5 Items)
- »Communication« (Kommunikation, 5 Items)
- »Accountability« (Verantwortlichkeit, 4 Items)

Die erste Pilotierung der IPA erfolgte über zwei Jahre und war als Querschnittsdesign mit gestaffelten Erhebungen in 30 verschiedenen Einrichtungen konzipiert. Insgesamt haben 233 Praxisanleitende das IPA genutzt, um Lernende verschiedener Professionen im letzten Jahr ihrer Ausbildung im Rahmen einer Praxisphase einzuschätzen. Hier muss jedoch erwähnt werden, dass die Pflegeausbildung nur mit einem/r Lernenden beteiligt war. Eine umfassende Testung für die Pflege ist somit noch ausständig. Die interne Konsistenz war unabhängig davon mit einem Cronbachs Alpha von 0.96 sehr gut. Die Faktorenstruktur ließ auf ein Vier-Faktor-Modell (Altruism and Caring, Excellence, Respect, Communication) unter Verwendung von 21 Items schließen, was die theoretischen Vorannahmen überwiegend bestätigte (vgl. ebd.: 7ff.). Insgesamt wird mit dem IPA ein solider Grundstein für die Beurteilung der interprofessionellen Professionalität in verschiedenen Praxissettings und über alle Gesundheitsfachberufe hinweg gelegt. Eine Testung für die Pflege als auch eine deutsche Übersetzung liegen derzeit leider noch nicht vor.

Tabelle 4: Überblick über Messinstrumente, die im Rahmen von IPE verwendet werden können

Instrument	Ziel	Skalen und/oder Items	JET-Outcome-Stufe	Deutsche Version
University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWEIPQ-D)	Fertigkeiten in Bezug auf Kommunikations- und Teamwork, Einstellung zum interprofessionellen Lernen, Wahrnehmung der Interaktion zwischen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe sowie Wahrnehmung interprofessioneller Beziehungen erfassen	4 Subskalen, 35 Items Communication and Teamwork Scale (9 Items) Interprofessional Learning Scale (9 Items) Interprofessional Interaction Scale (9 Items) Interprofessional Relationships Scale (8 Items)	2a, 2b	Mahler u.a. (2017)
Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21-D)	Aspekte des interprofessionellen Sozialisierungsprozesses messen	keine Subskala, 21 Items	1, 2a, 2b	Mahler u.a. (2023)

Instrument	Ziel	Skalen und/oder Items	JET-Outcome-Stufe	Deutsche Version
Interprofessional Attitude Scale (G-IPAS)	Einstellung zu Interprofessionalität und IPE messen	3 Subskalen, 24 Items Teamarbeit, Rollen und Verantwortlichkeiten (9 Items) Patientenzentriertheit (8 Items) Gesundheitsversorgung (7 Items)	2a	Pedersen u. a. (2020)
Interprofessional Professionalism Assessment (IPA)	die Professionalität von Lernenden und Praktiker*innen im Umgang mit Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe bewerten	6 Subskalen, 27 Items Altruism and Caring (5 Items) Excellence (4 Items) Ethics (4 Items) Respect (5 Items) Communication (5 Items) Accountability (4 Items)	3	nicht vorhanden

In Tabelle 4 findet sich eine zusammenfassende Übersicht über die vorgestellten Instrumente, die für IPE-Evaluationen verwendet werden können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es international eine Vielzahl von Instrumenten gibt, von denen aber auch nur wenige über die notwendigen Gütekriterien verfügen, um diese für IPE-Evaluationen zu empfehlen. Betrachtet man das Vorhandensein von deutschsprachigen Instrumenten schrumpft die Zahl erneut. Hinsichtlich der JET-Outcome-Stufen kann mit Fragebögen vorrangig auf den Stufen 1–3 agiert werden. Zur Beurteilung von Stufe 4 (Organisationsbezogene Veränderungen und Nutzen für Patient*innen/Klient*innen) müsste schließlich gezeigt werden, dass die IPE-Aktivitäten nicht nur in der Praxis angewandt werden, sondern darüber hinaus einen positiven Effekt für Patient*innen/Klient*innen (z.B. geringere Aufenthaltsdauer, geringere Wiederaufnahmen, geringere Mortalität) haben. Dafür sind Selbstberichte in Form von Fragebögen kaum geeignet, weshalb hier andere Methoden wie bspw. kriteriengeleitete Audits oder Dokumentenanalysen (Chart Reviews) eingesetzt werden können. Nichtsdestotrotz werden fortlaufend neue Instrumente entwickelt und bestehende Instrumente übersetzt, kulturell angepasst, validiert und weiterentwickelt. Hierzu zählt beispielsweise der *Greifswalder Fragebogen zur Messung interprofessioneller Einstellungen (GreiFMIE)*. Wie der Name schon sagt, fokussiert auch dieser Fragebogen das anspruchsvolle Thema

interprofessionelle Einstellungen und ist der JET-Outcome-Stufe 2a zuzuordnen. Derzeit liegt das Instrument nur in einer vorläufigen Version vor. Bestehende Schwächen auf Ebene der Items und der validen Erfassung der Kerndimension erfordern weitere Forschung, bevor dieses Instrument die bisherige Sammlung erweitern kann (vgl. Lange 2020: 14). Ein weiteres Instrument, das sich derzeit im Übersetzungs- und Validierungsprozess befindet, ist das *W(e) Learn Interprofessional Program Assessment* (vgl. Schimböck u.a. 2024: 1). Dieses wurde ursprünglich in Kanada entwickelt, um mittels 30 Items die Zufriedenheit mit IPE-Aktivitäten in Bezug auf Struktur, Inhalt, Service und Outcomes zu messen. Demnach ist das Instrument dafür geeignet die Reaktionen von Lernenden/Teilnehmenden zu erfassen, wonach es der JET-Outcome-Stufe 1 zuzuordnen ist (vgl. MacDonald 2010: 307f.).

Tipp 7: Tätigen Sie ethische Überlegungen

Da eine IPE-Evaluation meist verschiedene Perspektiven betrachtet, können hier eine Reihe von Personen involviert sein. Wenn die Evaluation zum Beispiel in Form einer Fragebogenerhebung umgesetzt, für die interne Weiterentwicklung der IPE-Aktivitäten gedacht und nicht veröffentlicht wird, ist die Zustimmung einer Ethikkommission meist nicht erforderlich. Unabhängig davon sollten jedoch immer angemessene ethische und datenschutzrechtliche Überlegungen getätigt werden. Durch die Einhaltung ethischer und datenschutzrechtlicher Grundsätze wird sichergestellt, dass alle Beteiligten ihr Einverständnis (z.B. informierte Zustimmung) gegeben haben und dass die Daten anonym, vertraulich und sicher verarbeitet werden. Diese Prozesse erfordern zeitlichen Vorlauf, weshalb eine vorausschauende Planung hier sinnvoll ist.

Tipp 8: Berücksichtigen Sie Evaluator*innen-Effekte

Im Zusammenhang mit der Datenerhebung selbst gibt es zahlreiche Faktoren, die hier beeinflussend wirken können. Einer dieser Faktoren sind die Evaluator*innen selbst. Aus diesem Grund kann es wichtig sein, sich darüber Gedanken zu machen, ob man interne oder externe Evaluator*innen einsetzt. Beides hat Vor- und Nachteile. Lehrende, Praxisanleitende, Schul- oder Studiengangsleitungen, die IPE-Aktivitäten entwickeln und durchführen, evaluieren diese häufig selbst. Interne Evaluator*innen haben den Vorteil, dass sie sehr viel Hintergrundwissen mitbringen, die Entwicklung meist mitgestaltet haben, Zugang zu allen Dokumenten sowie Ressourcen haben und den Kontext wie ihre Westentasche kennen. Das birgt allerdings die Gefahr, dass interne Evaluator*innen aufgrund eines möglichen Interessenskonflikts nur schwer neutral auf Ergebnisse blicken können. Zudem kann es je nach Evaluationsergebnissen schwierig sein, die eigenen Kol-

leg*innen oder gar Vorgesetzten zu kritisieren. Darüber hinaus führen interne Evaluator*innen die IPE-Evaluation meist neben ihrer regulären Tätigkeit durch. In Ermangelung an Zeit und Ressourcen hat die Notwendigkeit, die IPE-Aktivitäten umzusetzen, fast immer Vorrang vor der Notwendigkeit einer Evaluation. Dennoch sind interne Evaluator*innen wertvoll, da sie in der erfreulichen Position sind, die Evaluationsergebnisse direkt in die Weiterentwicklung und erneute Umsetzung der IPE-Aktivitäten einfließen zu lassen. Im Gegensatz dazu stehen externe Evaluator*innen, die in der Regel über mehr Zeit, Ressourcen und Unabhängigkeit verfügen. Es fällt ihnen deutlich leichter eine neutrale Position einzunehmen und offenere Rückmeldungen von allen Beteiligten zu erhalten, da sie als unparteiisch angesehen werden. Das ist vor allem beim Einsatz von qualitativen Methoden (z. B. Einzelinterviews, Fokusgruppen) von Vorteil, um den Bias für sozial erwünschte Antworten zu minimieren (vgl. Conley-Tyler 2005: 5ff.).

Tipp 9: Verbreiten Sie Ihre Ergebnisse

Die Verbreitung der Ergebnisse einer IPE-Evaluation stellt einen wichtigen Schritt im Gesamtprozess dar. Sie liefern wichtige Informationen über Gestaltung, Umsetzung sowie Auswirkungen einer IPE-Aktivität und können für andere hilfreich sein, um ähnliche Erfolge zu erzielen. Es gibt eine Reihe von Verbreitungswegen, die in Betracht gezogen und im besten Fall miteinander kombiniert werden können (vgl. Ross-Hellauer u. a. 2020: 6):

- *Soziale Medien* sind eine einfache Möglichkeit, um IPE-Projekte, Evaluationsergebnisse, Schlüsselbotschaften und Lessons-Learned über Beiträge, visuelle Abstracts, Videos oder Infografiken zu verbreiten.
- *Webseiten* ermöglichen einen schnellen, kostengünstigen und leicht zu aktualisierenden Zugang zu IPE-Aktivitäten, Evaluationen und deren Ergebnissen.
- *Lokale Treffen und Veranstaltungen* stellen eine niederschwellige Form der Erkenntnisverbreitung dar und sind vor allem bei internen Evaluationen wichtig. Viel zu häufig werden Projekte umgesetzt, in die zahlreiche Personen involviert werden, aber am Ende erfährt keiner etwas über die Ergebnisse des Projekts.
- *Newsletter von Institutionen und Berufsverbänden* werden in der Regel innerhalb eines spezifischen Netzwerks verbreitet und enthalten häufig Informationen über Best-Practice-Beispiele und ihre Erfolge.
- *Berichte* in Fachzeitschriften eignen sich gut, um Projekte und deren Ergebnisse einem anwendungs- und praxisorientierten Publikum vorzustellen.
- *Kongressbeiträge* (Poster, Vorträge) sowohl im nationalen als auch im internationalen Kontext können eine Plattform darstellen, um IPE-Projekte und Evaluationsergebnisse vorzustellen und mit anderen zu diskutieren.

- *Wissenschaftliche Artikel* in deutsch- oder englischsprachigen Peer-Review-Zeitschriften machen vor allem dann Sinn, wenn die IPE-Aktivität sowie die Evaluation Teil eines Forschungsprojektes waren.

3. Schlussfolgerungen für Lehrende, Praxisanleitende und Strukturverantwortliche

Die Evaluation interprofessioneller Edukation (IPE) stellt eine komplexe, aber zugleich lohnende Aufgabe dar, die nicht nur die Wirksamkeit der Lehre überprüft, sondern auch maßgeblich zur Weiterentwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung beiträgt. Die im vorliegenden Beitrag vorgestellte Toolbox bietet eine praxisnahe Anleitung, wie Sie als Lehrende, Praxisanleitende oder Strukturverantwortliche Ihre IPE-Aktivitäten systematisch und ziel führend evaluieren können.

Als Lehrende ist es entscheidend, dass Sie die Zielsetzung der Evaluation klar definieren und diese auf die Kompetenzen der IPE-Aktivität ausrichten, die Lernende/Teilnehmende für die interprofessionelle Praxis benötigen. Geht es um die Verbesserung von interprofessioneller Kommunikation, Kooperation oder um spezifische klinische Fertigkeiten? Geht es um didaktische und methodische Optimierung der IPE-Aktivität selbst? Unabhängig davon, ob es um die Lernprozesse selbst geht oder die Veränderungen in Bezug auf Wissen, Einstellung oder Verhalten, die Ziele bestimmen maßgeblich, welche Outcome-Stufen adressiert werden können und welche Evaluationsdesigns sowie -methoden sinnvoll sind. Verwenden Sie quantitative Ansätze und Messinstrumente, um robuste, aussagekräftige und vergleichbare Ergebnisse zu erzielen. Vergessen Sie dabei nicht, dass qualitative Methoden wie Interviews und Lerntagebücher ebenfalls wertvolle Einsichten in die subjektiven Perspektiven, die individuellen Lernfortschritte sowie die Reflexionsprozesse Lernender/Teilnehmender bieten können. Ihre Aufgabe besteht darin, sowohl die individuellen als auch die gruppenbezogenen Lernprozesse sichtbar zu machen und auf dieser Basis Anpassungen und Optimierungen in den IPE-Aktivitäten vorzunehmen, damit Lernende/Teilnehmende den Anforderungen einer interprofessionellen Gesundheitsversorgung gerecht werden können.

Als Praxisanleitende haben Sie eine Schlüsselrolle, um die theoretischen Inhalte und die praktischen Fertigkeiten, die in IPE-Aktivitäten angebahnt worden sind, in den klinischen Alltag zu übersetzen und Reflexionsprozesse zu fördern. Bauen Sie Reflexionsgespräche in den Alltag ein und ermutigen Sie Lernende/Teilnehmende ihre Erfahrungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit kritisch zu reflektieren. Dies unterstützt nicht nur den individuellen Lernprozess, sondern trägt auch zur Evaluation der sozialen und kommunikativen Kompetenzen bei, die für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig sind. Achten Sie dar-

auf, dass die Evaluation nicht nur formale, sondern auch informelle Lernprozesse erfasst, die oftmals ad hoc während der interprofessionellen Zusammenarbeit oder dem gemeinsamen Problemlösen im klinischen Alltag stattfinden. Verwenden Sie beobachtungs-basierte Evaluationsmethoden, Fallbesprechungen, Lerntagebücher und Simulationen, um den Transfer von theoretischem Wissen in der Praxis, interprofessionelles Verhalten, praktische Fertigkeiten, Kommunikation, geteilte Entscheidungsfindung und Teamarbeit der Lernenden/Teilnehmenden realitätsnah in den Blick zu nehmen. Ihre Verantwortung bei der Evaluation von IPE-Aktivitäten liegt insbesondere darin, die praktischen Aspekte und die Verhaltensänderungen in Bezug auf Interprofessionalität einzuschätzen. Die Reflexion der Interprofessionalität im klinischen Umfeld ist ein zentraler Baustein in Ihrer Rolle, um die Effektivität von IPE in der Praxis zu fördern.

Als Strukturverantwortliche tragen Sie die strategische Verantwortung, dass IPE und ihre Evaluation nachhaltig und systematisch in die institutionellen Strukturen integriert sind. Stellen Sie sicher, dass ausreichend zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen sowie Schulungen zur Verfügung stehen, um eine fundierte, kontinuierliche und ethisch gesicherte Evaluation zu ermöglichen. Wählen Sie das Evaluationsdesign unter Berücksichtigung der institutionellen Rahmenbedingungen und sorgen Sie für eine langfristige und nachhaltige Implementierung und Integration der Evaluationsergebnisse in die Qualitätssicherung von Curricula und IPE-Aktivitäten. Fördern Sie eine Kultur interprofessioneller Professionalität und ermutigen Sie die Lehrenden und Praxisanleitenden, eng über die Lernorte hinweg zusammenzuarbeiten, um eine konsistente und systematische Evaluation von IPE auf unterschiedlichen Outcome-Stufen zu gewährleisten. Unterstützen Sie wenn möglich Forschungsaktivitäten, die sich mit der Entwicklung und Erprobung von neuen Messinstrumenten oder Lehrmethoden in der IPE beschäftigen. Dies kann durch Forschungspartnerschaften, Projektförderungen und interprofessionelle Arbeitsgruppen geschehen. Ihre Rolle bei der Evaluation besteht darin, sicherzustellen, dass die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um IPE-Aktivitäten zu ermöglichen und die Evaluation nachhaltig wirksam zu gestalten.

Insgesamt zeigt sich, dass die Evaluation von IPE ein strukturiertes, geplantes und gemeinschaftliches Vorgehen erfordert, bei dem Lehrende, Praxisanleitende, Strukturverantwortliche und Forschende eng zusammenarbeiten sollten. Nutzen Sie die hier vorgestellten Tipps, Methoden und Instrumente als modulare Toolbox, um die Lernprozesse nachhaltig zu verbessern und den Mehrwert der Interprofessionalität im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Indem Sie alle Akteur*innen aktiv einbinden und die Evaluation in den jeweiligen Alltag integrieren, schaffen Sie die Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung und erfolgreiche Umsetzung von Interprofessionalität in der Gesundheitsversorgung.

Literatur

- Alsalamah, Aljawharah/Callinan, Carol (2022). The Kirkpatrick model for training evaluation: bibliometric analysis after 60 years (1959–2020). In: *Industrial and Commercial Training*, 54 (1), S. 36–63.
- Anderson, Elizabeth S. (2016). Evaluating interprofessional education: An important step to improving practice and influencing policy. In: *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11 (6), S. 571–578.
- Baker, Lindsay/Egan-Lee, Eileen/Martimianakis, Maria A./Reeves, Scott (2011). Relationships of power: implications for interprofessional education. In: *Journal of Interprofessional Care*, 25 (2), S. 98–104.
- Barr, Hugh/Koppel, Ivan/Reeves, Scott/Hammick, Marilyn/Freeth, Della (2005). *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence*. Oxford: Blackwells.
- Biggs, John B. (1993). From theory to practice: A cognitive systems approach. In: *Higher Education Research & Development*, 12 (1), S. 73–85.
- Blue, Amy V./Chesluk, Benjamin J./Conforti, Lisa N./Holmboe, Eric S. (2015). Assessment and evaluation in interprofessional education: Exploring the field. In: *Journal of Allied Health*, 44 (2), S. 73–82.
- Bzowycyk, Andrew S./Brommelsiek, Margaret/Lofgreen, Martha/Gotham, Heather J./Lindsey, Cameron C. (2017). Reflecting on care: Using reflective journaling to evaluate interprofessional education and clinical practicum experiences in two urban primary care clinics. In: *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 8, S. 6–9.
- Conley-Tyler, Melissa (2005). A fundamental choice: internal or external evaluation. In: *Evaluation Journal of Australasia*, 4 (1 & 2), S. 3–11.
- El-Awaisi, Alla/Jaam, Myriam/Wilby, Kyle John/Wilbur, Kerry (2022). A systematic review of the use of simulation and reflection as summative assessment tools to evaluate student outcomes following interprofessional education activities. In: *Journal of Interprofessional Care*, 36 (6), S. 882–890.
- Fink, Arlene G. (2014). *Evaluation Fundamentals: Insights into Program Effectiveness, Quality, and Value*. London: Sage.
- Frost, Jody S./Hammer, Dana P./Nunez, Loretta M./Adams, Jennifer L./Chesluk, Benjamin/Grus, Catherine/Havison, Neil/McGuinn, Kathy/Mortensen, Luke/Nishimoto, John H./Palatta, Anthony/Richmond, Margaret/Ross, Elisabeth J./Tegzes, John/Ruffin, Alexis L./Bentley, John P. (2019). The intersection of professionalism and interprofessional care: development and initial testing of the interprofessional professionalism assessment (IPA). In: *Journal of Interprofessional Care*, 33 (1), S. 102–115.
- Ganotice, Fraide A./Chow, Amy Y. M./Fan, Kelvin K. H./Khoo, Ui S./Lam, May P. S./Poon, Rebecca P. W./Tsoi, Francis H. S./Wang, Michael N./Tipoe, George L.

- (2022). To IPAS or not to IPAS? Examining the construct validity of the Interprofessional Attitudes Scale in Hong Kong. In: *Journal of Interprofessional Care*, 36 (1), S. 127–134.
- Guiraya, Salman Y./Barr, Hugh (2018). The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. In: *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34 (3), S. 160–165.
- Hammick, Marilyn/Freeth, Della/Koppel, Ivan/Reeves, Scott/Barr, Hugh (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. In: *Medical Teacher*, 29 (8), S. 735–751.
- Havyer, Rachel D./Nelson, Darlene R./Wingo, Majken T./Comfere, Nneka I./Halvorsen, Andrew J./McDonald, Furman S./Reed, Darcy A. (2016). Addressing the Interprofessional Collaboration Competencies of the Association of American Medical Colleges: A Systematic Review of Assessment Instruments in Undergraduate Medical Education. In: *Academic Medicine*, 91 (6), S. 865–888.
- Havyer, Rachel D./Wingo, Majken T./Comfere, Nneka I./Nelson, Darlene R./Halvorsen, Andrew J./McDonald, Furman S./Reed, Darcy A. (2013). Teamwork assessment in internal medicine: a systematic review of validity evidence and outcomes. In: *Journal of General Internal Medicine*, vol. 29 (6), S. 894–910.
- Johnson, Burke R./Onwuegbuzie, Anthony J./Turner, Lisa A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. In: *Journal of Mixed Methods Research*, 1 (2), S. 112–133.
- Kelly, Moira (2004). Qualitative evaluation research. In: Seale, Clive/Gobo, Gianpietro/Gubrium, Jaber F./Silverman, David (Hg.). *Qualitative research practice*. London: Sage.
- King, Gillian/Orchard, Carole A./Khalili, Hossein/Avery, Lisa (2016). Refinement of the Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21) and development of 9-Item equivalent versions. In: *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36 (3), S. 171–177.
- King, Gillian/Shaw, Lynn/Orchard, Carole A./Miller, Stacy (2010). The interprofessional socialization and valuing scale: a tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings. In: *Work*, 35 (1), S. 77–85.
- Kirkpatrick, Donald L./Kirkpatrick, James D. (2006). *Evaluating Training Programs*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Lange, Sandra/Partecke, Maud/Meissner, Konrad/Heß, Ulrike/Hiemisch, Anette (2020). Development of the Greifswald questionnaire for the measurement of interprofessional attitudes. In: *GMS Journal for Medical Education*, 37 (1), S. 1–15.
- Luderer, Christiane/Donat, Matthias/Baum, Ute/Kirsten, Angelika/Jahn, Patrick/Stoesesandt, Dietrich (2017). Measuring attitudes towards interprofessional learning. Testing two German versions of the tool »Readiness for Interprofessional Learning Scale« on interprofessional students of health and nursing sci-

- ences and of human medicine. In: *GMS Journal for Medical Education*, 34 (3), S. 1–18.
- MacDonald, Colla J./Archibald, Douglas/Trumpower, David L./Casimiro, Lynn/Cragg, Betty/Jelley, Wilma (2010). Designing and operationalizing a toolkit of bilingual interprofessional education assessment instruments. In: *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, vol. 1 (3), S. 304–316.
- Mahler, Cornelia/Orchard, Carole A./Berger, Sarah/Krisam, Johannes/Mink, Johanna Mink/Krug, Katja/King, Gillian (2023). Translation and psychometric properties of the German version of the »Interprofessional Socialization and Valuing Scale« (ISVS-21-D). In: *Journal of Interprofessional Care*, 37 (4), S. 655–661.
- Mahler, Cornelia/Berger, Sarah/Pollard, Katherine/Krisam, Johannes/Karstens, Sven/Szecsényi, Joachim/Krug, Katja (2017). Translation and psychometric properties of the German version of the University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWE-IP). In: *Journal of Interprofessional Care*, 31 (1), S. 105–109.
- Mahler, Cornelia/Giesler, Marianne/Stock, Christian/Krisam, Johannes/Karstens, Sven Karstens/Szecsényi, Joachim/Krug, Katja (2016). Confirmatory factor analysis of the German Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS-D). In: *Journal of Interprofessional Care*, 30 (3), S. 381–384.
- Mahler, Cornelia/Berger, Sarah/Reeves, Scott (2015). The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS): A problematic evaluative scale for the interprofessional field. In: *Journal of Interprofessional Care*, 29 (4), S. 289–291.
- Morgan, Sonya/Pullon, Susan/McKinlay, Eileen. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. In: *Journal of International Nursing Studies*, 52 (7), S. 1217–1230.
- Norris, Jeffrey/Carpenter, Joan G./Eaton, Jacqueline/Guo, Jia-Wen/Lassche, Madeline/Pett, Marjorie A./Blumenthal, Donald K. (2015). The development and validation of the Interprofessional Attitudes Scale: Assessing the interprofessional attitudes of students in the health professions. In: *Academic Medicine*, 90 (10), S. 1394–1400.
- Oates, Matthew/Davidson, Megan (2015). A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. In: *Medical Education*, 49 (4), S. 386–398.
- Parsell, Glennys/Bligh, John (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). In: *Medical Education*, 33 (2), S. 95–100.
- Pedersen, Tina H./Cignacco, Eva/Meuli, Jonas/Habermann, Ferdinand/Berger-Estilita, Joana/Greif, Robert (2020). The German interprofessional attitudes scale: translation, cultural adaptation, and validation. In: *GMS Journal for Medical Education*, 37 (3), S. 1–19.

- Peeters, Michael J./Sexton, Martha E. (2020). Use of reflective writing within interprofessional education: a mixed-methods analysis. In: *Journal of Interprofessional Care*, 34 (3), S. 307–314.
- Pollard, Katherine C./Miers, Margaret E./Gilchrist, Mollie (2005). Second year scepticism: Pre-qualifying health and social care students' midpoint self-assessment, attitudes and perceptions concerning interprofessional learning and working. In: *Journal of Interprofessional Care*, 19 (3), S. 251–268.
- Pollard, Katherine C./Miers, Margaret E./Gilchrist, Mollie (2004). Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. In: *Health and Social Care in the Community*, 12 (4), S. 346–358.
- Reeves, Scott/Palaganas, Janice/Zierler, Brenda (2017). An updated synthesis of review evidence of interprofessional Education. In: *Journal of Allied Health*, 46 (1), S. 56–61.
- Reeves, Scoot/Barr, Hugh (2016). Twelve steps to evaluating interprofessional education. In: *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11 (6), S. 601–605.
- Reeves, Scott/Fletcher, Simon/Barr, Hugh/Birch, Ivan/Boet, Sylvain/Davies, Nigel/McFayden, Angus/Rivera, Josette/Kitto, Simon (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. In: *Medical Teacher*, 38 (7), S. 656–668.
- Reeves, Scott/Boet, Sylvain/Zierler, Brenda/Kitto, Simon (2015). Interprofessional Education and Practice Guide No. 3: Evaluating interprofessional education. In: *Journal of Interprofessional Care*, 29 (4), S. 305–312.
- Reeves, Scott/Goldman, Joane/Burton, Andrea/Sawatzky-Girling, Brenda (2010). Synthesis of systematic review evidence of interprofessional education. In: *Journal of Allied Health*, 39 (1), S. 198–203.
- Reio Jr., Thomas G./Rocco, Tonette S./Smith, Douglas, H./Chang, Elegance (2017). A Critique of Kirkpatrick's Evaluation Model. In: *New Horizons in Adult Education and Human Resource Development*, 29 (2), S. 35–53.
- Ross-Hellauer, Tony/Tennant, Jonathan P./Banelyté, Vilté/Gorogh, Edit/Luzi, Daniela/Kraker, Peter/Pisacane, Lucio/Ruggieri, Roberta/Sifacaki, Electra/Vignoli, Michela (2020). Ten simple rules for innovative dissemination of research. In: *PLOS Computational Biology*, 16(4), S. 1–12.
- Schimböck, Florian/Nydahl, Peter/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2024). Die Inhaltsvalidierung des »W(e)Learn Interprofessional Program Assessment« zur Evaluierung interprofessioneller Lehrveranstaltungen: Ergebnisse eines Online-Delphi-Verfahrens [Poster]. *Pflegekongress24*, Wien.
- Suter, Esther/Goldman, Joanne/Martimianakis, Maria A./Chatalalsingh, Carole/DeMatteo, Dale J./Reeves, Scott (2013). The use of systems and organizational theories in the interprofessional field: Findings from a scoping review. In: *Journal of Interprofessional Care*, 27 (1), S. 57–64.

- Thistlethwaite, Jill/Kumar, Koshila/Moran, Monica/Saunders, Rosemary/Carr, Sandra (2015). An exploratory review of pre-qualification interprofessional education evaluations. In: *Journal of Interprofessional Care*, 29 (4), S. 292–297.
- Violata, Efrem/King, Sharla (2020). A case of validity evidence for the Interprofessional Attitudes Scale. In: *Journal of Interprofessional Care*, 35 (4), S. 596–603.
- WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Online: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1 (Abruf: 07.10.2024).
- Yardley, Sarah/Dornan, Tim (2012). Kirkpatrick's levels and education >evidence<. In: *Medical Education*, 46 (1), S. 97–106.

Kinder und Jugendliche pflegen lernen – Eine interprofessionelle Perspektive auf neue Lernorte der generalistischen Pflegeausbildung

Robert Wietzke

Zusammenfassung Die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung hat eine intensive Diskussion über die Rolle der Pflege von Kindern und Jugendlichen ausgelöst. Besonders die Sorge, dass die Kinderkrankenpflege an Profil verliere, steht hierbei im Fokus. Zugleich führten strukturelle Engpässe beim pädiatrischen Pflicheinsatz zur Einführung neuer Praxislernorte, etwa in der Sozialwirtschaft, Rehabilitation und ambulanten pädiatrischen Versorgung. Diese hochgradig interprofessionell angelegten Praxislernorte bergen enormes Potenzial für die Pflegebildung und die qualifizierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Interprofessionelles Handeln zählt zu den fünf zentralen Kompetenzbereichen der Pflegeausbildung, doch bislang ist unklar, wie entsprechende Lernprozesse an diesen Praxislernorten gestaltet werden. Das Projekt PÄLe hat diese neuen Lernorte erstmals empirisch auf ihre Lernpotenziale im Kontext der generalistischen Pflegeausbildung untersucht. Ziel des Artikels ist es, Potenziale und Herausforderungen interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen.

1. Einleitung und Problemdarstellung

Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung wird die Rolle der Pflege von Kindern und Jugendlichen intensiv fachlich und berufspolitisch diskutiert. Es besteht die Sorge, dass das spezifische Wissen der Kinderkrankenpflege in der Generalistik verloren gehe (vgl. Shams 2024: 98). Kühme (2023: 9) beschreibt in diesem Zusammenhang ein Darstellungsproblem des *Typischen* in der Kinderkrankenpflege, die im theoretischen Diskurs einen Legitimationsnotstand erzeuge. Gleichzeitig ergaben sich mit der Umsetzung der neuen Ausbildungsstruktur ganz praktische Herausforderungen: Für den gesetzlich vorgeschriebenen Pflicheinsatz in der pädiatrischen Versorgung standen vielerorts nicht genügend *klassische* Praxislernorte – etwa Kinderkliniken – zur Verfügung (vgl. Jakobs/Vogler 2020: 40). In der Folge genehmigten mehrere Landesregierungen zusätzliche pädiatrische Einsatzorte, unter

anderem in den Bereichen der Sozialwirtschaft, der Rehabilitation sowie in pädiatrischen ambulanten Versorgungsstrukturen.

Diese neuen Praxislernorte sind durch eine hohe institutionelle und professionelle Heterogenität geprägt – und damit pflegepädagogisch und versorgungspolitisch von besonderem Interesse (vgl. Wietzke/Gahlen-Hoops 2024: 123ff.). Denn gerade in diesen Kontexten stellt sich die Frage, ob und wie interprofessionelle Zusammenarbeit und Bildung im Sinne einer hochwertigen, bedürfnis-, entwicklungs- und lebensweltbezogenen Versorgung von Kindern und Jugendlichen realisiert werden kann. Die Mitgestaltung interprofessionellen Handelns zählt nach Anlage 2 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) zu den fünf zentralen Kompetenzbereichen der Pflegeausbildung. Bisher liegen jedoch kaum Befunde oder Erkenntnisse darüber vor, wie im Kontext der Pflege von Kindern und Jugendlichen Interprofessionalität, interprofessionelle Edukation und Zusammenarbeit konzeptionell ausgelegt, ausgestaltet und erfahren wird.

Das Projekt *PäLe* (»Die Lehr-/Lernsituationen in den weiteren Lernorteinsätzen der Pädiatrie im Kontext der neuen Pflegeausbildung. Fallstudien der erweiterten Lernorte, landesweiter Einrichtungssurvey und datenbasierte Handlungsempfehlungen«) hat erstmals diese neuen Praxislernorte zur Pflege, Versorgung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Designansatz im Sinne einer Lernortanalyse beforstet. Ziel des vorliegenden Artikels ist es, Potenziale und Herausforderungen interprofessioneller Bildungs- und Kooperationsprozesse an diesen Lernorten zu identifizieren. Im Fokus stehen dabei pflegeschulische und lernortpraktische Strukturen, die Perspektiven der Pflege Lernenden sowie das professionelle Rollenverständnis im interprofessionellen Versorgungsgeschehen.

2. Interprofessionelle Edukation, Kompetenzen und Zusammenarbeit

Grundsätzlich wird Interprofessionalität im dialektischen Spannungsfeld zwischen (Aus-)Bildung im Sinne einer interprofessionellen Edukation und einer gemeinsamen Versorgungspraxis im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit verstanden, deren verbindendes Element der Prozess des lebenslangen Lernens ist (vgl. Kunze 2024: 1f.). Zunächst gilt es jedoch, die verwendeten Begriffe präziser zu fassen. In unterschiedlichen beruflichen Handlungsfeldern und Bildungskontexten werden differierende Begriffe wie Interdisziplinarität oder verschiedene Präfixbeschreibungen wie Trans-, Multi-, Mono- oder Interprofessionalität genutzt, um Formen der spezifischen Zusammenarbeit und Edukation zu bezeichnen (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 4). Für die Zusammenarbeit zwischen Professionen des Gesundheits- und Sozialwesens hat sich der Terminus »Interprofessionalität« weitgehend etabliert (vgl. Mitzkat u.a. 2016: 5f.). Wurde hierunter früher maßgeblich die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege verstanden, zeigt sich heutzutage

tage, wie international üblich, dass auch zunehmend Berufe des Sozialwesens in dieses Verständnis inkludiert werden (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 11).

Interprofessionelle Edukation

Interprofessionelle Edukation wird als das Lernen von zwei oder mehreren Professionen von-, mit- und übereinander definiert und dient dem Erwerb interprofessioneller Kompetenzen. Sie beginnt in den Ausbildungen der Gesundheits- und Sozialberufe und wird im Berufsleben durch Fort- und Weiterbildungen vertieft. Sie dient dem Ziel, die gemeinsame Versorgungsqualität und Zusammenarbeit zu verbessern (Walkenhorst/Hollweg 2022: 3). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt hierfür die methodisch-didaktische Gestaltung von realitätsnahen, handlungsfeld-, fall- und problemorientierten Unterrichten vor (vgl. WHO 2010: 24f.). Im Sinne des kollaborativen (das Lernprozessergebnis fokussierenden) und kooperativen (den Lernprozess fokussierenden) Lernens kann interprofessionelle Edukation gemeinsam innerhalb der Ausbildung, direkt am Arbeitsplatz oder in Weiter- und Fortbildungen umgesetzt werden (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 3).

Interprofessionelle Kompetenzen

Interprofessionelle Kompetenzen werden vielfach unterschiedlich systematisiert. Im Rahmen dieses Kapitels sei im Besonderen auf das Domänenmodell des Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) als international etabliertes Modell und auf das Domänenmodell der Kompetenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit des Projektes interEdu (»Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung«) im Sinne des aktuellen Forschungsstandes verwiesen.

Das Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010) hat in einem Domänenmodell fünf interprofessionelle Kompetenzen für die Gesundheits(fach)berufe systematisiert, die durch interprofessionelle Edukation aufgebaut werden sollen und die interprofessionelle Zusammenarbeit charakterisieren:

- Rollenklarheit als Kompetenz, die eigene und fremde berufliche Rollen und Professionen zu verstehen und dieses Wissen zu nutzen, um gemeinsame (Versorgungs-)Ziele mit Patient*innen/Klient*innen, Familien und Communitys zu definieren und entsprechende Maßnahmen zu planen
- Die konsequente Ausrichtung der Pflege und Versorgung an den Bedürfnissen und Bedarfen der Patient*innen/Klient*innen/Familien oder Communitys auf Grundlage einer partnerschaftlichen, wertschätzenden Beziehung. Hierunter zählen auch adressat*innengerechte Information, Edukation und partizipationsfördernde Diskussion

- Die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit auf Grundlage der Prinzipien und Dynamiken von Teamarbeit sowie Gruppen- und Teamprozessen, auch bezogen auf die Festlegung gemeinsamer Arbeitsprinzipien, gemeinsamer Entscheidungsfindungsprozesse und die Entwicklung eines gemeinsamen teamethischen Arbeitsverständnisses
- Kollaborative Führung zur Implementation kooperativer und verschränkter Praxis- und Versorgungsmodelle
- Interprofessionelle Konfliktbewältigung beschreibt die Fähigkeit, konstruktiv Unstimmigkeiten im Team begegnen zu können und diese zu antizipieren

Das Kompetenzmodell für interprofessionelle Zusammenarbeit des Projektes inter-Edu¹ umfasst insgesamt sechs Domänen:

- Personenzentriertheit bildet den zentralen Bezugspunkt des Modells. Sie betont die Orientierung an Werten, Präferenzen und Bedürfnissen von Individuen, Familien und Gemeinschaften im Sinne einer partnerschaftlichen Gestaltung des Versorgungsprozesses.
- Rollenverständnis beschreibt die Fähigkeit, im Sinne eines Verständigungsprozesses berufliche Rollen, Expertisen und Verantwortungsbereiche der am Versorgungsprozess beteiligten Professionen wechselseitig zu erkennen und zu respektieren.
- Interprofessionelle Kommunikation ermöglicht es, eigene berufsbezogene Perspektiven klar zu vertreten und gleichzeitig die Sichtweisen anderer Professionen wertschätzend und kritisch-reflexiv zu berücksichtigen.
- Interprofessionelle Werte beziehen sich auf das gemeinsame ethische Fundament der Zusammenarbeit. Sie fördern die Gleichwertigkeit, gegenseitige Achtung und Bedeutung aller am Versorgungsprozess beteiligten Professionen.
- Reflexivität meint die Fähigkeit, das eigene professionelle Handeln sowie das Handeln anderer Professionen kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.
- Interprofessionelle Zusammenarbeit zielt darauf, Strukturen und Prozesse der Zusammenarbeit so zu gestalten, dass ein konstruktives, nachhaltiges Miteinander zwischen den Professionen langfristig etabliert werden kann.

1 Details bietet der Beitrag von Jutta Busch & Frederike Lüth: Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung, in diesem Sammelband.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Zentrum interprofessioneller Zusammenarbeit steht die hochwertige Versorgung von Patient*innen, Familien oder Communitys. Sie strebt eine Verbesserung des gemeinsamen Versorgungsprozesses, der Versorgungsauscomes und der Lebensqualität der zu versorgenden Personen an. Darüber hinaus soll der Einsatz und Gebrauch von Medikamenten optimiert und die Zufriedenheit der Zu-Versorgenden gestärkt werden (vgl. Styczen u.a. 2024: 1). Sie charakterisiert sich durch die unmittelbare und sich ergänzende Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen, die jeweils eigenständige Selbst- und Fremdverständnisse, Tätigkeitsfelder und Kompetenzbereiche haben (vgl. Kälble 2014: 40). Hierbei ist es wichtig zu betonen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit zwingend benötigt wird, um die steigende Anzahl komplexer und hochkomplexer Versorgungssituationen zu bewältigen. Dies ist durch einzelne Berufsgruppen alleine nicht leistbar (vgl. Rübiger/Beck 2017: 164). Ein ökonomischer Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit lässt sich allerdings bisher nicht eindeutig ableiten (vgl. Huber 2022: 3).

3. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (interprofessionell) gestalten

Kinder und Jugendliche stellen eine vulnerable Bevölkerungsgruppe dar, deren besondere Bedürfnisse im Pflege- und Versorgungsprozess adäquat berücksichtigt werden müssen (vgl. Gahlen-Hoops/Busch 2023: 16). Ihre besondere Schutzbedürftigkeit ist im Grundgesetz verankert und bezieht sich auf die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (vgl. BMFSJ 2022). Gleichzeitig stellt die Charta der European Association for Children in Hospital (EACH) dar, unter welchen strukturellen Bedingungen eine medizinisch-pflegerische Behandlung von Kindern in Krankenhäusern organisiert werden kann und sollte (vgl. AKIK 2025). Hieraus ergibt sich eine erhöhte Versorgungskomplexität gegenüber anderen Altersgruppen (vgl. Gahlen-Hoops/Busch 2023: 32f.).

Wietzke und von Gahlen-Hoops (2024) konnten im Zusammenhang mit der Analyse verschiedener sozialwirtschaftlicher, medizinischer und rehabilitativer Versorgungs- und Betreuungssettings von Kindern und Jugendlichen eine Differenzierung vornehmen: Auf der einen Seite steht das gesunde Kind/der gesunde Jugendliche, das/der in seiner Entwicklung gefördert werden soll und im Rahmen von Maßnahmen der Gesundheitsprävention sowie pädagogischer Erziehung und Begleitung angemessen sozio-emotional unterstützt wird. Auf der anderen Seite des Spektrums finden sich Kinder mit erhöhtem Betreuungs- und Versorgungsbedarf aufgrund von Krankheit, Behinderung oder durch unsichere familiäre Betreuungssituationen. Gerade in letzterem Zusammenhang zeigt sich, dass in-

terprofessionelle Edukation und Zusammenarbeit das Potenzial haben, komplexen Versorgungsproblemen von Kindern und Jugendlichen und Familien institutionell übergreifend begegnen zu können. An diesem interprofessionellen Versorgungsauftrag sind verschiedene pflegerische, soziale, pädagogische und medizinische Professionen in unterschiedlichen Versorgungskontexten beteiligt. Sowohl national als auch vielerorts international wird diese Form von interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit jedoch noch nicht konsequent forciert (vgl. Tétreault u.a. 2014: 830f.). Gleichzeitig zeigt sich die Tendenz, dass sich die Pflegeprofession zunehmend in diesen Versorgungsbereichen positioniert. Dies zeigt sich im Bereich der Schulgesundheitspflege (School Nursing) und der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (Community Child Health Nursing) (vgl. Schlunegger u.a. 2024: 81ff.; Scholz u.a. 2021: 210). Auch im Bereich inklusiver, teillebhabefördernder Bildung an Förder- oder Regelschulen werden die Vorteile interprofessionell organisierter Versorgungspraxen unter Einbezug der Pflege immer deutlicher (vgl. Ryan/Quinlan 2018: 203).

Styczen u.a. (2024) haben in einem Scoping Review Besonderheiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen identifiziert. Sie verdeutlichen, dass für die Förderung kindlicher Entwicklungs- und Lernprozesse eine professionsübergreifende Zusammenarbeit absolut notwendig sei. Für Eltern und Familien stelle dieses Navigieren zwischen verschiedenen Versorgungssystemen und Professionen eine enorme Stressquelle dar, die sich wiederum negativ auf den Gesundheitsverlauf des Kindes auswirken kann (vgl. Ryan/Quinlan 2018: 205).

Herausforderung 1: Beziehungsgestaltung

Die Gestaltung tragfähiger Arbeitsbeziehungen zu Kindern/Jugendlichen und Eltern/Familien unterscheidet sich innerhalb der Professionen des Gesundheits- und Sozialwesens deutlich und ist maßgeblich von institutionellen und organisatorischen Versorgungsabläufen (mit-)bestimmt. So wird in einigen Versorgungssettings der Aufbau langfristiger Beziehungen angestrebt (z. B. in Förderschulen oder Kindertagesstätten) während in anderen Einrichtungen eher punktueller Kontakt gepflegt wird (z. B. in der pädiatrisch-ambulanten Versorgung). Zentral ist, dass Eltern in ihrer Erziehungs- und Versorgungsexpertise wahr- und ernst genommen werden und Familien insgesamt als komplexe Systeme begriffen werden (vgl. Styczen u.a. 2024: 4; Gahlen-Hoops/Busch 2023: 36).

Herausforderung 2: Kommunikation mit Eltern/Familien

Die interprofessionelle Kommunikation im Team und mit den Eltern benötigt offene Dialoge und einen engen (in-)formellen Austausch. Gleichzeitig müssen Eltern

und Familien auch transparent über die Kompetenzen und Zuständigkeiten der beteiligten Professionen informiert werden. Auch gilt es, die Kommunikation an institutionellen Schnittstellen zu optimieren (Styczen u.a. 2024: 4ff.).

Herausforderung 3: Besonderheiten im interprofessionellen Wissensmanagement

Für Angehörige kranker Kinder und Jugendlicher besteht ein erheblicher kontinuierlicher Informations- und Beratungsbedarf, insbesondere hinsichtlich der Diagnose, der Diagnostik, der Einbettung von Symptomen und Nebenwirkungen, der Prognose sowie der Versorgungsplanung. Auch eine gezielte Edukation ist in diesem Kontext essenziell. Dies setzt im Besonderen voraus, dass unterschiedliche Professionen ihre Kompetenzen, Erfahrungen und ihr Wissen bereitstellen und transparent machen. Dies kann (rehabilitative) Förderprozesse unterstützen und ein besseres Verständnis für die kindlichen Bedürfnisse im Kontext ihrer Entwicklung herstellen. Gleichzeitig steigert es die Alltagsbewältigung betroffener Familien und fördert ihre partizipative Einbindung in den Versorgungsprozess (ebd.: 10f.).

Herausforderung 4: Interprofessionelle Rollenverständnisse

In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen muss die Verteilung und Zuordnung verschiedener Versorgungsrollen gemeinsam reflektiert werden. Styczen und Kolleg*innen (2024: 11f.) unterscheiden verschiedene übergeordnete Rollen, die im Versorgungsprozess eingenommen werden können und müssen. Die »Cultural Broker« übernehmen die Vermittlung und Kommunikation von familiären Bedürfnissen an Mitglieder des interprofessionellen Teams. Darüber hinaus werden die Rollen der Versorgungskoordinerenden, der Informationsträger*innen und die der Eltern definiert. Eltern übernehmen häufig die Doppelrolle der elterlichen Sorge- und Erziehungsarbeit und die der Versorgungskordinator*innen – dies stellt eine Doppelbelastung dar, die in manchen Versorgungssettings aufgelöst wird, indem die Koordination des Versorgungsprozesses durch Fachpersonen übernommen wird. Webbasierte Kommunikationssysteme können den Prozess der Rolleninteraktionen und -koordination positiv unterstützen (vgl. Gulmans u.a. 2009: 64).

Diese theoretischen Grundlagen bilden den Rahmen für die folgende empirische Lernortanalyse neuer Praxiseinsätze in der Pflege von Kindern und Jugendlichen.

4. Das Projekt *PäLe*

Das durch das Forum Pflegegesellschaft e. V. beauftragte Projekt *PäLe* wurde von der Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel unter der Leitung von Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops im Zeitraum von November 2022 bis Oktober 2023 durchgeführt. Es verfolgte das übergeordnete Forschungsziel, deutschlandweit erstmalig eine Lernortanalyse von Praxislernorten zur Pflege von Kindern und Jugendlichen durchzuführen, die den Bereichen der Sozialwirtschaft, Rehabilitation und der ambulanten medizinischen Versorgung zuzuordnen sind. Hierfür wurden die in § 8 (4) der Pflege-Ausbildungs-Durchführungs-Verordnung (PflBADVO) Schleswig-Holsteins benannten *weiteren pädiatrischen Lernorte* auf Lernchancen und Lernhemmnisse, die Durchführung von Praxisanleitung und Praxisbegleitung und die möglichen erwerb- und vertiefbaren Kompetenzen untersucht (vgl. Wietzke/Gahlen-Hoops 2024: 25).

Die untersuchten Lernorte waren:

- Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen
- Sonderpädagogische Förderzentren für verhaltensauffällige oder lernverzögerte Kinder und Jugendliche
- Pädiatrische Facharzt-/Fachärztinnenpraxen
- Kindertagesstätten/Krippen
- Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche
- Einrichtungen der stationären Jugendhilfe.

An diesen Praxislernorten arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens gemeinsam in der Versorgung, Betreuung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen. Dazu zählen unter anderem Pflegefachpersonen, Erzieher*innen, Heilerziehungspfleger*innen, Heil- und Sozialpädagog*innen, Sonderpädagog*innen, medizinische Fachangestellte sowie Ärzt*innen (ebd.: 27ff.).

Die Untersuchung erfolgte im Rahmen eines Fallstudiendesigns unter Verwendung eines semistrukturierten Interviewleitfadens. Befragt wurden – jeweils einrichtungsbezogen – Pflege Lernende, praxisbegleitende Pflegelehrende (Lernort Schule), Praxisanleitende (Lernort Praxis) sowie Einrichtungsleitungen (Lernort Praxis). Insgesamt wurden 28 Interviews mit einer Gesamtdauer von 17 Stunden erhoben (ebd.: 26).

Ergänzend wurde eine quantitative Online-Befragung mit Leitungspersonen von Einrichtungen gemäß § 8 (4) PflBADVO (Lernort Praxis) durchgeführt. Im Zentrum des Erkenntnisinteresses stand die Frage, welche Informationen Einrichtungsleitungen benötigen, um als Lernort für die Ausbildung von Kompetenzen für die Pflege von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der generalistischen Pflege-

geausbildung gewonnen zu werden und dies auch langfristig zu bleiben. Zudem wurde erhoben, welche Maßnahmen die Motivation der Mitarbeitenden stärken können, Praxislernort für die Pflegeausbildung zu werden. Insgesamt wurden 2.061 Einrichtungen in Schleswig-Holstein kontaktiert. Die Rücklaufquote lag bei 13,9 % (n = 285), wobei 77 % der Teilnehmenden angaben, dem Lernort Kindertagesstätte anzugehören. Insgesamt erfolgte eine Kontaktaufnahme zu 1.869 Kindertagesstätten und Krippen in Schleswig-Holstein (ebd.: 92f.).

Die Auswertung der qualitativen Interviews erfolgte nach der Methode der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022: 129ff.). Zwei Gründe stützen diese Entscheidung maßgeblich: Einerseits bleibt der originale Textkorpus auch nach der Analyse weiterhin zugänglich und andererseits eröffnet diese Methode die Möglichkeit, weiterführende oder sekundäre Analysen am Material durchführen zu können. Die Bearbeitung des Interviewmaterials erfolgte mithilfe der Software MAXQDA 2022. Die Primäranalyse erfolgte im Sinne des konsensualen Codierens nach Kuckartz und Rädiker (2022: 244f.) im Forschendenteam (bestehend aus dem Autor dieses Beitrags und vier Studierenden aus dem Forschungsmodul des Masterstudienganges Pflegepädagogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel). Es wurde ein deduktiv-induktives Vorgehen gewählt. Im ersten Schritt wurde aufgrund des Interviewleitfadens ein deduktiver Kategorienbaum erstellt, mit dessen Hilfe im Gesamtteam ein erstes Interview gemeinsam codiert wurde. Der weitere Codierprozess erfolgte in festgelegten Codierpaaren. Hierauf folgten zwei weitere gemeinsame Codiertreffen, um den wachsenden Kategorienbaum zu strukturieren und zu ordnen. Eine abschließende Finalisierung des Kategorienbaums erfolgte durch den Autor des Artikels. Die statistische Auswertung des *PäLe*-Surveys erfolgte deskriptiv mithilfe der Statistik-Software SPSS (Version 29.0).

Für diese Publikation wurde auf Grundlage der zuvor erläuterten Überlegungen eine eigene Sekundäranalyse des empirischen Interview- und Fragebogenmaterials durch den Autor dieses Beitrags durchgeführt. Die Ergebnisdarstellung orientiert sich am finalen Kategorienbaum von *PäLe*: Kapitel 5.1 beleuchtet die pflegeschulische Vorbereitung auf interprofessionelle Lernorteinsätze in der Pflege von Kindern und Jugendlichen und die Gestaltung der Praxisbegleitung, Kapitel 5.2 fokussiert die Rolle der Pflegelegenden, und Kapitel 5.3 widmet sich der interprofessionellen Edukation, Zusammenarbeit und Praxisanleitung an den neuen Praxislernorten. Empirische Befunde aus dem *PäLe*-Survey fließen jeweils in die Unterkapitel ein.

5. Interprofessionelle Befunde im *PäLe*-Kontext

Die folgenden Ergebniskapitel greifen die im empirischen Material der *PäLe*-Studie identifizierten Aspekte interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit auf und orientieren sich dabei am bestehenden Kategorienbaum von *PäLe*.

Perspektive Pflegeschule

Für die pflegeschulische Tätigkeit lassen sich vier, ineinandergreifende Aufgabenschwerpunkte identifizieren: Die Gestaltung von Unterricht zur Pflege von Kindern und Jugendlichen und von (außer-)unterrichtlicher Vorbereitung auf die interprofessionellen Lernorteinsätze im pädiatrischen Pflichteinsatz, die Einsatz- und Ausbildungsplanung sowie die Durchführung von Praxisbegleitungen an den neuen Lernorten. Aspekte der Interprofessionalität werden von den Befragten in allen Bereichen nur implizit erwähnt.

Unterricht und Einsatzvorbereitung

In der Gestaltung der Unterrichte zur Pflege von Kindern und Jugendlichen zeigt sich eine deutliche Schwerpunktsetzung auf das akutstationäre Krankenhaussetting und ein inhaltlicher Fokus auf die Behandlung und Pflege von Kinderkrankheiten. Es zeigt sich jedoch, dass parallel hierzu auch Themen unterrichtet werden, die interprofessionell anschlussfähig sind: Familiensysteme verstehen, Eltern- und Geschwisterarbeit, Aspekte der Beziehungsgestaltung zu Kindern, Jugendlichen und Eltern sowie wichtige rechtlich-ethische Fragestellungen wie Kinderschutz und lebensverlängernde Maßnahmen bei schwerstkranken Kindern. Diese Themen werden allerdings monoprofessionell aus Pflegeperspektive adressiert und unterrichtet. Die Interprofessionalität an den neuen Praxislernorten sowie die Handlungslogiken anderer sozialer, pädagogischer oder medizinischer Berufe werden kaum thematisiert. Dem entgegenwirkend äußert eine Einrichtungsleitung einer pädiatrischen Fachärzt*innenpraxis:

»Im Prinzip wäre es einerseits sinnvoll, wenn die ärztlichen Stakeholder sich auch mehr in pflegerische Ausbildung einmischen und da mitmachen. Das ist auch lange Tradition von Pädiatrie gewesen, da was zu machen.« (EL 3, Pos. 35)

Auch die Einsatzvorbereitung vertieft die Besonderheiten der Praxislernorte nicht systematisch. Eine praxisbegleitende Lehrperson berichtet:

»Das ist tatsächlich individuell durch die Kursleitungen gestaltet. Es ist aber nicht großartig vorher übergeordnet im Curriculum verankert, so dass man sagt: »Okay,

in Kindergärten würde die Arbeit auf folgende Art und Weise aussehen« [...]» (PB 3, Pos. 60)

Einsatz- und Ausbildungsplanung

Es zeigt sich, dass die neuen Praxislernorte (noch) nicht konsequent als Teil der Pflegeausbildung verstanden werden. Eine Einbindung in die Gesamtausbildungsplanung und den Gesamtausbildungsverlauf findet bisher weitestgehend nicht statt. Vielfach zeigt sich, dass über Organisation und Vergabe von Praktikumsplätzen hin- aus wenig Austausch im Sinne einer Lernortkooperation stattfindet.

Praxisbegleitung

Die Konzeption der Praxisbegleitung durch Lehrende der Pflegeschulen an den neuen Praxislernorten unterscheidet sich deutlich im Grad der Strukturierung und der inhaltlichen Schwerpunktsetzung. Während einige Pflegeschulen ein lernortübergreifendes Praxisbegleitinstrument entwickelten, setzen andere Lehrende den Gesprächsschwerpunkt bewusst offener auf den institutionellen Rahmen, in dem der Praxiseinsatz stattfand:

»Und trotzdem ist der Fokus, wenn wir im Förderzentrum sind, nicht da drauf: »Wie reichst du dem Kind das Essen an?« Sondern: »In was für einem Setting machst du das hier? Kann der schlucken, obwohl es laut ist?« Ich würde in dem Setting aber nicht fragen: »Wie geht denn der Schluckvorgang?« Im Akutbereich, in der stationären Langzeit frage ich: »Worauf achtest du denn beim Schlucken?« Das würde ich in dem Setting nicht machen.« (PB 2, Pos. 2–6)

Eine besondere Schwerpunktsetzung auf die interprofessionelle Versorgung am Praxislernort innerhalb der Praxisbegleitung wurde bislang von keiner befragten Person herausgestellt.

Perspektive Pflegelernende

Dieses Kapitel umfasst alle Aussagen, die sich mit den Pflegelernenden als zentrale Akteur*innen der Ausbildung beschäftigen. Hierbei werden sowohl Selbstzuweisungen und -beschreibungen Lernender als auch Aussagen über Lernende anderer Akteur*innen formuliert. Im Besonderen werden die Pflegelernenden an den Lernorten Pflegeschule und Praxis in den Fokus genommen.

Persönliche Voraussetzungen und Erwartungen an die Lernenden

Von Pflegelernenden in Praxiseinsätzen der Sozialwirtschaft wird im besonderen Maße psychische Stabilität, Reife und Offenheit sowie intrinsische Motivation für die spezifische Arbeit an den neuen Lernorten vorausgesetzt. Maßgeblich beziehen sich diese Aussagen auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Offen bleibt, ob sich dies auch implizit auf das Arbeiten in interprofessionellen Versorgungskontexten bezieht. Eine Einrichtungsleitung der stationären Jugendhilfe beschreibt die Erwartungshaltung mancher Lernender:

»Ja, also eine offene, wertschätzende Haltung, das ist wichtig, und nicht enttäuscht sein, wenn es eben eher weniger oder eher nicht um Pflege geht. Also da war manchmal die Erwartung, eher so ins Krankenhaus zu kommen, und das ist hier einfach nicht so. Hier geht es dann um Hausaufgabenbegleitung, um Freizeit verbringen, um Zum-Arzt-Begleiten, solche Sachen.« (EL 6, Pos. 70)

An *pfl egenahen* Lernorten steht das Selbstständig-Werden im Arbeiten im Vordergrund. Zugleich sind Lernende dazu aufgefordert, dem didaktischen Prinzip des selbstgesteuerten Lernens folgend den eigenen Lern- und Anleitungsprozess am Praxislernort aktiv mitzugestalten. Eine praxisbegleitende Pflegelehrende fordert von den Lernenden:

»[...] also auf jeden Fall eine Kompetenz des selbstgesteuerten Lernens. Das heißt, dass die nicht in die Einrichtung gehen und sich dort berieseln lassen und warten, bis die Mitarbeiter dort ihnen sagen, was sie zu tun haben. Sondern dass die wirklich die Fähigkeit entwickeln, selbstständig handlungsfähig zu werden, und zu bleiben oder zu sein.« (PB 6, Pos. 40)

Herausforderungen und Potenziale für Lernende in interprofessionellen Lernortsettings

An den interprofessionellen neuen Lernorten sind die Pflegelernenden häufig mit vielen Berufsgruppen und -rollen, hierarchischen Strukturen und neuen institutionellen Tagesabläufen konfrontiert. Es wird eine Art Praxisirritation in diesem Zusammenhang beschrieben. Das Finden der eigenen beruflichen Rolle gegenüber den Kolleg*innen am Lernort und gegenüber den Kindern und Jugendlichen kann für Lernende gerade zu Beginn ihres Praxiseinsatzes herausfordernd sein. Eine praxisanleitende Fachperson einer Förderschule schildert:

»Und wenn man in einem Klassenteam sitzt mit so vielen Erwachsenen, ist das auch nicht so einfach zu gucken, wo man selber steht und was von einem erwartet wird.« (PA 2.2, Pos. 129)

Gleichzeitig gilt es aber auch, in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Förderbedarfen den eigenen Pflegehabitus zu reflektieren und anzupassen, wenn dieser als ruppig und instruktiv wahrgenommen wird. Eine Einrichtungsleitung schildert eine Beobachtung:

»So hop hop, das schaffen wir schon, zack zack, mal aufstehen.« (EL 4, Pos. 47–48)

Wenn der Praxiseinsatz erfolgreich verläuft, zeigt sich, dass Pflege Lernende einen deutlichen Haltungswechsel und Lernzuwachs in der Pflege von Kindern und Jugendlichen vollziehen können. Eine Lernende berichtet:

»Also, ich rede mit Kindern nicht mehr, wie mit Babys. Tatsächlich so ein bisschen mehr als Erwachsene. Und ich bin vorsichtiger, was ich sage und wie ich mich verhalte. Wie meine Mimik und Gestik ist. Weil das Lesen die immer gerne. Mein Gesicht.« (L2, Pos. 17–20)

Perspektive neue Praxislernorte

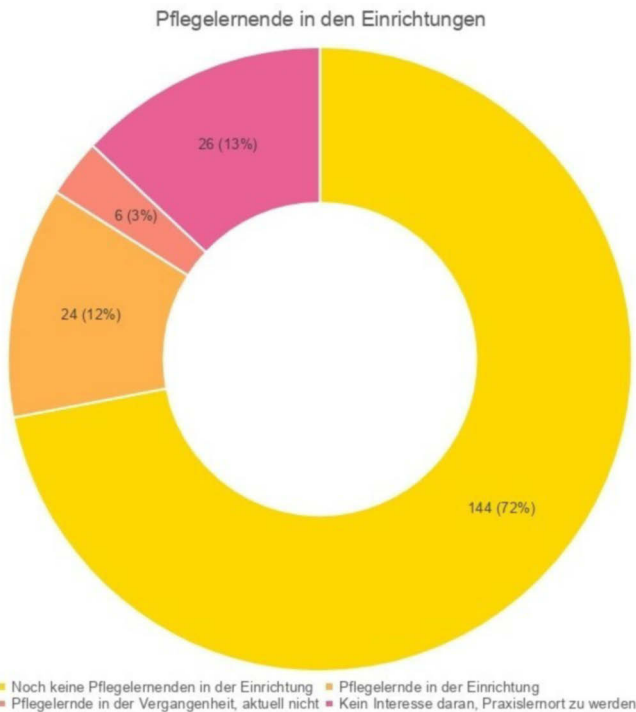
Im Rahmen dieser Kategorie wurden vier thematische Schwerpunkte identifiziert, die sich mit der interprofessionellen Edukation und Zusammenarbeit an den Praxislernorten befassen:

- Pflege und andere Professionen ausbilden
- Praxisanleitung und interprofessionelle Edukation an den Praxislernorten
- Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit an den Praxislernorten
- Bewertung des Einsatzes

Pflege und andere Professionen ausbilden

Wie bereits dargestellt werden an den neuen Praxislernorten verschiedene pflegerische, soziale, therapeutische und medizinische Berufsgruppen ausgebildet. Die Modalitäten der Praxiseinsätze differieren zwischen den Ausbildungsberufen zum Teil deutlich. Hieraus ergibt sich für Praxisanleitende und Einrichtungsleitungen ein hoher organisatorischer Aufwand. Der *PäLe*-Survey zeigt, dass ein Großteil der befragten Einrichtungen (n=144/72 %) bisher (noch) keine Lernenden der Pflegeausbildung im pädiatrischen Pflichteinsatz ausbildet. Dies hänge häufig damit zusammen, dass die eigene Einrichtung zu wenig pflegerische Tätigkeiten bieten könne und personellen Ressourcen für die Praxisanleitung fehlen würden.

Abbildung 1: Pflegelehrende in den Einrichtungen (n = 285); in absoluter und relativer Häufigkeit. Gesamt-n = 285 bzw. 100 %; Keine Antwort und fehlend: n=85 bzw. 29,8 %



Eine Anleitende beschreibt bei der Konzeption der Praxisanleitung eine Rückbesinnung auf die gemeinsame Werthaltung sozialer Berufe:

»Ich glaube, ansonsten gibt es da gar nicht so viele große Unterschiede, rein von der Haltung. Ich glaube einfach, wenn man grundsätzlich im sozialen Bereich mit Menschen irgendetwas tut, hat man eine generelle Haltung.« (PA 2.1, Pos. 7)

Eine besondere Herausforderung in der Anleitung von Pflegelehrenden stellt die derzeitig übliche besonders kurze Praxiseinsatzzeit von 80–120 Stunden und das geringe pädagogische Basiswissen in der bedürfnisorientierten Begleitung von Kindern und Jugendlichen dar:

»[...] andere Praktikanten, die im heilpädagogischen Bereich ein Praktikum absolvieren, bringen, einfach weil es schulische Ausbildungen sind, ein größeres pädagogisches Basiswissen mit.« (PA 4.1, Pos. 32)

Somit unterscheidet sich die Einbindung Pflegelernender auch stark unterhalb der verschiedenen Lernorte. Es lässt sich konstatieren: Je höher der pflegerische Versorgungsanteil einer Einrichtung ist, desto stärker werden die Pflegelernenden in das Team eingebunden. Gleichzeitig ist es für die Praxiseinrichtung und für die Pflegelernenden maßgeblich, die Beziehungsgestaltung zu den Kindern und Jugendlichen für die sehr begrenzte Zeit des pädiatrischen Pflichteinsatzes zu reflektieren:

»Du hast einen Menschen vor dir, du hast eine Idee von einer Beziehung, aber du musst gleich implementieren, du musst nach vier Wochen schon wieder loslassen. Das gilt es auszutarieren.« (EL 1, Pos. 23–25)

Anleitung und interprofessionelle Edukation an den Praxislernorten

Die Praxisanleitung verfolgt zwei maßgebliche Zielsetzungen: Einerseits steht der institutionelle Versorgungsauftrag im Zentrum der Anleitungstätigkeit:

»Es ist ja so mehr ein Erziehungs- und ein Bildungsauftrag. Und den darf man nicht unterschätzen. Das muss glaube ich echt nochmal mit rein. Also diese Sensibilisierung für dieses Feld und warum dieses Feld so wichtig ist, um Kinder einfach kennenzulernen, so wie Kinder nun mal sind.« (PB 4.1), Pos. 18)

Andererseits wird explizit die interprofessionelle Perspektive in der Versorgung ins Zentrum gerückt:

»Also ich versuche aus der Perspektive der Heilpädagogin, dass man ganz gezielt gemeinsam auf ein Kind schaut und guckt, wie kann man eigentlich dieses Kind weiter fördern, begleiten und unterstützen? Und in welchen Rahmenbedingungen kann man das machen?« (PA 4.2, Pos. 19–23)

Meist werden diese Anleitungen im interprofessionellen Team organisiert, häufig findet auch eine Bewertung der Pflegelernenden im interprofessionellen Team statt. Gleichzeitig zeigt sich, dass an Lernorten, an denen Pflegendе tätig sind, diese sehr bewusst (monoprofessionell) für die Anleitung geplant werden:

»Der Schwerpunkt ist dann eher darauf gelegt [...] ›Okay, du hast einfach eine pflegerische Ausbildung‹. Deswegen würden natürlich dann diese Praktikanten besser zu mir passen.« (PA 6, Pos. 14)

Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit an den Praxislernorten

Interprofessionelle Zusammenarbeit wird an den verschiedenen Praxislernorten sehr unterschiedlich aufgefasst. Während es in pädiatrischen Facharzt*innenpraxen klare Hierarchien und Arbeitsaufteilungen gibt, die über Weisungsbefugnisse geregelt sind, stellt sich die Zusammenarbeit an anderen Lernorten deutlich undifferenzierter dar. Hier arbeiten viele Berufsgruppen in der Versorgung und übernehmen unabhängig von der jeweiligen Profession die gleichen Versorgungsaufgaben. Die beruflichen Differenzlinien verschwimmen hier. Auf die Frage, wo die Differenzlinie zwischen Pflege und Heilerziehungspflege in der stationären Jugendhilfe liege, antwortet eine Einrichtungseitung:

»[...] Also, die Grenze ist, glaube ich, der Grad der Pflege. Und die Schnittmenge ist hier das Leben im Alltag, das Leben miteinander im Alltag.« (EL 6, Pos. 73–76)

Diese Aussage erscheint vor dem Hintergrund beruflicher Professionalisierungsdiskurse sowie der Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen in der gemeinsamen Versorgung kritisch, da hierbei Aspekte eines professionellen Selbst- und Rollenverständnisses einer indifferenten Handlungs- und Versorgungslogik im Berufsalltag unterstellt werden.

Im Kontext der Versorgung von Kindern und Jugendlichen an den interprofessionellen, neuen Praxislernorten konnten verschiedene Herausforderungen identifiziert werden, die im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit für Versorgungsteams herausfordernd sein können und die Entwicklung eines gemeinsamen Arbeitsverständnisses voraussetzen. Dies sind die Auseinandersetzungen mit Aggressionen und manipulativem Verhalten von Kindern und Jugendlichen, das Finden der eigenen beruflichen Rolle (auch in Abgrenzung zu anderen Professionen) sowie die Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen.

Das Besondere der Teamkommunikation an den neuen Praxislernorten wird von einer praxisbegleitenden Pflegelehrenden beschrieben:

»Und in den Kitas ist es ein ganz, ganz anderes Miteinander. Die sind auf Absprachen und den gemeinsamen Austausch über jedes Kind angewiesen, weil es halt um die Entwicklung geht. Und auch so ist es in der Psychiatrie. Die müssen aufeinander aufpassen, Stichwort Psycho-Hygiene.« (PB 4.1, Pos. 38)

Auch eine gegenseitige Bereicherung durch den Einsatz von Pflegelernenden am Praxislernort lässt sich aufzeigen:

»[...] neulich hatte ich jemanden, der durfte für die Einrichtung so eine Art Überblick zu Kinderkrankheiten erstellen. Also es ist ein schönes Miteinander. Unsere Auszubildenden lernen von den dortigen Fachkräften, unsere Auszubildenden dürfen sich aber auch dort mit ihrem Wissen einbringen.« (PB 4.1, Pos. 40)

Gleichzeitig sei an dieser Stelle kritisch angemerkt, dass die Erarbeitung eines Überblickes über relevante Kinderkrankheiten eher dem medizinischen denn dem pflegerischen Wissenskörper zuzuordnen ist.

Bewertung des Einsatzes

Einige Pflegelehrende, Praxisanleitende und praxisbegleitende Pflegelehrende merken an, dass der Nutzen eines Einsatzes für Pflegelehrende an den neuen Lernorten kritisch zu hinterfragen sei, weil der pflegerische Versorgungsanteil zu gering sei. Dies könne auf ein sehr eng geführtes Verständnis von *Pflege* zurückzuführen sein:

»Sie lernen dann auch nicht unbedingt ihrem Berufsverständnis nach Pflege dort, bis auf Körperhygiene oder Unterstützung bei Essen, Trinken und so weiter.« (PB 4.1, Pos. 16)

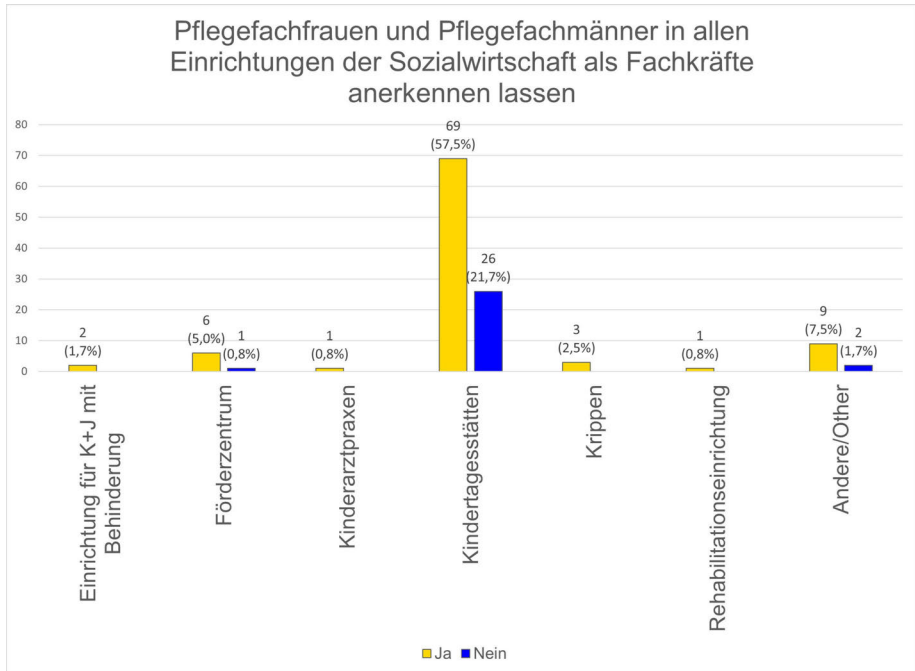
Tabelle 1: Wahrgenommener Mehrwert im Einsatz von Pflegelehrenden pro Einrichtungsart in absoluter und relativer Häufigkeit

	Ja n (%)	Nein n (%)
Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen	4 (3,6)	0 (0)
Sonderpädagogisches Förderzentrum für verhaltensauffällige oder lernverzögerte Kinder und Jugendliche	2 (1,8)	8 (7)
Pädiatrische Fachärzt*innenpraxen	2 (1,8)	0 (0)
Kindertagesstätten	51 (45,5)	28 (25,0)
Krippen	2 (1,8)	2 (1,8)
Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche	2 (1,8)	0 (0)
Andere	9 (8,0)	2 (1,8)
	Ja n (%)	Nein n (%)
Gesamt	72 (64,3)	40 (35,7)

Gesamt n = 285 bzw. 100 %, davon geantwortet n = 112 bzw. 39,3 %; Keine Antwort und fehlend: n = 173 bzw. 60,7 %

Gleichzeitig geht aus dem *PäLe*-Survey (unter kritischer Reflexion des hohen Anteils an Kindertagesstätten) hervor, dass der überwiegende Anteil der Einrichtungsleitungen der neuen Praxislernorte in einem Praxiseinsatz zur Pflege von Kindern und Jugendlichen von Pflegelernenden einen Mehrwert für die neue Pflegeausbildung sieht (Tabelle 1). Auch eine sozialrechtliche Anerkennung von Pflegefachpersonen als Fachkräfte in allen Einrichtungen des Sozialwesens wird mit deutlicher Mehrheit von den Befragten befürwortet (Abbildung 2).

Abbildung 2: Anerkennung von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern als Fachkräfte in allen Einrichtungen der Sozialwirtschaft in absoluter und relativer Häufigkeit. Gesamt n=285 bzw. 100 %; Keine Antwort und fehlend: n=165 bzw. 57,8 %.



Gleichermaßen gaben andere Fachpersonen der Lernorte an, den Einsatz von Pflegelernenden sehr zu schätzen, weil er eine Möglichkeit darstelle, die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen (mit Behinderungen) zu verdeutlichen:

»Andersherum ist es auch so, dass wir uns immer freuen, wenn man unsere Kinder mal kennenlernt. [...] unser Wunsch ist es natürlich, unsere Kinder nicht vorzuführen, aber einfach mal zu zeigen, diese Lobby ist so gering, diese Menschen gibt es auch. [...] Und deswegen bieten wir diesen Platz hier an als Praktikumsplatz,

damit die Lobby sich vergrößert und unsere Kinder auch mal ein bisschen mehr Mitspracherecht kriegen.« (EL 2, Pos. 8)

6. Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse verdeutlichen die Relevanz von Praxiseinsätzen an den neuen Lernorten zur Pflege von Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf die Anbahnung interprofessioneller Kompetenzen. Aktuell existieren Domänenmodelle interprofessioneller Kompetenzen jedoch ausschließlich für die Gesundheitsberufe. Die partizipative und dialogische Entwicklung interprofessioneller Domänenmodelle, von und für die interprofessionelle Edukation und Zusammenarbeit von Gesundheits(fach)- und Sozialberufen erscheint in diesem Zusammenhang notwendig.

Auf pflegeschulischer Ebene zeigt sich, dass Interprofessionalität im Kontext der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bislang kaum strukturiert eingeführt wird. Zwar enthalten Unterrichtsthemen wie Elternarbeit, Familiensysteme verstehen, Beziehungsgestaltung zu Kindern und Jugendlichen oder rechtlich-ethische Fragestellungen durchaus interprofessionelle Anschlussstellen, doch werden diese Inhalte zumeist monopersonell vermittelt. Eine explizite curriculare Verankerung interprofessioneller Perspektiven an neuen Praxis- und Lernorten fehlt weitestgehend.

Bedeutsam ist zudem, dass Pflegeauszubildende bisher nicht systematisch auf *unterschiedliche* Lernorte zur Pflege von Kindern und Jugendlichen vorbereitet werden. Die curriculare Schwerpunktsetzung auf das akutstationäre Setting Krankenhaus verstellt den Blick für andere Versorgungskontexte. Auch eine stärkere Wiedereinbindung von Pädiate*r*innen in die Pflegeausbildung muss kritisch gewürdigt und differenziert betrachtet werden: Eine reine, monodirektionale Vermittlungspraxis von Inhalten durch Angehörige anderer Professionen erfüllt nicht die Kriterien interprofessioneller Edukation, deren Ziel das beidseitige Von-, Mit- und Übereinander-Lernen ist (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 3). Gleichzeitig konnte im Rahmen der *PäLe*-Studie in Anlehnung an Karin Wittnebens pflegedidaktisches Modell der multidimensionalen Patient*innenorientierung aufgezeigt werden, dass eine rein medizinisch orientierte Versorgungspraxis die Gefahr birgt, die Entwicklung einer pflegeverhindernden Pflegehaltung zu fördern (vgl. Wittneben 2003: 103; Wietzke/Gahlen-Hoops 2024: 59). Darüber hinaus ist eine *Einmischung* der Medizin (im Gegensatz zu einer Einbeziehung) in die Pflegeausbildung unter einer Professions- und Interprofessionalitätsperspektive konsequent abzulehnen. Sie würde die interprofessionelle Kompetenzentwicklung konterkarieren, die darauf abzielt, das Rollenverständnis der beteiligten Professionen zu schärfen und die gegenseitige Anerkennung zu fördern (vgl. CIHC 2010: 12). Pflege

sollte ihrer Rolle nach an den Praxislernorten als eigenständige und substanzielle Profession erfahrbar sein und gefördert werden.

Auch im Rahmen der pflegeschulischen Praxisbegleitung finden sich nur vereinzelt Hinweise auf eine gezielte Thematisierung interprofessioneller Aspekte in den Praxiseinsätzen. Die Entwicklung eines Praxisbegleitkonzepts, das explizit unter Aspekten interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit gerahmt ist, scheint vor diesem Hintergrund ein vielversprechender Ansatz zu sein.

Eine konsequentere Einbindung der neuen Praxislernorte zur Pflege von Kindern und Jugendlichen in die Pflegeausbildung ist im Sinne einer konstruktiven Lernortkooperation anzustreben. Entlang des Stufenmodells der Lernortkooperation nach Euler (2004: 12ff.) würden auf der Stufe der Zusammenarbeit die Durchführung gemeinsamer, lernortübergreifender Lernprojekte, gemeinsame Hospitationen und Weiterbildungsmaßnahmen stattfinden, die das Ziel interprofessioneller Edukation deutlich befördern könnten. Sie könnten auch einen Brückenschlag zu anderen Ausbildungen des sozialen Bereiches darstellen.

Pflegelernende befinden sich an den Praxislernorten in einem komplexen Bedingungsgefüge zwischen der interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Rollen und Berufsgruppen und dem gemeinsamen Auftrag der Versorgung, Betreuung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen. Hieraus lässt sich die Notwendigkeit der Anbahnung maßgeblich zweier interprofessioneller Kompetenzen in der Pflegeschule und am Praxislernort ableiten: Einerseits das Bewusstsein und die Reflexion über die eigene Rolle und spezifische Handlungslogiken der Pflege und die Kenntnis über Versorgungsaufgaben und Handlungslogiken anderer beteiligten Berufsgruppen, andererseits die Kompetenz der Gestaltung adressat*innen- und bedürfnisgerechter Pflege und Versorgung (von Kindern und Jugendlichen) (vgl. CIHC 2010: 13; Busch/Lüth 2026). Hier zeigt sich auch der besondere Beitrag der interprofessionellen Kompetenzentwicklung auf den Care-Work-Diskurs: Nach Friese (2023) zeichnen sich Care-Berufe traditionell durch unzureichende Professionalisierung, mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung für Sorgearbeit sowie deregulierte Beschäftigungsverhältnisse und inadäquate Einkommen aus. Die steigende gesellschaftliche Aufwertung der Care-Berufe sowie die damit steigenden Ansprüche an die fachlichen Kompetenzen der Berufsgruppen, deren Ausbildungs- und Versorgungsqualität können die berufliche Professionalisierung voranbringen. Die Verschränkung der beruflichen Kompetenzen verschiedener Care-Berufe zur Sicherstellung einer komplexen Versorgungs- und Betreuungsqualität für Kinder, Jugendliche und ihre Familien durch die Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit kann hierbei einen Schlüssel zur Aufwertung der Care-Berufe darstellen. Die beschriebenen Praxislernorte bieten grundsätzlich ein großes Potenzial für die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen und Kompetenzen in der Pflege von Kindern und Jugendlichen. Besonders beachtenswert hierbei ist jedoch, dass nach Huber (2022: 3) insbesondere unklare Aufgabengebiete in der Versorgung als

große Hürde interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit betrachtet werden können. Wenn alle Berufsgruppen gleichermaßen alle anfallenden Tätigkeiten im Arbeitsalltag übernehmen, werden die Differenzlinien und Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen undeutlicher. Dies kann als hinderlich für die Entwicklung der gemeinsamen interprofessionellen Versorgungspraxis bewertet werden (vgl. CIHC 2010: 12). Besonders positiv hervorzuheben sind Beispiele, in denen die Einsatzbewertung Pflegelehrender im interprofessionellen Team vorgenommen werden.

7. Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Aspekte interprofessionellen Handelns in der Pflege von Kindern und Jugendlichen an neuen Praxislernorten bislang nur vereinzelt Berücksichtigung finden. Gleichzeitig wird deutlich, welches Potenzial in der Konzeption interprofessioneller Bildungsformate für eine bedürfnis- und entwicklungsgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegt – und welche Rolle die Pflegeprofession dabei zukünftig einnehmen kann. Ein erster Schritt liegt hierbei in der Akquise neuer Praxislernorte, indem transparent kommuniziert wird, welche pflegebezogenen Lerngegenstände vermittelt werden können und wie diese pädagogisch fundiert aufzubereiten sind. Die im Projekt *PäLe* entwickelten Handlungsprodukte bieten hierfür erste Anhaltspunkte (vgl. Wietzke/Gahlen-Hoops 2024: 115ff.).

Auf Ebene der interprofessionellen Edukation und Zusammenarbeit bedarf es sowohl im schulischen Unterricht als auch in der praktischen Ausbildung einer vertieften Auseinandersetzung mit den jeweiligen beruflichen Rollen und Handlungslogiken aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Für Pflegelehrende bedeutet dies, ihre Rolle im interprofessionellen Team zu reflektieren und sich zugleich mit den Anforderungen in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien auseinanderzusetzen.

Derzeit findet interprofessionelles Lernen an den neuen Praxislernorten überwiegend monodirektional statt: Pflegelehrende werden durch Praxisanleitende anderer Professionen ausgebildet. Eine intensivierte Kooperation zwischen Pflegeschulen, Trägern der praktischen Ausbildung und den neuen Praxisorten könnte den Weg für eine nachhaltige Verzahnung der Ausbildungsgänge in Pflege- und Sozialberufen bereiten. Der *PäLe*-Survey konnte in diesem Zusammenhang aufzeigen, dass sich die Mehrzahl der Einrichtungsleitungen eine Anerkennung von Pflegenden als Fachkräfte in allen Bereichen des Sozialwesens wünschen. Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen können durch die Erstellung von interprofessionellen Bildungsangeboten den Weg hierfür bereiten.

Limitationen

Die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse ist durch mehrere Limitationen begrenzt. Zum einen wurde die Sekundäranalyse des Interview- und Fragebogenmaterials von einer Einzelperson durchgeführt, sodass keine Inter-coder-Übereinstimmung hergestellt werden konnte. Zum anderen war das zugrunde liegende Projekt *PäLe* in seiner ursprünglichen Konzeption nicht explizit auf die Aspekte interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit ausgerichtet. Entsprechend lassen sich auf Basis des Materials zwar relevante Hinweise identifizieren, ein umfassendes Bild von Interprofessionalität dieser Lernorte konnte jedoch nicht abgebildet werden. Die Ergebnisse sind daher im Sinne einer Exploration zu verstehen.

Ausblick

Da die Datenerhebung des Projekts *PäLe* im Oktober 2023 abgeschlossen wurde, bildet die Studie eine wichtige Momentaufnahme der Ausbildungspraxis in der Pflege von Kindern und Jugendlichen ab. Angesichts laufender Schulentwicklungsprozesse und wachsender Anforderungen an die Lernortkooperationen erscheint eine vertiefende Follow-up-Erhebung sinnvoll, um Veränderungen systematisch zu erfassen und weiterführende Impulse für die Verankerung interprofessioneller Edukation in der Pflege von Kindern und Jugendlichen in der Pflegeausbildung zu ermöglichen.

Literatur

- Aktionskomitee Kind im Krankenhaus (AKIK) (2025). European Association for Children in Hospital. EACH-Charta. <https://www.akik.de/was-wir-tun/each/each-charta/> (Abruf: 27.03.2025).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (BMFSFJ) (2022). Kinderrechte ins Grundgesetz. Themen: Hintergrundinformationen, Berlin: BMFSFJ. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinderrechte/kinderrechte-ins-grundgesetz> (Abruf: 25.03.2025).
- Busch, Jutta/Lüth, Frederike (2026). Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung. In: Lehnen, Tanja/Busch, Jutta/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.): Interprofessionelle Bildung in Pflege und Gesundheitsberufen – Curriculare Gestaltung und Strategien für die Anwendung. Bielefeld: transcript.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010). A National Interprofessional Competency Framework. <https://phabc.org/wp-content/uploa>

- ds/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf. (Abruf: 13.03.2025).
- Euler, Dieter (2004). Handbuch der Lernortkooperation. Band 1: Theoretische Fundierung. München: Bertelsmann.
- Friese, Marianne (2023). Care Work im Spannungsfeld gesellschaftlicher Transformation. Systematische Widersprüche und Entwicklungsperspektiven. In: Friese, Marianne/Braches-Chyrek, Rita (Hg.). Care Work in der gesellschaftlichen Transformation. Bielefeld: wbv.
- Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Busch, Jutta (Hg.). (2023). Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen: Ein Weiterbildungscurriculum für Pflegeberufe. Bielefeld: transcript.
- Gulmans, J./Vollenbroek-Hutten, M. M. R./Gemert-Pijnen, J. E. W. C. van/Harten, W. H. van (2009). Evaluating patient care communication in integrated care settings: Application of a mixed method approach in cerebral palsy programs. In: International Journal for Quality in Health Care, 21 (1), S. 58–65.
- Huber, Claudia (2022). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. In: Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin, 111 (1), S. 3–4.
- Jakobs, Anke/Vogler, Christine (2020). Generalistische Ausbildung. Ein Jahr »neue Pflege«. In: Pflege-Zeitschrift, 73, S. 3841.
- Kälble, Karl (2014) Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärung. In: Kaba-Schönstein, Lotte/Kälble, Karl (Hg.). Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Kühme, Benjamin (2023). Geleitwort. Ein Moment der beruflichen Selbstbestimmung – Weiterbildung in der Kinderkrankenpflege selbst gestalten. In: Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Busch, Jutta (Hg.). Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen gestalten. Bielefeld: transcript.
- Kunze, Katrin (2024). Interprofessionelle Sozialisation als Teil der beruflichen Sozialisation von Gesundheitsberufen. In: Walkenhorst, Ursula/Fischer, Martin (Hg.). Interprofessionelle Bildung für die Gesundheitsversorgung. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Mitzkat, Anika/Berger, Sarah/Reeves, Scott/Mahler, Cornelia (2016). Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld. In: GMS Journal for Medical Education, 33 (2), S. 1–6.
- Räbiger, Jutta/Beck, Eva-Maria (2017). Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit. In: Hensen, Peter/Stamer, Maren (Hrsg). Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Ryan, Christian/Quinlan, Elisabeth (2018). Whoever shouts the loudest: Listening to parents of children with disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31 (2), S. 203–214.
- Scholz, Lisa/Schimböck, Florian/Spallek, Jacob (2021). Community Child Health Nursing: Ein Konzept für Deutschland? In: *Public Health Forum*, 29 (3), S. 209–212.
- Schlunegger, Margaritha Charlotte/Klopfstein, Ursula/Siegenthaler, Tanja/Berni, Seraina/Käser, Estelle/Golz, Christoph (2024). Bedarf für eine School Nurse. In: *HeilberufeScience*, 15 (3–4), S. 73–85.
- Shams, Dean (2024). Mit Generalistik in die Pädiatrie. In: *JuKiP – Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*; 13 (03), S. 98–101.
- Styczen, Line Myrdal/Helseth, Sølvi/Groven, Karen Synne/Hauge, Mona-Iren/Dahl-Michelsen, Tone. (2024). Interprofessional collaboration for children with physical disabilities: A scoping review. In: *Journal of Interprofessional Care*, S. 1–17.
- Tétreault, S./Freeman, A./Carrière, M./Beaupré, P./Gascon, H./Marier Deschênes, P. (2014). Understanding the parents of children with special needs: Collaboration between health, social and education networks. In: *Child: Care, Health and Development*, 40 (6), S. 825–832.
- Walkenhorst, Ursula/Hollweg, Wibke (2022). Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. In: Darmann-Finck, Ingrid/Sahmel, Karl-Heinz (Hg.). *Pädagogik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Wietzke, Robert/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2024). *Kinder und Jugendliche pflegen lernen: Neue Lernorte in der Pflegeausbildung*. Bielefeld: transcript.
- Wittneben, Karin (2003). *Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer: Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerdidaktik* (5., neu bearbeitete Auflage). Lausanne: Peter Lang.
- World Health Organization (WHO) (2010) Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=14B1FC61C5E382DF8378A651E4F8547D74?sequence=141. (Abruf: 24.03.2025).

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Eigene Darstellung

Fokus Umschulende Personen – Herausforderungen und Chancen für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Malin Apsel, Alexandra Bartsch, Katharina Genz, Christiane Micus-Loos
und Wolfgang von Gahlen-Hoops

Zusammenfassung Umschulende Personen in der generalistischen Pflegeausbildung stellen bislang eine wenig bekannte, dennoch ressourcenreiche Gruppe von Fachpersonen im Gesundheitswesen dar. Das vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragte Projekt ParAScholaBi der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel widmet sich seit 2022 der Förderung und Entstigmatisierung von Schüler*innen mit längeren Bildungswegen vor der Pflegeausbildung und trägt mit der Entwicklung von Konzeptbausteinen nicht nur zur Anerkennung als Ressource für die Personalgewinnung bei, sondern stellt gleichzeitig den Nutzen beruflicher Vorerfahrungen für die Pflege und das Gesundheitswesen in den Fokus pflegerischer Diskurse. Die individuellen Vorerfahrungen und Ressourcen der Umschulenden Personen stellen einen besonderen Wert für die interprofessionelle Zusammenarbeit dar.

1. Einleitung

Die Gruppe der Umschulenden Personen umfasst Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen. Dazu gehören Personen, die in Berufen außerhalb der Pflege und Medizin tätig waren, beispielsweise im Friseurhandwerk, in der Reinigung oder in der Gastronomie. Eine weitere Gruppe sind Personen, die an- oder ungelernt in der Pflege tätig waren, beispielsweise als Hilfskraft. Des Weiteren umfasst die Zielgruppe Personen, die in pflege/medizinischen Berufen wie beispielsweise der Kinderpflege, im Rettungsdienst oder als (Zahn-)Medizinische Fachangestellte gearbeitet haben. Zur Zielgruppe gehören ebenfalls Menschen mit Migrationshintergrund, deren Studienabschluss in Deutschland nicht anerkannt wurde und denen sich dadurch der Weg in den Pflegeberuf als eine Alternative angeboten hat.

Aufgrund der geringen Anzahl wissenschaftlicher Erkenntnisse zu der Gruppe der Umschulenden Personen wurde das Forschungsprojekt »Partizipatives Ausbildungskonzept zur Förderung und Entstigmatisierung von Schüler*innen mit länge-

ren Bildungswegen vor der Pflegeausbildung« (ParAScholaBi) initiiert. Dieses wird von einer interdisziplinären Forschungsgruppe aus Wissenschaftler*innen aus den Bereichen Sozialpädagogik, Pflegepädagogik (i. S. der Berufspädagogik Pflege) und Pflegewissenschaft durchgeführt.

Das Projekt zielt unter besonderer Berücksichtigung von geschlechts- und diversitätsspezifischen Aspekten mit einem Mehrebenenkonzept (vgl. Abb.1) darauf ab, Umschulende Personen wertzuschätzen und anzuerkennen, indem auf die spezifischen Bedürfnisse und erwerbsbiografischen Erfahrungen der Umschulenden Personen eingegangen wird. Die Konzeptentwicklung basiert auf einem Mixed-Methods-Design, welches qualitative und quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden verknüpft. Im Rahmen der qualitativen Forschung wurden mittels Fokusgruppeninterviews zielgruppenspezifische Wahrnehmungen und Einschätzungen von Umschulenden Personen, Lehrenden, Praxisanleitenden sowie Trägern von umschulenden Maßnahmen erhoben. Dies erfolgte neben der Auswertung statistischer Daten. Des Weiteren wurden in problemzentrierten Einzelinterviews individuelle Bedarfe und Deutungen sowie deren subjektive Bewertung und Bewältigungsstrategien im Hinblick auf Herausforderungen und Chancen im Kontext von Umschulungen eruiert. Die Darstellung der Bedarfe, Wahrnehmungen und Einschätzungen der verschiedenen Personengruppen erfolgte anhand von sieben Fokusgruppeninterviews (n=35) und 23 leitfadengestützten Einzelinterviews. Das Sample für die leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppeninterviews umfasst Umschulende Personen im Alter von 20 bis 53 Jahren, Lehrende an Pflegeschulen, Praxisanleitende aus ambulanten wie auch stationären Praxiseinrichtungen sowie Mitarbeitende der Agentur für Arbeit und des Jobcenters (vgl. Tabelle 1). Der Großteil der befragten Personen stammt aus den im Norden Deutschlands gelegenen Bundesländern Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen.

Tabelle 1: Übersicht der Interviewkürzel und zugehörigen Zielgruppen

Zielgruppe	Kürzel	N=
Einzelinterview Umschulende Personen	PAU 01–06	6
Einzelinterview Lehrende	PAL 01–06	6
Einzelinterview Praxisanleitende	PAP 01–05	5
Einzelinterview Mitarbeitende der Agentur für Arbeit/ Jobcenter	PAT 01–06	6
Fokusgruppe Umschulende Personen	PAFU 01–02	13
Fokusgruppe Lehrende	PAFL 01–02	11

Zielgruppe	Kürzel	N=
Fokusgruppe Praxisanleitende	PAFP 01–02	9
Fokusgruppe Mitarbeitende der Agentur für Arbeit/ Jobcenter	PAFT 01	3

Die Interviewtranskripte wurden mit der Software MAXQDA ausgewertet und durch zwei Projektmitarbeitende codiert. Aus der Analyse der Daten im Hinblick auf die Bedürfnisse der vier oben genannten Zielgruppen ergeben sich sechs Konzeptbausteine (KB): Info-Paper (KB 1), Pocket Guides (KB 2), (Digital gestützte) Schulsozialberatung (KB 3), Workshops (KB 4) und Diversitätsunterricht (KB 5) sowie eine Partizipative Website (KB 6).

Abbildung 1: Konzeptbausteine im Projekt ParAScholaBi



Personen, die eine Umschulung im Bereich der Pflege absolvieren, weisen in der Regel eine Vorqualifikation auf, die sich von der späteren Ausbildung deutlich unterscheidet. Dies kann eine Ausbildung oder ein Studium in einem anderen Bereich sein, ebenso wie eine langjährige Berufserfahrung ohne formalen Berufs- oder Stu-

dienabschluss. Die durchgeführten Interviews ermöglichten eine detaillierte Analyse von Herausforderungen, Chancen, beruflichen Erfahrungen und unterschiedlichen Lebensläufen. Abschnitt 2 beleuchtet zunächst die vielfältigen Merkmale der Umschulenden Personen, während in Abschnitt 3 die daraus resultierenden Implikationen für die interprofessionelle Zusammenarbeit herausgearbeitet werden. Vor allem die individuellen Vorerfahrungen und Ressourcen der Umschulenden Personen stellen einen besonderen Wert für die interprofessionelle Zusammenarbeit dar.

2. Vielfalt Umschulender Personen

Innerhalb der Gruppe der Umschulenden Personen lassen sich Unterschiede hinsichtlich verschiedener Differenzlinien feststellen, darunter berufliche Vorerfahrungen, Alter, Geschlecht, Nationalität sowie Mehrsprachigkeit. Die verschiedenen Differenzlinien können sowohl als Ressource genutzt als auch als Herausforderung verstanden werden. Dies machen die nachfolgenden Ausführungen deutlich.

2.1 Zur Relevanz der Differenzlinie *Alter* bei Umschulenden Personen

Alter ist in der Betrachtung von Umschulenden Personen ein entscheidendes Differenzmerkmal. Gemäß der Erhebung des Statistischen Bundesamts (2024) haben im Jahr 2023 insgesamt 53.900 Personen eine Ausbildung zur Pflegefachperson in Deutschland begonnen. Der Medianwert des Durchschnittsalters der Auszubildenden zum Ausbildungsbeginn liegt bei 21 Jahren. Auf Basis der im Rahmen des Projekts ParAScholaBi eigens erhobenen qualitativen Daten lässt sich die Annahme ableiten, dass Pflegeauszubildende mit 21 Jahren und älter als *Umschulende Personen* kategorisiert werden können. Diese Gruppe zeichnet sich durch vielfältige bildungsbiografische Hintergründe aus, die bereits vor der Pflegeausbildung erworben wurden. Das Projekt weist nach, dass diese Hintergründe bezüglich des Ausbildungsverlaufs eine deutliche Relevanz entfalten können, die sich von »Erstauszubildenden Personen« stark unterscheidet. Rund 11.000 Auszubildende (21 %) sind zwischen 21–24 und rund 6.000 (11 %) sind zwischen 25 und 29 Jahren alt. Ebenfalls 6.000 Personen (11 %) im Alter von 30 bis 39 Jahren und 3.900 Personen (7 %) im Alter ab 40 Jahren strebten die Ausbildung zur Pflegefachperson in Deutschland an (vgl. Statistisches Bundesamt 2023). Diese Personengruppen im höheren Alter stellen in der Forschung wie eingangs erwähnt eine wenig betrachtete Gruppe dar. Das Projekt ParAScholaBi geht davon aus, dass diese Personengruppe als *Umschulende Personen* ca. 51 % der Pflegeauszubildenden betrifft, wenn die Altersgrenze 21 gesetzt wird, und 29 % der Pflegeauszubildenden betrifft, wenn die Altersgrenze bei 25 Jahren gesetzt wird. Möchte man die Altersgrenze für eine Umschulende Person beispiels-

weise erst ab 30 Jahren setzen, betrifft es immer noch 18 % – jede*n fünften Pflegeauszubildende*n in Deutschland.

Die Datenanalyse aus dem Projekt zeigt, dass Personen, die sich in einer Umschulung zum Pflegeberuf befinden und bereits ein höheres Lebensalter erreicht haben, wertvolle Ressourcen mitbringen, die durch ihre beruflichen und lebensweltlichen Erfahrungen geprägt sind. Zu den identifizierten Ressourcen zählen eine höhere Reife, bessere Organisationsfähigkeiten sowie eine ausgeprägte Empathie. Ihre Lebenserfahrung befähigt sie, in der Interaktion mit Pflegebedürftigen sowie im Kontext interdisziplinärer Teams Geduld und Kommunikationsfähigkeit zu zeigen, was sich als vorteilhaft erweist. Ein nicht unerheblicher Anteil der Umschulenden Personen hat bereits praktische Erfahrungen in der Pflege gesammelt, beispielsweise als Hilfsperson oder als pflegende*r Angehörige*r. Umschulende Personen zeigen ein signifikantes Interesse am Wissenserwerb (»wenn ich etwas mache, dann möchte ich auch ein Hintergrundwissen haben« (PAU02, Abs. 7)) und neigen dazu, theoretische und praktische Zusammenhänge in einem tiefgreifenden Verständnis zu erforschen. Die bewusste Entscheidung für den Pflegeberuf sowie die damit einhergehende hohe Berufsmotivation resultieren in einer überdurchschnittlichen Verweildauer in diesem Beruf. Die Ressourcen älterer Umschulender Personen machen sie zu einer wichtigen und wertvollen Personalressource im Pflegebereich (vgl. Doering u.a. 2024a: 519).

Für ältere Umschulende Personen stellen sich jedoch ebenfalls vielfältige Herausforderungen. Der Wiedereinstieg ins Lernen nach einer längeren Pause erweist sich oft als schwierig, da sich die Lernenden zunächst wieder an die Tätigkeit des Lernens gewöhnen und Inhalte häufig wiederholen müssen, um sie zu behalten. Der Umgang mit digitalen Endgeräten sowie die Anforderungen des Homeschoolings, insbesondere während der Corona-Pandemie, stellen für zahlreiche ältere Umschulende Personen eine zusätzliche Herausforderung dar. Eine weitere Herausforderung betrifft die Finanzierung der Ausbildung. Aufgrund finanzieller Verpflichtungen, beispielsweise durch Miete oder unterhaltspflichtige Kinder, ist das verfügbare Einkommen während der Ausbildung oft geringer als erwartet. Des Weiteren sehen sich die Betroffenen mit Konflikten bezüglich ihrer Rollenidentität konfrontiert: Neben der praktischen Arbeit sind sie als Auszubildende zusätzlich in der Rolle der Lernenden, in die sie selbst erst hinfinden müssen. Dazu kommt, dass sie die Rolle der Lernenden aber auch häufig in der Praxis gegenüber Kolleg*innen verteidigen müssen. Die Kombination von praktischer Arbeit, schulischen Verpflichtungen und privaten Anforderungen wird von den Betroffenen als besonders herausfordernd empfunden, sowohl in mentaler als auch in körperlicher Hinsicht. Die Betreuung von Kindern führt zu einer zusätzlichen Erschwernis bei der Vereinbarkeit von Ausbildung und Alltag. Die Vielzahl an Herausforderungen, mit denen ältere Umschulende Personen konfrontiert sind, verdeutlicht, dass sie spezifische Be-

dürfnisse aufweisen, die durch *gezielte Unterstützungsmaßnahmen* adressiert werden müssen, um ihren Erfolg in der Ausbildung zu fördern (vgl. Doering u.a. 2024a: 519).

2.2 Kulturelle Erfahrungen und Mehrsprachigkeit bei Umschulenden Personen

Die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe werden durch die Auszubildenden selbst als Vorteile wahrgenommen, insbesondere bezogen auf die diversitätssensible Pflege in den Einrichtungen sowie das vielseitige Verständnis für andere Kulturen und Religionen in der kultursensiblen Pflege.

Umschulende Personen in der Pflege bringen vielfältige kulturelle Erfahrungen mit und zeichnen sich durch Mehrsprachigkeit aus und stellen damit eine wertvolle Ressource in der Pflegeausbildung dar. Diese Personen verfügen nicht nur über zusätzliche sprachliche Kompetenzen, die im Umgang mit Pflegebedürftigen von großem Nutzen sein können, sondern sie fördern auch die kulturelle Verständigung innerhalb des Pflegeteams und mit den Pflegebedürftigen. Die Tätigkeit mehrsprachiger Pfleger umfasst die Funktion als Dolmetschende sowie den gezielten Einsatz bei Pflegebedürftigen mit Sprachdefiziten. Dies trägt zu einer Steigerung der Pflegequalität bei und überwindet kulturelle Barrieren. Es müsste sich auch im Pflegebereich durchsetzen, Mehrsprachigkeit als Ressource anzuerkennen. Vielfältige Sprachen können in Hinblick auf transkulturelle und interkulturelle Pflege eine große Ressource und Herausstellungsmerkmal sein (Doering u.a. 2024a: 519). Die vielfältigen Berufs-, Bildungs- und Lebensbiografien der Umschulenden Personen tragen zu einer Bereicherung und Vielfalt des Pflegeteams bei.

Für Personen mit Migrationshintergrund, die eine Umschulung absolvieren, stellen Mehrsprachigkeit, interkulturelle Kompetenzen und oft auch eine hohe Resilienz wertvolle Ressourcen dar. Ihre Erfahrungen in unterschiedlichen kulturellen Kontexten können bereichernd für interdisziplinäre Teams sein und zu einer sensibleren, diversitätsbewussten Versorgung beitragen. Gleichzeitig treten sprachliche Barrieren als Herausforderung auf, da sowohl die Alltagssprache als auch die Fachsprache besondere Anforderungen mit sich bringen. Innerhalb des Kursverbundes kann durch zusätzliche Angebote zur Sprachförderung oder durch das Schaffen von Räumen für weiterführende Fragen gezielt Unterstützung geleistet werden. Die enorme Anstrengung, die mit dem Absolvieren der Ausbildung in einer Fremdsprache verbunden ist, erfährt am Lernort Pflegeschule wie auch am Lern- und Arbeitsort Praxis jedoch kaum Anerkennung. In der Praxis wird die Sprachbarriere insbesondere bei der Kommunikation mit den Pflegebedürftigen als Herausforderung wahrgenommen, da Kommunikation in der Pflege als elementarer Baustein verstanden wird.

2.3 Zur Relevanz der Differenzlinie *Geschlecht* bei Umschulenden Personen

Die statistische Erfassung in Deutschland weist nach wie vor Lücken in der Differenzierung nach bestimmten Merkmalen auf. Dies zeigt sich unter anderem bei der Differenzlinie *Geschlecht*, da sich divers zuordnende Personen weiterhin den binären Kategorien männlich oder weiblich zugeordnet werden (vgl. Vogel u.a. 2023: 310). Diese binäre Geschlechterordnung prägt auch heute noch die Konnotation der Pflege und spiegelt sich in der Geschlechterverteilung innerhalb der Ausbildung zur Pflegefachperson wider. Im Jahr 2023 entschieden sich 38.900 Frauen (72 %) und 15.100 Männer (28 %) für eine Ausbildung in diesem Berufsfeld (vgl. Statistisches Bundesamt 2024).

Die Gruppe der Personen, die eine Umschulung im Bereich der Pflegeausbildung absolvieren, weist eine geschlechtsspezifische Verteilung auf, die zum Teil von traditionellen Geschlechterrollen beeinflusst wird. Ein Großteil der Umschulenden Personen sind Frauen, die nach längeren Phasen der Care-Arbeit eine berufliche Neuorientierung anstreben. Hier zeigt sich ein Spannungsfeld von privater und erwerbsbegründeter Care-Arbeit, das von den Interviewpartner*innen im Kontext von Herausforderungen innerhalb der Umschulung in der generalistischen Pflegeausbildung selbst zum Thema gemacht wird, obwohl danach gar nicht gefragt wurde (vgl. Jürgensen u.a. 2024: 362ff.). Da Personen, die eine Umschulung absolvieren, meist ein höheres Alter haben und die privat zu leistende Care-Arbeit mit dem Alter ansteigt, sind weiblich gelesene Umschulende Personen häufig besonders betroffen, nicht nur einen Mehranteil an privater Care-Arbeit zu leisten, sondern auch private und erwerbsbegründete Care-Arbeit miteinander zu vereinbaren (vgl. ebd.: 362ff.).

Ein Großteil der Umschulenden Personen hat zuvor in pflegenahen Berufen gearbeitet oder Care-Arbeit in der Familie geleistet und strebt nun eine formale Qualifikation in der Pflege an. Männer sind in dieser Gruppe weniger vertreten, jedoch auch zunehmend bereit, in die Pflege umzuschulen, was zu einer Diversifizierung des Pflegeteams beiträgt. Die geschlechtsspezifische Verteilung innerhalb dieser Gruppe reflektiert somit sowohl traditionelle als auch sich wandelnde Geschlechterrollen. Innerhalb der Kurse an der Pflegeschule wird dem Geschlecht im Allgemeinen keine signifikante Bedeutung beigemessen. In der Praxis hingegen kann die Geschlechtszugehörigkeit eine entscheidende Rolle spielen, beispielsweise, wenn Frauen eine körpernahe Versorgung durch Frauen präferieren. Diese Beobachtung ist jedoch nicht auf die Gruppe der Umschulenden Personen beschränkt. In der Praxis werden männlich gelesene Kolleg*innen nach wie vor bevorzugt für körperlich schwerere Tätigkeiten herangezogen. Die interviewten Praxisanleitenden geben zum Teil an, dass männlich gelesenen Kolleg*innen in der Praxis manchmal eine gewisse Sonderstellung zukommt:

»Also männliche Schüler haben tendenziell Vorteile in der Pflegeausbildung unabhängig davon, ob sie jetzt Umschüler sind oder nicht. [...] Das ist einfach so, dass männliche Schüler eher hofiert werden und dass die da eher auch noch mal ein Auge zugedrückt werden. Also selbst die leistungsschwachen männlichen Schüler profitieren von ihrem Geschlecht.« (PAL05, Abs. 23)

Die interviewten männlich gelesenen Umschulenden Personen wurden nicht eigens befragt und stellen ein Desiderat dar. Insgesamt könnte der Anteil männlich gelesener Umschulender Personen durch andere Berufsbilder und Berufsrollen (z. B. durch Vorbehaltene Tätigkeiten) deutlich zunehmen in den kommenden Jahrzehnten.

2.4 Berufliche Vorerfahrungen und Lebenserfahrung Umschulender Personen

Die Gruppe der Umschulenden Personen ist heterogen und zeichnet sich durch individuell unterschiedliche Lebensverläufe aus. Das Spektrum der vorherigen Berufstätigkeiten ist vielfältig und umfasst Tätigkeiten, die nicht dem Bereich der Pflege beziehungsweise der Medizin zuzuordnen sind. Dazu gehören beispielsweise Tätigkeiten in verschiedenen Handwerksberufen, im Reinigungssektor, in der Gastronomie, in der Telekommunikationsbranche, im Büro, als Fernfahrer*in, im Hotelwesen und in weiteren Berufsfeldern. Ein Großteil der Umschulenden Personen hat jedoch bereits vorher in der Pflege gearbeitet, wobei die Tätigkeiten entweder als un- oder angelernte Hilfskraft oder in anerkannten pflege/medizinischen Berufen wie beispielsweise in der Kinderpflege, im Rettungsdienst oder als (Zahn-)Medizinische Fachangestellte/r ausgeführt wurden. Personen mit Migrationshintergrund, die eine Umschulung in der Pflege absolvieren, weisen mitunter einen akademischen Hintergrund auf, der in Deutschland jedoch bislang nicht anerkannt wurde. Dies hat dazu geführt, dass sie sich für eine Tätigkeit in der Pflege entschieden haben. Die Motive, sich zu einem späteren Zeitpunkt, zum Großteil im fortgeschrittenen Alter, für eine Umschulung zu entscheiden, sind ebenfalls vielfältig. Personen, die bereits in Pflegeassistentenberufen tätig waren, wurden zum Teil von ihren Vorgesetzten oder Kolleg*innen dazu ermutigt, die *große Ausbildung* noch zu absolvieren. Des Weiteren wurde seitens der Umschulenden Personen der Wunsch nach einem fundierten Handeln sowie nach mehr Verantwortung geäußert. Die angemessene Vergütung als Fachperson (Aufbesserung der eigenen Rente) sowie die Möglichkeit, in einem zukunftssicheren, vielfältigen und sinnhaften Beruf zu arbeiten, waren ebenfalls von entscheidender Bedeutung. Insbesondere Frauen, die über einen längeren Zeitraum Care-Arbeit für ihre Kinder oder die Pflege von Angehörigen geleistet haben, streben eine berufliche Neuorientierung an. Die überwiegende Mehrheit der Personen, die eine Umschulung absolvieren, verbindet mit ihrer Berufswahl eine bewusste Entscheidung sowie eine hohe Berufsmotivation. Diese

These wird durch die Schilderung einer fachberatenden Person der Agentur für Arbeit/Jobcenter (JC) belegt:

»Also die die bei mir aufschlagen, da ist das keine Frage mehr. Denn die wissen, ich will das machen. Da ist kein Zweifel oder so etwas. Und was wir auch machen, also ich mache das kategorisch, die Leute, denen ich eine Umschulung finanziere, die schicke ich zum berufspsychologischen Service, wo auch die Motivation abgeklopft wird. Aber das wirst du eher mitkriegen, Pflege, ist das was für mich, bin ich die Richtige.« (PAFT1, Abs. 37)

Die Studie von Zieher und Ayan (2016) zeigt, dass Umschulende Personen, bei ihnen sogenannte Quereinsteiger*innen, länger in der Pflege verbleiben als Erstauszubildende ohne längeren Bildungsweg vor der Pflegeausbildung. Um Pflege nachhaltig zu gestalten, stellen die Umschulenden Personen also eine wichtige personelle Ressource dar. Sie sind sich der Herausforderungen und der Möglichkeiten, die der Pflegeberuf mit sich bringt, bewusst.

3. Interprofessionalität von Umschulenden Personen

Professionalität wird von Bernd Dewe und Martin Schwarz (2013) nicht als ein fester Zustand verstanden, der einmal erreicht und dann dauerhaft gesichert ist. Vielmehr beschreiben sie Professionalität als eine »flüchtige, jedes Mal aufs Neue situativ herzustellende berufliche Leistung« (Dewe/Schwarz 2013: 193). Sie ist also kein erreichbares Ziel, sondern ein fortlaufender Aushandlungsprozess, der in jeder beruflichen Situation neu geleistet werden muss. In Bezug auf die Soziale Arbeit führt Oehler (2018) auf, dass Dewe und Hans-Uwe Otto das Konzept der »reflexive[n] Profession« entwickeln (Oehler 2018: 86ff.). Dieses Verständnis lässt sich auch gewinnbringend auf die Pflege- und Gesundheitsberufe übertragen, die sich stark an Modellen der reflexiven Könnerschaft orientieren. Solche Modelle, z. B. von Benner (1994) oder Neuweg (2020) beschreiben professionelles Handeln als wissensbasiert, erfahrungsgeleitet und stark kontextbezogen. Konzepte wie die Theorie des impliziten Wissens, die Figur der »handelnden Expertin bzw. des handelnden Experten« oder das Modell der »reflexiven Könnner*in« (vgl. Benner 1994; Neuweg 2020; Darmann-Finck 2020; Walter u. a. 2019) verdeutlichen: Pflegeexperten*innen wissen oft mehr, als sie explizit in Worte fassen können.

In Bezug auf die aufgezeigten Differenzlinien gilt es sicherlich zum einen, sich ein *Wissen* (Spiegel 2011: 104) über die Relevanz dieser am Lernort Pflegeschule wie auch am Lern- und Arbeitsort Praxis anzueignen, aber vor allem auch eine *Haltung* (Spiegel 2011: 109) zu entwickeln, die das eigene Beteiligtsein an den Zuschreibun-

gen entlang der aufgezeigten Differenzlinien, die Benachteiligungen wie auch Privilegien, die damit einhergehen können, reflektiert.

Interprofessionalität im Gesundheitswesen bezieht sich auf die Zusammenarbeit verschiedener Professionen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Idealerweise werden aufkommende Fragen kooperativ von allen beteiligten Personen bearbeitet, um ein positives Ergebnis in der gesundheitlichen Versorgung zu erzielen (vgl. Welz-Spiegel/Spiegel 2023: 51).

»In der Gesundheitsversorgung kommt dem Zusammenspiel der zahlreichen Fachleute unterschiedlichster beruflicher Provenienz enorme Bedeutung zu. Die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der Patienten hängen vielfach von der gelingenden interdisziplinären wie interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) ab.« (Schmitz u.a. 2020: 183)

Im Kontext von Umschulenden Personen in den Pflegeberufen spielt Interprofessionalität ebenfalls eine zentrale Rolle. Diese Personengruppe bringt vielfältige berufliche Hintergründe mit, die berücksichtigt werden müssen. Interprofessionalität kann hier beispielsweise als Integration bisheriger beruflicher Erfahrungen und neu erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten in der Pflege verstanden werden. Umschulende Personen haben entweder eine Ausbildung oder Studium in einer bestimmten Profession oder Fachdisziplin absolviert und/oder verfügen über langjährige praktische Erfahrungen. Diese beruflichen Erfahrungen können gewinnbringend in die neue Tätigkeit in der Pflege eingebracht werden.

Die Integration unterschiedlicher beruflicher Erfahrungen mit neuen Pflegekompetenzen ermöglicht einen bereichernden interprofessionellen Austausch. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Professionen können Synergieeffekte entstehen, die zu einer personenbezogenen und qualitativ hochwertigen Patient*innenversorgung beitragen. Interprofessionalität fördert den Wissenstransfer zwischen den Disziplinen und ermöglicht es, von den jeweiligen Stärken und Perspektiven zu profitieren.

»Im Allgemeinen funktioniert ein Team dann »gut«, wenn jedes Mitglied eine Rolle hat. Jeder kennt die eigenen Verantwortlichkeiten und Aktivitäten der anderen Rollen im Team. Ein gegenseitiges Verständnis für die persönlichen Nuancen, die der Einzelne in seine Rolle einbringt, wird eingebracht.« (Welz-Spiegel/Spiegel 2023: 65)

Der interprofessionelle Austausch kann zu innovativen Lösungsansätzen in der Praxis führen, das Verständnis für unterschiedliche Rollen verbessern und die Problemlösungskompetenz aller Beteiligten stärken. Insgesamt kann die Qualität der Gesundheitsversorgung gesteigert werden, indem die Expertise verschiedener Berufs-

gruppen gebündelt wird, was einen umfassenderen Blick auf die Bedürfnisse der zu versorgenden Menschen ermöglicht.

Der Interprofessionalitätsbegriff innerhalb des Forschungsprojekts ParASchoLaBi stützt sich auf die Ansicht, dass die berufsbiografischen Vorerfahrungen der Umschulenden Personen als Brücke zwischen verschiedenen Disziplinen fungieren können. So kann es vorteilhaft sein, die *Sprache* verschiedener Fachdisziplinen zu sprechen und dadurch den interprofessionellen Wissensaustausch und die Kommunikation zu erleichtern. Das heißt, dass sich in diesem Fall Wissen und Kenntnisse aus mehreren Professionen in einer Person vereinen und daraus ein Mehrwert für die Tätigkeit entstehen kann. Gerade der Fähigkeit des Perspektivwechsels kommt in der Interprofessionalität ein hoher Stellenwert zu, da sich diese gegenüber anderen Berufsgruppen positiv auf die Zusammenarbeit und das Netzwerken auswirkt (vgl. Welz-Spiegel/Spiegel 2023).

»Alle Beteiligten im Team wirken mit ihren Erfahrungen und persönlichen Eigenschaften in der jeweiligen beruflichen Aufgabe mit. Sozialpsychologische Aspekte sind das respektvolle, proaktive Einbringen eigener Kenntnisse und gegenseitiges Verständnis anderer Berufsgruppen.« (Welz-Spiegel/Spiegel 2023: 62f.)

4. Chancen und Grenzen für die interprofessionelle Tätigkeit in der Praxis

Die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) betont die Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit als zentralen Bestandteil der Pflegeausbildung. Insbesondere Umschulende Personen, die eine Pflegeausbildung absolvieren, bringen durch ihre beruflichen Vorerfahrungen wertvolle Kompetenzen mit, die sowohl für die Qualität der Patientenversorgung als auch für die Teamarbeit im Gesundheitswesen von Bedeutung sind. Ihre berufsbiografischen Hintergründe, die aus unterschiedlichsten Disziplinen stammen, ermöglichen es ihnen, pflegerische, hauswirtschaftliche, kommunikationsbezogene oder technische Fähigkeiten miteinander zu verknüpfen. Eine systematische Integration dieser bereits vorhandenen Kompetenzen in die Pflegeausbildung könnte daher die interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig stärken.

In dem 2017 veröffentlichten Masterplan Medizinstudium 2020 des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde folgende Maßnahme formuliert: »Wir erwarten, dass die Hochschulen aufbauend auf den gemachten Erfahrungen gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsberufe verstärkt in ihre Curricula aufnehmen« (BMBD/BMG 2017: 5). Dies zeigt, dass sich interprofessionelle Bildungsansätze bislang vorrangig auf die Zusammenarbeit innerhalb medizinischer und pflegerischer Berufe konzentriert haben.

Allerdings legen die Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt ParAScholaBi nahe, dass auch berufsbiografisch heterogene Gruppen – wie Umschulende Personen – eine entscheidende Rolle für interprofessionelle Bildungsprozesse spielen können. Aufgrund ihrer früheren Tätigkeiten verfügen sie über disziplinübergreifendes Wissen und Soft Skills, die eine neue Qualität in interprofessionelle Arbeitsprozesse einbringen. Oft kombinieren sie beispielsweise pflegerische Praxis mit hauswirtschaftlichen, ernährungswissenschaftlichen oder sozialpädagogischen Kompetenzen. Ihr Erfahrungswissen kann somit eine Brücke zwischen verschiedenen Berufsgruppen schlagen und den Wissenstransfer im Pfltegeteam fördern.

Jedoch gibt es in der Praxis deutliche Herausforderungen bei der Einbindung dieser vielfältigen Kompetenzen. Während die Pflegeausbildung gemäß PflAPrV darauf abzielt, generalistische Kompetenzen zu vermitteln, bleibt die gezielte Nutzung der bereits vorhandenen Expertise Umschulender Personen oft unberücksichtigt. Dies führt dazu, dass Umschulende Personen in der Ausbildung zunächst auf standardisierte Lernwege festgelegt werden, anstatt gezielt an ihre Vorerfahrungen anzuknüpfen. Eine curriculare Anpassung, die die vorhandenen Kompetenzen systematisch in Lernprozesse integriert, könnte daher die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Pflegepraxis erheblich bereichern.

4.1 Ressourcen und Chancen

Die moderne Medizin bringt durch einheitliche Spezialisierungen verschiedene Verantwortlichkeitsbereiche hervor, dem übergeordnet ein beachtlicher Wissenszuwachs klare Grenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit formuliert (vgl. Densen 2011). Jene Spezialisierungen verfolgen klar das Ziel einer hochwertigen Patient*innenversorgung, verlieren jedoch gleichzeitig den Blick für die Vielfalt von Lebensrealitäten von Patient*innen und für die Flexibilität in den Versorgungsangeboten. Die Häufigkeit dauerhafter Krankheitsbewältigungen, die dem demografischen Wandel anzurechnen ist, führt weiterhin zu dem Erfordernis, dass patient*innengerechte Versorgung nicht nur durch die Arbeit einer Profession gewährleistet werden kann (vgl. Sottas u. a. 2016).

Umgeschulte Pflegefachpersonen bringen eine Vielzahl beruflicher Erfahrungen und Qualifikationen mit, die es ihnen ermöglichen, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Lebenswirklichkeiten der Patient*innen zu erkennen und auf diese einzugehen. Dies kann vor allem durch patient*innengerechte Kommunikation umgesetzt werden, deren Ziel es ist, komplexe medizinische und pflegerische Informationen verständlich zu vermitteln (vgl. Kulbe 2009). Dabei gilt es, sowohl die Diversität der Patient*innen bezüglich Alter, Herkunft, Nationalität, Religion, Sexualität etc. zu berücksichtigen als auch die der Umschulenden Personen und des gesamten intra- und interprofessionellem Teams. Umgeschulte Pflegefachpersonen vereinen somit verschiedene Vorteile einer eigens heterogenen Gruppe und brin-

gen durch ihr (Fach-)Wissen und ihre Arbeit in verschiedenen Disziplinen vielfältige Kommunikations- und Erläuterungskompetenzen ein. Besonders wertvoll sind in diesem Zusammenhang die interkulturellen Kompetenzen von Personen mit Migrationshintergrund. Sie bringen neben der sprachlichen Vielfalt ebenfalls unterschiedliche lebens- und berufsbiografische Ansätze interkultureller Pflege ein.

»Also ich glaube schon, dass ich auf die Ressourcen oft zurückgreife, was die zwischenmenschliche Beziehung angeht, was die Kommunikation angeht, was das Miteinander angeht.« (PAFP 1, Abs. 32)

Über den allgemeinen Pflege- und Versorgungsaspekt von Patient*innen hinaus ist es umgeschulten Pflegefachpersonen demzufolge möglich, weitere fachliche und soziale Kompetenzen sowie erlernte Soft Skills einzubringen, um qualitativ hochwertige Arbeit nicht nur fachlich zu leisten, sondern ebenfalls bedürfnis- und lebensweltorientiert.

»Und auch häufig die Ressource, dass man mit Dingen doch besser umgehen kann, weil das vergessen-, also ich vergesse es manchmal tatsächlich auch selber, [...] was wir hier für extreme Patienten haben. Also ganz-, die schlimmsten-, ganz heftige Schicksale. Wir sind das ja relativ gewöhnt. Und damit, finde ich, können aber auch häufig die [...] aus dem Ausland oder die schon einen anderen Beruf haben, besser umgehen. Ist aber auch normal, weil sie erwachsener sind und schon mehr gesehen haben vom Leben, so. Finde ich auch eine ganz wertvolle Ressource.« (PAFP1, Abs. 33)

Die Vorerfahrungen umgeschulter Pflegefachpersonen, die eine vielfältigere Bildungs- und Berufsbiografie mitbringen, stellen eine bereichernde Ressource dar, die sich oft aus einer besseren Kommunikationsfähigkeit und einem höheren Verantwortungsbewusstsein speist (vgl. Doering u.a. 2024b). Jene Vorerfahrungen, die das umgeschulte Personal bereits in anderen (nicht pflegerischen/medizinischen) Disziplinen sammeln konnte und die in dem Sinn des Projekts ParAScholaBi als *interprofessioneller Ansatz* verstanden werden, stellen die wichtigste Ressource eines lebensweltorientierten Ansatzes dar, der eine ganzheitliche Betrachtung schafft.

»Ja, ich werde halt immer noch sehr, sehr gerne genommen zum neue Leute anlernen, beispielsweise auch bei den Dementen habe ich jetzt auch frischen Wind reingebracht, dass da auch das-, mir fehlt gerade das Wort. Ach so, dass der Speiseplan quasi erweitert wird. Also Ideen zur besseren Nahrungsaufnahme und so, mit Fingerfood und sowas also Kleinigkeiten. Und auch wie man mehr Kalorien reinbekommt in die Bewohner, so dass es ihnen schmeckt.« (PAU03, Abs. 27)

Das proaktive Einbringen bereits erlangten Wissens anderer Professionen führt des Weiteren zu einer hohen Selbstständigkeit von Umschulenden Personen (vgl. Doering u.a. 2024b). Umschulende Personen sind häufig motivierter und zeigen einen bemerkenswerten Einsatz sowie eine ausgeprägte Lernbereitschaft. Dies wird durch ihre Fähigkeit unterstützt, bereits erworbenes Wissen und Denkprozesse aus anderen Disziplinen in die Pflegepraxis und -ausbildung zu integrieren.

»Aber Sie sind auch intensiver, also sie fragen mehr nach, detaillierter auch nach, wollen das ganz genau aufschlüsseln und wissen und verstehen. Das zeichnet sie [...].« (PAP 01, Abs. 25)

»Also, die sind extrem motiviert, ein angenehmes Klima und eine gute Atmosphäre zu gestalten. Sind immer, also die, die ich jetzt vor Augen habe, sind irgendwie immer die, die motiviert sind, besonders engagiert sind, wenn es um sowas geht wie, man will mal einen netten Nachmittag verbringen.« (PAFL 01, Abs. 53)

Eine quantitative Längsschnitt-Studie von Zieher und Ayan (2016) zeigte, dass Umschulende Personen häufig länger im Gesundheitswesen tätig bleiben als Erstauszubildende. Damit stellen Umschulende Personen eine wichtige Ressource für die Fachkräftesicherung dar (vgl. Doering u.a. 2024: 519). Ihre bereits vorhandenen Qualifikationen bilden eine stabile Basis für den Erwerb neuer pflegerischer Kenntnisse.

»Oder so nehme ich das wahr, ist ja nur eine subjektive Wahrnehmung, ich nehme das halt so wahr, dass Menschen, die schonmal einen anderen Beruf erlernt haben oder auch woanders den Beruf erlernt haben und den hier jetzt ausfüllen wollen, viel viel motivierter sind, weil es doch nochmal eine andere bewusste Entscheidung war als zweit oder dritt Beruf nochmal was anderes zu machen.« (PAL 02, Abs. 9)

In der Praxis bedeutet dies, dass Personen mit unterschiedlichsten bildungs- und berufsbiografischen Hintergründen jeweils eigene Lernstrategien sowie eine Vielfalt an Soft Skills einbringen können, die dem gesamten Team als wertvolle Ressource dienen. Dem angestrebten Voneinander-Lernen-Könnens, welches in der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgehalten wurde, kann durch die Förderung Umschulender Personen in der generalistischen Pflegeausbildung und dem Einbringen bereits vorhandener (Fach-)Kompetenzen nachgekommen werden. Insgesamt stellen umgeschulte Pflegefachpersonen durch ihre vielfältigen beruflichen Hintergründe, ihre Kommunikationsfähigkeiten und ihre interkulturellen Kompetenzen eine bedeutende Bereicherung für die Patient*innenversorgung dar. Ihr Beitrag zur interprofessionellen Zusammenarbeit und ihr beständiger Einsatz in der Pflege sind unverzichtbare Ressourcen für die Verbes-

serung der Versorgungsqualität und die Förderung eines lebensweltorientierten Ansatzes in der Patient*innenversorgung.

4.2 Good Practice

Innerhalb des empirischen Materials finden sich Good Practice-Beispiele, die die interprofessionelle Kompetenz der Umschulenden Personen spezifisch aufzeigen.

Die interprofessionelle Kompetenz der Umschulenden Personen, die sich aus ihren bisherigen Erfahrungen, Lebenswegen und Vielfalt speist, kann in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu einem bereichernden Austausch und innovativen Lösungsansätzen führen. Durch die Verknüpfung unterschiedlicher Perspektiven und Herangehensweisen können ganzheitliche Konzepte für eine qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung entwickelt werden.

Folgende Interviewauszüge veranschaulichen diese Heterogenität der Gruppe der Umschulenden Personen und bestätigen, dass die Kompetenzen gewinnbringend für eine interprofessionelle Zusammenarbeit genutzt werden können. Besonders befragte Praxisanleitende machen deutlich, inwieweit diese Kompetenzen als Ressource in der interprofessionellen Arbeit in der Praxis genutzt werden können.

Beispiel 1:

»Ich könnte mir jetzt vorstellen, dass wenn jemand, der vorher Koch war und jetzt die Umschulung macht und sagt: ›Okay, das Essen könnte man-, wenn ich jetzt das Mittagessen austeile, dann kann ich das so gestalten, dass es für denjenigen ansprechender ist. Wenn der jetzt zum Beispiel nicht so gut isst, dass ich das anders darbieten kann.« So etwas vielleicht. Also, er hat dann eine andere Vorstellung: ›Wie kann ich das Essen präsentieren, dass es für die Bewohner angenehmer ist?‹ So etwas in die Richtung könnte ich mir vorstellen.« (PAFP 2, Abs. 66)

Beispiel 2:

»Das kommt ja auf die Situation an, das kommt auf die Ressource an und es kommt drauf an, was ich will. Also-, und was der Nachqualifikant halt eben mitbringt, für eine Vorausbildung. Ich glaube fachlich kann ich da weniger auf die Ressourcen zurückgreifen, also wenn es jetzt darum geht einen Verband zu machen und Blutdruck zu messen, das werden neue Themen sein. Also ich glaube schon, dass ich auf die Ressourcen oft zurückgreife, was die zwischenmenschliche Beziehung angeht, was die Kommunikation angeht, was das Miteinander angeht.« (PAFP 1, Abs. 32)

Besonders die Kompetenzen aus den vorherigen beruflichen Tätigkeiten werden als positiv für die Tätigkeit in der Pflege angesehen. Das Nutzen ihrer berufsbiografischen Erfahrungen von den Umschulenden Personen leistet einen wertvollen Beitrag zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

4.3 Grenzen

Die Chancen einer interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Wertschätzung bereits vorhandenen (Fach-)Wissens können durch einen regelmäßigen Wissensaustausch, transparente Interaktionen und die notwendigen personellen Ressourcen genutzt werden.

In der Praxis zeigt sich jedoch meist ein anderes Bild. Das aktive Einbringen bereits vorhandenen Wissens aus anderen Disziplinen findet zumeist keine Beachtung und erhält wenig Wertschätzung. Die Anerkennung von Vorerfahrungen im Pflege- und Gesundheitsbereich ist bis heute kaum erfasst. Vor allem für Umschulende Personen, die bereits fachliches Wissen und Kompetenzen aus anderen Gesundheitsberufen und deren Disziplinen mitbringen, ist es in der Praxis herausfordernd, bereits erlernte Prozesse und Routinen aufzubrechen (vgl. Doering u.a. 2024b: 516). Die körperliche und psychische Belastung in den Pflegeberufen ist nach wie vor extrem hoch. Grenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit werden dementsprechend von außen, im Sinne außenstehender Personen oder Rahmenbedingungen, und von innen, im Sinne eigener Widerstände, gesetzt.

Bereits der Begriff der Umschulung selbst, welche als »bildungs- und arbeitsmarktpolitisches Instrument, das den Arbeitnehmenden den Wechsel in ein anderes und/oder ein neues Arbeitssegment ermöglicht« (Peters 2023: 409) beschrieben wird, schafft die Herausforderung, alte Routinen aufzubrechen und gleichzeitig bereits erlerntes Fachwissen als Ressource zu nutzen.

In diesem Zusammenhang steht die interprofessionelle Zusammenarbeit durch umgeschulte Pflegefachpersonen auch vor der Schwierigkeit des (Wieder-)Lernens. In den Interviews des Pflegebildungsforschungsprojekts berichteten Umschulende Personen selbst, jedoch auch die Lehrenden, Praxisanleitenden und die Mitarbeitenden umschulender Maßnahmen von der Herausforderung, sich wieder auf das Lernen einzustellen und Offenheit für neue Lernmethoden und Didaktik zu zeigen.

»Ja, das Lernen lernen, richtig. Also dass man das alles in den Kopf hineinbekommt, wissen Sie, das meine ich mit Lernen lernen. Also die vielen Informationen sacken lassen, aufnehmen auch und sich merken. Das ist halt schwieriger oder fällt ihnen allen schwerer als etwas Jüngeren, die jung in die Ausbildung starten« (PAP 01, Abs. 61).

In der Praxis steht das Team daher vor der Aufgabe, verschiedenste Lerntypen aus unterschiedlichsten Disziplinen zusammenzuführen, um ein gemeinsames Verständnis von Arbeitsprozessen zu schaffen und gleichzeitig unterschiedlichste Lebenserfahrungen und Biografien zu berücksichtigen.

5. Ausblick und Fazit

In diesem Artikel wurde die Gruppe der Umschulenden Personen in der Pflegeausbildung sowie deren Beitrag zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen fokussiert. Umschulende Personen bringen aufgrund ihrer vielfältigen beruflichen und lebensbiografischen Hintergründe vielfältige Perspektiven und Kompetenzen mit, die die interprofessionelle Zusammenarbeit bereichern und zu einer Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten führen können. Wegen ihrer vorherigen Berufserfahrungen sind sie in der Lage, innovative Lösungsansätze zu entwickeln und die Kommunikation sowie den Wissenstransfer zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen zu optimieren.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit profitiert von den unterschiedlichen Sichtweisen und Fähigkeiten, die Umschulende Personen einbringen. Dies führt zu einer ganzheitlicheren und qualitativ hochwertigeren Versorgung der Patient*innen. Jedoch müssen diese Personen auch Herausforderungen bewältigen, wie den Wiedereinstieg ins Lernen und die Anpassung an neue berufliche Rollen, was ihre Integration in interprofessionelle Teams wiederum erschweren kann.

Um die Vorteile der interprofessionellen Zusammenarbeit durch Umschulende Personen voll auszuschöpfen, sollten gezielte Maßnahmen zur Unterstützung und Integration dieser Gruppe entwickelt werden. Dazu gehört die Implementierung spezieller Schulungs- und Weiterbildungsprogramme, die auf die Bedürfnisse Umschulender Personen zugeschnitten sind, um deren Integration in interprofessionelle Teams zu erleichtern. Zudem können Mentoring-Programme und Peer-Support-Gruppen den Wissenstransfer und den Austausch von Erfahrungen fördern. Es ist wichtig, Strategien zur Anerkennung und Wertschätzung der beruflichen Vorerfahrungen und individuellen Kompetenzen Umschulender Personen zu entwickeln. Eine offene und respektvolle Teamkultur, die die Vielfalt der Hintergründe und Perspektiven aller Teammitglieder anerkennt, trägt dazu bei, diese Personen optimal zu integrieren. Darüber hinaus sollte die interkulturelle Kompetenz innerhalb der interprofessionellen Teams gestärkt werden, um Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden besser begegnen zu können. Die Sensibilisierung aller Teammitglieder für die besonderen Bedürfnisse und Erfahrungen von Umschulenden Personen mit Migrationshintergrund ist hierbei essenziell (vgl. Dimitrova/Sehouli 2023: 1128).

Durch diese Maßnahmen kann die Integration Umschulender Personen in interprofessionelle Teams verbessert und deren wertvoller Beitrag zur Gesund-

heitsversorgung optimal genutzt werden. Die Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit und die Anerkennung der vielfältigen Ressourcen Umschulender Personen tragen wesentlich zur Verbesserung der Pflegequalität und zur Schaffung eines inklusiven und unterstützenden Arbeitsumfelds im Gesundheitswesen bei.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein anerkennender Umgang mit den bereits erworbenen Fähigkeiten und Kenntnissen der Umschulenden Personen von zentraler Bedeutung für ihre erfolgreiche Eingliederung in die Pflegepraxis ist. Indem die bisherigen Erfahrungswerte, individuellen Blickwinkel und die intrinsische Motivation einbezogen werden, können neuartige und kreative Lösungsansätze entwickelt werden, die letztendlich zu einer Steigerung der Versorgungsqualität für die Patient*innen führen. Eine offene und wertschätzende Grundhaltung gegenüber dieser Bandbreite an Kompetenzen ist der Schlüssel für eine ganzheitliche und interprofessionelle Zusammenarbeit im Pflegesektor.

Literatur

- Benner, Patricia (1994). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern: Huber.
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung/BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Beschlusstext zum Masterplan Medizinstudium 2020*. Online: https://www.bmbf.de/SharedDocs/Bekanntmachungen/DE/2017/10/1424_bekanntmachung.html (Abruf: 17.02.2025).
- Darmann-Finck, Ingrid (2020). *Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung*. In: Hermkes, Rico/Neuweg, Georg Hans/Bonowski, Tim (Hg.). *Implizites Wissen. Berufs- und wirtschaftspädagogische Annäherungen*. Bielefeld: wbv. S. 109–129.
- Densen, Peter (2011). *Challenges and opportunities facing medical education*. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 122. S. 48–58.
- Dewe, Bernd/Schwarz, Martin P. (2013). *Beraten als professionelle Handlung und pädagogisches Phänomen*. Hamburg: Dr. Kovač.
- Dewe, Bernd/Otto, Hans-Uwe (2018). *Soziale Arbeit als reflexive Profession*. In: Oehler, Patrick (Hg.). *Professionstheoretische Positionierungen Sozialer Arbeit*. Wiesbaden: Springer. S. 86–98.
- Dimitrova, Desislava/Sehouli, Jalid (2023). *Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen durch Fort- und Weiterbildungen fördern*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 66 (10), S. 1126–1129. Doi:10.1007/s00103-023-03768-3

- Doering, Denise/Genz, Katharina/Micus-Loos, Christiane/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2024a). Pocket Guide für Umschulende Personen. Online: <https://online.flipbuilder.com/KatharinaGenz/ebso/> (Abruf: 17.02.2025).
- Doering, Denise/Genz, Katharina/Micus-Loos, Christiane/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2024b). Umschulende Personen als Zielgruppe pflegedidaktischen Handelns am Lernort Schule und am Lernort Praxis: Erkenntnisse aus dem Projekt ParAScholaBi – Herausforderungen und Chancen. In: Brühe, Roland/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.). Handbuch Pflegedidaktik I. Bielefeld: transcript Verlag. S. 501–521.
- Jürgensen, Godje/Michalski, Stefan/Micus-Loos, Christiane/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2024). Umschulende Personen als Zielgruppe pflegedidaktischen Handelns am Lernort Schule und am Lernort Praxis. Erkenntnisse aus dem Projekt ParAScholaBi – Herausforderungen & Chancen. In: Reiber, Karin/Evans, Michaela/Mohr, Jutta (Hg.). Berufsbildung im Zeichen von Fachkräftesicherung und Versorgungsqualität – Beiträge aus der Berufsbildungsforschung Fachrichtung Pflege. Bielefeld: wbv. S. 357–371.
- Kulbe, Annette (2009). Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuweg, Hans Georg (2020). Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lern-theoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. 4. Aufl. Münster: Waxmann.
- Oehler, Patrick (2018). Demokratie und Soziale Arbeit. Entwicklungslinien und Konturen demokratischer Professionalität. Wiesbaden: Springer VS.
- Peters, Sibylle (2023). Umschulung. In: Rolf, Arnold/Nuissl, Ekkehard/Schrader, Josef (Hg.). Wörterbuch Erwachsenen- und Weiterbildung. 3. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 409–410.
- Schmitz, Christof/Berchthold, Peter/Cichon, Irina/Klapper, Bernadette/Amelung, Volker E. (2020). Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland. In: Amelung, Volker E./Eble, Susanne/Sjuty, Ralf/Ballast, Thomas/Hildebrandt, Helmut/Knieps, Franz/Lägel, Ralph/Ex, Patricia (Hg.). Die Zukunft der Arbeit: Im Gesundheitswesen. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 183–198.
- Sottas Beat/Höppner, Heidi/Kickbusch, Ilona/Pelikan, Jürgen/Probst, Josef (2013). Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. Careum Working Paper 7. Zürich: Careum.
- Spiegel, Hiltrud von (2011). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2023). Auszubildende in Pflegeberufen mit neu abgeschlossenem Ausbildungsvertrag: Deutschland, Stichtag, Altersgruppen [Ergebnis 21241–0003]. Genesis Datenbank [23.11.2023].

- Statistisches Bundesamt (2024). 3 % mehr neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in der Pflege im Jahr 2023. Pressemitteilung Nr. 125 vom 27. März 2024 Online: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_125_212.html (Abruf: 01.07.2024).
- Vogel, Thomas/Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Wéber, Júlia/Meckert, Aylin/Schüsler, Linda (2023). Naturbildung im Beruf? Zum Naturverständnis von Auszubildenden. In: Pfeiffer, Ina/Weber, Heiko (Hg.). Zum Konzept der Nachhaltigkeit in Arbeit, Beruf und Bildung – Stand in Forschung und Praxis. Bonn: BIBB. S. 303–325.
- Walter, Anja/Dütthorn, Nadja (2019). Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik. Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften e.V. Sektion Bildung und Sektion Hochschullehre Pflegewissenschaft. Online: 2019 02 20 FQR-Veröffentlichung.indd (dg-pflegewissenschaft.de) (Abruf: 03.10.24).
- Welz-Spiegel, Claudia/Spiegel, Frank (2023). Interprofessionelles Management im Gesundheitswesen. Berlin: Springer.
- Zieher, Jürgen/Türkan, Ayan (2016). Fachkräftesicherung durch Quereinsteiger. Blätter der Wohlfahrtspflege (BdW), 163 (1), S. 23–25. <https://doi.org/10.5771/0340-8574-2016-1-23>

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung

Training and Deployment of Facilitators to Master Interprofessional Education

Sharron Blumenthal, Melissa Owens, Elizabeth Anderson, Patricia Bluteau und Susanne Lindqvist

1. Introduction: The Need for Interprofessional Collaborative Practice

Interprofessional collaborative practice (ICP) is »when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings« (World Health Organisation, WHO 2010: 13). In every healthcare system, integrated health and social care services must align the different professions that collaborate to support patients having complex healthcare needs (Barr et al. 2024a: 978). The WHO states that pre-registration students must be »collaborative-practice ready« at the point of registration and remain so throughout their careers (WHO 2010: 35).

The benefits of effective ICP are multifaceted. For the patient, there is an improved coordination of care and safety, reduced mortality rates and adverse consequences, as well as increased satisfaction with overall care. For health and social care providers, ICP helps improve service delivery costs through shortening or preventing hospital stays, minimising duplication and increasing productivity (Frenk et al. 2022: 1544). For staff, ICP can help enhance job satisfaction (McLaney et al. 2022: 112; Wei et al., 2022: 735; Bogossian et al. 2023: 244).

2. The role of interprofessional education

Historical learning saw pre-registration students socialised into uni-professional ways of viewing and interacting with the world, including maintaining the status quo in terms of interprofessional hierarchical relationships, and a lack of skills in communicating or collaborating interprofessionally (Owens 2015: 18). To become »collaborative-practice ready« (WHO 2010: 13), our future healthcare practitioners therefore need to be equipped with the knowledge, skills and behaviours for

this. Organisations such as the Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (CIHC 2024: 5) and the Interprofessional Education Collaborative (IPEC) (IPEC 2023: 15) have set about identifying the core competencies that define the attributes required. Despite increased recognition for addressing today's care delivery requirements, moving away from siloed profession-specific training remains a challenge. Interprofessional education (IPE), therefore, is needed to ensure practitioners can adapt and adjust their team endeavours to address local needs, solve complex problems and mobilise resources as needed (Barr et al. 2024 b: 992). The globally recognised definition of IPE is that »interprofessional education occurs when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and quality of care« (CAIPE 2006), with its provision now widespread, and a recent global situational analysis identifying IPE provision in Africa, Asia, Australasia, Europe and the pan-American region (Khalili et al. 2024: 389).

IPE initiatives may be found in different settings, with students moving from classroom-based activity to simulation-based learning experiences and interprofessional placements in practice. In this way, early theory, an understanding of team working and the interplay with different professions can be applied to the realities of practice.

The need to develop and continue developing skills in collaborative working should continue post registration. Similarly to pre-registration students, IPE can take place in different settings. By continuing to learn »with, from and about each other« (CAIPE 2006), practitioners continue to develop professionally and ensure they remain effective ICP practitioners who have a positive impact on care and service delivery. This continuum of the learning approach to IPE allows learners to integrate theory and practice-based learning, and thus prepares health and social care practitioners for safe and effective collaborative practice (Barr et al. 2017: 7).

3. Barriers linked to interprofessional education

Despite increased recognition and spread, there remain barriers associated with fully integrating IPE into health and social care curricula and professionals' life-long learning. At an institutional level, these can be affected by a lack of support influencing how, or even if, IPE is prioritised as well as the time, funding and resources, including staff, that are made available. In addition, high student numbers, timetabling barriers, rigid curricula and the quality of IPE facilitator training can also have an impact (Lawlis et al. 2014: 307; Reeves et al. 2016: 659; Lindqvist et al. 2018: 194; Beckinsale et al. 2023: 637f.; Khalili et al. 2024: 390). Furthermore, planning and delivery of IPE is complex and, as such, far more resource-intensive, lasting up to three times longer than standard course development (El-Alwaisi et al. 2021: 760).

In addition to institutional barriers, there are also individual barriers. For example, many faculty staff will not have been exposed to IPE themselves during their own pre-registration training, which can affect attitudes, levels of knowledge, values, understanding and skill level. A lack of rewards associated with IPE, recognition of the high staff workload and professional conflicts can also create additional competing demands (Lawlis et al. 2014: 307; Lindqvist et al. 2018: 194; Khalili et al. 2024: 390; Hall/Zierler 2015: 3).

To help address these barriers, it is important to capitalise on the existing momentum addressing the recognised need for IPE. To do this, we need to develop our faculty – especially those who will be actively involved in taking this work forward. In the following sections we explain what we mean by faculty development, why it is needed, and consider how it can best be achieved.

4. Faculty Development

4.1 What is faculty development and why is it needed?

Faculty development (FD) can be defined as the provision of ongoing training and support for all staff involved in the development of IPE curricula and delivery of IPE interventions (CAIPE 2025). This training should provide the tools needed to develop IPE curricula and successfully teach, facilitate and role model behaviours within interprofessional teams and to students (Babin et al. 2023: 2; Bogossian et al. 2023: 272). For those in leading roles, this training means immersion into how to build an effective curriculum in which IPE is an integrated component, and for those required to facilitate, it demands an appreciation of the chosen pedagogical approaches and an ability to support or facilitate learning together. Hence, FD opportunities should be broader than the facilitation of IPE alone and also enable faculty to make contributions to IPE development, leadership and organisational change (Grymonpre 2016: 516). Additionally, programmes should be ongoing and responsive to local context and feedback in relation to evaluation (Ratka et al. 2017: 8; Anderson et al. 2025: 336f.). As such, to be successful, faculty engaged in IPE needs to move beyond single professional approaches to learning and be equipped with the necessary knowledge, skills, attributes, attitudes and behaviours (El-Awaisi et al. 2021: 761; Bogossian et al. 2023: 244).

4.2 What makes faculty development effective?

Effective IPE requires careful planning, both operationally and strategically. To ensure these both take place, it is important to identify a person within the faculty who

is considered a *champion* of IPE. This champion should be additional to those persons tasked with leading on its delivery (Anderson et al. 2025: 334). Table 1 below provides a definition of the different roles and responsibilities of those involved in FD.

Table 1: Definitions of different roles involved in the development and delivery of IPE

Title	Definition
IPE champion	»The leader and ambassador for both the strategic and operational aspects of the curriculum with management and research responsibilities« (Anderson et al. 2025: 4).
IPE lead	»Individuals with in-depth understanding about their profession-specific curriculum, to work collaboratively with the champion« (ebd.: 4).
IPE facilitator	»An educator who adopts an education approach of listening and eliciting student understanding in which students and educators share the responsibility for learning« (CAIPE 2025).

FD, therefore, needs to be designed with these roles in mind to ensure role holders are adequately prepared and supported. For the purpose of this chapter, we will focus on FD linked to the IPE facilitator. All those who support learning in the teaching moment are referred to as *facilitators* because they help the students find meaning through discursive pedagogy. Facilitators are, in the main, trained, experienced educators, but trained students or patients can also step up to assume a supportive facilitation role within IPE.

5. IPE Facilitators

Being an IPE facilitator is an active role that supports and facilitates the learning process *in action* through critical reflection, debate and discussion (Anderson et al. 2025: 330). Facilitation of interprofessional *learning* (IPL) is an essential element of IPE as it enables learners to understand and develop the knowledge, skills, attributes, attitudes, and behaviours underpinning collaborative practice, whilst maintaining their own professional identity (Ruiz et al. 2013: 489). However, facilitators report that this role can be challenging as they are required to adjust their usual teaching approaches as they promote learning across many professions (ebd.: 489). Hence, some feel they lack specific skills linked to the facilitation of interprofessional activities, which can lead to anxiety (Beckinsale et al. 2023: 641). As we recognise that these interactions between different professional groups are essential for the success of IPE (Freeman et al. 2010: 380), this is where much of

the focus of FD lies. Thus, the ultimate success of IPE is dependent on the quality of facilitation (Hammick et al. 2007: 743; Bluteau/Jackson 2009: 664; Reeves et al. 2016: 665; El-Awaisi/Waller 2024: 5). The key elements of FD for IPE facilitators are discussed later in this chapter. IPE facilitators are often the staff who develop and deliver IPE interventions and promote IPE in the academic and/or practice environment, but they can also be patients, carers and students.

5.1 Patients and carer involvement

The importance of the patient and carer voice has long been recognised in the planning and delivery of pre-registration healthcare programmes to the extent that they are now considered partners alongside faculty staff (Health Council of Canada 2006: 13; WHO 2016: 4ff.; Health Care Professions Council 2017: 20). The patient voice is vital for helping students understand how to improve their practice through better practitioner-patient relationships, improved systems and ensuring partnership working (Towle et al. 2010: 69f.; Boshra et al. 2022: 47).

Patients and carers can also play a valuable role in facilitating IPE as they know what it means to be supported by different professions and how teams manage their care (Cooper/Spencer-Dawe 2006: 612). However, there are few published examples that have involved patients in IPE design and delivery (Winn/Lindqvist 2019: 185; Anderson et al. 2025: 9). Nevertheless, we strongly advocate that they are included as part of the IPE curriculum design and delivery. Patient involvement means developing and co-creating IPE together and this may take time and extra funding in addition to that needed to pay for their contribution. Table 2 below identifies the key points we believe are important to relay when including patients and carers in FD for IPE.

Table 2: Key points to include when training patients and carers as facilitators of IPE

- Expectations and courses differ across professions, which can lead to IPE groups of students not always agreeing.
- Interprofessional groups of students may struggle to form learning teams as quickly as uni-professional groups because they may be wary of each other and not know one another.
- Students learn as much from positive examples when teams work, as from negative experiences.
- If a story is shared with students where someone from a particular profession did not meet expectations, be mindful of how this is communicated to the interprofessional community of learners so that whatever happened can be discussed for all to benefit and without a sense of blame.

Patients will require support before, during and after any IPE teaching, and time should be set aside for this (Winn/Lindqvist 2019: 186). It is vital that patients are not used in a uni-professional way, but that the patient voice helps unpack how the different professions should work together (Anderson et al. 2025: 8). For learning to remain safe and productive, it is important to involve trained IPE facilitators.

5.2 Students as IPE facilitators

Peer teaching and learning, whereby students actively take on teaching and facilitation roles, has been acknowledged as a method to support resource provision and student learning within health profession education (Zhang et al. 2022: 1; Avonts et al. 2023: 2). Peer teaching and learning has been reported by students to increase content-specific and pedagogical knowledge as well as generic skills such as improved communication, leadership and teamwork (Zhang et al. 2022: 1f.; Tanveer et al. 2023: 727). Peer teaching and its impact on learning seems to be supported by the theory of social constructivism, whereby learners build on existing knowledge to develop new knowledge and understanding through social interactions with other students (Zhang et al. 2022: 19).

Students have also been successfully used for IPE facilitation (Baker et al. 2018: 477; van Diggele et al. 2022: 2; He et al. 2024: 10) and report the benefits of undertaking the role in relation to academic and personal growth, as well as the development of skills that would be useful for professional practice (Baker et al. 2018: 476f.). We believe that involving students as IPL facilitators can also help their development of knowledge, skills, attributes, attitudes and behaviour, and thus help bridge the gap into practice as they become practitioners and facilitate IPL and IPE in clinical practice with colleagues and students as they care for patients.

5.3 The Key Elements of Training IPE Facilitators

All IPE facilitators need to complete training and be provided with guidance and support. The overarching aim of this is to guide them to be able to provide an optimal learning environment to support IPL in groups (Freeman et al. 2010: 376). As we highlighted earlier, facilitators may not have been exposed to IPE during their own pre-registration training and, as such, we believe that developing the knowledge, skills, attitudes and behaviours required to facilitate IPE cannot be achieved quickly. IPE facilitation is not about teaching others, but about enabling them to learn »with, from and about each other« (CAIPE 2006). It is also about ensuring a shared way of thinking, rather than simply of *doing* from one specific professional stance (Anderson et al. 2025: 2). For many, these may be new concepts and, therefore, will need time to develop. Consequently, facilitator training is best delivered over a series of interactive workshops, rather than as a one-off activity, with opportunities

to be mentored by a more experienced facilitator, thereby enabling the facilitators to develop and practice new knowledge, skills and attributes over time (Freemen et al. 2010: 378).

In Table 3 below, we have identified the key requirements of an IPE facilitator that should be considered in any IPE facilitator training (Sargeant et al. 2010: 129; Ruiz et al. 2013: 494; LeGros et al. 2015: 598; Grymonpre 2016: 516f.; Ratka et al. 2017: 3ff.; Baker et al. 2018: 475; Chitsulo et al. 2021: 30f.; Babin et al. 2023: 9), with the content of training adjusted to consider the needs and requirements in relation to the approach used and facilitation needed.

Table 3: Knowledge, skills, attributes, attitudes and behaviours required in IPE facilitators

<p>Knowledge</p> <p>Theoretical underpinnings of IPE and ICP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Theory, policy, drivers and research - Competency and capability frameworks/learning outcomes <p>Key elements of IPE and ICP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Roles and responsibilities of each profession, including hierarchical structures and stereotyping that may exist between them - Team working and communication, including terminology used - Barriers and facilitators, including conflict management <p>Teaching/facilitating strategies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meaning of psychological safety - Meaning of <i>teachable moments</i> - IPE assessment strategies - IPE evaluation methods/tools 	<p>Skills</p> <p>Key skills relating to IPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourage students to learn with, from and about each other - Demonstrate good interprofessional communication and feedback - Facilitate mixed professional groups - Support students who solely revert to profession-specific stances to critically reflect from an interprofessional perspective - Brief and debrief interprofessionally - Provide effective feedback - Promote interaction and inclusion across all in the classroom <p>Generic teaching/facilitating strategies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourage effective student engagement - Deal with different levels and types of student engagement - Recognise and respond to teachable moments - Balance the needs of individuals as well as the group/team
<p>Attributes/attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belief in self and role as IPE facilitator - A good sense of humour - Confidence to work collaboratively and in the application of IPE - A non-judgemental outlook - Credibility and integrity - Commitment - Hold values required to embrace diversity and acknowledge the unique contributions of individuals and professions - Identify as a facilitator of IPL 	<p>Behaviours</p> <p>Key behaviours relating to IPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Act as a role model with students and staff - Remain professionally neutral - Promote collaboration and teamwork - Demonstrate enthusiasm and commitment - Serve as ambassador at classroom and organisation level <p>Generic teaching/facilitating strategies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Focus on learning rather than on teaching - Demonstrate diplomacy/trust/respect towards others - Address and resolve difficult situations, act flexibly - Suggest ways to reach consensus and deal with conflict

Whilst there are core elements of training that IPE facilitators need, different types of IPE activity may require additional, or sometimes different, knowledge skills and behaviours. One such example is Sim-IPE (simulation-based education

[SBE] and IPE), which uses a blend of two pedagogies. SBE is now well-established in both medical and nursing education and beyond, and as such lends itself well to IPE. Benefits include opportunities to practice new skills using real-life scenarios in a controlled environment, enabling repetition of practice. It requires students to interact and is known to help enhance communication and critical thinking skills as well as patient safety (WHO 2013: 23; Ozkara San 2015: 238; Nelson 2016: 20; Lavoie/Clarke 2017; Copley 2024: 534), which are similar to the key benefits of IPE (Anderson et al. 2011: 15; Anderson et al. 2025: 8). The definition of Sim-IPE is that it occurs when »participants and facilitators from two or more professions are engaged in a simulated healthcare experience to achieve shared objectives and outcomes« (Decker et al. 2015: 294). Consequently, it shares elements of best practice of both SBE and IPE. However, facilitators of Sim-IPE will need to be equipped with the skills associated with both SBE and IPE. For example, whereas debriefing is considered an essential element of both SBE and Sim-IPE, IPE facilitators need to ensure that the focus is on the interprofessional interactions and working, rather than the clinical skills themselves (Decker et al. 2015: 295; Nagraj et al. 2018: 504; Webb et al., 2018: 451).

Regardless of the pedagogical approach, Grymonpre (2016: 517) proposed developing a theoretical framework and suggested using a modified Kirkpatrick's educational outcomes to guide FD outcomes. Table 4 presents an adapted version of Kirkpatrick's model considering IPL and FD outcomes to support the appropriate training of IPL facilitators (Hammick et al. 2007: 737; Grymonpre 2016: 517).

Table 4: Desired outcomes linked to IPL and FD

Level	IPL outcome	FD outcome
Level 1: Reaction	Improved views on the experience and its interprofessional nature	Improved views of the FD programme
Level 2a: Modification of perceptions & attitudes	Positive changes in reciprocal attitudes or perceptions between participant groups Enhanced changes in perception or attitude towards the value and/or use of team approaches to caring for a specific client group	Enhanced perception of IPE and commitment to the need for IPE in education and willingness to support its delivery

Level 2b: Acquisition of knowledge & skills	New knowledge and skills linked to interprofessional collaboration	New knowledge in relation to IPE and its impact on IPC Further knowledge about IPC competencies and theories New skills that enable effective facilitation of IPL
Level 3: Behavioural change	Understanding how IPL can be transferred to the practice setting and how changes can be made to professional and interprofessional practice	Understanding how the role can shape the learning environment and transfer it into practice Confidence in the ability to facilitate IPL
Level 4a: Change in organisational practice	Changed and improved practice within the organisation, be it as role models of IPE or changing practice	Learner acts as an ambassador for IPE and actively contributes to IPE delivery and programme development, not only during the actual intervention but in their everyday life, thus positively changing the organisational culture
Level 4b: Benefits to patients/clients	Improved interprofessional practice that positively impacts the health and/or well-being of patients and/or staff	Learners achieve the intended learning outcomes, whether in the university or practice setting

6. Concluding Remarks

Overall, the important overarching principles for any FD – particularly those linked to the training of facilitators involved in IPE – include:

- The involvement of relevant stakeholders
- Appropriate tailoring to its audience
- Considering how to incorporate mentoring/pairing experience with less experienced facilitators during deployment of the facilitators
- Ensuring positive role modelling
- Evaluating the effectiveness of facilitation so that it continues to evolve and improve
- Emphasising the importance of always being mindful of sustainability and how this is always going to be work *in progress*

The authors of this chapter are all members of the United Kingdom (UK) Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). CAIPE is a small charity

with many passionate members who care about IPE and the training and deployment of facilitators who master and guide interprofessional education. Although we may never quite master this, what we can do is to practice what we preach and collaborate across borders to help learn lessons and share experiences. To conclude this piece, we share three case studies that have some commonalities and also some helpful differences.

Much of this chapter has originated from individual experiences but, importantly, also from the current leads of one of CAIPE's Strategic Priority Groups that centres around FD: Sharron Blumenthal and Melissa Owens. One of the CAIPE Chairs, Elizabeth Anderson, and also Patricia Bluteau and Susanne Lindqvist have contributed a wealth of experience in this area, each providing a case study. Elizabeth is President of CAIPE and Susanne CAIPE Chair. Readers are welcome to contact CAIPE for further support and, likewise, we appreciate learning from others. In this vein, we can jointly celebrate the accomplishments of the project and not only achieve, but exceed our goals around IPE and its reach into practice and the people we care for.

Table 5: Case study: University of Leicester

When the interprofessional curriculum was being developed in 2000, CAIPE, aware of the lack of understanding across all faculty of what IPE aimed to achieve, was invited to facilitate a deeper appreciation of IPE and its associated andragogy. Led by external expert facilitators, away days were held in a venue separate from the university to develop an appreciation of IPE and to cement collaboration between educators from different schools. These sessions formed long-standing positive working relationships essential for agreement on the local IPE curriculum. As educators were assigned to IPL, concerns about teaching students of another profession were identified. These concerns spanned the science-to-social-science professional programmes and the educators' fears were real. This was not a surprise, as in a nurse-led innovation for medical students we had discovered a lack of confidence in nurses teaching medical students, which was addressed through training (Anderson et al. 2004: 140). It was clear that everyone needed a deeper appreciation of IPE.

A master's-level module on IPE was designed within our local healthcare educator diploma-master's programme, accessible to anyone as a stand-alone module, to offer a deeper appreciation of IPE for all staff. All new health and social care educators take the master's course. Here, learners reflect on i) local and national policy, ii) professional body requirements, iii) common areas in the curriculum where uni-professional content could be made interprofessional, iv) learning outcomes for IPE, v) andragogy, including theories for discursive learning, vi) small group management of diverse groups, including facilitation skills, vii) alignment of IPE with the main curriculum (sign-posting), viii) assessment of IPE, and ix) evaluation and scholarly research in the field (Anderson et al. 2009: 84). In addition, we conduct pre- post-IPE event briefings (before event), post-IPE debriefings (after event) and offer faculty guides for all IPE. Our patients and carers take part in a two-hour workshop in which they are told about the differences between uni-professional learning and IPL.

Table 6: Case study: University of East Anglia (UEA)

Since 2002, IPE at the University of East Anglia in the UK has been developed and delivered with the support of their Centre for Interprofessional Practice (CIPP). When we started out, students engaged in learning within interprofessional groups of five to eight students and engaged in *case-based learning* (Lindqvist et al. 2005: 511; Wright/Lindqvist 2008: 483). We were clear that the groups needed support from IPL facilitators and soon discovered the distinctiveness of the IPL facilitator vs. facilitation of uni-professional groups (Lindqvist/Reeves 2007: 405). Student learners engaged with IPL in their mixed-professional groups over several weeks. They met with facilitators in one week and then continued on their own in the other, which worked well as students also need time to develop group dynamics on their own. Facilitators were all academic staff, and many had clinical experience. They all had to complete the training, which was delivered over 12 hours across one month. We developed a comprehensive training package together with our facilitators, and defined the role and skills needed to facilitate IPL (Freeman et al. 2010: 378). Looking back, the most challenging obstacles during these early years included: i) asking the facilitators to be professionally neutral, which many struggled with as they wanted to share their experience and expertise; and ii) the fact that they needed training, as they were used to working as part of multidisciplinary teams.

Over time, as IPL opportunities evolved, we needed to consider sustainability and resources. To address this and capitalise on students' enthusiasm to become more involved, we piloted the involvement of students as facilitators. This resulted in us updating the role and skills of the facilitator (Baker et al. 2018: 475). Student facilitators had all completed the first level of IPL (IPL1), and we always aimed for half of the facilitators to be staff and the other half students. In 2015/16, in response to feedback from facilitators and management, the training was shortened to six hours and delivered in one day. Today, IPL1 facilitators receive one two-hour training session, which is offered synchronously online a few times, and is recorded. Facilitators also attend a brief before and a debrief after they have facilitated. They all receive a certificate.

Compared to where we started off, the IPL facilitator has less opportunity to support students, simply because the group does not have enough time to go through the different stages of group development (Tuckman 1965). They are unlikely to experience disagreement, truly get to know each other, and thus learn about teamwork, in this case interprofessional teamwork. Saying that, IPL1 still offers an important role in introducing the concept of IPE at an early stage, and many students in their second year have asked to facilitate IPL1. This is very positive since, regardless of what IPL they will engage with during their course, they will graduate, and later supervise other students in clinical practice. If we can encourage future clinicians – where possible – to engage students from their own profession in meaningful learning activities that also include students from other professions, appreciating the challenges and opportunities with interprofessional collaborative practice, then this is a very positive step forward.

Table 7: Case study: University of Coventry

In 2002, Coventry University joined a group of UK universities in addressing a national concern which considered that pre-registration health professional education required modernisation. We quickly decided that we needed to include other professional groups outside of our existing allied health professions (AHP) student cohorts, and moved to include nursing and midwifery students. However, we also extended to collaborate with the Warwick Medical School at the University of Warwick for the development of authentic, small, face-to-face group IPL delivered at scale (Bluteau/Jackson 2005). The engagement of two universities that were close in physical proximity but cultural worlds apart was not without its challenges.

The period from 2002–2005 led to joint regulatory approval in 2005 to embed interprofessional education into the curricula of all Coventry courses, including physiotherapy, occupational therapy, all fields of nursing and midwifery, operating department practice, social work, youth work, dietetics, paramedic science and medicine (with agreement from Warwick Medical School). The decision was made to present a fully online model – a decision based primarily on organising and logistically managing 1,200 students and 60 facilitators. It was decided at a senior level that the initial model should be created online to enable all students and facilitators to participate – termed the interprofessional learning pathway (IPLP) (Jackson/Bluteau 2007; Bluteau/Jackson 2009). Whereas facilitators had been trained to deliver face-to-face activities, facilitation online required new specific training which emphasised the importance of both online facilitation and interprofessional engagement (Bluteau/Jackson 2010).

By 2008, we had moved on and created new case studies, but with the focus on the wider experiences of the whole family. These case studies were developed into a cartoon strip called *The Street* (Bluteau et al. 2014). Facilitation was becoming an important part of staff development, and whereas we now had a group of very experienced facilitators, the ongoing training of new academics was an important feature of our continued development. We also developed a team of enthusiastic final year student facilitators who were supported by the academic mentors to engage with first- and second-year student groups. Moving forward to 2013, a review of the 2008 curriculum led to a new model of delivery. A blended model enabled both face-to-face and online activity to be embedded into discrete modules. A new Collaborative Capability Framework was developed, drawing on a selection of relevant frameworks (Walsh et al. 2005; CIHC 2010; Brewer/Jones 2013). The 2013 curriculum introduced HOLLIE – a virtual patient we crafted, which enabled students to collaborate online to care for her and keep her alive (Adefila et al. 2018: 50). The number of students engaging in modules at the same time was high, and the organisation of finding enough trained facilitators and enough rooms of the right size was challenging. By 2019, a new iteration allowed new opportunities which for the first time allowed Sim-IPE. We still maintained interprofessional modules but split the delivery to enable students to be spread across the year, with the same modules being offered at different points throughout the year, increasing the number of facilitators needed as required.

Cultivating the interprofessional curriculum at Coventry has enabled students to grow and thrive, developing confidence in practice settings when working with other students from the range of professions that support differing patient groups in different areas. IPE leads and the team of facilitators within higher education are essential for developing, delivering and evaluating learning, alongside being responsive to the multiple logistic issues that emerge from a large-scale learning activity. Equally, their passion is key in the defence of keeping IPE at the heart of the curriculum changes (Bluteau/Jackson 2010).

References

- Adefila, Arinola/Opie, Joanne/Ball, Steven/Bluteau, Patricia (2018). Students' engagement and learning experiences using virtual patient simulation in a computer supported collaborative learning environment. In: *Innovations in Education and Teaching International*, 57 (1), pp. 50–61. DOI: 10.1080/14703297.2018.1541188
- Anderson, Elizabeth/Lennox, Angela/Petersen, Stuart (2004). New opportunities for nurses in medical education: facilitating valuable community learning experiences. In: *Nurse Education in Practice*, 4 (2), pp. 135–142. DOI: 10.1016/S1471-5953(03)00036-2
- Anderson, Elizabeth/Cox, Dan/Thorpe, Lucy (2009). Preparation of educators involved in interprofessional education. In: *Journal of Interprofessional Care*, 23 (1), pp. 81–94. DOI: 10.1080/13561820802565106
- Anderson, Elizabeth/Ford, Jenny/Thorpe, Lucy (2019). Perspectives on patients and carers in leading teaching roles in interprofessional education. In: *Journal of Interprofessional Care*, 33 (2), pp. 216–225. DOI: 10.1080/13561820.2018.1531834
- Anderson, Elizabeth/Thorpe, Lucy/Hammick, Marilyn (2011). Interprofessional staff development: Changing attitudes and winning hearts and minds. In: *Journal of Interprofessional Care* 25 (1), pp 11–17. DOI: 10.3109/13561821003721311
- Anderson, Elizabeth/Bennett-Weston, Amber/Ford, Jenny (2025). Where is the voice of lived experience in interprofessional care? A scoping review. In: *Journal of Interprofessional Care* 24 (1), pp. 13. DOI: 10.1080/13561820.2025.2452977
- Anderson, Elizabeth/Lindqvist, Susanne (2025) *Faculty Development in the Health Professions: A Focus on Research and Practice*. Singapore: Springer
- Avonts, Marjke/Bombeke, Katrien/Michels, Nele R./Vanderveken, Oliver/De Winter, Benedict (2023). How can peer teaching influence the development of medical students? A descriptive, longitudinal interview study. In: *BMC Medical Education*, 23 (1), p 861. DOI: 10.1186/s12909-023-04801-4
- Babin, Cheryl/Salem, Yasser/Quiben, Myla/Davis, Beth (2023). Interprofessional education (IPE) faculty development – a scoping review. In: *Health, Interprofessional Practice and Education*, 5 (2), pp. 1–26. DOI: 10.61406/hipe.269
- Baker, Becky/Drane, Coral/Chambers, Joshua/Lindqvist, Susanne (2018). Training students as interprofessional learning facilitators: An exploratory study highlighting the need to build confidence. In: *Journal of Interprofessional Care*, 32 (4), pp. 473–480. DOI: 10.1080/13561820.2018.1442323
- Barr, Hugh/Anderson, Elizabeth/Hutchings, Maggie (2024). Understanding integrated care. In: *Journal of Interprofessional Care*, 38 (6), pp. 974–984 DOI: 10.1080/13561820.2024.2405550
- Barr, Hugh/Anderson, Elizabeth/Hutchings, Maggie (2024). Interprofessional learning to integrate care: Organic strategic and systemic responses for

- change. In: *Journal of Interprofessional Care*, 38 (6), pp. 985–996 DOI: 10.1080/13561820.2024.2405556
- Barr, Hugh/Ford, Jenny/Gray, Richard/Helme, Marion/Hutchings, Maggie/Low, Helena/Machin, Alison/Reeves, Scott (2017). CAIPE Interprofessional Education Guidelines. Online: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>
- Beckingsale, Louise/Brown, Melanie/McKinlay, Eileen/O'Leary, Marissa/Doolan-Noble, Fiona (2023). Sustainable interprofessional education programmes: What influences teachers to stay involved? In: *Journal of Interprofessional Care*, 37 (4), pp. 637–646. DOI: 10.1080/13561820.2022.2115470
- Bluteau, Patricia/Jackson, Ann (2005). Recycling established patterns of working: A method for implementing interprofessional learning. In: *CAIPE Bulletin*, Spring.
- Bluteau, Patricia/Jackson, Ann (2009). An e learning model of interprofessional education. In Bluteau, Patricia/Jackson, Ann (Eds.). *Interprofessional Education: Making it Happen*. London: Palgrave.
- Bluteau, Patricia/Jackson, Ann (2010). Developing an interprofessional e-learning pathway: Leading academics through the change challenge. In: Bromage, Adrian/Clouder, Lynn/Thistlethwaite, Jill/Gordon, Frances (Eds.). *Interprofessional E-Learning and Collaborative Work: Practices and Technologies*. UK: IGI Global.
- Bluteau, Patricia/Jackson, Ann/Clouder, Deanne/Davies, Bernie (2014). Lessons in implementing IPE. In: Barr, Hugh/Helme, Marion/D'Avray, Linda (Eds.). *Review of Interprofessional Education in the UK 1997–2003*. London: CAIPE.
- Boshra, Mina/Lee, Alex/Kim, Isaac J./Malek-Adamian, Elise/Yau, Man Ting/LaDonna, Kori. (2022). When patients teach students empathy: A systematic review of interventions for promoting medical student empathy. In: *Canadian Medical Education Journal*, 13 (6), pp.46-56. DOI: 10.36834/cmej.73058
- Bogossian, Fiona/New, Karen/George, Kendall/Barr, Nigel/Dodd, Natalie/Hamilton, Anita/Nash, Gregory/Masters, Nicole/Pelly, Fiona/Reid, Carol/Shakhovskoy, Rebekah/Taylor, Jane (2023). The implementation of interprofessional education: A scoping review. In: *Advanced Health Sciences Education and Theory Practice*, 28 (1), 243–277. DOI: 10.1007/s10459-022-10128-4
- Brewer, Margo/Jones, Sue (2013). An interprofessional practice capability framework focusing on safe, high-quality, client-centred health service. *Journal of Allied Health*, 42 (2), pp. 45–49. PMID: 23752243
- CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative) 2024, Competency Framework for Advancing Collaboration. Online: <https://cihc-cpis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC-Competency-Framework.pdf>

- CAIPE (Centre for the Advancement of Interprofessional Education) (2006). Statement on the Definition and Principles of Interprofessional Education (reissued). In: Bulletin no. 26, Autumn.
- CAIPE (Centre for Advancement of Interprofessional Education) (2025). Quality standards for the design, management, and delivery of pre-registration interprofessional education in the United Kingdom. Manuscript in preparation.
- Chitsulo, Caroline/Chirwa, Ellen M./Wilson, Lynda (2021). Faculty knowledge and skills needs in interprofessional education among faculty at the College of Medicine and Kamuzu College of Nursing, University of Malawi. In: Malawi Medical Journal, 33 (Postgraduate supplementary iss.), pp. 30–34. DOI: 10.4314/mmj.v33iS.6
- Coles, Colin R./Grant, Janet G. (1985). Curriculum evaluation in medical and health-care education. In: Medical Education, 19 (5), pp. 405–422.
- Cooper, Helen/Spencer-Dawe, Eileen (2006). Involving service users in interprofessional education: narrowing the gap between theory and practice. In: Journal of Interprofessional Care, 20 (6), pp. 603–617. DOI: 10.1080/13561820601029767
- Copley, Jodie/Martin, Romany/Dix, Clare/Forbes, Roma/Hill, Anne/Mandrusiak, Allison/Penman, Adriana/Patterson, Freyr/Davies, Sarah/Jauncey-Cooke, Jacqueline/Mahendran, Niruthikha/Hooper, Kelly/Collins, Cheryl (2024). Fostering collaborative practice through interprofessional simulation for occupational therapy, physiotherapy, dietetics, and nursing students. In: Journal of Interprofessional Care, 38 (3), pp. 534–543. DOI: 10.1080/13561820.2024.2303499?needAccess=true
- Decker, Sharon I./Anderson, Mindi/Boese, Teri/Epps, Chad/McCarthy, Jennifer/Motola, Ivette/Palaganas, Janice/Perry, Carolyn/Puga, Frank/Scolaro, Kelly (2015). Standards of best practice: Simulation standard VIII: Simulation-enhanced interprofessional education (Sim-IPE). In: Clinical Simulation in Nursing, 11 (6), pp. 293–297. DOI: 10.1016/j.ecns.2015.03.010
- El-Awaisi, Alla/Sheikh, Ali/Abu, Nada/Rainkie, Daniel/Awaisu, Ahmed (2021). Insights from healthcare academics on facilitating interprofessional education activities. In: Journal for Interprofessional Care, 35 (5), pp. 760–770. DOI: 10.1080/13561820.2020.1811212
- El-Awaisi, Alla/Waller, Susan (2024). Developing a novel health IPECP curriculum: Strategies and implementation. In: Alnaami, Mohammed Y./Alqahtani, Dalal A./Alfaris, Eiad A./Abdulghani, Hamza M./Mohammed, Ciraj A. (Eds.). Novel Health Interprofessional Education and Collaborative Practice Program. Singapore: Springer.
- Frnk, Julio/Chen, Lincoln C./Chandran, Latha/Groff, Elizabeth/King, Roderick/Meleis, Afaf/Fineberg, Harvey V. (2022). Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. In: Lancet, 400 (10362), pp. 1539–1556. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02092-X

- Freeman Sarah/Wright, Anna/Lindqvist, Susanne (2010). Facilitator training for educators involved in interprofessional learning. In: *Journal of Interprofessional Care*, 24 (4), pp. 375–385.
- Grymonpre, Ruby (2016). Faculty development in interprofessional education (IPE): Reflections from an IPE coordinator. In: *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11 (6), pp. 510–519.
- Hall, Leslie W./Zierler, Brenda (2015). Interprofessional education and practice guide No. 1: Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. In: *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), pp. 3–7. DOI: 10.3109/13561820.2014.937483
- Hammick, Marilyn/Freeth, Della/Koppel, Ivan/Reeves, Scott/Barr, Hugh (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. In: *Medical Teacher*, 29 (8), pp. 735–51. DOI: 10.1080/01421590701682576
- He, Qing/Li, Junru/Chong, Doris/Luk, Pauline/Chan, Enoch/Shen, Xiaoi/Tipoe, George L./Chan, Linda/Manio, Michael M./Dizon, John/Ganotice, Fraide (2024). Unpacking the perceptions and experiences of student facilitators in interprofessional education: A qualitative study. In: *Medical Education Online*, 29 (1), pp. 1–14. DOI: 10.1080/10872981.2024.2330257
- Health and Care Professions Council (2017). Standards of Education and Training Guidance. HCPC: London. Online: <https://www.hcpc-uk.org/globalassets/resources/guidance/standards-of-education-and-training-guidance.pdf?v=637660865510000000> Accessed 30th July 2025.
- Health Council of Canada (2006). Primer on Public Involvement. Toronto: Health Council of Canada. Online: <https://publications.gc.ca/site/eng/430677/publication.html> Accessed 30th July 2025.
- IPEC (Interprofessional Education Collaborative) (2023). IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Version 3. Online: https://www.ipcollaborative.org/assets/core-competencies/IPEC_Core_Compencies_Version_3_2023.pdf Accessed 30th July 2025.
- Jackson, Ann/Bluteau, Patricia (2007). At first it's like shifting sands: Setting up interprofessional learning within a secondary care setting. In: *Journal of Interprofessional Care*, 21 (3), pp. 351–353. DOI: 10.1080/13561820701233905
- Jackson, Ann/Bluteau, Patricia (2009). A practice model of interprofessional education. In: Bluteau, Patricia/Jackson, Ann (Eds.). *Interprofessional Education: Making it Happen*. London: Palgrave.
- Khalili, Hossein/Lackie, Kelly/Langlois, Sylvia/da Silva Souza, Camila/Wetzlmair, Lisa-Christin (2024). The status of interprofessional education (IPE) at regional and global levels – update from 2022 Global IPE Situational Analysis. In: *Journal of Interprofessional Care*, 38 (2), pp. 388–393. DOI: 10.1080/13561820.2023.2287023

- Lavoie, Patrick/Clarke, Sean P (2017). Simulation in nursing education. In: *Nursing* 47 (7), pp.18-20.
- Lawlis, Tanya/Anson, Judith/Greenfield, David (2014). Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: A literature review. In: *Journal of Interprofessional Care*, 28 (4), pp.305-10. DOI: 10.3109/13561820.2014.895977
- LeGros, Theresa A/Amerongen, Helen/Cooley, Janet/Schloss, Ernest (2015). Using learning theory, interprofessional facilitation competencies, and behavioral indicators to evaluate facilitator training. In: *Journal of Interprofessional Care*, 29 (6), pp. 596–602. DOI: 10.3109/13561820.2015.1040874
- Lindqvist, Susanne/Reeves, Scott (2007). Facilitator's perception of delivering interprofessional education: A qualitative study. In: *Medical Teacher*, 29 (4), pp.403-405.
- Lindqvist, Susanne/Duncan, Anna/Shepstone, Lee/Watts, Fiona/Pearce, Shirley (2005). Case-based learning in cross-professional groups – the development of a pre-registration interprofessional learning programme. In: *Journal of Interprofessional Care*, 19 (5), pp. 509–520. DOI: 10.1080/13561820500126854
- Lindqvist, Susanne/Vasset, Frøjdís/Iversen, Hans Petter/Hofseth, Almås Synnøve/Willumsen, Elizabeth/Ødegård, Atle (2018). University teachers' views of interprofessional learning and their role in achieving outcomes – a qualitative study. In: *Journal of Interprofessional Care*, 33 (2), pp. 190–199. DOI: 10.1080/13561820.2018.1534809
- Marion-Martins, Alexandra D./Pinho, Diana (2020). Interprofessional simulation effects for healthcare students: A systematic review and meta-analysis. In: *Nurse Education Today*, 94, 104568 pp. 1–7. DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104568
- McLaney, Elizabeth/Morassaei, Sara/Hughes, Leanne/Davies, Robyn/Campbell, Mikki/Di Prospero, Lisa (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. In: *Healthcare Management Forum*, 35 (2), pp. 112–117. DOI: 10.1177/08404704211063584
- Nagraj, Shobana/Harrison, Julie/Hill, Lawrence/Bowker, Lesley/Lindqvist, Susanne (2018). Promoting collaboration in emergency medicine. In: *The Clinical Teacher*, 15, pp. 500–506.
- Nelson, Roxanne (2016). Replicating real life: Simulation in nursing education and practice. In: *American Journal of Nursing* May, 116 (5), pp. 20–21.
- Owens, Melissa (2015). An exploration of collaborative practices and non-formal interprofessional education by medical and nursing students in the primary care setting [Doctoral thesis, University of Huddersfield].
- Ozkara San, Eda (2015). Using clinical simulation to enhance culturally competent nursing care: A review of the literature. In: *Clinical Simulation in Nursing*, 11 (4), pp. 228–243.

- Ratka, Anna/Zorek, Joseph A./Meyer, Susan M. (2017). Overview of faculty development programs for interprofessional education. In: *American Journal of Pharmacy Education*, 81 (5), pp 1–10. DOI: 10.5688/ajpe81596
- Reeves, Scott/Fletcher, Simon/Barr, Hugh/Birch, Ivan/Boet, Sylvain/Davies, Nigel/McFadyen, Angus/Rivera, Josette/Kitto, Simon (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide no. 39. In: *Medical Teacher*, 38 (7), pp. 656–668. DOI: 10.3109/0142159X.2016.1173663
- Ruiz, Maria/Ezer, Helene/Purden, Margaret (2013). Exploring the nature of facilitating interprofessional learning: Findings from an exploratory study. In: *Journal of Interprofessional Care*, 27 (6), pp. 489–495. DOI: 10.3109/13561820.2013.811640
- Sargeant, Joan/Hill, Tanya/Breau, Lynn (2010). Development and testing of a scale to assess interprofessional education (IPE) facilitation skills. In: *Journal of Continuing Education of Health Professions*, 30 (2), pp. 26–31. DOI: 10.1002/chp.20069
- Tanveer, Mohammed/Mildestvedt, Thomas/Skjærseth, Idun/Arntzen, Harlad/Kenne, Ellinor/Bonnevier, Anna/Stenfors, Terese/Kvernenes, Monika (2023). Peer teaching in undergraduate medical education: What are the learning outputs for the student-teachers? A systematic review. In: *Advancement in Medical Education Practice*, 11 (14), pp. 723–739. DOI: 10.2147/AMEP.S401766
- Towle, Angela/Bainbridge, Lesley/Godolphin, William/Katz, Arlene/Kline, Cathy/Lown, Beth/Madularu, Ioana/Solomon, Patricia/Thistlethwaite, Jill (2010). Active patient involvement in the education of health professionals. In: *Medical Education*, 44 (1), pp. 64–74. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x
- Tuckman, Bruce W. (1965). Developmental sequence in small groups. In: *Psychological Bulletin*, 63, pp. 384–399.
- van Diggele, Christine/Lane, Stuart/Roberts, Chris (2022). Student Interprofessional Facilitator Training (SIFT) program: Building capacity in clinical education leadership. In: *BMC Medical Education*, 22 (665), pp. 1–11. DOI: 10.1186/s12909-022-03725-9
- Walsh, Claire/Gordon, M. Frances/Marshall, Michelle/Wilson, Fiona/Hunt, Tim (2005). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. In: *Nurse Education in Practice*, 5 (4), pp. 230–237.
- Webb, Lucy/Lindqvist, Susanne/Bowker, Lesley/Leinster, Sam (2018). Clinical skills as a vehicle for interprofessional learning. In: *The Clinical Teacher*, 15, pp. 1–6.
- Wei, Holly/Horns, Phyllis/Sears, Samuel/Huang, Kun/Smith, Christopher/Wei, Trent (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: Facilitators, barriers, and outcomes. In: *Journal of Interprofessional Care*, 36 (5), pp. 735–749. DOI: 10.1080/13561820.2021.1973975
- Winn, Sarah/Lindqvist, Susanne (2019). Purposeful involvement of experts by experience. *The Clinical Teacher*, 16, pp. 183–188. DOI: 10.1111/tct.13032

- WHO (World Health Organisation) (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Online: Framework for action on interprofessional education & collaborative practice Accessed 30th July 2025.
- WHO (World Health Organisation) (2013). Transforming and scaling up health professionals' education and training. World Health Organization Guidelines. Online: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_eng.pdf Accessed 30th July 2025.
- WHO (World Health Organisation) (2016). Patient engagement: Technical series on safer primary care. WHO, Geneva. Online: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf> Accessed 30th July 2025.
- WHO (World Health Organisation) (2022). Global Competency Framework for Universal Health Coverage. Online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034686> Accessed 30th July 2025.
- WHO (World Health Organisation) (2024). Global competency and outcomes framework for the essential public health functions. Online: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376577/9789240091214-eng.pdf> Accessed 30th July 2025.
- Wright, Anna/Lindqvist, Susanne (2008). The development, outline and evaluation of the second level of an interprofessional learning programme – listening to the students. In: *Journal of Interprofessional Care*, 22 (5), pp. 1–14.
- Zhang, Hui/Liao, Ariel/Goh, Sam/Wu, Xi/Yoong, Si (2022). Effectiveness of peer teaching in health professions education: A systematic review and meta-analysis. In: *Nurse Education Today*, Nov:118:105499, pp. 1–25. DOI: 10.1016/j.nedt.2022.105499

Der DNA-Learning-Approach oder: Was bedeutet Interprofessionelles Lernen aus lerntheoretischer Sicht?

Wolfgang von Gahlen-Hoops

Zusammenfassung Dieser Beitrag untersucht die lehr-/lerntheoretischen Grundlagen des Interprofessionellen Lernens. Ausgehend von empirischen Daten aus dem Pflegebildungsforschungsprojekt *interEdu* werden derzeit praktizierte Lernansätze des Interprofessionellen Lernens rekonstruiert und didaktisch diskutiert. Es wird deutlich, dass verschiedene Lernansätze in der IPE praktiziert werden, allerdings kaum der Soziale Lernansatz (Social Learning). Dazu werden verschiedene Studien zum Sozialen Lernen kurz inhaltlich vorgestellt und auf dieser Grundlage ein neuer Lernansatz zur Anbahnung von Interprofessionellen Kompetenzen konzipiert und vorgestellt: der DNA-Learning Approach. Dieser Lernansatz integriert intraprofessionelle und interprofessionelle Lernpfade.

1. Hinführung

Das Interprofessionelle Lernen (IPL) und die Interprofessionelle Praxis (IPP) sind international seit den 1980er Jahren entwickelt und kontinuierlich weiterentwickelt worden, um der Komplexität der Anforderungen im Berufsfeld und insbesondere der Anforderungen in der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe auf der Ebene der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf zu begegnen. Dabei ist die Grundidee bestechend einfach: Um gut und professionell zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen zusammenarbeiten zu können, sollte man in der hochschulischen oder berufsschulischen Ausbildung dieser Berufe auch schon die Chance erhalten, genau diese Zusammenarbeit zu erlernen. Am besten also, die Gesundheitsberufe lernen gleich gemeinsam »von-, mit- und übereinander« und nicht isoliert in verschiedenen Schulformen, Hochschulen und Bildungsformaten getrennt. In Kanada beispielsweise sind Pharmazie und Soziale Arbeit ganz übliche Partner bei der Konzeption und Durchführung sogenannter Interprofessionellen Lehr-/Lernarrangements.

Um die Kernfrage dieses Beitrags *Was ist eigentlich Interprofessionelles Lernen aus lerntheoretischer Sicht?* ein wenig vorzubereiten, beleuchtet der Beitrag zunächst den Ist-Stand gegenwärtiger Lernansätze. Dabei bezieht sich der Beitrag neben Forschungsliteratur auch auf empirische Untersuchungsergebnisse des Forschungsprojektes interEdu, welches im Zeitrahmen 01.01.2022-31.12.2024 vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragt wurde (vgl. Busch/Lüth 2026). Im Zuge der empirischen Erhebungen von interEdu wurden fünf Fokusgruppen mit insgesamt 35 Teilnehmenden und 28 Einzelinterviews mit Lehrenden, Hochschullehrenden, Praxisanleitenden und Lernenden geführt, welche bereits überwiegend Erfahrungen mit dem Interprofessionellen Lernen in der Ausbildung von Gesundheitsberufen haben. Dabei betrachte ich in diesem Beitrag vor allem, welche gegenwärtigen Annahmen Lehrende von Gesundheitsberufen (Schule/Hochschule/Universität) in Bezug auf theoretische Grundlagen des Interprofessionellen Lernens haben, bzw. von welchen Lernansätzen in den Interviews explizit ausgegangen wird oder welche Lernannahmen bestimmten Aussagen implizit zugrunde liegen.

In einem weiteren Schritt werden die empirischen Befunde zum sozialen Lernen anhand der aktuellen Studienlage ausgewertet und deren Implikationen für das Interprofessionelle Lernen herausgearbeitet. Nach dieser Analyse erfolgen didaktische Beschreibungen der lerntheoretischen Grundierung Interprofessionellen Lernens. Dazu wird auf Basis der lerntheoretischen Fundierung durch das Soziale Lernen ein neuer Ansatz, der DNA-Learning-Approach, eingeführt und erläutert.

2. Lernansätze im empirischen Material von interEdu

In den Interviews wird grundsätzlich deutlich, dass Interprofessionelles Lernen derzeit über sehr verschiedene Lernansätze angebahnt wird, wobei allerdings lerntheoretische Begründungen, wie z.B. warum der Nutzen eines interprofessionellen Lernansatzes für den Lernerfolg nicht unbedingt im Zentrum der Diskussion stehen. Es stehen eher andere Aspekte des Interprofessionellen Lernens wie beispielsweise die Frage nach der Organisation bzw. den Strukturen oder auch nach den Bildungsinhalten von Interprofessionellen Lernangeboten im Zentrum.

2.1 Interprofessionelles Lernen als Problemorientiertes Lernen (POL)

In einer Fokusgruppe positioniert sich eine Pflege-Lehrende methodisch in einer hervorstechenden Weise:

»Ich denke als methodischen Ansatz bietet sich ja auch für so interdisziplinäre Arbeit immer sehr gut das POL an. [...]« (F3, 00:43:21).

Bei dem Problemorientierten Lernen wird ein schrittweises Verfahren durchgeführt, in dem Kleingruppen von 4–6 Personen Fälle mit hoher Praxisrelevanz lösungsorientiert und wissenschafts- bzw. forschungsbasiert bearbeiten. Für das Interprofessionelle Lernen variiert man diese Lernmethode so, dass man als Gruppenvorgabe nur Gruppen zulässt, die aus verschiedenen Professionen bestehen. Eine Lehrende berichtet, dass es formelle und informelle Lernerlebnisse gibt, wonach sich die Studierenden dann gegenseitig unterstützen, was man auch als Lehrende wegen der Gruppenarbeitsweise nicht immer mitbekommt, manchmal nur beiläufig:

»Also, [...] Problemorientiertes Lernen, dass man da durchmischte Gruppen hat, [...] Da war ich eigentlich ungewollt ein Zuhörer, und wo wirklich drei Professionen zusammen saßen. [...] Und die haben sich gegenseitig die Sachen erklärt. Bevor die dann dahin gegangen sind, haben dann die/»Ja, was ist das? Kennst du das?« Und dann hat der Mediziner das den Pflegenden erklärt, dann haben die Pflegenden wiederum dem Mediziner und der Physiotherapiestudentin etwas erklärt. Und da habe ich so gedacht: »Das ist eigentlich toll, weil die erarbeiten sich das jetzt gerade und jeder kann aus seinem Bereich mit seinem Wissen dann halt/« Und wenn es nur war: »Das habe ich schon mal gehört in der Vorlesung. Das kommt, glaube ich, aus der Richtung. Ich schaue nochmal nach.« Also, ich habe wirklich Gänsehaut bekommen [...] Und ich glaube, das wäre gut, wenn man das so auch integrieren könnte.« (F6, #01:30:58)

Die Lehrende spricht von gegenseitiger Wertschätzung und von einem »Zusammenwerfen« des unterschiedlichen Professionswissens und gibt damit Hinweise auf ihr persönliches Idealbild des Interprofessionellen Lernens.

2.2 Auswertung des Interprofessionellen Lernens als Problemorientiertes Lernen

Das Interprofessionelle Lernen als Problemorientiertes Lernen zu interpretieren und umzusetzen, hat einige Vorteile, zumal der Lernerfolg von POL wissenschaftlich gut belegt ist. Einige Nachteile dieses Lernansatzes sind, dass die Lerngruppen beim Interprofessionellen Lernen meistens heterogene Voraussetzungen haben, wodurch bezüglich der Möglichkeiten, fallbezogen zu lernen, die Lernpotenziale und Lernchancen sehr unterschiedlich sind (vgl. dazu Dreier-Wolffgramm et al. 2018, wo man allerdings Lehramtsstudierende Pflege mit nursing students gleichsetzt). Bezüglich der Fallrekonstruktion ist es sehr schwer und für die meisten Lehrenden gar unmöglich, authentische Fälle aus Sicht der jeweiligen Professionen zu beschreiben. Oftmals liegt den Fällen eine medizinisch relevante Perspektive zugrunde und wird dann als Leitperspektive implizit für andere Gesundheitsberufe mit vermittelt. Dadurch kommt es gerade nicht zu einer gleichberechtigten

Ausgangsstellung von mehreren Professionen. Auch ist die Begleitung von POL-Gruppen à 4–6 Personen sehr komplex und arbeitsintensiv, was wiederum in Interprofessionellen, und das bedeutet institutionsübergreifenden, Lehr-/Lern-Konstellationen eher schwierig durchführbar ist. Das Problemorientierte Lernen ist vor diesem Hintergrund nicht als vorrangiger Lernansatz bei Interprofessionellen Lehr-/Lernarrangements zu empfehlen.

2.3 Interprofessionelles Lernen als Erfahrungsorientiertes Lernen

Eine Pflege-Lehrende geht in der Fokusgruppe von folgender Begründung für das Interprofessionelle Lernen als eine Variante des Erfahrungsorientierten Lernens aus:

»Ich glaube, dass das in allen Bereichen ist, das Erfahrungslernen hat ja eine unheimlich hohe Behaltensleistung und dass es für viele Bereiche sinnvoll wäre [...] Und das wirklich festgeschrieben an allen Professionen, [...] um zu sagen, okay, wir haben uns jetzt den normalen Alltag angeguckt, so sieht es da aus und jetzt bringen wir die Lerninhalte da mit rein.« (F4, #00:34:08-0#)

Aus der Sicht der Lehrenden wird das erfahrungsorientierte Lernen mit einer großen besonders günstigen Behaltensleistung versehen. Es wird also das Erfahrungsorientierte Lernen nicht allein auf die pädagogische Praxis am Lernort Schule oder Hochschule bezogen, sondern auf die praktische Lernerfahrung in der Versorgungspraxis. Es wird insgesamt für verschiedene Handlungsfelder als sinnvoll beschrieben. Auch wird das Lernen auf ein situiertes Lernen bezogen. Der Ausgangspunkt könnte nach Auffassung dieser Lehrenden der *normale Alltag* sein und darin könne man jetzt ihrer Ansicht nach Inhalte gezielt platzieren.

2.4 Auswertung des Interprofessionellen Lernens als Erfahrungsorientiertes Lernen

Das Lernen durch Erfahrung wird bereits bei John Dewey (1986) oder Ingo Scheller (1981) oder anderen Vertreter*innen der erfahrungsorientierten Pädagogik immer eng mit einer Möglichkeit zur Reflexion der Erfahrungen ausgestattet. Erfahrung allein macht eher *dumm*. Demnach könnten die lernbezogenen Erfahrungen im Lehr-/Lerngeschehen liegen oder auch außerhalb des Lerngeschehens erworben werden, um daran dann fachliche Reflexionen anzuschließen.

Offenbar sehen Lehrende aber die *Erfahrungen* der Versorgungspraxis als besondere Möglichkeit für die Konzipierung von Interprofessionellen Lehr-/Lernangeboten an. Für die Anbahnung von Interprofessionellen Kompetenzen erscheinen also Lernansätze für die schulische oder hochschulische Lernumgebung

sinnvoller als Ansätze, die allein am Lernort Praxis liegen. Der in den Rahmenplänen der Pflegeausbildungen favorisierte Ansatz des situierten Lernens wird von der Lehrenden auch für alle anderen Gesundheitsberufe vorgeschlagen. Das bedeutet zum Beispiel auch eine Reflexion auf die Frage der Verwendung von authentischen Handlungssituationen. Inwiefern tragen sie Erfahrungen aus verschiedenen Professionen in sich? Grundsätzlich wäre hierbei also davon abzusehen, nur monoprofessionelle Fälle zu verwenden.

2.5 Interprofessionelles Lernen als Kooperatives Lernen

Manche Lehrende vermitteln den Eindruck, ohne es explizit so zu bezeichnen, als gingen sie davon aus, dass das Interprofessionelle ein Ergebnis aus kollaborativ im Sinne von kooperativ ausgerichteten Lehr-/Lernformaten ist. Interprofessionelles Lernen vermittele sich als kollaboratives Lernen und wird vor allem aus der Ursprungsthese begründet, Pflege als einen Teamberuf zu betrachten:

»Let: vor allen Dingen, Pflege ist ein Teamberuf und da kommen sie auch von überall her. Ich muss auch mit Menschen zusammenarbeiten, die ich nicht so mag und ich muss lernen, fachkompetent jetzt miteinander umzugehen und sich auszutauschen und nicht, ich bin jetzt aber beleidigt, weil wir haben Stress und dann erzähle ich dir einfach nicht, was jetzt wichtig ist.« (F1 #00:24:21-5#)

Aus der berufsfeldpraktischen Implikation, dass Pflegearbeit in einem Team und 24/7 ausgeübt wird, wird auch abgeleitet, dass die Zusammenarbeit eben eine zentrale Aufgabe bedeutet, die Lernende auch erstmal erlernen müssen. Parallel sind alle Gesundheitsberufe auch tendenziell eher Teamberufe, weil die Gesundheitsversorgung 24/7 ausgeübt wird.

2.6 Auswertung des Interprofessionellen Lernens als Kooperatives Lernen

Kooperatives Lernen ist in der Beruflichen Bildung eine gut etablierte Lernform, die primär das Lernen in Gruppen und die Zusammenarbeit in der Kleingruppe oder Gruppenarbeit umfasst (vgl. Green 2004, Ewers/Reichel 2017), also auch das Teamwork auf der Ebene des Lernens gleich einsetzt, sodass Gruppen gewisse Lernziele verfolgen und umsetzen, zum Beispiel ein Plakat zu erstellen, welches in der Präsentationsphase im Nachgang der gesamten Klasse vorgestellt wird. So gibt es verschiedene Weisen, das Kooperative Lernen zu gestalten. Think – Pair – Share wäre sicherlich die berühmteste. Die Möglichkeit Interprofessionelles Lernen über kooperative Lernformate anzubahnen, ist sehr zu unterstützen, da diese sehr gut untersucht sind und direkt die Kollaboration fördern. Allerdings sollte dann auch die Kollaborationswahrnehmung möglichst direkt evaluiert werden.

2.7 Interprofessionelles Lernen als Lernen am Modell nach Bandura

Manche Lehrende sehen in der Versorgungspraxis besondere Anwendungsmöglichkeiten für das Interprofessionelle Lernen:

»Am besten wären natürlich Interprofessionelle Visiten.« (F3, #00:23:54)

und begründen diese Verortung am Lernort Praxis:

»[...] es ist ja belegt [...] nach Bandura. Lernen am Modell ist einfach das, was am besten funktioniert und unsere Auszubildenden, denke ich, gucken sich auch zum allergrößten Teil an, auf welche Art und Weise sind hier die Kolleginnen und Kollegen auf Station erfolgreich. Dieses erfolgreiche Handeln, das muss nicht immer etwas Positives sein. [...] Aber es kann eben auch genau das Lernen am positiven Modell sein [...] Ich glaube, dass das sehr, sehr wirkungsvoll ist.« (F3 #01:10:20-0#)

Hier wird das Lernen am Modell eher als ungesteuertes Lernen in der Praxis beschrieben. Auszubildende würden sich das *positive Modell*, welches durch *erfolgreiches Handeln* überzeugt, anschauen und es übernehmen. Auch sollte man nach Auffassung der Lehrenden Interprofessionelle Visiten am Lernort Praxis durchführen, wo die Lernenden sich das Handeln der anwesenden Gesundheitsberufe direkt anschauen könnten. Das Lernen durch Beobachtung am Lernort Praxis wird als starker und nachhaltig wirksamer Lernort beschrieben.

2.8 Auswertung des Interprofessionellen Lernens als Lernen am Modell nach Bandura

Bandura (1979) hat die sozial-kognitive Theorie des Lernens am Modell entwickelt, wobei er experimentell zeigen konnte, dass Menschen auf Basis von modellbildenden Lernerfahrungen, auf Grundlage dieser sogenannten »Role Models« ihr Handeln ausrichten. Es scheint aber etwas fragwürdig, dass das Lernen am Modell als ein passiver Lernvorgang beschrieben wird, wonach die Lernenden gar nicht anders können als so zu handeln. Bandura beschrieb das Lernen am Modell ja nicht an Good Practice, sondern an Beispielen der Aggressivität bzw. der Gewaltforschung, also daran, wie Menschen lernen, aggressiv zu handeln. Insofern wäre auch das Interprofessionelle Lernen als eine Art Lernen am Modell zu beschreiben als Lernergebnis von durchaus positiven, aber auch negativen Role Models. Hier wäre auch anzusetzen bei erfahrenen Menschen aus Gesundheitsberufen. So könnte das Lernen am Modell an sogenannten Role Models der Interprofessionellen Zusammenarbeit eine besondere Chance sein, nachhaltige Lernergebnisse hervorzubringen. Das Problem könnte allerdings darin bestehen, dass die Interprofessionelle Praxis, die an-

gebahnt werden soll, nach dieser Begründung schon vorausgesetzt wird, was ein wenig einseitig erscheint angesichts der vorläufigen Lernstände von Auszubildenden und Studierenden und sicherlich etwas zu optimistisch daher kommt in Bezug auf die Annahme, dass sich bereits positive Vorbilder in der Praxis finden lassen.

2.9 Analyse der Ergebnisse aus interEdu

Lehrende, die Interprofessionelle Lehr-/Lernformate anbieten, nutzen eine Vielzahl an Lernansätzen. Man findet die Auffassungen, das Problemorientierte Lernen, das Erfahrungsorientierte Lernen, das Kooperative (Kollaborative) Lernen oder das Lernen am Modell nach Bandura setze das Interprofessionelle Lernen demnach gut und nachhaltig um. Die Begründungen nehmen ihren Ausgangspunkt oft aus den praktischen Erfordernissen des Pflegeberufes, also daraus, was Pflegenden praktisch tun. Da Pflege ein Teamberuf ist, ist es beispielsweise wichtig, auch Gruppenarbeit und damit Formen der Kooperation und Kollaboration einzuüben. Dadurch dass Gesundheitsberufe in der Versorgung auf Problemlagen reagieren müssen, bietet sich das Problemorientierte Lernen in der schulischen oder hochschulischen Ausbildung auch als Lernmethode besonders an. Oft wird konkret an Versorgungsperspektiven gearbeitet, statt das Zusammensein von mehreren Professionen selbst zu thematisieren und lehr-/lerntheoretisch aufzugreifen. Im Folgenden wird daher einigen lerntheoretischen Grundlagen des sozialen Lernens nachgegangen.

3. Interprofessionelles Lernen als Soziales Lernen

Es stellt sich die Frage, warum benennen Lehrende, die Interprofessionelle – verstanden als soziale – Kompetenzen vermitteln möchten, so selten Soziales Lernen als Möglichkeit oder als Begründung? Eine Vielzahl an Ansätzen stützt sich auf die Definition nach CAIPE (2002, 2017) oder die der darauf aufbauenden der WHO (2010), die davon ausgehen, dass IPE immer ein Von-, Mit- und Übereinander-Lernen sei. An dieser Definition, die zunächst nicht besonders wissenschaftlich genau ist, erkennt man dennoch die soziale Zielstellung und soziale Kompetenzebene des Interprofessionellen Lernens. Es geht primär um das Zusammenbringen von verschiedenen Ausbildungen im Gesundheitswesen oder mit Bezug zum Gesundheitswesen.

Was beinhaltet denn ein Interprofessionelles Lernen, wenn es als ein Soziales Lernen begründet wird, eigentlich?

Aus lernpsychologisch fundierter Perspektive bezeichnet Soziales Lernen ein Lernen, mit dem man soziale Interaktionen versteht und löst, sowie erkennt, in welchen sozialen Situationen welches Handeln erforderlich ist und am meisten Sinn ergibt. Kognitionswissenschaftlich gilt das Soziale Lernen als lebensnahe,

aber gleichwohl komplexe Aufgabe (Hackel/Kalkstein/Mende-Siedlecki 2024: 428). Das bedeutet in der Umsetzung, dass alle Lernenden eines Gesundheitsberufes, weil sie sozial gelernt haben, bereits sehr viel Wissen über das Handeln und die Rollen von Gesundheitsberufen erworben haben, und zwar ein Wissen, durch das die Lernenden bereits *concepts* von Kindheit an aufgebaut haben. Man bezeichnet diese biografischen und sozialisatorischen Lernergebnisse als *semantic concepts*. Sie sorgen dafür, dass es eine theoriegeleitete Vorstellung darüber gibt, wie man sich warum verhält (vgl. Hackel/Kalkstein/Mende-Siedlecki 2024: 432). Auf meiner ersten Ausbildungsstation als Pflege-Lernender habe ich zum Beispiel den Praxisanleiter (damals *Mentor*) auch für den Stationsleiter gehalten, weil mein soziales Konzept vom Handeln des Praxisanleiters dem der Leitungsperson entsprochen hat. Das Missverständnis wurde dann ein paar Tage später durch weitere Kommunikation und besseres Verstehen der sozialen Ordnungen einer chirurgischen Station im Krankenhaus humorvoll aufgelöst. Gleiches gilt auch dafür, dass Lernende immer schon ein Wissen haben, in dem Sinne: so verhält man sich als Pfleger*in, so als Therapeut*in und so als Arzt*Ärztin. Das bedeutet auch, dass das Soziale Lernen immer im Interprofessionellen Lehr-/Lernarrangement stattfindet, egal ob ich es plane oder nicht mitplane. Dieser Beitrag möchte anbahnen, dass Lehrende in Gesundheitsberufen das Interprofessionelle Lernen als sozialen Lernvorgang in ihre Handlungen und didaktischen Entscheidungen besser integrieren und besser verstehen als bisher, wo das Soziale Lernen nachgewiesenermaßen weniger im Fokus der Betrachtung oder der Reflexionsprozesse ist.

3.1 Soziales Lernen und Adoleszenz

Hofmans und van den Bos (2022) gehen geleitet von einem systematischen Blick auf die einschlägige Literatur davon aus, dass in der Lebens- und Entwicklungsphase der Adoleszenz, die man von 11–23 Jahren oder auch von 13–25 Jahren festlegen kann (vgl. Hall 1904), sehr viel mehr als in anderen Altersbereichen über das soziale Lernen aufgenommen werde. Vor allem seien gemeinsame Handlungen die Grundlage für Beobachtungen oder Orientierungen. Die Adoleszenzphase gehe mit einer starken Orientierung an Peer-Einflüssen einher. Demnach könne man davon ausgehen, dass das soziale Lernen bei jungen Studierenden und Auszubildenden der Gesundheitsberufe sehr stark durch Orientierung an Vorbildern geprägt sei und es sich daher lohne, diese Zusammenhänge genauer anzuschauen.

Das soziale Lernen wird gefördert durch Zustimmung der Peers und gehemmt durch Bestrafungen und Sanktionen der Peers (vgl. Hofmans/Bos 2022). Das bedeutet, für die sozialen Interaktionen in den jeweiligen Lerngruppen vermehrt darauf zu achten, dass solche Idealisierungen oder Orientierungen an Konzepten der Coolness in einem Beruf durch die Lehrenden aufgedeckt und beim Interprofessionellen Lernen mit thematisiert werden können. Zum Beispiel setzen sich in der Pra-

xis merkwürdige Haltungen, Rollenannahmen und vermeintliche Stärkekonzepte durch, die gerade beim Interprofessionellen Lernen thematisiert und durch Interprofessionelle Gruppen reflektiert werden können.

3.2 Soziales Lernen ist auch kulturelles Lernen

Cecilia Heyes von der Universität in Oxford stellt als Psychologin in ihrem Aufsatz von 2015 bereits in der Überschrift eine für die Wahrnehmung des Interprofessionellen Lernens nicht ganz unwichtige Frage, indem sie fragt: »When does social learning become cultural learning?« Wann wird aus dem sozialen Lernen auch ein kulturelles Lernen? Nach Heyes (2015) zeigen die empirisch fundierten psychologischen Lernforschungen, dass fast alle menschlichen Handlungsvermögen nicht auf genetischen Einflüssen, sondern auf Entwicklungseinflüssen beruhen. Insofern ist deutlich, dass 100 % der menschlichen Pflegekompetenzen und auch 100 % der therapeutischen Kompetenzen oder sämtliche kommunikative Kompetenzen der Gesundheitsberufe erworben sind und nicht angeboren. Insofern liegt hinter diesen Kompetenzen zur Zusammenarbeit auch eine Vielzahl sehr stark prägender sozialer Lernvorgänge, die die Lernenden vor oder während ihrer Ausbildung oder des Studiums erlernt haben oder ständig weiter erlernen, meistens parallel zum offiziellen Ausbildungsdiskurs oder Studiendiskurs. Man kann also davon ausgehen, dass alle Menschen, die einen Gesundheitsberuf erlernen möchten, bereits über Themen, Konzepte, Schemen, Vorstellungen und konkrete Handlungen verfügen, die sie interprofessionell einsetzen, um gemeinsam Versorgungsprozesse zu lösen. Insofern darf man mit der Psychologin Heyes sicher davon ausgehen, dass das Interprofessionelle Lernen immer vor dem Hintergrund sozialer und kultureller Lernvorgänge mitzudenken ist. Sicherlich ist aber auch zu bedenken, dass bereits erlernte Formen der Zusammenarbeit und des Zusammenwirkens nicht automatisch erfolgreich für das Umsetzen einer kollaborativen Gesundheitsversorgung sind, was die zentrale Zielsetzung des Interprofessionellen Lernens und einer wünschenswerten interprofessionellen Praxis ist. Wenn zum Beispiel eine Studierende eines Gesundheitsberufes Vorerfahrungen aus dem Spiel in einem Orchester oder einem Chor hat, wird sie diese kollaborativen Fähigkeiten auch in ein Studium eines Gesundheitsberufes einbringen, genauso wie andere Auszubildende oder Studierende ihre sozial erworbenen Fähigkeiten einbringen (egal wie sie im Besonderen erworben wurden, sei es beispielsweise beim Gaming). Die Berücksichtigung sozialer und damit kultureller Lernprozesse ist – so die Begründung in diesem Aufsatz – zentral für den Lernerfolg des interprofessionellen Lehr-/Lernprozesses.

3.3 Soziales Lernen und Gedächtnis

Soziales Lernen bildet eine zentrale Voraussetzung für das Leben und die Alltagsbewältigung in der Kultur (vgl. Singh u.a. 2021). Um den Widerspruch zwischen Adaption der individuellen Kompetenzen oder Änderungen in den sich wandelnden Umgebungen und Kontexten zu begegnen, schlägt die Stanforder Arbeitsgruppe um Madeleine Ammar, Laurel Fogarty und Anne Kandler (2023) vor, künftig beim Sozialen Lernen auch die Ebene des Gedächtnisses mit der Möglichkeit des Vergessens mit zu berücksichtigen. Über Szenarioberechnungen weisen sie nach, dass erst durch die Berücksichtigung des Vergessens bzw. der Gedächtnisfunktionen die Voraussetzung optimiert werde, dass bei sich stark wandelnden Umgebungen auch Soziale Lernprozesse nachhaltiger anbahnen, und zwar solche, die Innovation und kulturellen Fortschritt ermöglichen (ebd. : 9). Bezogen auf die Gesundheitsberufe würde das Element einschließen, dass man professionsspezifische Sinnsetzung in Form impliziter Allüren, eigener Berufsprojektionen und Vorurteile im interprofessionellen Lehr-/Lernarrangement eher vergessen bzw. didaktisch gewendet wieder gezielt *entlernen* sollte.

3.4 Das Interprofessionelle Lernen als unbearbeitete Fortsetzung sozialer Lehr-/Lernprozesse

Wie kann man sich das Interprofessionelle Lernen als Fortsetzung sozialer Lernprozesse nun praktisch vorstellen?

Eine Interaktion am Beispiel der Mannheimer interprofessionellen Ausbildungsstation (MIA) macht das deutlich (vgl. Mihaljevic u.a. 2018). Ich stelle eine Interaktion aus einem öffentlichen Lehrvideo der Ausbildungsstation vor und anschließend analysiere ich das Beispiel auf Basis sozialer Lernvorgänge:

Medizinstudentin (vor dem Patientenzimmer, zu der Pflegelehrenden, zu dem Physiotherapielehrenden, zu den 6-8 Begleitpersonen/Lehrenden/Anleitenden): So dann gehen wir mal rein!

Medizinstudentin: Na, Guten Tag! (.)

Und wie geht`s Ihnen heute?

Patientin: ((ausatmend)) Nicht, so gut.

Medizinstudentin: Mit der Atmung oder was ist das Problem?

Patientin: Ja ich krieg so schlecht Luft (und) ((wird unterbrochen))

Medizinstudentin ((Blick zur Pflugeschülerin)): Kannst du dann kurz vielleicht messen?

Pflugeschülerin ((Blick zur Medizinstudentin)): Ja

((Blick zur Patientin)) Ich mess' grad mal die Sauerstoffsättigung. (Am Finger).

((Blick zur Medizinstudentin)) Ist bei 91.

Medizinstudentin: ((undeutlich)) (Ja. Sie kriegen) dann ein Sauerstoff durch die Nase ((Sauerstoffbrille nachahmend)), dass es Ihnen besser geht.

((Patientin nickt))

(Transkription nach TIQ)

Diese Interaktion der interprofessionellen Ausbildungsstation macht deutlich, dass man im sozialen Lernkontext schnell das Gegenteil davon erreicht, was man eigentlich intendiert hat. Hier ist die Pflegerin nicht diejenige, die die Kollegin darauf hinweist, dass sie die Patientin unterbrochen hat und dass nach dem »und« der Patientin noch etwas Interessantes hätte zum Vorschein kommen können. Die Pflege-Lernende ist hier bereits in der Ausbildung Handlager*in der Medizin-Lernenden und übernimmt mal eben die Messung der Sauerstoffsättigung auf Anweisung. Der Physiotherapie-Lernende wird ebenfalls nicht miteinbezogen, steht mit hinter dem Rücken verschränkten Armen daneben und wird kommunikativ gar nicht einbezogen, obwohl es ja bei Störungen des Atemvorgangs um ein physiotherapeutisch relevantes Problem geht.

Man könnte auch erwarten zu hören, wenn man an interprofessionelle Entscheidungsfindungen denkt: »Ja, ich teile das Vorgehen in diesem Fall.«, aber die Pflegenden unterwirft sich der Anweisung mit einem einfachen »Ja« und gibt das Kommando weiter an die Patientin, allerdings ohne die emotionale Anforderung, die die Patientin deutlich geäußert hat, zu bemerken, verbal aufzugreifen oder im Handeln zu berücksichtigen. Gerade die habituell merkwürdigen Verhaltensweisen des interprofessionellen Behandlungsteams werden nicht als soziale Lernprozesse verstanden oder genutzt. Was zählt, ist eine professionelle Fassade zu zeigen und die Profession hinter einem Anweisen (Medizin), Gehorchen (Pflege) oder Schweigen (Physiotherapie) zu verstecken. Ich verwende die Beispielsequenz als Video gern, um mit Studierenden über interprofessionelle Haltungen bei der Visite zu diskutieren und der Frage nachzugehen, was eine Visite tatsächlich zu einer interprofessionellen Visite macht.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse des Interprofessionellen Lernens als Soziales Lernen

Nach den lerntheoretischen Fundierungen möchte ich die zentralen Ergebnisse zusammenfassen:

Aufgrund der zentralen Intentionen des Interprofessionellen Lernens muss man das Interprofessionelle Lernen als ein Soziales Lernen begreifen, verstehen und didaktisch reflektieren.

Aus der Sozialen Lernforschung ist bekannt, dass alle Lernenden sich bereits *semantic concepts* über alle zentralen Berufe im Gesundheitswesen gebildet haben. Diese Konzepte im interprofessionellen Lernvorgang nicht mit zu berücksichtigen, führt häufig zum Gegenteil des gewünschten Ergebnisses.

Mit Verweis auf internationale Studienergebnisse wird auf die Rolle von Peers beim Sozialen Lernen hingewiesen. Hierzu ist also zu empfehlen, Role Models, besondere Sympathieträger des Berufes – auch aus den Medien (z.B. »Dr. House«, »Schwester Betty« etc.) – zu thematisieren und hinsichtlich beispielsweise der Handlungserfolge oder Nachahmungsmotivation kritisch zu hinterfragen.

Interprofessionelles Lernen sollte als Soziales Lernen auch Möglichkeiten zum Entlernen und tatsächlich zum Vergessen-Können von Schablonen geben. Soziale Transformationen wie eine Verbesserung der interprofessionellen Versorgungspraxis wird nur gelingen, wenn wir die herkömmlichen, aber erfahrenen monoprofessionellen Praxen konkret vergessen können – anders hat das Neue wenig Chancen, im Gedächtnis behalten zu werden. Das kann beispielsweise durch Reflexions- oder Selbstevaluationsinstrumente angebahnt werden.

In interprofessionellen Modellprojekten kommt es ohne lerntheoretische oder didaktische Fundierung und Beteiligung, wie wir am Beispiel der MIA gesehen haben, offenbar ganz schnell zum Weiterlernen von sozial erworbenen falschen Rollen- und Kommunikationsmustern (vgl. Kunze 2023: 93–105). Wo Interprofessionalität draufsteht, ist nicht unbedingt Interprofessionalität zu beobachten. Oft überwiegt der didaktische Wunsch die tatsächliche didaktische Wirkung.

4. Didaktische Implikationen für die lerntheoretische Fundierung des Interprofessionellen Lernens

In diesem Kapitel möchte ich ausgehend von Befunden aus Kapitel 2 (Befunde aus dem Projekt interEdu) und Kapitel 3 (IPE als Soziales Lernen) einige didaktische Möglichkeiten zur Umsetzung von interprofessionellen Lehr-/Lernformaten beschreiben und analysieren.

4.1 Der Tausch

Der didaktische Tauschansatz beim Interprofessionellen Lernen bedeutet, dass die Lerngruppen etwas Erlerntes der jeweils anderen Gruppe zeigen und in die Rolle des Lehrenden gehen, also Learning by Teaching praktizieren. Zum Beispiel zeigen Physiotherapeuten den anderen Gesundheitsberufe-Lernenden *Fußdiagnostik*, Medizin-Lernende zeigen *Reflexe und Befunderhebung an unteren Extremitäten* und Pflege-Lernende demonstrieren *Positionierungsarten*. So kann jede Profession ihr eigenes Können die anderen Lernenden *unterrichten* und dadurch persönlich festigen, aber auch das eigene Professionswissen anderen zeigen (vgl. Abert u.a. 2016, Mette u.a. 2016, Millich 2016, Keil u.a. 2019).

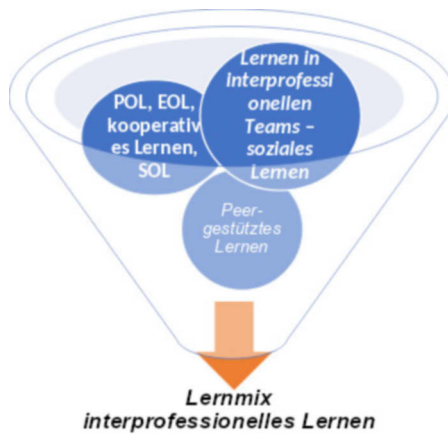
Abbildung 1: Die Tauschhütte als Metapher für Geben und Nehmen



4.2 Der Mix

Eine weitverbreitete Auffassung ist, dass das interprofessionelle Lehren und Lernen (wie alles berufliche und allgemeinbildende Lernen) aus einem Lernmix bestehen sollte. So können verschiedene Lehr-/Lernformate kombiniert werden, zum Beispiel können Erfahrungsorientierte Ansätze mit Kooperativen und Handlungsorientierten Lernansätzen kombiniert und gemischt werden (Reichel u.a. 2016).

Abbildung 2: Visualisierung des Lernmixes beim Interprofessionellen Lernen



4.3 DNA-Learning

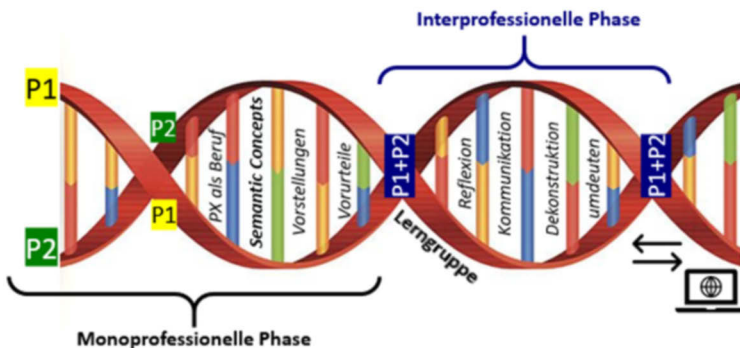
Nachdem das Interprofessionelle Lernen als ein Soziales Lernen hergeleitet und begründet wurde, geht es auch in Theorie und Praxis der Umsetzung immer um eine gewisse Pragmatik und kreative Ausgestaltung der Idee. Das DNA-Learning – orientiert am Aufbau des DNA-Moleküls – möchte dazu einige Vorschläge machen.

Es ist ein neuer Vorschlag für die Gestaltung des Interprofessionellen Lehrens und Lernens und der Versuch eines didaktisch und lerntheoretisch fundierten Ansatzes, als DNA-Learning-Approach. Hierbei wird grundsätzlich versucht, das Interprofessionelle Lernen als Soziales Lernen zu begreifen. Jeder rote Strang der DNA ist eine Profession im Gesundheitswesen. Auf der Visualisierung in Abbildung 3 sehen wir zwei Professionen. Es könnten aber auch drei oder mehr sein. Jeder Strang, also jede Profession im Gesundheitswesen, lernt in Teilen des Lernprozesses monoprofessionell und in Teilen des Lernprozesses interprofessionell. Die Wasserstoffbrücken (Abb. 3) signalisieren Verbindungen und Vernetzungen. Zum Beispiel können auch in monoprofessionellen Phasen *semantic concepts* jeweils getrennt voneinander thematisiert werden: zum Beispiel reflektieren Medizin-Lernende oder Physiotherapie-Lernende die eigenen Vorstellungen und Konzepte über *Pflege als Beruf* (Vorstellungen, Vorurteile etc.) und umgekehrt die Pflege-Lernenden Konzepte der Therapieberufe oder des Medizinberufes.

An den Windungen des DNA-Learnings treffen sich die verschiedenen beteiligten Professionen bzw. Lerngruppen und lernen tatsächlich synchron und gemeinsam, auch zu Aspekten des sozialen Miteinanders – das ist in digitalen, analogen oder hybriden Lehr-/Lernformaten denkbar. Hierbei kann es also auch

zum Austausch über die zuvor monoprofessionell behandelten *semantic concepts* kommen. Es sollten aber auch gezielt Aufgabenstellungen im sozialen Miteinander bearbeitet werden, die die Gruppe interessieren und die einen Versorgungsbezug aufweisen, wie beispielsweise die zeitgleiche Behandlung von Flüchtlingen und Neue Rechte-Anhänger in einem Versorgungsbereich. Die nächste Schleife nach einer Windung kann dann beispielsweise auch in gemischten Gruppen weitergehen, eine Verbindung, welche sich dann erst an der nächsten Windung wieder auflöst und trennt. Die Wasserstoffbrücken geben in diesen Lerngestaltungsphasen die Möglichkeit zur Reflexion und zur Kommunikation, was beispielsweise gut über Emails, Lehr-/Lernplattformen oder Messenger-Dienste umsetzbar ist. An den Windungspunkten sollten konkrete didaktische Meilensteine des interprofessionellen Lehr-/Lernformats definiert, visualisiert und realisiert werden. Vor dem Hintergrund der sozialen Lernbefunde sollten die Knoten auch Möglichkeiten zum Entlernen von *Vorurteilen*, *prägenden Erfahrungen* oder von *sozialisierten Einstellungen* zu anderen Gesundheitsberufen enthalten, um Platz für neue und dem interprofessionellen Lernprozess entsprechende Erkenntnisse zu erhalten. Ein interprofessioneller Lerngesamtprozess kann eine Vielzahl von DNA-Schleifen beinhalten, eine Lernsituation zum Beispiel 5–8 und auch ebenso viele Windungspunkte, die dann in die nächsten Lernprozesse wieder überleiten können.

Abbildung 3: Visualisierung der möglichen Umsetzungen des DNA-Learning-Approach nach von Gahlen-Hoops



5. Fazit und Ausblick

In diesem Beitrag wird versucht, auf eine lerntheoretische Forschungslücke beim Interprofessionellen Lernen hinzuweisen. Aus dem empirischen Material von interEdu geht hervor, dass Lehrende sich in der Regel nicht äußern oder bemerken, dass das Interprofessionelle Lernen stets ein sozialer Lernvorgang ist.

Das Konzept des Sozialen Lernens impliziert diese These aber und macht auch per Definition das *Voneinander, Miteinander, Übereinander* leichter lerntheoretisch nachvollziehbar, wenn auch nicht wissenschaftlich in letzter Instanz klar wird, was das Voneinander, Miteinander, Übereinander genau bedeutet. Dafür wird im 3. Kapitel dieses Aufsatzes das Soziale Lernen anhand von aktuelleren internationalen Studien rekonstruiert und für die Anwendung im interprofessionellen Lehr-/Lernkontext reflektiert.

Zum Abschluss werden drei in der Didaktik des Interprofessionellen Lernens sinnvolle Formate thematisiert – der Tauschansatz, der Lernmix und das DNA-Lernen –, an denen sich Lehrende in Gesundheitsberufen orientieren (können). Der DNA-Learning-Approach wird als ein neuer Ansatz vorgestellt, der sich zum Ziel setzt, die sozialen Lernprozesse des Interprofessionellen Lehrens und Lernens gezielt zu berücksichtigen und systematisch zu fördern. Der DNA-Ansatz ist neben dem Fokus auf das Soziale Lernen auch darum innovativ, weil monoprofessionelle und interprofessionelle Lernphasen zusammen berücksichtigt werden, ein Zusammenhang, der sonst bei Publikationen zum Interprofessionellen Lernen nahezu vollständig ausgeblendet wird. Künftig wird das Interprofessionelle Lernen neben dem Sozialen Lernen auch vermehrt in digitalen Lehr-/Lernkontexten umgesetzt werden können (vgl. Yu 2022).

Insgesamt wären weitere nationale wie internationale Forschungsinitiativen zu den lerntheoretischen Grundlagen des Interprofessionellen Lernens wünschenswert. Gerade die Pilotierung und Anwendung des mit dem Sozialen Lernen begründeten DNA-Ansatzes müssen empirisch weiter gestützt und beispielsweise durch vergleichende randomisierte Studien noch besser belegt werden.

Insgesamt wird deutlich, dass der mögliche interprofessionelle Lernerfolg auch maßgeblich von der Bewusstheit, Reflexion und der Wahl des Lernansatzes abhängig sein wird.

Literatur

Abert, Johannes/Lippmann, Pauline/Reichel, Kathrin (2016). Das Projekt INTER-TUT Interprofessionelles Peer-Teaching für Gesundheitsberufe. Online: URL: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwid8rmjqJXqAhUQzqQKHVFWAF8QFjABegQIBhAB&url=https%3A%3A>

- 2F%2Fgesellschaft-medizinische-ausbildung.org%2Ftagungen%2F2015-leipzig%2Fabstracts.html%3Ffile%3Dfiles%2Ftagungen%2F2015%2520Leipzig%2Fuploads%2Fgma-2015-johannes-abert-p-6-075.pdf&usq=AOvVaw26vXJko2j3tB8-ToBThjrj (Abruf: 14.04.2025).
- Ammar, Madeleine/Fogarty, Laurel/Kandler, Anne (2023). Social learning and memory. In: PNAS Evolution Anthropology, Vol. 120 (33), S. 1–10. (<https://doi.org/10.1073/pnas.2310033120>).
- Bandura, Albert (1979). Sozial-kognitive Lerntheorie. Hg. der dt. Ausg.: R. Verres. Aus d. Amerik. von H. Kober. (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Busch, Jutta/Lüth, Frederike (2026). Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung. In: Lehnen, Tanja/Busch, Jutta/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.). Interprofessionelle Bildung in Pflege und Gesundheitsberufen. Curriculare Gestaltung und Strategien für die Anwendung. Bielefeld: transcript.
- CAIPE (The Centre for the Advancement of Interprofessional Education) (2002). Interprofessional Education. Today, Yesterday and Tomorrow. A review. Occasional Paper. Online: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h> (Abruf: 14.04.2025).
- CAIPE (The Centre for the Advancement of Interprofessional Education) Online: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s> (Abruf: 14.04.2025).
- Dewey, John (1986). Erziehung durch Erfahrung. (eingeleitet, ausgewählt und kommentiert durch H. Schreier) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dreier-Wolfgang, Adina/Homeyer, Sabine/Oppermann, Roman/Hoffmann, Wolfgang (2018). A model of interprofessional problem-based learning for medical and nursing students: Implementation, evaluation and implications for future implementation. Online: URL: <https://www.egms.de/static/en/journals/zma/2018-35/zma001160.shtml> (Abruf: 19.06.2020).
- Ewers, Michael/Reichel, Kathrin (2017). Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: das Projekt interTUT. Working Paper. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin – Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.
- Green, Norman (2004). Der Unterschied zwischen Kooperativem Lernen und Gruppenarbeit. Übersetzung: Carmen Druyen (2004). Köln: Universität zu Köln. Online unter: http://methodenpool.uni-koeln.de/koopunterricht/ger_the_difference.pdf (Abruf: 18.08.2025)
- Hackel, Leor M./Kalkstein, David A./Mende-Siedlecki, Peter (2024). Simplifying social learning. In: Trends in Cognitive Sciences, Vol. 28 (5), S. 428–440. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2024.01.004>

- Hall, G. Stanley (1904). *Adolescence – its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, religion and Education*. New York: D. Appleton and Company. (Online: Internet Archive).
- Heyes, Cecilia (2015). When does social learning become cultural learning? *Developmental Science*, 20, S. 1–14. <https://doi.org/10.1111/desc.12350>
- Hofmans, Lieke/Bos, Wouter van den (2022). Social learning across adolescence: A Bayesian neurocognitive perspective. In: *Developmental Cognitive Neuroscience*. S. 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2022.101151>
- Keil, Stephanie/Stocker, Ilona/Abler, Michael/Roccor, Bettina/Salzberger, Bernd (2019). Aus FlnKo wird GeLiS – Transfer eines Kurses zur Kommunikation in interprofessionellen Settings von der LMU München an die Universität Regensburg. Online: <https://www.egms.de/static/de/meetings/gma2019/19gma022.sh> tml (Abruf: 14.04.2025).
- Kunze, Katrin (2023). *Interprofessionelles Lernen als Grundlage für interprofessionelle Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – eine Mixed-Methods-Studie zur Relevanz der interprofessionellen Sozialisation im Studium für den Beruf*. Dissertation. Universität Osnabrück. Online: https://osnadocs.ub.uni-osnabrueck.de/bitstream/ds-2023111510031/1/thesis_kunze.pdf (Abruf: 14.04.2025).
- Mette, Mira/Dölken, Mechthild/Hinrichs, Jutta/Narciß, Elisabeth/Schüttpelz-Brauns, Kathrin/Weihrauch, Ute/Fritz, Harald (2016). Comprehension through cooperation: Medical students and physiotherapy apprentices learn in teams – Introducing interprofessional learning at the University Medical Centre Mannheim, Germany. Online: <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2016-33/zma001030.shtml> (Abruf: 14.04.2025).
- Mihaljevic, André L./Schmidt, Jochen/Mitzkat, Anika/Probst, Pascal/Kenngott, Theresa/Mink, Johanna/Trierweiler-Hauke, Birgit (2018). Die Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): ein Praxis- und Theorie-geleitetes Vorgehen zur Entwicklung und Implementierung von Deutschlands erster interprofessioneller Ausbildungsstation. In: *GMS Journal for Medical Education*, 35 (3), S. 12–22.
- Millich, Nadine (2016). Für beide Seiten gewinnbringend. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 55 (2), S. 94–96.
- Reichel, Kathrin/Dietsche, Stefan/Hölzer, Henrike/Ewers, Michael (2016). Interprofessionelles Peer-Assisted Learning als niedrigschwelliges Angebot für gemeinsames Lernen: Evaluationsergebnisse des Projektes interTUT. In: *GMS Journal for Medical Education* 33 (2).
- Scheller, Ingo (1981). *Erfahrungsbezogener Unterricht. Theorie, Praxis, Planung*. Königstein: Scriptor.
- Singh, Manvir/Acerbi, Alberto/Caldwell, Christine A./Danchin, Étienne/Guillaume, Isabel/Molleman, Lucas/Scott-Phillips, Thom/Tamariz, Monica/Berg, Pieter van

- den/Leeuwen, Edwin J. C. von/Derex, Maxime (2021). Beyond social learning. In: Philosophical Transactions. The Royal Society Publishing, B 376, S. 1–10.
- Yu, Yan (2022). Embedded self-conceptualization and social learning in online social networking platforms. In: Front. Psychol., 13:901625, S. 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.901625>
- World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Online: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1 (Abruf: 14.04.2025).

Bildnachweise

- Abbildung 1: https://www.leck.de/wp-content/uploads/201707-geben-und-nhemen_1.jpg (Abruf: 26.01.2026)
- Abbildung 2: Eigene Darstellung
- Abbildung 3: Eigene Darstellung

Interprofessionalität anhand des Bildungskonzept BAPID im Kontext der Bildungsarchitektur in Deutschland

Katharina Genz und Wolfgang von Gahlen-Hoops

Zusammenfassung *Die Interprofessionalität im Gesundheitswesen, die bereits Florence Nightingale im 19. Jahrhundert betonte, ist essenziell für die Versorgungsqualität. Historisch wurde sie als zentrale Herausforderung erkannt und seit den 1990er Jahren durch die WHO weltweit verstärkt gefördert. Das Bildungskonzept BAPID in Deutschland schafft den strukturellen Rahmen, um interprofessionelle Kompetenzen systematisch in die Pflegebildung zu integrieren. Es fördert den Austausch zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen, erleichtert die Überwindung von Disziplinargrenzen und unterstützt eine angepasste Lehrplangestaltung. Langfristig verbessert Interprofessionalität die Pflegequalität und erhöht die Zufriedenheit sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Pflegebedürftigen.*

1. Einleitung

Die Bedeutung der Interprofessionalität im Gesundheitswesen wurde bereits im 19. Jahrhundert von Florence Nightingale erkannt, die betonte, dass die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen für das Wohl der Pflegebedürftigen entscheidend ist. Eine solche Zusammenarbeit fördert tragfähige Lösungen und verhindert negative Konsequenzen durch die Dominanz eines Berufsstandes (vgl. Welz-Spiegel/Spiegel 2023: 77).

Historisch gesehen, wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonen besonders in den 1970er Jahren international als zentrales Problem erkannt, wobei seit den 1990er Jahren praktische Aspekte wie Interdisziplinarität, Kommunikation und Kooperation stärker in den Vordergrund rückten. Die World Health Organization (2010: 13) definiert interprofessionelle Zusammenarbeit als die Interaktion von Personen mit unterschiedlichem Hintergrund, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen. Dies ist unerlässlich für die effiziente und zielgerichtete Versorgung von Pflegebedürftigen (vgl. World Health Organization 1988: 6; Welz-Spiegel/Spiegel 2023: 58).

Die Robert Bosch Stiftung fordert neue Strukturen, Konzepte und Qualifikationen sowie innovative Formen der interprofessionellen Kooperation, um die flächendeckende und sektorenübergreifende Versorgung sicherzustellen. Hierbei spielt die Professionalisierung der Pflegeberufe eine zentrale Rolle (vgl. Robert Bosch Stiftung 2018: 3).

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist besonders wichtig bei der Beratung zur Gesunderhaltung, dem Umgang mit chronischen Erkrankungen, der psychosozialen Unterstützung, der berufsgruppenübergreifenden Fallberatung, der Begleitung von Angehörigen und im Innovationsmanagement. Diese Zusammenarbeit führt zu höherer Zufriedenheit bei Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden (vgl. Welz-Spiegel/Spiegel 2023: 78).

Die Anbahnung interprofessioneller Kompetenzen sollte bereits in der Ausbildung erfolgen, was jedoch bisher unzureichend umgesetzt wird. Projekte wie interEdu (*Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung*) entwickeln forschungsbasierte Curricula, um interprofessionelles Handeln besser zu integrieren (vgl. Püschel u.a. 2024: 68ff.; Behrend/Scheel 2023: 204).

Interprofessionelles Lernen, bei dem verschiedene Professionen gemeinsam lernen, verbessert die Zusammenarbeit und hat positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität. Es beeinflusst die Haltung der Fachpersonen zur Zusammenarbeit positiv und fördert die berufliche Sozialisation (vgl. Kunze 2024: 1). Trotz Empfehlungen zur stärkeren Verzahnung der interprofessionellen Ausbildung bleibt diese ein Desiderat (vgl. Wissenschaftsrat 2023: 35ff.). Für erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit sind persönliche Fähigkeiten wie Respekt, Veränderungsfähigkeit, Lösungsorientierung, Selbstverständnis und Selbstvertrauen, Offenheit und Fachkompetenz unerlässlich. Ebenso ist Reflexivität entscheidend, da sie Fachpersonen ermöglicht, ihr eigenes Handeln und ihre interprofessionellen Interaktionen kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Informelle Begegnungen wie gemeinsame Pausen fördern das gegenseitige Verständnis und sollten entsprechend gestaltet werden (vgl. Welz-Spiegel/Spiegel 2023: 59; Schmitz u.a. 2020: 46).

Im Bildungskonzept BAPID ist die Integration dieser Aspekte von zentraler Bedeutung, um eine umfassende und qualitativ hochwertige Ausbildung sicherzustellen, die den Anforderungen einer spätmodernen Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert gerecht wird.

2. Herausforderungen der Pflege im Kontext von Interprofessionalität

Der demografische Wandel in Deutschland und anderen OECD-Ländern, geprägt durch eine alternde Bevölkerung und rückläufige Geburtenzahlen, stellt das Ge-

sundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen. Um diese zu bewältigen, sind umfassende interprofessionelle Ansätze erforderlich. Der Fachkräftemangel in den Pflegeberufen macht eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen notwendig. Interprofessionelle Teams können durch die Nutzung der unterschiedlichen Fähigkeiten und Kompetenzen effizienter arbeiten, was die Versorgungsqualität verbessert und die Arbeitsbelastung verringert.

Die Einführung von digitalen Technologien wie elektronische Patient*innenakten und Telepflege kann die Effizienz und Qualität der Versorgung erhöhen. Interprofessionelle Zusammenarbeit, unterstützt durch diese Technologien, fördert den Informationsaustausch und die Koordination zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen. Telemedizin und Telepflege ermöglichen zudem eine bessere Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024: o. S.).

Ein interprofessioneller Ansatz ist auch in der Prävention und Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Verschiedene Berufsgruppen können gemeinsam umfassendere und effektivere Präventionsmaßnahmen entwickeln, um die Krankheitslast in der Bevölkerung zu senken und Pflegebedürftigkeit zu verhindern (vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024: III f.). Die Ausbildungsoffensive Pflege betont die Notwendigkeit einer verbesserten und interprofessionellen Ausbildung, um den Fachkräftemangel zu mildern. Interprofessionelle Lernmodelle in der Ausbildung bereiten zukünftige Fachpersonen besser auf die Zusammenarbeit in einem interprofessionellen Umfeld vor. Zudem ist die Anwerbung von Pflegepersonen aus dem Ausland eine weitere Maßnahme zur Deckung des Fachkräftebedarfs, wobei interprofessionelle Zusammenarbeit entscheidend zur Integration beitragen kann (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021: 94).

Die Professionalisierung der Pflegeberufe erfordert eine Erweiterung pflegerischer Kompetenzen und eine stärkere Rolle der beruflichen Pflege. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist hier von zentraler Bedeutung, um die Pflegeberufe von Heilhilfsberufen zu modernen, attraktiven Gesundheitsberufen weiterzuentwickeln. Dies umfasst auch die Einführung neuer Rollenprofile wie Community Health Nurses (CHN), die eine wichtige Funktion in der Primärversorgung übernehmen können (vgl. Kälble 2024: 30; SPD u. a. 2021: 64).

Pflegefachpersonen spielen künftig eine entscheidende Rolle bei der Bewältigung globaler Krisen wie der COVID-19-Pandemie und des Klimawandels. Interprofessionelle Zusammenarbeit und die Integration spezifischer Ausbildungsinhalte sind notwendig, um die Gesundheitsversorgung in Krisenzeiten sicherzustellen und die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen. Der Internationale Rat der Krankenpflege (ICN) hat einen Kompetenzrahmen für Katastrophenpflege entwickelt, der die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse definiert, die Pflegefachpersonen benötigen, um effektiv und auch interprofessionell in Katastrophensituationen zu handeln (vgl. ICN 2019: 9ff.; ICN 2022: 10ff.).

Interprofessionelle Zusammenarbeit, interprofessionelle Kompetenzen und innovative Ansätze in Ausbildung, Prävention, Versorgung und Integration sind entscheidend, um die Herausforderungen des demografischen Wandels in Deutschland zu bewältigen und eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dies umfasst die Nutzung digitaler Technologien, die Förderung von Präventionsmaßnahmen, die Anwerbung ausländischer Pflegepersonen, die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Vorbereitung auf globale Krisen durch spezialisierte Ausbildung und interprofessionelle Teams (vgl. Eid-Heberle/Burt 2023: 155).

3. Das Bildungskonzept BAPID

3.1 Entstehung und Ziele

Im Oktober 2022 beantragten der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) über den Deutschen Pflegerat (DPR) ein umfassendes Pflegebildungsprojekt. Ziel dieses Projekts ist es, nach der Pflegeberufereform in Deutschland ein kohärentes Gesamtbild der Bildungslandschaft in den Pflegeberufen zu entwickeln, das sowohl bestehende Bildungskonzepte als auch zukünftige Anforderungen der Pflege berücksichtigt. Mit dem Pflegebildungskonzept soll eine gemeinsame Grundlage für alle bildungspolitischen Akteur*innen geschaffen und die Identität der Pflegeberufe gestärkt werden, um der Zersplitterung der professionellen Pflege entgegenzuwirken (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 17).

Der Projektauftrag für die wissenschaftliche Bearbeitung des Bildungskonzepts mit dem Titel »BAPID – Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland« wurde an die Christian-Albrechts-Universität zu Kiel vergeben. Von September 2023 bis April 2024 wurde das Projekt in enger Zusammenarbeit mit dem DPR und seinen Einzelverbänden durchgeführt. Ein forschungsbasiertes Bildungskonzept im Pflegebereich muss die Komplexität und die Herausforderungen des Berufsfeldes mit verschiedenen Forschungsansätzen erfassen, um den vielfältigen Anforderungen des Arbeitsalltags gerecht zu werden. Dabei ist sowohl die Expert*innenperspektive als auch die Berücksichtigung aktueller Forschungsergebnisse von Relevanz. Ein iterativer und partizipativer Ansatz sowie die Einbindung eines Fachbeirats sind von grundlegender Bedeutung. Der Untersuchungsgegenstand wurde unter Zuhilfenahme eines Mixed-Methods-Ansatzes, welcher sich aus qualitativer und quantitativer Forschung zusammensetzt, umfassend beleuchtet. In dem gewählten Forschungsdesign wurden Dokumentenanalyse, leitfadengestützte Expert*inneninterviews sowie eine Sounding Board-Befragung zur Datenerhebung und Datenanalyse kombiniert. Die auf unterschiedlichen Datenarten basierenden Ergebnisse wurden in Joint Displays visualisiert. Die Studie wurde von der Ethik-

kommission der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein positiv begutachtet (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 29ff.).

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studie umfassen Aussagen zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen, dem methodischen Vorgehen, der historischen Entwicklung des Bildungssystems, dem Zusammenspiel von Allgemeinbildung, beruflicher Bildung und Pflegebildung, der akademischen Pflegebildung sowie zukünftigen Herausforderungen und Implikationen für ein umfassendes Pflegebildungskonzept. Besondere Beachtung fanden hierbei die interprofessionellen Ansätze, die eine Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen fördern, um eine bildungsgerechte und personen-zentrierte Pflegebildung sicherzustellen (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 179ff.).

Das BAPID-Bildungskonzept für die Pflege in Deutschland basiert auf drei zentralen Domänen: Allgemeine Bildung, Allgemeine Pflegebildung und Spezielle Pflegebildung, die jeweils in bis zu sechs Stufen unterteilt werden. Diese Domänen interagieren spezifisch in jeder Pflegebildungsbiografie und bilden die Grundlage für die Bildungsentwicklung von Pflegenden in den Pflegeberufen.

Das BAPID-Konzept definiert vier klar abgegrenzte Pflegeberufe (BAPID II–V), die unterschiedliche Rollen im interprofessionellen Pflegeteam übernehmen (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.):

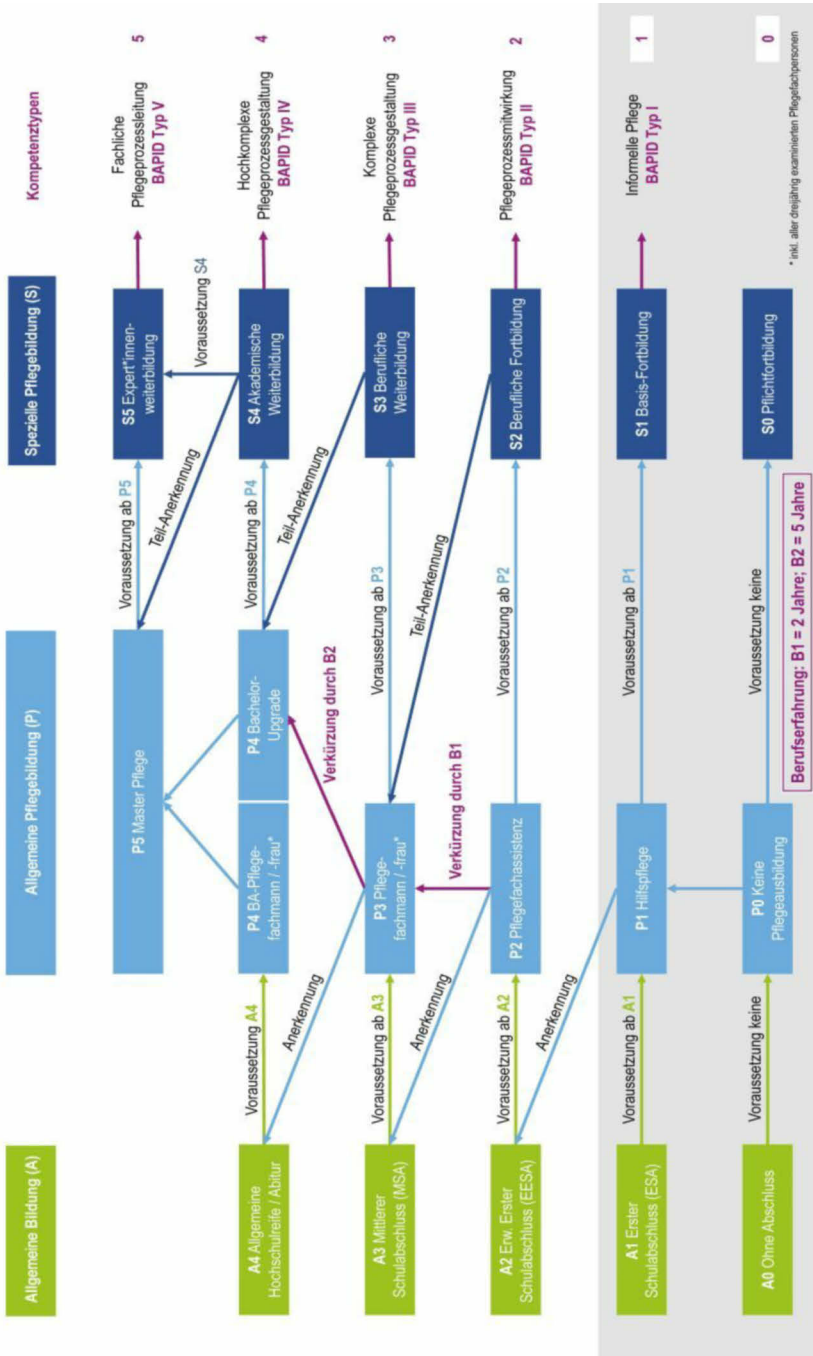
- BAPID Typ II: Pflegefachassistenz, wirkt an Pflegeprozessen mit;
- BAPID Typ III: Pflegefachberuf, gestaltet komplexe Pflegeprozesse;
- BAPID Typ IV: Bachelor Pflege, gestaltet hochkomplexe Pflegeprozesse;
- BAPID Typ V: Pflegenden mit Masterabschluss (APN) bzw. Promotion leiten Pflegeprozesse auf fachwissenschaftlicher Basis und übernehmen führende Rollen in definierten pflegerischen Versorgungsbereichen sowie im Pflegeteam. Ziel ist es, durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen die Qualität der Versorgung und die professionelle Eigenständigkeit der Pflege zu stärken. In pflegerischen Leitungs- und Spezialfunktionen wird eine stärkere Verankerung von BAPID Typ V angestrebt.

Die BAPID-Kompetenzmatrix unterscheidet vertikal zwischen formeller (berufsschulisch und akademisch) und informeller Pflegebildung (Laienpflege). Demnach gehören Typ II und III zur beruflichen Pflegebildung (engl. vocational training), während Typ IV und V zur akademischen Pflegebildung zählen (engl. higher education). BAPID Typ I wird dem informellen Pflegebereich zugeordnet und verfügt über keinen Berufsabschluss in der Pflegebildung. Durch die BAPID-Matrix lassen sich klare Zuständigkeiten definieren, um auf der einen Seite Überlastung und das »Alle machen Alles«-Denken zu vermeiden. Auf der anderen Seite wird durch die Sichtbarmachung von Karriereverläufen und Entwicklungsmöglichkeiten die Attraktivität der Pflegeberufe gestärkt. Die Umsetzung der Durchlässigkeit hängt

jedoch von verschiedenen Faktoren ab. Hierzu zählen die Anerkennung von Qualifikationen, institutionelle Strukturen der Bildungslandschaft sowie tarifliche und arbeitsrechtliche Regelungen. Während BAPID die Grundlage für eine verbesserte Durchlässigkeit schafft, erfordert die praktische Umsetzung eine enge Abstimmung mit politischen Akteur*innen, Berufsverbänden und Bildungseinrichtungen (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Ein wesentlicher Bestandteil des BAPID-Bildungskonzepts als Querschnittsthema, ist die Förderung der Interprofessionalität. Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen wird als zentral angesehen, um eine ganzheitliche und personenzentrierte Versorgung sicherzustellen. Dies beinhaltet gemeinsame Lernmodule und Schulungen, in denen Pflegende, Ärzt*innen, Therapeut*innen und andere Gesundheitsberufe kooperativ zusammenarbeiten und so von-, mit-, übereinander lernen. Durch diese interprofessionellen Bildungsansätze sollen die Kommunikations- und Kooperationskompetenzen der Pflegenden gestärkt werden, was zu einer effizienteren und qualitativ hochwertigeren Versorgungspraxis führt. Auf diese Weise möchte das BAPID-Konzept nicht nur zur fachlichen, sondern auch zur interprofessionellen Kompetenzentwicklung beitragen, was langfristig die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der Pflegenden sowie der Pflegebedürftigen sicherstellt und generell erhöht (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Abbildung 1: BAPID-Matrix



3.1.1 Allgemeine Bildung (A)

Die Integration der Allgemeinbildung (A) in das BAPID-Konzept betont die Bedeutung einer Bildungsbasis, die interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht. Bereits in den allgemeinbildenden Schulen werden wichtige Grundlagen für eine spätere interprofessionelle Tätigkeit im Beruf gelegt: Stufe A4, die die höchsten allgemeinbildenden Abschlüsse verkörpert, bereitet die Lernenden nicht nur naturwissenschaftlich oder sprachlich auf ein primärqualifizierendes Pflegestudium vor, sondern auch bereits auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

In Stufe A3, welche die Voraussetzung für die pflegeschulische Ausbildung zur Pflegefachperson erfüllt, wird der Fokus ebenfalls auf interprofessionelle Kompetenzen gelegt. Dies umfasst die Vermittlung von Fähigkeiten zur Zusammenarbeit mit Kolleg*innen aus verschiedenen Berufsgruppen (des Gesundheitswesens) (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Die wissenschaftlich begründete Empfehlung von BAPID, ab Stufe A2 in den ersten formellen Pflegeberuf (Pflegefachassistenz) einzumünden, unterstreicht die Bedeutung einer frühen Integration in das interprofessionelle Umfeld. Hier sollen Pflegende lernen, wie wichtig die Zusammenarbeit und Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen ist (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Selbst die grau hinterlegten Stufen A0 und A1, die den Zugang zum informellen Pflegebereich darstellen, berücksichtigen die Bedeutung der Interprofessionalität. Diese Stufen bieten eine Basis, auf der Pflegende grundlegende Kenntnisse und Fähigkeiten erwerben, die für die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams relevant sind (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

3.1.2 Allgemeine Pflegebildung (P)

Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) ist derzeit noch nicht direkt auf das BAPID-System übertragbar, da die BAPID-Kompetenzmatrix von gleichmäßigen Abständen zwischen den einzelnen Stufen ausgeht und somit eine konsequente Durchlässigkeit innerhalb der Pflegebildung gewährleistet. Im Gegensatz dazu sind die Stufen des DQR nicht äquidistant angelegt, was die Einordnung der BAPID-Stufen erschwert.

Aus fachlicher Perspektive ergibt sich daher folgende sinnvolle und notwendige Zuordnung innerhalb des DQR:

- BAPID Typ 2 (P2) mit einer Ausbildungsdauer von 24 Monaten sollte in DQR-Stufe 4 eingeordnet werden. Diese Stufe entspricht den Kompetenzanforderungen einer qualifizierten Facharbeiterin/eines qualifizierten Facharbeiters und reflektiert die erworbenen pflegerischen Fähigkeiten angemessen.

- BAPID Typ 3 ist auf DQR-Stufe 5¹ zu verorten, da dieses Qualifikationsniveau dem erweiterten Fachwissen sowie den höheren Anforderungen an Problemlösungskompetenzen entspricht.
- BAPID Typ 4 (Bachelor Pflege) sollte folgerichtig DQR-Stufe 6 zugewiesen werden, da dies dem akademischen Abschluss auf Bachelorniveau entspricht und eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit pflegerischen Fragestellungen sowie erweiterte Entscheidungs- und Leitungskompetenzen umfasst.
- BAPID Typ 5 (Master Pflege) ist entsprechend auf DQR-Stufe 7 einzuordnen, da dieses Qualifikationsniveau den Kompetenzen eines Masterabschlusses entspricht und eine erweiterte wissenschaftliche Analyse-, Forschungs- und Managementkompetenz in der Pflege erfordert.

Diese fachlich begründete Zuordnung stellt sicher, dass die Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit innerhalb der Pflegebildung gewahrt bleiben und die tatsächlichen Kompetenzanforderungen der einzelnen BAPID-Typen adäquat abgebildet werden. Auf P5, dem Niveau des Bildungsabschlusses Master oder Staatsexamen, werden Pflegefachpersonen darauf vorbereitet, komplexe Pflegeprozesse zu gestalten und in interprofessionellen Teams führende Rollen zu übernehmen. Hier wird neben vertieften wissenschaftlichen und wissenschaftstheoretischen Kenntnissen besonderer Wert auf die Entwicklung von Führungskompetenzen und die Fähigkeit zur kooperativen Entscheidungsfindung gelegt (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Auf P4, dem Bachelorniveau, als dem ersten wissenschaftlichen Abschluss, erhalten die Pflegefachpersonen eine fundierte akademische Ausbildung, die sie befähigt, in interprofessionellen Teams effektiv zu arbeiten. Der erste akademische Berufsabschluss legt den Grundstein für eine professionelle Karriere in der Pflege, in der die Zusammenarbeit mit anderen akademischen oder beruflichen Gesundheitsberufen essenziell ist (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

P3 und P2 fokussieren sich auf die berufliche Pflegebildung und bereiten Pflege(fach)personen darauf vor, in vielfältigen Pflegeumgebungen zu arbeiten. Auch hier wird die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit über die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verlangt und ausdrücklich betont, um eine umfas-

1 Die Einordnung von BAPID Typ III in DQR-Stufe 5 basiert auf der Annahme, dass die hierfür geforderten erweiterten Fachkompetenzen sowie die selbstständige Problemlösung in komplexen Pflegesituationen dem Niveau dieser Qualifikationsstufe entsprechen. Während in der bisherigen Pflegebildung keine direkte Zuordnung zu DQR 5 existiert, zeigt der internationale Vergleich, dass ähnlich strukturierte Pflegeausbildungen auf diesem Niveau angesiedelt sind. Eine offizielle Einstufung durch die zuständigen Gremien wäre jedoch erforderlich, um die Gleichwertigkeit formal abzusichern (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung n. d.: o. S.).

sende Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Die informellen Pflegebereiche P0 und P1 bieten grundlegende Kenntnisse und Fähigkeiten, die für die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams relevant sind. Diese Stufen sind qualifikatorisch eher diffus und ungeordnet, ermöglichen jedoch den Einstieg in die Pflege und fördern das Verständnis für die Rolle der Pflege im größeren Gesundheitskontext (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

3.1.3 Spezielle Pflegebildung (S)

Die Domäne »Spezielle Pflegebildung (S)« orientiert sich an internationalen Vorbildern (vgl. ÖGKV n. d.: o. S.) und den Ergebnissen der vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragten QUAWE-Studie (Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen) (vgl. Bergmann u.a. 2022: 3ff.) sowie an den Core Competencies in Disaster Nursing des ICN (vgl. ICN 2019: 9ff.; ICN 2022: 10ff.) und systematisiert den deutschen Pflegeweiterbildungsmarkt (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 295):

- S0 bis S2 umfassen voraussetzungsfreie bis fortgeschrittene vorberufliche und berufliche Fortbildungen in der Pflege.
- S3 entspricht der beruflichen Weiterbildung in der Pflege.
- S4 und S5 beschreiben den akademischen Weiterbildungsbereich in der Pflege.

S5 beschreibt das maximal zu erreichende Niveau im Bereich der Speziellen Pflegebildung und ist nach internationalem Vorbild als Expert*innenweiterbildung gedacht. Hier werden zusätzlich zum Masterstudium Expert*innenqualifikationen für spezifische Handlungsfelder bzw. Zielgruppen der Pflege ermöglicht (vgl. Wissenschaftsrat 2023: 110f.):

- für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (z.B. Säuglinge, Kinder und Jugendliche),
- für das (klinische) Umfeld (z.B. häusliche Versorgung),
- für Versorgungsgebiete und im Kontext von Krankheitsbildern (z.B. Demenz),
- für den Zeitpunkt der Intervention (z.B. Gesundheitsförderung),
- für das Pflege- oder Therapiekonzept (z.B. Rehabilitation),
- für das zu behandelnde Pflegephänomen/Pflegeproblem (z.B. Kontinenz).

S4 beschreibt die erste Stufe der Weiterbildungsmöglichkeit auf akademischem Niveau. Sie setzt DQR 6 voraus (z.B. primärqualifizierender Bachelor plus akademische Weiterbildung in Psychiatrie oder additiver Bachelorstudiengang plus ambulante psychiatrische Versorgung) oder akademische Praxisanleitung (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 295).

S3 beschreibt die höchstmöglich zu erreichende Weiterbildungsstufe für nicht-akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (z.B. Pflegefachmann/-frau/-person plus Pflege von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen oder Praxisanleitung). In diesem Bereich erfolgt die Spezialisierung in den Pflegeberufen nach der grundständigen dreijährigen Pflegefachausbildung (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 295).

S2 beschreibt die höchste Stufe der beruflichen Fortbildung (z.B. Basale Stimulation, Kinaesthetics®, Integrative Stimulation nach Nicole Richards® etc.). Diese Fortbildungsstufe ermöglicht es formell Pflegenden auf den Stufen P2-P5, sich im Bereich spezifischer Pflegeinterventionen für spezifische Settings funktional weiterzubilden (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 295).

Die in Abb. 1 grauschraffierte Stufe S1 ist die erste Fortbildungsebene mit pflegespezifischen Inhalten (z.B. Hygiene, Ernährung, Umgang mit spezifischen Erkrankungen etc.). Die ebenfalls grauschraffierte Stufe S0 beinhaltet z.B. die Pflichtfortbildungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Brandschutz, Datenschutz etc.), die von allen Mitarbeitenden unabhängig ihrer Profession oder Qualifikation zu absolvieren sind. Sie kann ebenso wie S1 von formell Pflegenden und von informell Pflegenden besucht werden und ist daher nicht an einen anerkannten pflegerischen Berufsabschluss zu koppeln (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 295).

Die spezielle Pflegebildung im BAPID-Konzept legt großen Wert auf die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Auf den höchsten Stufen S4 und S5 wird besonders darauf hingewiesen, dass Expert*innenweiterbildungen die interprofessionellen Kompetenzen der Pflegepersonen stärken. Diese Pflegefachpersonen sollen in der Lage sein, interdisziplinäre Teams zu führen und komplexe Pflegeprozesse zu koordinieren, die eine enge Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Therapeut*innen und anderen Gesundheitsberufen erfordern (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Auch in den beruflichen Fort- und Weiterbildungsstufen S2 und S3 wird die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert. Hier lernen Pflegefachpersonen, wie sie effektiv in interprofessionellen Teams arbeiten und ihre spezifischen Fachkenntnisse zum Wohl der Patient*innen einbringen können (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Selbst die grundlegendsten Fortbildungsstufen S0 und S1 legen Wert auf interprofessionelle Schulungen, die für alle Mitarbeitenden im Gesundheitswesen relevant sind. Diese Fortbildungen fördern das Verständnis und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen, was die Qualität der Patient*innenversorgung insgesamt verbessern kann (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Durch die interprofessionelle Ausrichtung der speziellen Pflegebildung im BAPID-Konzept wird eine Kultur der Zusammenarbeit und des gegenseitigen Respekts geschaffen, die für eine optimale Versorgungspraxis unerlässlich sind. Das BAPID-Konzept fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit, indem es auf

strukturierte Kompetenzvermittlung und lernfeldübergreifende Kooperationen setzt. Dies bedeutet, dass die Entwicklung kooperativer und kommunikativer Fähigkeiten nicht isoliert, sondern durchgängig über verschiedene Qualifikationsstufen hinweg verankert ist. Als übergeordnetes Bildungskonzept schafft BAPID den Rahmen für die Integration kooperativ-kommunikativer Kompetenzen in der Pflegebildung. Die systematische Verankerung interprofessioneller Zusammenarbeit ist dabei ein zentraler Bestandteil, der sicherstellt, dass Pflege nicht als isolierter Berufsbereich, sondern als integrativer Teil eines interdisziplinären Gesundheitswesens verstanden wird. Dies schließt sowohl die curriculare Berücksichtigung interprofessioneller Kompetenzentwicklung als auch deren strukturelle Verankerung in den verschiedenen Bildungsstufen mit ein. Durch diese systematische Verankerung interprofessioneller Kompetenzen schafft das BAPID-Konzept eine Grundlage für eine nachhaltige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und stärkt die professionelle Identität der Pflege im interdisziplinären Kontext. Die frühzeitige und durchgängige Anbahnung interprofessioneller Kompetenzen stärkt die Kommunikation und Kooperation im Gesundheitswesen, was letztendlich zu einer verbesserten Pflegequalität und höheren Zufriedenheit sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Pflegebedürftigen führt (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

3.2 Interprofessionalität innerhalb der BAPID-Kompetenzmatrix

Das BAPID-Bildungskonzept unterscheidet zwischen formeller und informeller Pflegebildung innerhalb seiner Kompetenzmatrix. Die formelle Pflegebildung umfasst berufsschulische und akademische Ausbildungsgänge, die klar definierte Abschlüsse und Qualifikationen vermitteln. Hierzu zählen beispielsweise die Pflegefachassistenz, Pflegefachperson sowie akademische Abschlüsse in der Pflege, wie etwa Bachelor- oder Masterstudiengänge. Diese strukturierten Ausbildungswege stellen sicher, dass Pflegendе fundierte theoretische und praktische Kenntnisse erwerben, die sie befähigen, anspruchsvolle Pflegeaufgaben zu übernehmen und in interprofessionellen Teams zu arbeiten (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.).

Im Gegensatz dazu bezieht sich die informelle Pflegebildung auf nicht-reglementierte Bildungsangebote und praktische Erfahrungen, die häufig keine offiziellen Abschlüsse umfassen. Beispiele hierfür sind Hilfspflege und Laienpflege, die grundlegende Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, ohne einen formalen Bildungsweg abzuschließen. Diese informellen Bildungswege bieten einen wichtigen Einstieg in die Pflege und ermöglichen es Interessierten, erste Erfahrungen und Kompetenzen zu erwerben. Die Unterscheidung zwischen formeller und informeller Pflegebildung innerhalb der BAPID-Kompetenzmatrix hat mehrere Vorteile. Sie ermöglicht eine klare Zuordnung von Zuständigkeiten und Kompetenzbereichen, wodurch Überlastung und das »Alle machen Alles«-Denken vermieden werden. Pflegendе können ihre Karrierewege besser planen und zielgerichtet

Weiterbildungsmöglichkeiten nutzen, die ihren individuellen beruflichen Zielen entsprechen.

Durch die klare Struktur und die Sichtbarmachung von Karriereverläufen erhöht das BAPID-Bildungskonzept die Attraktivität der Pflegeberufe. Es zeigt auf, dass es vielfältige und klar definierte Entwicklungsmöglichkeiten gibt, die zu höheren Qualifikationen und spezialisierten Rollen führen können. Dies trägt dazu bei, die Professionalisierung der Pflege zu fördern und die Qualität der Versorgungspraxis zu verbessern (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 288).

3.3 Herausforderungen

Die Umsetzung des BAPID-Bildungskonzepts birgt mehrere Herausforderungen, insbesondere die Überwindung von Disziplingrenzen, die Anpassung der Lehrpläne und das Ressourcenmanagement. Eine zentrale Schwierigkeit liegt in der Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit, da Gesundheitsberufe traditionell durch starke Disziplingrenzen getrennt sind. Dies erfordert eine Kultur des gegenseitigen Respekts sowie gezielte Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 179ff.).

Eine weitere Herausforderung stellt die curriculare Integration interprofessioneller Kompetenzen dar. Hierfür sollte das in diesem Band diskutierte interEdu-Curriculum in bestehende schulnahe Lehrpläne integriert und harmonisiert werden. Dies umfasst die Entwicklung gemeinsamer Lernmodule und interprofessioneller Schulungen für Pflegepersonen, Ärzt*innen, Therapeut*innen, Notfallsanitäter*innen und weitere Gesundheits- und Sozialberufe. Die Umsetzung erfordert eine enge Abstimmung zwischen Bildungseinrichtungen und Fachverbänden sowie eine kontinuierliche Evaluation der Lehrinhalte (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 181).

Darüber hinaus ist das Ressourcenmanagement von zentraler Bedeutung. Die Einführung neuer Lehrinhalte und interprofessioneller Schulungsangebote erfordert finanzielle und personelle Mittel. Derzeit fehlt jedoch eine gesicherte Finanzierung für die zusätzliche Qualifikation von Lehrpersonal, den Ausbau digitaler Infrastruktur sowie interprofessionelle Simulationsangebote. Eine nachhaltige Implementierung setzt daher öffentliche Förderprogramme oder eine strukturelle Verankerung in den Budgets der Bildungseinrichtungen voraus (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 287ff.; Kaap-Fröhlich u. a. 2022: 3ff.).

Trotz dieser Herausforderungen bietet das BAPID-Bildungskonzept eine fundierte Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegebildung in Deutschland. Durch die Förderung interprofessioneller Kompetenzen, die curriculare Anpassung und eine nachhaltige Ressourcensicherung kann eine moderne, qualitativ hochwertige Pflegeausbildung sichergestellt werden, die den Anforderungen des Gesundheitssystems gerecht wird (vgl. Genz/Gahlen-Hoops 2024: 305ff.).

4. Fazit und Ausblick

Die Bedeutung der Interprofessionalität im Gesundheitswesen ist seit Langem anerkannt und historisch verankert. Florence Nightingale erkannte bereits im 19. Jahrhundert, dass die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen entscheidend für das Wohl der Pflegebedürftigen ist. Diese Zusammenarbeit fördert nicht nur die Entwicklung tragfähiger Lösungen, sondern verhindert auch negative Konsequenzen, die durch die Dominanz eines einzelnen Berufsstandes entstehen könnten. Die interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonen, wurde in den 1970er Jahren als zentrales Problem identifiziert und rückte seit den 1990er Jahren vermehrt in den Vordergrund. Die World Health Organization (WHO) betont die interprofessionelle Zusammenarbeit als entscheidenden Faktor für eine effektive Gesundheitsversorgung. Im »Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice« (2010) beschreibt die WHO interprofessionelle Bildung und Zusammenarbeit als essenziell für eine nachhaltige, patientenzentrierte Versorgung (vgl. World Health Organization 2010: 13). Die Robert Bosch Stiftung hat betont, dass neue Strukturen, Konzepte und Qualifikationen sowie innovative Formen der interdisziplinären Kooperation notwendig sind, um eine flächendeckende und sektorenübergreifende Versorgung sicherzustellen. Die Stiftung hebt dabei hervor, dass die Implementierung interprofessioneller Konzepte nicht nur strukturelle Anpassungen, sondern auch eine Reform bestehender Bildungsmodelle erfordert. In ihrem Bericht »360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten« (2018) wird die Notwendigkeit eines integrierten Qualifikationsmodells betont, das verschiedene Kompetenzniveaus und Berufsgruppen in einem kohärenten Versorgungssystem verbindet (vgl. Robert Bosch Stiftung 2018: 6ff.).

Die Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen sollte bereits in der Ausbildung starten. Projekte wie interEdu² entwickeln forschungsbasierte Curricula, um interprofessionelles Handeln besser zu integrieren. Solches Lernen, bei dem verschiedene Professionen gemeinsam von-, mit- und übereinander lernen, verbessert nachhaltig die Zusammenarbeit und Versorgungsqualität. Es beeinflusst die Haltung der Fachpersonen zur Zusammenarbeit positiv und fördert die berufliche Sozialisation. Trotz wissenschaftlicher Empfehlungen zur stärkeren Verzahnung der interprofessionellen Ausbildung bleibt diese ein unterfinanziertes Desiderat. Digitalisierungsstrategien können hier perspektivisch helfen, Schnittstellenprobleme zu reduzieren und den Informationsaustausch zu beschleunigen. Für erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit sind persönliche Fähigkeiten wie

2 Details bietet der Beitrag von Jutta Busch & Frederike Lüth: Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung, in diesem Sammelband.

Respekt, Veränderungsfähigkeit, Reflexivität, Lösungsorientierung, Offenheit und Fachkompetenz unerlässlich. Informelle Begegnungen wie gemeinsame gesunde oder aktive Pausen fördern das gegenseitige Verständnis und sollten entsprechend gestaltet werden.

Das BAPID-Bildungskonzept stellt eine strukturierte und umfassende Grundlage für die Pflegebildung in Deutschland dar. Es fördert die Integration interprofessioneller Kompetenzen und schafft klare Karrierewege, die die Attraktivität der Pflegeberufe erhöhen. Durch die Differenzierung zwischen formeller und informeller Pflegebildung innerhalb der BAPID-Kompetenzmatrix werden Zuständigkeiten klar definiert, wodurch Überlastung und das »Alle machen Alles«-Denken vermieden werden. Die Umsetzung des BAPID-Konzepts bringt Herausforderungen mit sich, insbesondere bei der Überwindung von Disziplingrenzen, der Anpassung der Lehrpläne und dem Ressourcenmanagement. Um die interprofessionellen Kompetenzen zu fördern, sollte das longitudinale interEdu-Curriculum umgesetzt werden. Zudem müssen zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen bereitgestellt werden, um die Qualität der Ausbildung zu gewährleisten.

Ausblickend bietet das BAPID-Konzept eine solide Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegebildung in Deutschland. Es schafft eine Kultur der Zusammenarbeit und des gegenseitigen Respekts, die für eine optimale Versorgungspraxis unerlässlich ist. Durch die frühzeitige und durchgängige Vermittlung interprofessioneller Fähigkeiten wird die Kommunikation und Kooperation im Gesundheitswesen gestärkt, was letztendlich zu einer verbesserten Pflegequalität und höheren Zufriedenheit sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Pflegebedürftigen führen kann. In Zukunft tragen die Interprofessionalität und der Grad deren flächendeckender Implementierung dazu bei, die Herausforderungen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels zu bewältigen, indem sie die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert.

Literatur

- Behrend, Ronja/Scheel, Katharina (2023). Interprofessionelle Zusammenarbeit für mehr Qualität in der Langzeitpflege. In: Schwinger, Antje u.a. (Hg.). *Pflege-Report 2023*. Berlin: Springer Open.
- Bergmann, Dana/Müller, Julia/Seltrecht, Astrid (2022). *Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen (QUAWE). Status Quo der Heterogenität des Feldes*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (n. d.). *Der DQR. Niveau 5*. Online: https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/niveau-5/deutscher-qualifikationsrahmen-niveau-5.html?utm_source=chatgpt.com (Abruf: 18.02.2025).

- Bundesministerium für Gesundheit (2021). *Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 1 bis 5*. Berlin: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (2024). *E-Health*. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health> (Abruf: 28.04.2024).
- Eid-Heberle, Kathleen/Burt, Susan (2023). *Disaster Education in the Nursing Curriculum: Embracing the Past, Learning From the Present, Preparing for the Future*. In: *Journal of Radiology Nursing*, 42 (2), S. 155–161.
- Genz, Katharina/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2024). *BAPID – Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland. Bestandsaufnahme und Empfehlungen für die Pflegebildung von morgen*. Bielefeld: transcript.
- ICN (2019). *Core Competencies in Disaster Nursing. Version 2.0*. Geneva: ICN.
- ICN (2022). *Core Competencies in Disaster Nursing. Competencies for Nurse involved in Emergency Medical Teams (Level III)*. Geneva: ICN.
- Kaap-Fröhlich, Sylvia/Ulrich, Gert/Wershofen, Birgit/Ahles, Jonathan/Behrend, Ronja/Handgraaf, Marietta/Herinek, Doreen/Mitzkat, Anika/Oberhauser, Heidi/Scherer, Theresa/Schlicker, Andrea/Straub, Christine/Waury Eichler, Regina/Wesselborg, Bärbel/Witti, Matthias/Huber, Marion/Bode, Sebastin F. N. (2022). *Position paper of the GMA Committee Interprofessional Education in the Health Professions – current status and outlook*. In: *GMS journal for medical education*, 39 (2), S. 1–28.
- Kälble, Karl (2024). *Zur Professionalisierung der Pflege in Deutschland. Stand und Perspektiven*. In: Sander, Tobias/Dangendorf, Sarah (Hg.). *Akademisierung der Pflege*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kunze, Katrin (2024). *Interprofessionelle Sozialisation als Teil der beruflichen Sozialisation von Gesundheitsberufen*. In: Walkenhorst (Hg.). *Interprofessionelle Bildung für die Gesundheitsversorgung*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- ÖGKV (n. d.). *Setting und zielgruppenspezifische Spezialisierungen – Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege*. Online: <https://oegkv.at/pflegerberuf/weiterbildung-spezialisierung/> (Abruf: 30.04.2024).
- Püschel, Laura/Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Balzer, Katrin (2024). *Interprofessionalität Lehren und Lernen. Projekt »interEdu«*. In: *Die Schwester, der Pfleger* (4), S. 1–4.
- Robert Bosch Stiftung (2018). *360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH.
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024). *Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*. Bonn: SVR.
- Schmitz, Christoph/Atzeni, Gina/Berchthold, Peter (2020). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. Erfolgskritische Dimensionen und Fördermaßnahmen*. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz.

- SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP (2021). Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP). Berlin: SPD; Bündnis 90/Die Grünen; FDP.
- Welz-Spiegel, Claudia/Spiegel, Frank (2023). Interprofessionalität. In: Welz-Spiegel, Claudia/Spiegel, Frank (Hg.). Interprofessionelles Management im Gesundheitswesen. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Wissenschaftsrat (2023). Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe – Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Köln: Wissenschaftsrat.
- World Health Organization (1988). Learning together to work together for health. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO.

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung

Autor*innen

Tanja Lehnen ist seit 2022 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe am Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Sie hat das Studium Lehramt für berufsbildende Schulen, Pflegewissenschaft und Sport, an der Universität Osnabrück mit dem Master of Education (M.Ed.) abgeschlossen. Sie ist Krankenschwester, Praxisanleiterin, Fachpflegerin für Intensivpflege und Simulationsinstructorin. Sie arbeitet neben der wissenschaftlichen Tätigkeit als freiberufliche Dozentin. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Simulationsbasiertes Lehren und Lernen, Konstruktive Fehlerkultur, Interprofessionelles Lehren und Lernen, Pflegelehrendenbildung, Praxisanleitung, Weiterbildungsverordnungen in der Pflege, Curriculumentwicklung und Onboarding.

Jutta Busch ist seit 2021 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe am Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Sie hat das Studium der Pädagogik an der Philosophischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel mit dem Grad Magistra Artium abgeschlossen. Sie ist Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie und hat lange Erfahrung als Lehrende in der beruflichen und hochschulischen Pflegebildung. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Fort- und Weiterbildung in der Pflege, Curriculumentwicklung, Fachdidaktik und fachpraktische Studien.

Wolfgang von Gahlen-Hoops ist Professor für Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe am Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Er hat Studium zum Lehramt an berufsbildenden Schulen/Fachrichtung Pflegewissenschaft an der Universität Osnabrück abgeschlossen. Er ist Krankenpfleger. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen Systematik des pflegerischen Handelns, Interprofessionalität, Umschüler*innen in Pflegeausbildungen, Lehren und Lernen in Gesundheitsausbildungen und Pflegelehrendenbildung.

Elizabeth (Liz) Anderson is Professor of Interprofessional Education at Leicester Medical School where she leads on patient safety and patient involvement. She is President of the UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Her research covers a wide range of areas in medical education. She is currently researching practice-based interprofessional learning for student midwives and medical students.

Malin Apsel hat das Studium der Kindheitspädagogik (B.A.) an der Fachhochschule Kiel (seit 11/2025 Hochschule für Angewandte Wissenschaften Kiel) und der Pädagogik (M.A.) an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel abgeschlossen. Ihr Arbeitsschwerpunkt im Projekt war die Durchführung von Schulsozialberatung an Pflegeschulen in Schleswig-Holstein.

Katrin Balzer hat an der Universität zu Lübeck eine Professur für evidenzbasierte Pflege inne. Sie leitet die Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie sowie die Bachelorstudiengänge Pflege und Angewandte Pflegewissenschaft an der Universität. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen für die pflegerische und interprofessionelle Versorgung älterer Menschen sowie der Rollen und Aufgaben hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen.

Sonja Bartholomä unterrichtet an einer allgemeinbildenden Schule. Zuvor war sie mehrere Jahre als Lehrerin für Pflegeberufe sowie als stellvertretende Schulleitung an der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe in Itzehoe tätig. Sie ist examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit klinischer Erfahrung auf einer Inneren IMC. Sie verfügt über einen Bachelorabschluss im Lehramt für Gymnasien und befindet sich derzeit im Masterstudium an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Alexandra Bartsch war in den Jahren 2023 bis 2025 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Pflegepädagogik am Institut für Pädagogik an der Philosophischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Sie hat das Studium der Pädagogik an der Philosophischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel mit dem Master of Arts abgeschlossen. Sie arbeitet im Ministerium für Inneres, Kommunales, Wohnen und Sport des Landes Schleswig-Holstein für das Landesdemokratiezentrum beim Landespräventionsrat. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die Antirassismearbeit und Demokratieförderung.

Sharron Blumenthal (Dr.) is a Senior Lecturer in Physiotherapy and the Strategic Lead for Interprofessional Education at Glasgow Caledonian University. Her doctoral research focused on student confidence in undertaking interprofessional ed-

ucation within the academic setting. She graduated from the Oswestry School of Physiotherapy in 1993 and completed an MSc at Keele University in 2004. She is also a Senior Fellow of the Higher Education Academy. Sharron previously worked as a clinical specialist in non-invasive ventilation and cardiorespiratory physiotherapy, and she has authored two interprofessional guidelines related to her clinical practice. She has been teaching since 1997 and has been involved in interprofessional education since 2004. She is currently the co-lead for the faculty development group for the Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE).

Patricia Bluteau is the Director of Quality and Student Experience at CU Health and Care part of the Coventry University group, she is also the strategic lead for interprofessional education and has extensive experience in developing, delivering, and evaluating interprofessional education. She is a member of the UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) Strategy and Scholarship group and holds the role of treasurer within the Centre. Her research covers a wide range of areas in interprofessional education with a particular focus on online learning, facilitator development and interprofessional learning in rehabilitation settings. Her current work is focused on exploring the development and maintenance of interprofessional education at Coventry University over the last 20 years.

Susanne Christoph hat 2018 den Bachelor auf Arts im Dualen Studiengang Pflege an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg erworben. Nach zweijähriger Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpflegerin am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, arbeitet sie seit 2020 im UKSH Kiel in der Allgemein-Viszeral- und Thoraxchirurgie. Hier absolvierte sie vertiefend die Weiterbildung Algesiologische Fachassistenz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Aktuell befindet sich Frau Christoph neben ihrer Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin im Masterstudiengang Pflegepädagogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Katharina Genz ist seit 2023 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe am Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Sie studierte Pflege und Pflegewissenschaft an der Ernst-Abbe-Hochschule Jena mit dem Abschluss Master of Science (M.Sc.). Seit 2023 promoviert sie in Kiel zur »Krankenpflege und ›Kindereuthanasie‹ im Nationalsozialismus – Die Rolle der Pflege in den ›Kinderfachabteilungen‹ Norddeutschlands« bei Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops. Zu ihrem Forschungsschwerpunkt gehört Geschichte der Pflege im Nationalsozialismus.

Bente Hüttmann ist seit Dezember 2025 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe am Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Sie hat den Master of Arts (M.A.) in Pflegepädagogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) und den Bachelor of Science für Pflegewissenschaft an der Universität zu Lübeck erworben. Sie ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und Demenzpartnerin. Im Dezember 2024 absolvierte sie die Weiterbildung zum Geri-Coach bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. Selbsthilfe Demenz. In Ihrer bisherigen Tätigkeit arbeitete sie in der Versorgung von geriatrischen Menschen und speziell Menschen mit Demenz sowie als Pflegewissenschaftlerin in einem Krankenhaus.

Hanna Kurbjuhn ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und hat einige Jahre in einer Klinik für Intensivmedizin gearbeitet, bevor sie 2020 als Lehrerin für Pflegeberufe tätig wurde. 2024 beendete sie das Studium an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel mit dem Master of Arts (M.A.) in Pflegepädagogik. Im Verlauf einiger wissenschaftlicher Projekte, lag ihr Schwerpunkt im intra- sowie interprofessionellen Lehren und Lernen.

Susanne Lindqvist is Professor of Interprofessional Practice at the University of East Anglia, Norwich, UK. She is also Chair of the UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Susanne has extensive experience in interprofessional education and collaborative practice (IPECP) and her current work focusses on interprofessional competency in the integration of IPECP in professional life long-careers.

Frederike Lüth ist Koordinatorin für interprofessionelle Zusammenarbeit, Forschung und Weiterbildung in der Onkologie am Universitären Cancer Center Schleswig-Holstein des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins. Sie war bis Anfang 2024 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität zu Lübeck am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie in der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege tätig. Sie ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und hat das duale Bachelorstudium Pflege sowie das Masterstudium Gesundheits- und Versorgungswissenschaften (M.Sc.) an der Universität zu Lübeck absolviert. Wissenschaftliche Schwerpunkte liegen im Bereich: Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgung, interprofessionelle Edukation (Fokus hochschulische und berufliche Pflegeausbildung), Durchführung von Evidenzsynthesen, Konzeption und Durchführung von Mixed Methods-Prozessevaluationen.

Melanie May ist seit 2022 als Lehrperson am Gesundheits- und Bildungszentrum der Schön-Klinik Rendsburg tätig. Sie hat den Master of Arts (M.A.) in Pflegepädagogik

agogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) und den Master of Science in Wirtschaftspsychologie an der Fachhochschule für Ökonomie und Management (FOM) erworben. Sie ist Krankenschwester, Gesundheits- und Krankenpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie sowie Praxisanleiterin für Pflegeberufe. Ihr aktueller beruflicher Schwerpunkt ist die Pflegeausbildung. Sie ist Mitglied in der Arbeitsgruppe »Weiterbildung in der Pflege (WiP)« am Lehrstuhl für den Studiengang Pflegepädagogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU).

Christiane Micus-Loos ist Professorin für Sozialpädagogik am Institut für Pädagogik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und leitet zusammen mit Prof. Wolfgang von Gahlen-Hoops das Projekt ParAScholaBi. Sie beschäftigt sich mit Feministischen Theorien, Gender und Queer Studies, Intersektionalität, Gewaltforschung, Berufsorientierung und Lebensplanung sowie Theorien Sozialer Arbeit.

Jan-Hendrik Ortloff (M. A.) ist Standortleitung einer Besonderen Wohnform für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Autor und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Witten/Herdecke. Seine Themenschwerpunkten sind die konzeptionelle Gesundheitsförderung insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Klimavulnerabilität, Strategien des Wissensmanagements und die evidenzbasierte Praxis von Gesundheitsfachberufen. Innerhalb eines Forschungsprojektes des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt beschäftigt er sich in seiner Dissertation mit der didaktischen Verankerung der Interprofessional Education in gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen.

Melissa Owens (Prof. Dr.) is Director of Nurse Education at the University of York. Melissa has extensive experience in interprofessional education and collaborative practice (IPECP), which was the focus of her doctoral studies. She is a Board member of the UK Centre for the Advancement of Clinical Practice (CAIPE) and co-lead for their Faculty Development Working Group, whose work has focused extensively on IPE Facilitator Training.

Florian Schimböck ist seit 2023 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe am Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Er ist diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP) und hat einen Master of Education (M.Ed.) für Berufspädagogik für Gesundheitsberufe an der Fachhochschule Kärnten (Österreich) sowie einen Master of Science (MSc) für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz (Österreich) erworben. Darüber hinaus folgten Qualifikationen als Praxisanleiter, Anwender von Integrativer Validation nach Richard® sowie Simulationsinstruktor. Er hat mehr als 10 Jahre Erfahrung in der Hochschullehre und beschäftigt sich in der Forschung schwerpunktmäßig mit den

Themen Delir und Demenz sowie mit innovativen Lehr- und Lernmethoden in der Pflegebildung, insbesondere (virtueller) Simulation, E-Learning und dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz.

Andrea Schlicker ist seit 2018 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheit im Studiendekanat Humanmedizin der Universität Witten/Herdecke für den Themenschwerpunkt interprofessionelle Ausbildung (IPE) verantwortlich. Sie hat zuerst eine Ausbildung zur Physiotherapeutin absolviert und in diesem Bereich langjährige Erfahrungen im Gesundheitswesen sammeln können, bevor sie den Bachelor in Erziehungswissenschaften und den Master in Erwachsenenbildung (mit dem Schwerpunkt politische Bildung) abgeschlossen hat. In ihrer Dissertation beschäftigte sie sich mit der Entwicklung eines Train-the-Trainer-Konzepts für interprofessionell Lehrende. Ihr Tätigkeitsfeld umfasst die Planung sowie Durchführung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen (mono- sowie interprofessionell) zur Vorbereitung auf die gemeinsame Zusammenarbeit im praktischen Setting des Gesundheitswesens. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt befasst sich mit Diskriminierungssensibilität auf den verschiedenen Ebenen der Hochschule

Daniela Schmitz ist Diplom Pädagogin und Juniorprofessorin für Innovative und Digitale Lehr- und Lernformen in der Multiprofessionellen Gesundheitsversorgung, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin, Universität Witten/Herdecke. Ihr Forschungsschwerpunkt zur Multiprofessionalität umfasst das gemeinsame Lernen der Professionen, Strategien des Common Groundings in multiprofessionellen Lerngruppen sowie Möglichkeiten und Grenzen des digitalen Lernens in diesem Feld.

Michaela Stratmann ist seit 2020 Juniorprofessorin für Interprofessionelle und kollaborative Didaktik in Medizin- und Gesundheitsberufen an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Sie hat das Studium der Psychologie an der Bergischen Universität Wuppertal mit dem Diplom abgeschlossen und ist seitdem wissenschaftlich tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Entwicklung der Berufsidentität im Kontext interprofessioneller Praxisanforderungen, die Entscheidungsfindung in den Auswahlverfahren der Humanmedizin, Psychologie und Zahnmedizin sowie die digitale Transformation in den Health Sciences.

Robert Wietzke ist seit 2021 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe am Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Er hat das Studium der Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe an der Universität Kassel und Hochschule Fulda mit dem Master of Arts (M.A.) abgeschlossen. Er ist Gesundheits- und Krankenpfleger und hat Erfahrungen als Lehrender in der berufli-

chen Pflegebildung und hochschulischen Pflegelehrendenbildung. Seine thematischen Arbeitsschwerpunkte sind Lernort- und Berufsfeldanalysen in der Pflegeausbildung, Fragen zur Pflege von Kindern und Jugendlichen und zum Psychischen in der Pflegebildung. Er promoviert an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel zu Lehr-Lernprozessen in der Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

