

Katrin Balzer | Jutta Busch | Anne Faber | Birte Hildebrand |
Anja Kühn | Tanja Lehen | Miriam Leimer | Frederike Lüth | Laura Püschel |
Anne C. Rahn | Katharina H. Tolksdorf | Wolfgang von Gahlen-Hoops | Lisa Wolter

Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation (interEdu)

Für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung



Katrin Balzer | Jutta Busch | Anne Faber | Birte Hildebrand | Anja Kühn |
Tanja Lehen | Miriam Leimer | Frederike Lüth | Laura Püschel |
Anne C. Rahn | Katharina H. Tolksdorf | Wolfgang von Gahlen-Hoops |
Lisa Wolter

Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation (interEdu)

Für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung

Impressum

Zitiervorschlag:

Balzer, Katrin; Busch, Jutta; Faber, Anne; Hildebrand, Birte; Kühn, Anja; Lehnen, Tanja; Leimer, Miriam; Lüth, Frederike ; Püschel, Laura; Rahn, Anne C.; Tolksdorf, Katharina H.; von Gahlen-Hoops, Wolfgang; Wolter, Lisa: Rahmencurriculum zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu), Bonn 2025. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/20498>

1. Auflage 2025

Herausgeber:

Bundesinstitut für Berufsbildung
Friedrich-Ebert-Allee 114 – 116
53113 Bonn
Internet: www.bibb.de

Publikationsmanagement:

Stabsstelle „Publikationen und wissenschaftliche Informationsdienste“
E-Mail: publikationsmanagement@bibb.de
www.bibb.de/veroeffentlichungen

Herstellung:

Verlag Barbara Budrich
Stauffenbergstraße 7
51379 Leverkusen
Internet: www.budrich.de
E-Mail: info@budrich.de

Vertrieb: vertrieb@bibb.de

Alle Abbildungen sind eigene Darstellungen, soweit nicht anders angegeben.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernimmt das BIBB keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Lizenzierung:

Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative-Commons-Lizenz (Lizenztyp: Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen – 4.0 International).



Weitere Informationen zu Creative Commons und Open Access finden Sie unter www.bibb.de/oa.

ISBN 978-3-96208-544-5 (Open Access)

urn:nbn:de:0035-1174-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

VORWORT

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist kein Zukunftsthema – sie ist längst Teil einer zeitgemäßen und qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung. Umso wichtiger ist es, dass bereits in der Ausbildung von Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsberufen ein gemeinsames Verständnis, ein respektvoller Dialog und eine kooperative Haltung entwickelt und gestärkt werden. Aus dem durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragten Forschungsprojekt *interEdu* liegt nun ein praxisnahes und wissenschaftlich fundiertes Rahmencurriculum vor, das den Aufbau interprofessioneller Kompetenzen systematisch unterstützt – sowohl in der beruflichen als auch in der hochschulischen Pflegeausbildung.

Das BIBB würdigt in besonderer Weise, dass mit dieser Handreichung nicht nur ein modularer, flexibel einsetzbarer Rahmen geschaffen wurde, sondern zugleich Impulse für eine curriculare Entwicklung mit multiprofessioneller Perspektive gesetzt werden. Die interprofessionellen Lehr-Lern-Einheiten und Module bieten vielfältige Möglichkeiten der Umsetzung – unabhängig vom Ausbildungskontext – und sind damit auch für weitere Gesundheitsfachberufe anschlussfähig.

Für beide Qualifikationsniveaus der Pflegeausbildung – beruflich und hochschulisch – werden aufeinander abgestimmte Lehr-Lern-Einheiten bzw. Module bereitgestellt, die didaktisch flexibel einsetzbar sind und die Entwicklung interprofessioneller Handlungskompetenz über die gesamte Ausbildungsdauer hinweg gezielt fördern. Sie stärken nicht nur professionsspezifisches Wissen, sondern tragen auch dazu bei, ein gemeinsames berufliches Selbstverständnis zu entwickeln – im Sinne einer patientenzentrierten, interprofessionellen Versorgung.

Das BIBB dankt den Projektverantwortlichen und allen Beteiligten für ihr großes Engagement. Mit der vorliegenden Veröffentlichung wird ein wichtiger Beitrag zur strukturellen Verankerung interprofessioneller Bildungsansätze geleistet – ein Beitrag, der angesichts der komplexen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung heute notwendiger ist denn je.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre.

Dr. Monika Hackel

Leiterin Abteilung „Struktur und Ordnung der Berufsbildung“
Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	3
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	9
Glossar	11
Einführung durch das Projektteam	13
1 Einleitung	16
1.1 Theoretischer Hintergrund	16
1.2 Definition zentraler Begriffe	18
1.3 Ziele und Intentionen	21
1.4 Zielgruppen	21
1.5 Entwicklung und Pilotierung des Curriculums	22
2 Aufbau des Curriculums	24
2.1 Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit	24
2.2 Handlungsanlässe	26
2.3 Bildungsziele	27
2.4 Kompetenzen	30
3 Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	39
4 Lehr-Lern-Einheiten für die berufliche Pflegeausbildung	44
4.1 Lehr-Lern-Einheiten für das erste Ausbildungsdrittel	46
4.2 Lehr-Lern-Einheiten für das zweite Ausbildungsdrittel	56
4.3 Lehr-Lern-Einheiten für das dritte Ausbildungsdrittel	68
5 Module für die hochschulische Pflegeausbildung	78
5.1 Modul für das erste Ausbildungsdrittel	80
5.2 Modul für das zweite Ausbildungsdrittel	84
5.3 Modul für das dritte Ausbildungsdrittel	90
6 Fazit, Empfehlungen und Ausblick	95
7 Literatur	99

Anhang	106
I Mitglieder des Expertenbeirats/Teilnehmende am Expertenworkshop	106
II Prägnante Zitate aus den qualitativen Interviews der Konzeptionsphase	110
III Weiterführende Materialien	111
IV Methoden und Ergebnisse der Konzeptionsphase	149
V Methoden und Ergebnisse der Pilotierungsphase	162
Literatur	166
Autorinnen und Autoren	167

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildungen

Abbildung 1: Charakteristika der Lernorte und multiple Lernwege	19
Abbildung 2: Methodischer Ablauf im Projekt interEdu	22
Abbildung 3: Domänen der Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit	25
Abbildung 4: Prägnante Zitate aus den qualitativen Interviews	110

Tabellen

Tabelle 1: Handlungsanlässe	26
Tabelle 2: Bildungsziele interprofessioneller Lehre der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung	29
Tabelle 3: Interprofessionelle Kompetenzen in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung	32
Tabelle 4: Bedeutsame Implementierungshinweise	40
Tabelle 5: Überblick über Lehr-Lern-Einheiten für die berufliche Pflegeausbildung	44
Tabelle 6: Lehr-Lern-Einheit 1 – Interprofessionelles Rollenverständnis	46
Tabelle 7: Lehr-Lern-Einheit 2 – Mobilisation und Selbstversorgung fördern	49
Tabelle 8: Lehr-Lern-Einheit 3 – Im interprofessionellen Team kommunizieren	52
Tabelle 9: Lehr-Lern-Einheit 4 – Diversität im interprofessionellen Team erkennen und reflektieren	56
Tabelle 10: Lehr-Lern-Einheit 5 – Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten	60
Tabelle 11: Lehr-Lern-Einheit 6 – Fehler im interprofessionellen Team konstruktiv behandeln	64
Tabelle 12: Lehr-Lern-Einheit 7 – Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden	68
Tabelle 13: Lehr-Lern-Einheit 8 – Gesellschaftliche und berufspolitische Themen interprofessionell bearbeiten	72
Tabelle 14: Lehr-Lern-Einheit 9 – Professionsspezifische Evidenz zusammenführen	75
Tabelle 15: Überblick über Module für die hochschulische Pflegeausbildung	78
Tabelle 16: Modul 1 – Wir als interprofessionelles Team	80

Tabelle 17: Modul 2 – Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten	84
Tabelle 18: Modul 3 – Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung	90
Tabelle 19: Mitglieder des Expertenbeirats/Teilnehmende am Expertenworkshop	107
Tabelle 20: Instrumente und Kriterien für die Methoden zur Ergebnissicherung in den Lehr-Lern-Einheiten der beruflichen Pflegeausbildung	111
Tabelle 21: Instrumente und Kriterien für die Methoden zur Ergebnissicherung in den Modulen der hochschulischen Pflegeausbildung	114
Tabelle 22: Überblick über Methodik: Review über Rahmen-/Kerncurricula und Empfehlungen.	149
Tabelle 23: Überblick über Methodik: Review über Reviews	150
Tabelle 24: Überblick über Methodik: Review über Projekte in deutschsprachigen Ländern	151
Tabelle 25: Überblick über Methodik: Qualitative Interviews	152
Tabelle 26: Überblick über Methodik: Standardisierte Interviews.	153
Tabelle 27: Überblick über Methodik: Expertenworkshop	154
Tabelle 28: Überblick über zentrale Ergebnisse: Review über Rahmen-/Kerncurricula	155
Tabelle 29: Überblick über zentrale Ergebnisse: Reviews über Reviews.	156
Tabelle 30: Überblick über zentrale Ergebnisse: Review über Projekte in deutschsprachigen Ländern	157
Tabelle 31: Überblick über zentrale Ergebnisse: Qualitative Interviews	158
Tabelle 32: Überblick über zentrale Ergebnisse: Standardisierte Interviews	159
Tabelle 33: Überblick über zentrale Ergebnisse: Expertenworkshop.	160
Tabelle 34: Überblick über Methoden der Pilotierungsphase	162
Tabelle 35: Überblick über zentrale Ergebnisse der Pilotierungsphase	164

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACP	Advance Care Planning
BAM	Bewegungsausmaß
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
CAIPE	Centre for the Advancement of Interprofessional Education
CE	Curriculare Einheit
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CINAHL	Datenbank
CIRS	Critical Incident Reporting System (Meldesystem)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CRM	Crisis-Resource-Management
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
EbP	Evidenzbasierte Praxis
ECTS	European Credit Transfer System
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
IPE	Interprofessionelle Edukation
IPL	Interprofessionelle Lehre
IPP	Interprofessionelle Praxis
KHK	Koronare Herzkrankheit
KP	Kreditpunkt
LIVIVO	Datenbank
LLE	Lehr-Lern-Einheit
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NEXUS	National Center for Interprofessional Practice and Education
OSCE	Objective structured clinical examination

PfIAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PFP	Pflegefachperson
Pos.	Position im Interviewtranskript
Q&A	Question and Answer
SBAR	SBAR-Instrument: S=Situation, B=Background (Hintergrund), A=Assessment, R=Recommendation (Empfehlungen)
SBL	Simulationsbasierte Lehre
SDM	Shared Decision Making
SOL	Selbststudium/Selbstorganisiertes Lernen
SWS	Semesterwochenstunde
T0	Messzeitpunkt vor Implementierungsstart
T1	Messzeitpunkt sechs Monate nach Implementierungsstart
T2	Messzeitpunkt zwölf Monate nach Implementierungsstart
TEP	Totalendoprothese
UE	Unterrichtseinheit

GLOSSAR

Begriff	Beschreibung
Anleitungspersonen	Personen, die Lernende in jeweiligem Praxisfeld begleiten und/oder anleiten. Gemeint sind sowohl Praxisanleitungen als auch Praxisbegleitungen.
Bezugspersonen	Personen, die mit dem zu versorgenden Menschen in einer privaten Beziehung stehen (Angehörige, Betreuungspersonen, Beziehungspersonen, ausgenommen sind professionelle Dienstleistungsbeziehungen).
Fall	Ein didaktisches Konzept für die berufliche und hochschulische Ausbildung im Bereich der Pflege- und Gesundheitsberufe (Situationsbeschreibungen, Fallbeschreibungen, Fallbeispiele).
Gesundheitsberufe	Alle Berufsgruppen, die im indirekten und direkten Kontakt mit den zu versorgenden Menschen und deren Bezugspersonen Leistungen in der Gesundheitsversorgung erbringen, u. a. Pflegeberufe, Humanmedizin, Therapieberufe, Pharmazie, Rettungsberufe und Assistenzberufe (vgl. WISSENSCHAFTSRAT 2023).
Lehr-Lern-Einheit	Lehr-Lern-Einheiten (LLE) bezeichnen curriculare Einheiten. Sie sind als teilcurricularer Ansatz zu verstehen und so leichter in bereits bestehende Curricula zu integrieren.
Lernende	Gemeinsame Bezeichnung für Auszubildende und Studierende (berufliche und hochschulische Ausbildung).
Longitudinal	Die Lehr-Lern-Einheiten/Module sind über den Ausbildungsverlauf verteilt: 1. Drittel: Anfang der Ausbildungszeit, 2. Drittel: Mittlere Ausbildungszeit, 3. Drittel: Ende der Ausbildungszeit. Diese Unterteilung gilt sowohl für die berufliche als auch für die hochschulische Ausbildung. Die Semesterangaben sind dabei der Semesteranzahl des jeweiligen Studienganges zuzuordnen.
Mixed-Methods-Ansatz	Forschungsansatz, der quantitative (z. B. Fragebögen) und qualitative (z. B. Interviews) Methoden miteinander verbindet.
Overview of reviews	Zusammenfassung mehrerer Übersichtsarbeiten (u. a. systematischer Übersichtsarbeiten, Scoping Reviews) in einer Übersichtsarbeit.
Profession	Berufe, in denen die Akteure wissenschaftliches und fallbezogenes Wissen verknüpfen, um praktische Handlungsstrategien zur Lösung von Problemen zu entwickeln.

Begriff	Beschreibung
Qualitative Interviews	Qualitative Interviews verfolgen das Ziel, Interviewdaten zu erheben, welche Interpretationsmöglichkeiten bieten und weitgehend offengehalten sind (narrativ oder leitfadengestützt). Im Fokus qualitativer Forschung steht primär eine theorieentdeckende Forschungslogik. Die Datenerhebung erfolgt verbal, visuell und/oder audiovisuell. Das erhobene Datenmaterial wird inhaltlich ausgewertet, wobei induktive und deduktive Verfahren eingesetzt werden können. Ziel ist es, auf Basis des Datenmaterials den Untersuchungsgegenstand detailliert zu beschreiben.
Review	Wissenschaftliche Arbeit in Form einer systematischen Informationssynthese, mit der durch geeignete Methoden alles verfügbare Wissen zu einem bestimmten Thema gesammelt, zusammengefasst und in der Regel hinsichtlich vorab definierter Kriterien kritisch bewertet wird.
Standardisierte Interviews	Interviews anhand eines strukturierten Leitfadens, in dem alle Einzelheiten des Frage- und Reaktionsverhaltens der Interviewer/-innen vorab genau festgelegt sind, um eine maximale Vergleichbarkeit der in der Regel quantitativ oder quantifizierbar erhobenen Daten unabhängig von der interviewenden Person zu erreichen.
Team	Basierend auf SANFORD u. a. (2024) Personen, die in derselben Einrichtung oder einrichtungsübergreifend zusammenarbeiten und eine gemeinsame Vision für die personenzentrierte Versorgung der zu versorgenden Menschen sowie deren Bezugspersonen teilen.
Zu versorgende Menschen	Je nach Setting Bezeichnung für die zu pflegenden und/oder zu versorgenden Menschen insbesondere: Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Schwangere, Kundinnen und Kunden.

EINFÜHRUNG DURCH DAS PROJEKTEAM

*Talent gewinnt Spiele, aber Teamwork und
Intelligenz gewinnen Meisterschaften.*
(Michael Jordan)

Im Zuge der Transformation der Pflegebildung durch das Pflegeberufegesetz und dessen Nachfolgegesetzgebungen haben sich neue Anforderungen an die Ausbildung im Pflegeberuf ergeben. Ziele und Inhalte oder Ausgestaltungsformen, die bisher vor allem auf wissenschaftlicher oder politischer Ebene diskutiert wurden, haben nun verpflichtenden Umsetzungscharakter. Das interprofessionelle Lehren und Lernen gehört genauso dazu wie die nunmehr explizit definierten vorbehaltenen Tätigkeiten als Grundlage für die Ausbildungsziele, die Kompetenzorientierung dieser Ziele oder die Lernortkooperation.

In den letzten 20 Jahren ist die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch gemeinsames Lehren und Lernen bereits in der Ausbildung international wie national verstärkt in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt, nicht zuletzt angestoßen durch ein von der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2006 veröffentlichtes Positionspapier und Rahmenmodell zu diesem Thema. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig und reichen von der zunehmenden Komplexität von Versorgungsprozessen aufgrund von Multimorbidität und chronischen Krankheitsverläufen über sich beständig weiter ausdifferenzierende fachliche Spezialisierungen und zunehmend individualisierte Therapieansätze bis hin zu sich verdichtenden Erkenntnissen über die Vorteile einer personenzentrierten Versorgung.

Personenzentrierte Versorgung bedeutet stets auch interprofessionelle Versorgung, geht aber über diese hinaus. Ihre Leitmotive sind die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten, inklusive der zu versorgenden Menschen und ihrer Bezugspersonen. Ziel ist es, Betroffenen durch informierte Entscheidungen die Bewältigung von Krankheit zu erleichtern, Selbstmanagement sowie Empowerment zu fördern und persönliche Sinnstiftung im Leben mit Beeinträchtigungen zu ermöglichen.

Diese Kerngedanken – zusammen mit den normativen Anforderungen an die Ziele, Inhalte und Struktur der Pflegeausbildung – bildeten einen wichtigen theoretischen Bezugsrahmen unserer Arbeit im Projekt „interEdu: Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung“. Das Ergebnis dieses Projekts, ein longitudinales Rahmencurriculum für das interprofessionelle Lehren und Lernen in der beruflichen und der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland, ist in dieser Handreichung gebündelt. Dem Curriculum liegt ein dreijähriger Forschungspro-

zess zugrunde, in den zum einen internationale Rahmenmodelle sowie Studienergebnisse zu den Effekten interprofessionellen Lehrens und Lernens in der Pflegeausbildung, zum anderen eine systematische Aufbereitung nationaler Projekte sowie Erfahrungen und Erwartungen relevanter Interessengruppen eingeflossen sind.

Wir, das Projektteam an der Universität zu Lübeck und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, verstehen interprofessionelles Lehren und Lernen nicht als Selbstzweck. Für uns war von Beginn an der Fokus auf die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung in Deutschland bestimmend. In den vergangenen Jahren wurden zwar durch Projekte in der Ausbildung und in der Gesundheitsversorgung erste Schritte zu einer Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit unternommen, so z. B. im Rahmen der Förderinitiative „Operation Team – interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ der Robert Bosch Stiftung oder in Modellprojekten, gefördert durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Ideen und ihre Wirkungen blieben aber bisher überwiegend lokal oder regional begrenzt. Die Situation der interprofessionellen Lehre und der interprofessionellen Versorgungspraxis in Deutschland ist nach wie vor als entwicklungswürdig zu bezeichnen. Deshalb war es uns wichtig, auch internationale Perspektiven in unsere Forschung und im Expertenbeirat aufzunehmen. Ebenso wurden sowohl in der Entwicklung als auch in der Pilotierung des Rahmencurriculums die Perspektiven unterschiedlicher Disziplinen und Berufe systematisch berücksichtigt.

Wir verbinden damit den Anspruch, dass das vorliegende Curriculum eine für alle patientennahen Gesundheitsberufe relevante, evidenzbasierte Erarbeitung und Darstellung von Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit enthält. Ebenso würden wir es begrüßen, wenn unsere Projektergebnisse und die interEdu-Handreichung auch für andere Gesundheits- und Sozialberufe eine nutzbare wissenschaftsbasierte Grundlage werden und ordnungspolitische Wirkung entfalten, z. B. in der weiteren Verbreitung und Vereinheitlichung von Bildungs- und Lernzielen für das interprofessionelle Lehren und Lernen. Im Einzelnen sind in den entwickelten Lehr-Lern-Einheiten und Modulen etliche Gesundheitsberufe bereits mitgedacht und damit eingeladen, sich in das interprofessionelle Lehren und Lernen in der Pflegeausbildung einzubringen oder Elemente dieses Curriculums für eigene interprofessionelle Lehr- und Lernaktivitäten zu nutzen.

Um die breite Umsetzung des Rahmencurriculums zu stärken und die inzwischen Normalität gewordene Möglichkeit des akademischen Zugangs zum Pflegeberuf abzubilden, zeichnet sich das vorliegende Rahmencurriculum nicht zuletzt durch eine konsequente Doppelperspektive aus. Sie nimmt sowohl die berufliche Pflegeausbildung an Pflegeschulen als auch die akademische Pflegeausbildung in Form eines Studiums an Hochschulen oder Universitäten in den Blick. Beide Qualifikationsniveaus der Pflegebildung wurden durchgängig in der Entwicklung und Pilotierung des Rahmencurriculums berücksichtigt und sind integrativ über die gemeinsam gültigen interprofessionellen Kompetenzdomänen verbunden.

Für beide Qualifikationsniveaus enthält das Curriculum aufeinander aufbauende Lehr-Lern-Einheiten bzw. Module, die beispielhaft aufzeigen, wie die Entwicklung von Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Ausbildungs- bzw. Studiumsverlauf gezielt gefördert werden kann.

Das Format der Lehr-Lern-Einheiten und Module haben wir gewählt, um Lernziele und Kompetenzen, sich daraus ergebende Inhalte und jeweils passende didaktisch-methodische Ansätze logisch zu bündeln. Damit ist nicht der Anspruch verbunden, dass diese Einheiten als Ganzes und genau in dieser Ausgestaltung umzusetzen sind. Vielmehr verstehen wir das longitudinale Curriculum als einen theoretisch und empirisch untermauerten Referenzrahmen, der flexibel auf lokale bzw. schulnahe Curricula übertragen werden kann. Eine Integration nur von Teilen einzelner Lehr-Lern-Einheiten oder Module ist ebenso möglich wie deren inhaltliche oder methodische Anpassung.

Die Entwicklung und Pilotierung dieses multiperspektivischen Rahmencurriculums waren nur möglich durch das Engagement vieler. Unseren besonderen Dank möchten wir den Mitgliedern des Expertenbeirats, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bundesinstitut für Berufsbildung, den Praxispartnern und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, allen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie allen Mitwirkenden im interEdu-Projektteam aussprechen. Sie alle haben mit ihrem Wissen, ihren Erfahrungen und Sichtweisen wertvolle Impulse auf dem Weg zum Rahmencurriculum und zu dieser Handreichung gegeben und damit dazu beigetragen, interprofessionelle Zusammenarbeit weiter zu verankern, zu gestalten, zu verbessern und zu leben.

Für das Projektteam interEdu

Prof. Dr. Katrin Balzer
Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

1 EINLEITUNG

In dieser Handreichung wird das entwickelte longitudinale Rahmencurriculum vorgestellt. Es werden Bildungsziele, Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit, zu berücksichtigende Kontextfaktoren und Implementierungshinweise, prototypische Lehr-Lern-Einheiten für die berufliche Pflegeausbildung bzw. Module für die hochschulische Pflegeausbildung sowie Materialien und Ressourcen für die Implementierung beschrieben. Soweit unterschiedliche Anforderungen an die berufliche und die hochschulische Ausbildung zu berücksichtigen sind, z. B. aufgrund unterschiedlicher Vorgaben der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) oder der Hochschulrektorenkonferenz (HRK), wird im Rahmencurriculum zwischen der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung differenziert.

1.1 Theoretischer Hintergrund

Die Integration interprofessioneller Lehrmethoden und -inhalte („interprofessional education“, IPE) in die Ausbildung der Gesundheitsberufe gilt als eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis (vgl. HERATH u. a. 2017). Bereits vor über zehn Jahren wurden national wie international der Bedarf nach systematischen Strategien zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und konzentrierte Strategien für die Integration interprofessioneller Aspekte in die Edukation beschrieben (vgl. WHO 2010, WISSENSCHAFTSRAT 2012).

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis ist definiert als das gemeinsame Entscheiden und Handeln von Angehörigen unterschiedlicher Gesundheits- und ggf. weiterer Berufe zusammen mit zu versorgenden Menschen, deren Bezugspersonen, informellen Pflegepersonen, pflegenden Angehörigen und ggf. kommunalen Akteuren, mit dem Ziel, die bestmögliche Qualität der Versorgung zu erreichen (vgl. WHO 2010). Eng damit verbundene Konstrukte sind die personenzentrierte Versorgung und gemeinsame Entscheidungsfindung (vgl. FELDTHUSEN u. a. 2022).

Nach FELDTHUSEN u. a. (2022) kann die Personenzentriertheit der Versorgung durch drei zentrale Attribute beschrieben werden: (i) einzigartig zu sein (Berücksichtigung der Individualität jeder Person), (ii) gehört zu werden (Wahrnehmung der Präferenzen, Bedürfnisse, Werte, Erwartungen und bisherigen Erfahrungen der zu versorgenden Menschen und weiterer an der Versorgung beteiligten Personen), (iii) geteilte Verantwortung (Partizipation/Teilhabe von zu versorgenden Menschen und deren Bezugspersonen an Entscheidungen). Entscheidungen sind komplexe Prozesse und lassen sich nach den Prinzipien der partizipativen Entscheidungsfindung im Sinne des Shared Decision Makings (SDM) durch folgende Bestandteile übergreifend charakterisieren (vgl. BOMHOFF-ROORDINK u. a. 2019): Alle

Behandlungsoptionen (inklusive Vor- und Nachteile) werden von den Personen, die eine Gesundheitsentscheidung treffen möchten, untereinander besprochen, hierbei sollen Präferenzen und Werte aller Beteiligten berücksichtigt werden. Die Ergebnisse des Gesprächs werden unter Berücksichtigung individueller Faktoren nochmals erörtert und eingeordnet. Auf dieser Grundlage wird schließlich eine Entscheidung getroffen. Eine bedeutsame Basis für eine Entscheidung bilden die Grundlagen der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung, die gemeinsam mit der interprofessionellen Interaktion und Kommunikation zu einer optimierten Personenzentriertheit der Versorgung beiträgt (vgl. HOFFMANN/MONTORI/DEL MAR 2014). Interprofessionelle Zusammenarbeit und personenzentrierte Versorgung sind somit eng miteinander verknüpft und bedingen sich gegenseitig.

IPE bezeichnet die Interaktion zwischen Lernenden aus mindestens zwei verschiedenen Berufsgruppen (WHO 2010) und ermöglicht den Lernenden, von-, über- und miteinander zu lernen, mit dem Ziel einer optimierten interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis. Im Kontext der Pflegeausbildung schließt der Begriff „Lernende“ alle beruflichen bzw. berufsfachschulischen und hochschulischen Ausbildungsangebote ein, die unmittelbar zu der Erlaubnis führen, einen Pflegeberuf nach den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen auszuüben, d. h. sowohl Auszubildende als auch Studierende. Mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) wurden zum Jahr 2020 die bis dahin getrennten Berufsgesetze für den Beruf der Altenpflege (Altenpflegegesetz) und die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege (Krankenpflegegesetz) in Deutschland abgelöst und durch das Pflegeberufegesetz (PflBG) als gemeinsames Berufsgesetz für die verschiedenen Pflegeberufe ersetzt. Nach dem PflBG soll die Ausbildung vornehmlich zu einem generalistischen Berufsabschluss als Pflegefachperson führen, entweder auf dem Wege einer beruflichen (berufsfachschulischen) oder einer hochschulischen Ausbildung. Weiterhin wurden in dem PflBG und der dazugehörigen Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) erstmals explizit Kompetenzen für die intra- und die interprofessionelle Zusammenarbeit als Ausbildungsziel definiert, differenziert für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung. Damit hat auch die IPE einen deutlich höheren Stellenwert in der Ausbildung in den Pflegeberufen in Deutschland erlangt. In der Ausbildung vieler weiterer Gesundheitsberufe (z. B. Physiotherapie, Logopädie) sind Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit bislang noch nicht enthalten, jedoch werden diese seit einigen Jahren gefordert (vgl. WISSENSCHAFTSRAT 2012).

Für die ärztliche Ausbildung in Deutschland wurden im Rahmen des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) ebenfalls Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit definiert (vgl. MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG 2022). Daneben liegt für die ärztliche Ausbildung bereits ein Mustercurriculum zur Umsetzung von IPE in humanmedizinischen Studiengängen vor (vgl. IMPP/ROBERT BOSCH STIFTUNG 2019). Obwohl interprofessionell und empirisch basiert entwickelt, orientiert sich dieses Curriculum primär an den Zielen, Inhalten und Abläufen der ärztlichen Ausbildung und ist damit nicht direkt auf die Pflegeaus-

bildung in ihren verschiedenen Ausbildungskontexten (beruflich, hochschulisch) übertragbar. Daher wurde im Projekt „Konzeptentwicklung zur Stärkung der **inter**professionellen **E**dukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (interEdu)“ ein theoretisch und empirisch fundiertes longitudinales Rahmencurriculum gezielt für die Ausbildung von Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung entwickelt und pilotiert. Dies erfolgte im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB).

1.2 Definition zentraler Begriffe

Das Rahmencurriculum bietet Lehr-Lern-Situationen für die Lernorte Pflegeschule/Hochschule, Praxis und den dritten Lernort.

Lernorte

Am Lernort Pflegeschule/Hochschule wird theoretischer und praktischer Unterricht unter Einsatz pädagogisch-didaktischer Konzepte und vielseitiger Lernstrategien gestaltet. Hier werden Kompetenzen angebahnt, die am Lernort Praxis durch angeleitete und begleitete, aber zunehmend selbstständige Anwendung und Reflexion gefestigt, vertieft und erweitert werden, mit dem Ziel, den Lernenden eine Lern- und Handlungswirksamkeit zu ermöglichen (vgl. JÜRGENSEN/SAUL 2021, S. 16).

Am sogenannten dritten Lernort stehen ein systematisch aufgebautes praktisches Handeln und eine strukturierte Reflexion im Fokus. Somit werden hier theoretisches und praktisches Lernen verknüpft. Der dritte Lernort kann örtlich in der Berufspraxis oder in der Pflegeschule/Hochschule platziert sein. Ferner können Orte außerhalb der beiden Institutionen als dritter Lernort fungieren (vgl. FESL 2018, S. 29f.). Eine Form sind simulative Lernumgebungen, in denen u. a. Fähigkeits- und Fertigkeitstrainings in Skills Labs oder Simulationsszenarien gestaltet werden (vgl. UMBESCHIEDT 2018, S. 46ff.).

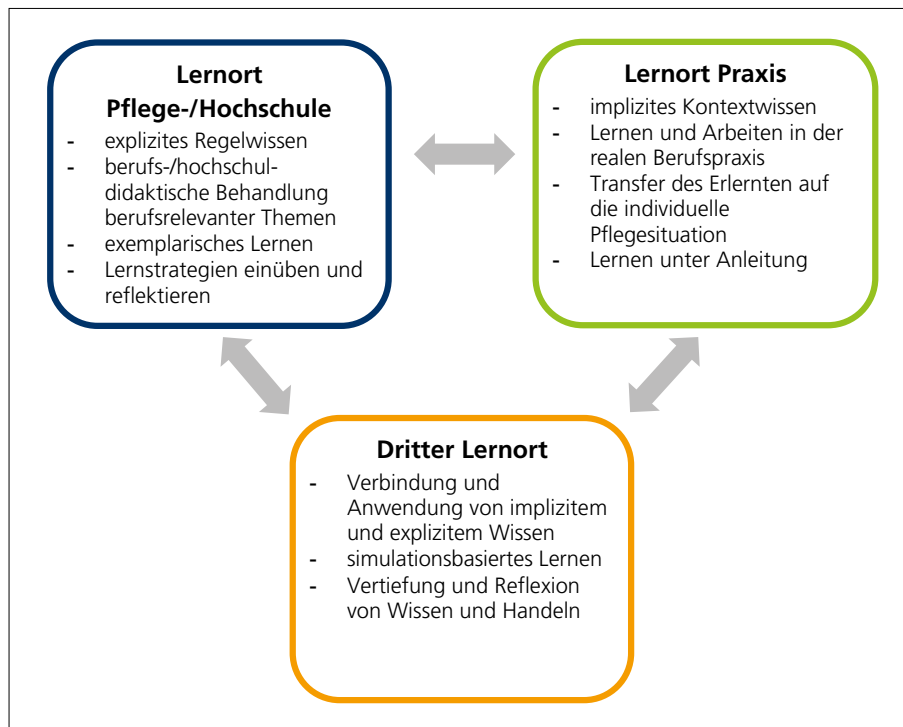
Von Bedeutung ist eine funktionierende Lernortkooperation, in welcher eine inhaltliche und organisatorische Abstimmung der Lernorte erfolgt. Die Verantwortung für die Koordination trägt die Pflegeschule/Hochschule (§ 10 Abs. 1 PflBG und § 38 Abs. 4 PflBG).

Ziel ist es, dass sich die Lernorte „auf sinnvolle Weise so ergänzen, dass die Lernenden bei der Entwicklung ihrer beruflichen Handlungskompetenz unterstützt werden“ (MAURER 2022, S. 4).

Zu beachten ist, dass die Lernwege zwischen den drei Lernorten nicht zwingend linear von der Theorie über den dritten Lernort in die Praxis verlaufen, sondern der Weg beispielsweise auch von der Praxis in die Theorie erfolgen kann (vgl.

LÖWENSTEIN 2022, S. 203). Die Charakteristika und multiplen Lernwege sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Charakteristika der Lernorte und multiple Lernwege



Quelle: eigene Darstellung nach HAMANN u. a. 2017, S. 6f., 9ff.; LÖWENSTEIN 2022, S. 201

Settings

Die generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung soll Lernende befähigen, die Pflege von Menschen aller Altersgruppen in unterschiedlichen Settings professionell zu übernehmen und zu gestalten (vgl. LÖWENSTEIN 2022, S. 110, 140; JÜRGENSEN/SAUL 2021, S. 70f.; § 5 Abs. 1 PfIBG).

Pflegerische Handlungsfelder umfassen ambulante, stationäre (Langzeit- und Akutpflege) und teilstationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens für Menschen unterschiedlicher Altersgruppen. Daher werden im vorliegenden Rahmencurriculum Lehr-Lern-Einheiten/Module vorgestellt, die verschiedene Settings fokussieren oder dementsprechend angepasst werden können. Die Beachtung unterschiedlicher Settings wird als sinnvoll erachtet, da davon auszugehen ist, dass interprofessioneller Zusammenarbeit in jedem Setting eine besondere Bedeutung zukommt, aber teils unterschiedliche Akteure adressiert werden und die Zusammenarbeit an jeweils spezifische Versorgungsbedingungen geknüpft ist.

Professionen

Berufe sind die zentrale Form, in der Erwerbsarbeit organisiert ist. Durch die Zuordnung von Qualifikationen und Arbeitsanforderungen lassen sich verschiedene Berufe definieren und voneinander abgrenzen. Berufe sind somit gekennzeich-

net durch spezielle Tätigkeitsfelder, für welche spezifische Kompetenzen und Fähigkeiten erforderlich sind. Weiterhin bedarf es für die Ausübung eines Berufs einer systematisierten Ausbildung.

Erfüllen Berufe bestimmte Merkmale, werden sie als Professionen bezeichnet (vgl. KÄLBLE/BORGETTO 2016, S. 384f.). Als Profession werden solche Berufe bezeichnet, in denen die Akteure „wissenschaftliches und fallbezogenes Wissen für die Bearbeitung eines Problems so [...] verknüpfen, dass (auch unter Bedingungen von Ungewissheit) praktische Handlungsstrategien zustande kommen“ (KÄLBLE/BORGETTO 2016, S. 392).

Während zu den klassischen Professionen zunächst die Berufe der Ärzte und Ärztinnen, Geistlichen und Juristen und Juristinnen zählten, findet der Prozess der Professionalisierung inzwischen in weiteren Berufen statt. Historisch betrachtet, sind die klassischen Professionen diejenigen, deren Ausbildung akademisch an Universitäten erfolgt. Somit wird bereits ein zentrales Merkmal von Professionen deutlich: wissenschaftlich fundiertes Wissen. Darüber hinaus sind die exklusive Handlungskompetenz, die gesellschaftliche Bedeutung und die Organisation des Berufs Kriterien für die Bezeichnung einer Profession (vgl. WIENAND 2002, S. 51f.).

Ein wesentlicher Schritt für die Professionalisierung des Pflegeberufs sind gesetzlich festgeschriebene vorbehaltene Tätigkeiten, die in § 4 PflBG erstmals geregelt wurden. Diese beinhalten die Erhebung des Pflegebedarfs, die Planung, Gestaltung und Steuerung von Pflegeprozessen und die Qualitätssicherung einschließlich der Evaluation (§ 4 Abs. 2 PflBG).

Neben dem Pflegeberuf befinden sich weitere Berufe des Gesundheitswesens im Professionalisierungsprozess, ergänzend zu der historisch primären Professionalisierung des ärztlichen Berufes. Die Akademisierung und somit auch das wissenschaftlich fundierte Wissen und eigene Forschung sind hierbei wesentliche Entwicklungen, die in Berufen des Gesundheitswesens stattfinden (vgl. KÄLBLE/BORGETTO 2016, S. 389f.).

In der Versorgungspraxis agieren mehrere Professionen gemeinsam mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung der zu versorgenden Menschen zu erreichen. Gemäß den empirischen Daten, die im Rahmen des Projekts interEdu erhoben wurden, sind neben dem Pflegeberuf folgende Professionen wichtig: die Humanmedizin, die Hebammenkunde/-wissenschaft, die Physiotherapie, die Logopädie, die Ergotherapie, die Pharmazie und die Soziale Arbeit. Entsprechend dem jeweiligen Handlungsanlass sind diese weiteren Professionen und Berufe involviert. Daher werden im vorliegenden Rahmencurriculum für jede Lehr-Lern-Einheit/jedes Modul die beteiligten Professionen und Berufe genannt.

1.3 Ziele und Intentionen

Das übergreifende Ziel, das die Erstellung des Rahmencurriculums zur Förderung von Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit (im Folgenden: interprofessionelle Kompetenzen) geleitet hat, war die Entwicklung von interprofessionellen Kompetenzen für Lernende der Pflege und weiteren Gesundheitsberufen in hochschulischer und beruflicher Ausbildung, um langfristig die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis zu verändern bzw. zu fördern.

Weitere Intentionen des Rahmencurriculums sind die longitudinale Integration der Lernangebote in die berufliche und hochschulische Ausbildung, die Bereitstellung von Empfehlungen für relevante Kontextfaktoren und Implementierungshilfen sowie von Vorlagen für Materialien und Informationsressourcen für interprofessionelle Lernangebote. Das Rahmencurriculum soll hierbei als Musterbeispiel für die Integration interprofessioneller Lerninhalte in die Curricula der Pflegeausbildung und anderer Gesundheitsberufe dienen.

Das entwickelte Rahmencurriculum hat somit einen Empfehlungscharakter und ist hinsichtlich des Umfangs und der Inhalte von Lehr-Lern-Einheiten und Modulen zur Gestaltung interprofessioneller Lehr-Lern-Situationen flexibel anwendbar.

1.4 Zielgruppen

Das Rahmencurriculum adressiert folgende Personengruppen, die primär in die Entwicklung und Umsetzung von Curricula eingebunden sind:

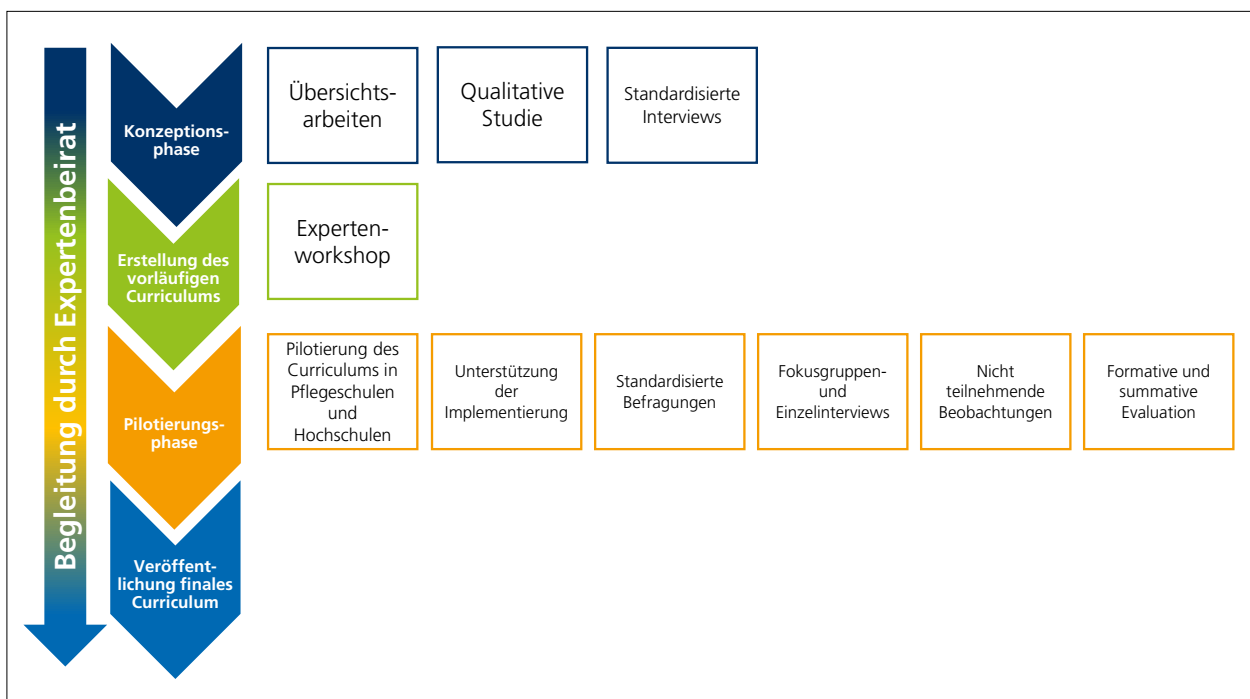
- ▶ Schulen/Hochschulen der Gesundheitsberufe:
 - ▶ Schul-/Studiengangsleitung
 - ▶ Dekanat Lehre
 - ▶ zuständige Personen für die Curriculumsentwicklung (u.a. Lehrende, Lernende)
 - ▶ Lehrende
 - ▶ Lernende
 - ▶ Anleitungspersonen
 - ▶ Verantwortliche für die Koordination von theoretischer und/oder praktischer Ausbildung
- ▶ Einrichtungen der stationären Akutpflege, stationären Langzeitpflege, der ambulanten Pflege und Rehabilitation:
 - ▶ Direktionen (u.a. Pflegedirektion, Vorstand)
 - ▶ Leitungen (u.a. Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen)
 - ▶ Anleitungspersonen

- ▶ politische Entscheidungsträger (u.a. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für Gesundheit)
- ▶ Berufsverbände, Fachgesellschaften, Nichtregierungsorganisationen, Non-Profit-Organisationen

1.5 Entwicklung und Pilotierung des Curriculums

Das Rahmencurriculum wurde in einem mehrstufigen, empirisch fundierten Prozess nach einem partizipativen Mixed-Methods-Ansatz in zwei Phasen entwickelt:

Abbildung 2: Methodischer Ablauf im Projekt interEdu



1. Konzeptionsphase, bestehend aus:

- a. systematischen Übersichtsarbeiten zu (i) vorhandenen Curricula und Empfehlungen, (ii) systematischen Übersichtsarbeiten zu Effekten interprofessioneller Lernangebote, (iii) Projekten zu IPE mit Beteiligung der Pflegeausbildung im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz),
- b. qualitativen Interviews mit Expertinnen und Experten, Lehrenden und Lernenden,
- c. standardisierten Interviews mit Leitenden, Lehrenden und Lernenden deutscher Projekte zur Förderung interprofessioneller Kompetenzen,

- d. einem Expertenworkshop mit dem Ziel, Schlüsselemente eines longitudinalen Rahmencurriculums für die Ausbildung interprofessioneller Kompetenzen in der Pflegeausbildung zu erarbeiten, und
- e. der Erstellung eines vorläufigen Curriculums.

2. Pilotierungsphase: Das Rahmencurriculum wurde in vier Pflegeschulen und drei pflegeberuflichen Bachelorstudiengängen über zwölf Monate in einem mehrstufigen Prozess implementiert und evaluiert:

- a. Umsetzung des Rahmencurriculums: (i) Vorstellung des Projekts inklusive der Ergebnisse der Konzeptionsphase im Team der teilnehmenden Einrichtung, (ii) Bildung einer Arbeitsgruppe (AG), (iii) Integration/Anpassung der Lehr-Lern-Einheiten/Module in lokales Curriculum, (iv) Pilotierung von Lehr-Lern-Einheiten/ Modulen.
- b. Unterstützende Maßnahmen der Umsetzung: (i) Kick-off-Veranstaltung mit lokaler AG, (ii) begleitende Supervisionstreffen (vor Ort/elektronisch/telefonisch) mit AG und Ansprechperson des Studienteams.
- c. Evaluation: (i) standardisierte Befragungen zu mehreren Messzeitpunkten vor (T0), während (T1) und direkt am Ende der Lernangebote (T2), (ii) Fokusgruppen- und Einzelinterviews (T2), (iii) nicht teilnehmende Beobachtungen und Kurzinterviews mit beteiligten Lehrenden und schriftlicher Befragung beteiligter Lernender, (iv) formative und summative Evaluation an den Pflegeschulen/Hochschulen.

Die Ergebnisse der Konzeptions- und Pilotierungsphase bilden die Grundlage für das entwickelte Curriculum. Sie sind für die einzelnen empirischen Ansätze in den Anhängen IV.2 und V.2 tabellarisch zusammengefasst. Die ausführlichen Ergebnisse werden Gegenstand separater Publikationen sein.

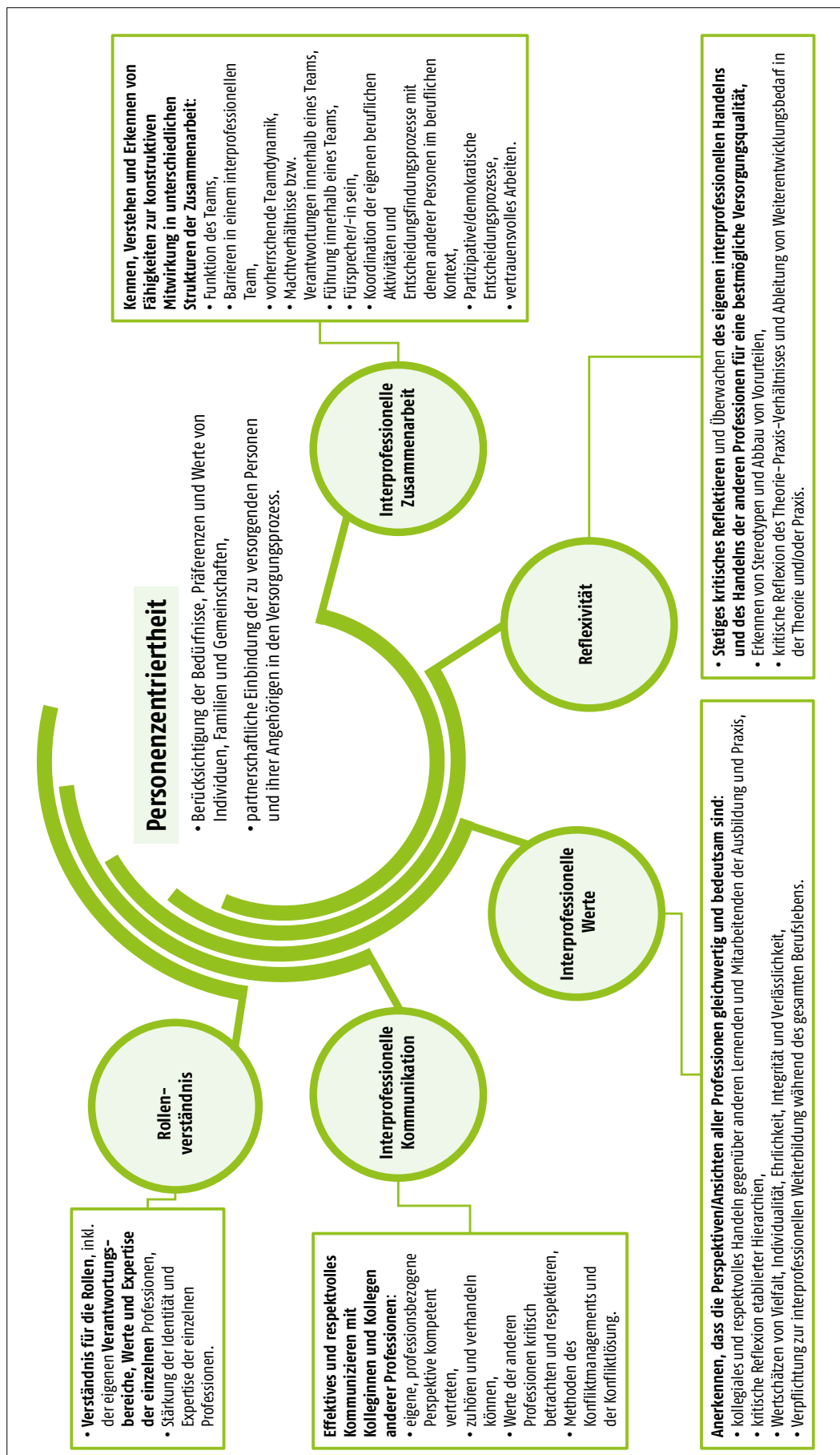
Liegen künftig weitere Evaluationsergebnisse und Implementierungserfahrungen vor, ist eine weitere Revision des Rahmencurriculums geplant.

2 AUFBAU DES CURRICULUMS

2.1 Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit

Ziel der interprofessionellen Lehr-Lern-Einheiten/Module ist die Förderung und Stärkung von Kernkompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Hierfür liegen bereits unterschiedliche Kompetenzmodelle vor, die einander teils überlappen (vgl. BARR u.a. 2017; ROGERS u.a. 2017; WHO 2010). Auf der Grundlage dieser Modelle und der eigenen empirischen Ergebnisse wurde für die Konzeption dieses Rahmencurriculums ein eigenes Modell mit bedeutsamen Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit (Abbildung 3: Domänen der Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit) als zu adressierende Kompetenzbereiche erstellt.

Abbildung 3: Domänen der Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit



2.2 Handlungsanlässe

Die Handlungsanlässe beschreiben Phänomene, Entscheidungen, Handlungen oder andere Themen der Gesundheitsversorgung, für die eine interprofessionelle Zusammenarbeit besonders relevant ist. Diese wurden auf Grundlage der erhobenen Daten in fünf Kategorien eingeteilt: direkte Versorgung, übergreifende Aufgaben, Forschung, Organisation, Gesundheitssystem. Die Handlungsanlässe sind in (Tabelle 1: Handlungsanlässe) exemplarisch dargestellt.

Tabelle 1: Handlungsanlässe

Thema	Handlungsanlass
Direkte Versorgung	▶ Fachgebiete: z.B. palliative Versorgung, Neurologie, Intensivmedizin ▶ professionsübergreifende Phänomene: u.a. Schmerzen, Schluckstörungen, Immobilität ▶ Versorgungsprozesse: Anamnese, Diagnostik, Entscheidungsfindung, Intervention, Evaluation
Übergreifende Aufgaben	u.a. ▶ Dokumentation (z.B. der Pflegeplanung) ▶ Überbringen schlechter Nachrichten ▶ Visiten ▶ interprofessionelle Kommunikation
Forschung	▶ Prinzipien des evidenzbasierten Arbeitens ▶ Forschendes Lernen ▶ Durchführung von Evaluation
Organisation	u.a. ▶ Patientensicherheit und Risikomanagement ▶ Digitalisierung ▶ Qualitätsmanagement
Gesundheitssystem	u.a. ▶ Global/Planetary Health ▶ Gesundheits- und Berufspolitik, Berufsrecht ▶ Geschichte der Gesundheitsberufe ▶ vulnerable Gruppen im Hinblick auf soziokulturelle Aspekte wie z.B. Herkunft, Geschlecht oder Lebenslagen

2.3 Bildungsziele

Aus den Handlungsanlässen und Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit lassen sich konkrete Bildungsziele ableiten. Ausgangspunkt für die Formulierung von Bildungszielen ist die Verständigung über den Begriff der Bildung. Bildung kann ganz allgemein als der Prozess verstanden werden, durch den sich der/die Einzelne zu einem selbstbestimmten und zugleich gesellschaftlich verantwortlich handelnden Menschen entwickelt (vgl. BBWF 2016). Klafki spricht in diesem Sinne von „doppelseitiger Erschließung“, d.h. einem „aktiven Aneignungsprozess, in dem sich geschichtliche Wirklichkeit für den sich bildenden Menschen aufschließt, zugänglich, verstehbar, kritisierbar, veränderbar wird und in dem gleichzeitig das Subjekt sich *für* geschichtliche Wirklichkeit aufschließt, also Verständnis-, Handlungs-, Verantwortungsmöglichkeiten in sich entfaltet“ (KLAFKI 1996, S. 96; Hervorhebung im Original). Wenn berufliche Qualifikation auf Bildungszielen basiert, bedeutet dies, dass sie über den reinen Prozess der Qualifizierung hinausgeht. Berufsbildung zielt dann nicht allein auf die institutionelle Nützlichkeit und Verwertbarkeit des Subjektes, sondern immer auch auf die persönliche Identitätsentwicklung und die kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftlicher Wirklichkeit.

In Bezug auf die pflegefachliche Ausbildung beziehen sich JÜRGENSEN/SAUL (2021) in ihrer Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule/Hochschule ebenfalls auf die kritisch-konstruktive Didaktik nach Klafki und betonen die Entwicklung von kritischer Reflexionsfähigkeit, Mündigkeit und Emanzipation sowie die Selbst-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit (vgl. KLAFKI 1996) als Leitziele. Bildungsziele heben das Potenzial hervor, „mit dem Auszubildende zum Denken in Widersprüchen und zur kritischen Reflexion aufgefordert sind“ (JÜRGENSEN/SAUL 2021, S. 38). In einem Großteil der derzeitigen pflegedidaktischen Modelle und Theorien findet sich diese gesellschaftskritische Position wieder (vgl. ERTL-SCHMUCK/HÄNEL 2021). Beispielhaft genannt seien die reflexiv-dialektische Pflegedidaktik (vgl. GREB 2005) und die interaktionistische Pflegedidaktik (vgl. DARMANN-FINCK 2010).

Bildungsziele lassen sich für die berufliche Ausbildung nach Auffassung von JÜRGENSEN/SAUL (2021) nach Ausbildungsabschnitten (1., 2. und 3. Ausbildungsdrittel) differenziert abstufen. Die Ausbildungsabschnitte in der hochschulischen Ausbildung werden ebenfalls in drei Ausbildungsdrittel unterteilt. Die Einteilung der Semester in die entsprechenden Ausbildungsdrittel (1., 2. und 3. Ausbildungsdrittel) erfolgt dabei individuell entsprechend dem Studiengang. Für ein longitudinales Rahmencurriculum zur interprofessionellen Edukation sollen daher allgemeine Bildungsziele und zentrale Zielperspektiven interprofessioneller Lehre miteinander verknüpft und in ihrer den Ausbildungsdritteln jeweils entsprechenden Komplexität zugeordnet werden.

Zur Strukturierung der Zielsetzung werden die in **Kapitel 2.1** erläuterten Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit zugrunde gelegt. Parallel zum Ausbil-

ungsverlauf sind die Zielformulierungen durch einen Zuwachs an Komplexität und Bildungsgehalt charakterisiert.

Komplexitätszuwachs in Prozessen der Arbeitswelt lässt sich vor allem durch zwei Aspekte beschreiben: die Veränderungsgeschwindigkeit, z.B. durch aktuelle, fachliche Entwicklungen, und die Unsicherheit durch sich verändernde Anforderungen (vgl. LATOS u. a. 2017). Für die Komplexität von Pflegesituationen verweisen KRELL u. a. darauf, dass sie zum einen durch objektive Merkmale der Situation selbst beschrieben werden könne, dass sie zum anderen aber auch vom subjektiven Erleben der Pflegenden abhängig sei (vgl. KRELL u. a. 2024). Komplexitätszuwachs in Lernsituationen der Pflegeausbildung kann somit als Steigerung der Anforderungen und wachsende Entwicklung der Wahrnehmungsfähigkeit verstanden werden. Dabei erfordern komplexere Situationen ein differenziertes Entscheidungsverhalten, das sich zunehmend auch auf wissenschaftliche Evidenz stützt (vgl. IGL 2021, S. 237).

Leitidee ist dabei, durch die Entfaltung von Selbst-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit im Kontext interprofessioneller Edukation die personenzentrierte Versorgung der zu versorgenden Menschen zu sichern und zu stärken (**Tabelle 2:** Bildungsziele interprofessioneller Lehre der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung). Für die Kompetenzbeschreibungen der konkreten Lehr-Lern-Einheiten/Module stellen diese theoretisch entwickelten Überlegungen eine wesentliche Grundlage dar, sie werden durch die empirisch gewonnenen Erkenntnisse aus dem Projekt interEdu gestützt und angereichert.

Tabelle 2: Bildungsziele interprofessioneller Lehre der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung

Ausbildungsabschnitt	Rollenverständnis	Interprofessionelle Kommunikation	Interprofessionelle Werte	Reflexivität	Interprofessionelle Zusammenarbeit
1. Ausbildungsdrittel	Identität der eigenen Profession entwickeln und damit einhergehend die eigenen Aufgaben und Verantwortungsbereiche wie auch 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 mitgestalten.	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.

2.4 Kompetenzen

In Anlehnung an die Rahmenpläne nach § 53 PflBG wird Kompetenz als die Fähigkeit und Bereitschaft verstanden, „in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen“ (FACHKOMMISSION nach § 53 PflBG 2020, S. 12). Aufbauend auf den Bildungszielen dieses Rahmencurriculums, wurden die Kompetenzen für die verschiedenen Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit zunächst auf einem mittleren Abstraktionsniveau definiert. In den einzelnen beispielhaften interprofessionellen Lehr-Lern-Einheiten/Modulen werden diese anschließend anforderungsorientiert und in Bezug auf konkrete ausbildungs- und berufsbezogene Handlungsanlässe in den Pflegeberufen spezifiziert.

Die Auswahl und der Wortlaut der Kompetenzen orientieren sich an nationalen und internationalen Rahmenempfehlungen und -curricula für die interprofessionelle Ausbildung der Pflegeberufe sowie an weiteren empirischen Grundlagen, die im Rahmen der Konzeptionsphase des Projekts interEdu identifiziert wurden. Ergänzend wurden Kompetenzen aus den Anlagen 1, 2 und 5 PflAPrV übernommen und gegebenenfalls angepasst. Dabei wurden vor allem die Kompetenzen für das interprofessionelle Handeln in unterschiedlichen Kontexten (PflAPrV, Anlage 1, 2, und 5, Punkt III 3.) berücksichtigt. Insbesondere für die berufliche Pflegeausbildung wurden, passend zu den empirisch erarbeiteten Kompetenzen, die Kompetenzen aus den Rahmenplänen nach § 53 PflBG verwendet.

Die Verortung der Kompetenzen innerhalb der Ausbildungsdrittel basiert ebenfalls auf den beschriebenen Empfehlungen und Vorgaben, sodass sich die Komplexität der Kompetenzen im Ausbildungsverlauf steigert. Diese Steigerung spiegelt sich zudem in der Wortwahl wider, welche weitestgehend den hierarchischen Stufen der kognitiven Lernzieltaxonomie nach ANDERSON/KRATHWOHL (2001; **Tabelle 16**) folgt. Die Stufen dieser Taxonomie entsprechen kognitiven, in ihren Leistungsansprüchen steigenden Prozessen von Erinnern (Reproduktion) bis Erschaffen. Pro kognitivem Prozess können zudem vier verschiedene Wissensdimensionen adressiert werden:

- (1) Faktenwissen: grundlegendes Wissen, um mit einer Fachdisziplin vertraut zu sein oder Probleme in dieser lösen zu können,
- (2) Konzeptwissen: vernetztes Fachwissen, das auf ähnliche Situationen übertragen werden kann,
- (3) Prozesswissen: Wissen darüber, wie man etwas tut; Kenntnis über Methoden des Nachforschens und über Anwendungskriterien für Fähigkeiten, Algorithmen, Techniken und Methoden,
- (4) metakognitives Wissen: Wissen über grundlegende Lernprozesse sowie das Bewusstsein und Wissen über den eigenen Erkenntniszuwachs.

Da sich die Taxonomie von ANDERSON/KRATHWOHL (2001) ausschließlich auf kognitive Prozesse und damit auf Fach- und Methodenkompetenz bezieht, wurden Auszüge aus dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR 2013) zur Beschreibung des Kompetenzzuwachses der personalen Kompetenzen herangezogen. Dies ist insbesondere sinnvoll, da die zugrunde liegenden Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit explizit personale Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Kommunikation und Reflexivität adressieren.

Der DQR (2013) dient derzeit als Ordnungsinstrument für Qualifikationen im deutschen Bildungssystem und unterscheidet acht Qualifikationsniveaus, einschließlich der zugehörigen Kompetenzen. Mit jeder höheren Stufe nimmt die Komplexität der erforderlichen Kompetenzen zu. Um die unterschiedlichen Anforderungen von beruflicher und hochschulischer Pflegeausbildung abzubilden, wurden in diesem Rahmencurriculum die Kompetenzen entsprechend den Niveaustufen formuliert.

Der DQR definiert für alle Niveaus die Kompetenzdimensionen *Fachkompetenz* und *Personale Kompetenz*. Die Fachkompetenz beinhaltet Wissen und Fertigkeiten, um Aufgaben und Probleme selbstständig, methodengeleitet und fachlich adäquat zu bearbeiten. Die personale Kompetenz umfasst Selbstständigkeit und Sozialkompetenz, um das eigene Leben unabhängig und im Rahmen verschiedener sozialer, kultureller bzw. beruflicher Kontexte eigenständig zu gestalten. Die Sozialkompetenz beinhaltet insbesondere Team- und Führungsfähigkeiten, die Fähigkeit und Bereitschaft zur Mitgestaltung sowie Kommunikation im Rahmen der Zusammenarbeit und Auseinandersetzung mit anderen. Selbstständigkeit bezieht sich insbesondere auf die Fähigkeit und Bereitschaft, eigenständig, verantwortlich und reflektiert zu handeln, um die eigene Handlungsfähigkeit weiterzuentwickeln.

Basierend auf diesen theoretischen und normativen Grundlagen wurden die interprofessionellen Kompetenzen operationalisiert, die pro Ausbildungsdrittel in der beruflichen bzw. der hochschulischen Pflegeausbildung durch IPE-Angebote gefördert werden sollen. **Tabelle 3** gibt einen Überblick über die wichtigsten Kompetenzen.

Tabelle 3: Interprofessionelle Kompetenzen in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung

Interprofessionelle Kompetenzen in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung	
Rollenverständnis	
1. Ausbildungsdrittel	Die Auszubildenden/Studierenden können ▶ die für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Pflege bedeutsamen Vertreter/-innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe (insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) erkennen und Rollen, Verantwortungsbereiche und Praktiken dieser sowie der eigenen Profession beschreiben, ▶ die Rollenerwartungen an die eigene bzw. an die andere(n) Profession(en) beschreiben, ▶ die Grenzen der eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und des eigenen Wissens erkennen.
2. Ausbildungsdrittel	Die Auszubildenden/Studierenden können ▶ weitere Vertreter/-innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe (z. B. Ergotherapie, Logopädie, Sozialarbeit) und ihre Berufsprofile erkennen, ▶ professionseigene Rollenbeschreibungen und Berufsbilder für interprofessionelle Situationen beschreiben, ▶ die eigenen Rollenerwartungen/Vorurteile gegenüber anderen Gesundheitsberufen und die gegenüber der eigenen Profession verstehen und reflektieren, ▶ ihre Verantwortungsbereiche und die eigene Teamfähigkeit in interprofessionellen Teams reflektieren, ▶ die Aufgaben und Zuständigkeiten der anderen Gesundheitsberufe erkennen und wissen, wie das Team bei der Versorgung zusammenarbeitet, ▶ die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und seine Funktion im Kontext der Gesundheitsberufe verstehen, ▶ die Perspektive anderer Gesundheitsberufe übernehmen und diese in ihrem Handeln berücksichtigen. Die Studierenden können ▶ die verschiedenen Verantwortungsbereiche im interprofessionellen Team sowie die gemeinsamen Ziele in der Versorgung analysieren und die Bedeutung der einzelnen Rollen für die Versorgung beschreiben, ▶ unter Berücksichtigung der Prinzipien evidenzbasierter Praxis Theorien und Modelle zum beruflichen Selbstverständnis bzw. zum interprofessionellen Rollenverständnis recherchieren und diese im intra- und interprofessionellen Austausch bewerten und diskutieren, ▶ im Austausch mit anderen Gesundheitsberufen gängige Stereotype der beteiligten Professionen erkennen und unter Berücksichtigung der Prinzipien evidenzbasierter Praxis Strategien recherchieren, um Stereotypen entgegenzuwirken.
3. Ausbildungsdrittel	Die Auszubildenden/Studierenden können ▶ Stereotype und Vorurteile der eigenen Profession und die der Gesundheitsberufe reflektieren und diesen durch ihr Handeln entgegenwirken, ▶ anhand beruflicher Erfahrungen in der pflegerischen Versorgung und Unterstützung von Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen mögliche Fragen zum Rollenverständnis bzw. zum beruflichen Selbstverständnis im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit an Pflegewissenschaft und -forschung ableiten, ▶ vor dem Hintergrund einer interprofessionellen und personenzentrierten Versorgung und unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen ein gefestigtes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis entwickeln.

Die Studierenden können

- ▶ vor dem Hintergrund einer interprofessionellen und personenzentrierten Versorgung und unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen ein fundiertes Pflegeverständnis und ein berufliches Selbstverständnis als hochschulisch qualifizierte Pflegefachperson entwickeln,
- ▶ wissenschaftlich begründete Fragestellungen zum Rollenverständnis bzw. zum beruflichen Selbstverständnis im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit entwickeln, analysieren und beantworten.

Interprofessionelle Kompetenzen in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung

Kommunikation

1. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ kommunikative Strategien für die interprofessionelle Zusammenarbeit beschreiben und diese in exemplarisch ausgewählten interprofessionellen Interaktionen unter Anleitung anwenden,
- ▶ interprofessionelle Interaktionen aus der Perspektive der eigenen und anderer Gesundheitsberufe und Führungsebenen (z. B. ärztliche Berufe, Therapieberufe, Pflegedienstleitung) kritisch beobachten und diese anhand gängiger Kommunikationsmodelle beschreiben,
- ▶ in der Kommunikation mit zu versorgenden Menschen, Bezugspersonen und Gesundheitsberufen die eigene Rolle und die eigenen Verantwortungsbereiche in verständlicher Ausdrucksform vertreten,
- ▶ Angehörigen anderer Gesundheitsberufe aktiv zuhören sowie deren Meinungen und Ideen wertschätzend unterstützen.

2. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ Fehler, Konflikte und Potenziale in interprofessionellen Interaktionen identifizieren und diese in angemessener Weise ansprechen und ggf. erlernte Methoden zur Konfliktlösung anwenden,
- ▶ Gespräche führen, um Verantwortungsbereiche bei der Erstellung und Durchführung eines Behandlungsplans oder einer Intervention im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu klären,
- ▶ unter Berücksichtigung verbaler, nonverbaler und paraverbaler Aspekte der Kommunikation Informationen mit zu versorgenden Menschen, Bezugspersonen und Vertreter/-innen anderer Gesundheitsberufe in einer verständlichen Sprache teilen und fachspezifische Terminologien dabei zielgruppenorientiert und situationsangemessen einsetzen,
- ▶ ihr eigenes Wissen sowie die pflegefachliche Sichtweise gegenüber Teammitgliedern mit Selbstvertrauen, Klarheit und Respekt kommunizieren und sich um ein gemeinsames Verständnis von Informationen und Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen bemühen,
- ▶ Fragen oder Bedenken im Team ansprechen und prüfen, ob andere sie verstanden haben, um damit eine effektive Kommunikation zu gewährleisten,
- ▶ anhand einer narrativ gestalteten Krankheitsbiografie die Entscheidungsfindung nach hierarchischen, berufsgruppenabhängigen, kommunikationsbasierten und ethischen Aspekten analysieren sowie die Rollen der Beteiligten darstellen und kritisch bewerten,
- ▶ in einer interprofessionellen Kommunikation die verschiedenen Sichtweisen der beteiligten Berufsgruppen reflektieren.

Die Studierenden können

- ▶ je nach Gesprächsaufgabe effektive Kommunikationsmittel und -techniken (z. B. Feedback), einschließlich Informationssystemen und Kommunikationstechnologien, auswählen und anwenden, um interprofessionelle Diskussionen und Interaktionen zu verbessern,
- ▶ auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz verstehen, wie effektive und ineffektive Kommunikation zwischen Teammitgliedern den Prozess und die Ergebnisse der Versorgung beeinflussen kann,
- ▶ fortgeschrittene fachsprachliche und wissenschaftlich-methodische kommunikative Fertigkeiten anwenden, um sich an interprofessionellen klinischen Diskussionen zu beteiligen,

- ▶ unter Anwendung der Prinzipien evidenzbasierter Praxis geeignete Strategien zur Förderung der interprofessionellen Kommunikation recherchieren, bewerten und im intra- und interprofessionellen Austausch diskutieren,
- ▶ interprofessionelle evidenzbasierte Wissensressourcen (Leitlinien, Patienteninformationen) anwenden und daraus essenzielle, für den Pflegeberuf relevante Inhalte extrahieren und zusammenfassen.

3. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ 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,
- ▶ anderen Gesundheitsberufen rechtzeitiges, einfühlsames und konstruktives Feedback über ihre Leistung im Team geben,
- ▶ den Austausch von Informationen initiieren und unter Verwendung einer verständlichen Sprache als Informationsressource für andere fungieren,
- ▶ klinische Fälle klar, effektiv und angemessen präsentieren und reflektieren,
- ▶ Behandlungsverläufe schriftlich und mündlich präzise zusammenzufassen und dabei die Erfahrungen des gesamten Teams berücksichtigen,
- ▶ selbstständig individuell angemessene und empfohlene evidenzbasierte Kommunikations- und Handlungsstrategien anwenden,
- ▶ Konflikte im interprofessionellen Team in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess gleichberechtigt bearbeiten und sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt beteiligen,
- ▶ interprofessionelle Konflikte und Gewaltphänomene in der Pflegeeinrichtung wahrnehmen und verfügen über grundlegendes Wissen zu Ursachen, Deutungen und Bewältigung,
- ▶ Instrumente zur Strukturierung interprofessioneller Interaktionen für die Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen anwenden.

Die Studierenden können

- ▶ Behandlungspläne vorstellen und diese theorie- und fallbezogen unter Berücksichtigung aktuell bester Forschungsergebnisse in einem interprofessionellen Team diskutieren,
- ▶ selbstständig Instrumente zur Strukturierung interprofessioneller Interaktionen recherchieren und verwenden diese zur Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen.

Interprofessionelle Kompetenzen in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung

Interprofessionelle Werte

1. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit für eine personenzentrierte Versorgung verstehen sowie förderliche und hemmende Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit benennen,
- ▶ sich als Teil des Ganzen im Rahmen von interprofessionellen Behandlungsteams verstehen und handeln entsprechend kooperativ und verantwortungsbewusst,
- ▶ die Interessen der zu versorgenden Menschen als Mittelpunkt der interprofessionellen Gesundheitsversorgung betrachten und reflektieren,
- ▶ die Würde und Privatsphäre des zu versorgenden Menschen im Rahmen der interprofessionellen Versorgung respektieren und diese in Entscheidungen und Handlungen berücksichtigen,
- ▶ die kulturelle Vielfalt und individuellen Unterschiede der zu versorgenden Menschen und des Behandlungsteams schätzen und beziehen diese aktiv in die Zusammenarbeit ein,
- ▶ die Werte und Überzeugungen der eigenen Profession in Bezug auf die Versorgungspraxis in verschiedenen interprofessionellen Umfeldern identifizieren,

- ▶ die einzigartigen Kulturen, Werte, Rollen, Verantwortungsbereiche und das Fachwissen anderer Gesundheitsberufe anerkennen und respektieren,
- ▶ in interprofessionellen Versorgungssituationen ehrliches und moralisch einwandfreies Verhalten gegenüber zu versorgenden Menschen, Bezugspersonen und anderen Gesundheitsberufen zeigen.

Die Studierenden können

- ▶ einen hohen Standard für ethisches Verhalten und Versorgungsqualität in interprofessionellen Versorgungssituationen aufzeigen,
- ▶ die gemeinsamen Prinzipien evidenzbasierter Entscheidungsfindung beschreiben und erläutern.

2. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit für eine personenzentrierte Versorgung reflektieren,
- ▶ die interprofessionelle Zusammenarbeit als wichtigen Beitrag zur Qualität der Versorgung anerkennen,
- ▶ anderen Gesundheitsberufen die Vorteile von gut funktionierenden Teams in der patientenzentrierten Versorgung vermitteln,
- ▶ gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen einen Konsens über die ethischen Grundsätze der Versorgung und Teamarbeit entwickeln.

Die Studierenden können

- ▶ ihre gemeinsamen Prinzipien evidenzbasierter Entscheidungsfindung in die Versorgungsplanung und Evaluation einbeziehen.

3. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ sich in der Zusammenarbeit wertschätzend verhalten und kommunizieren und so zu einer guten Versorgung beitragen,
- ▶ konsequent nach den Prinzipien/Werten einer interprofessionellen und patientenzentrierten Gesundheitsversorgung handeln.

Die Studierenden können

- ▶ als Impulsgebende für die Umgestaltung interprofessioneller Gesundheitsversorgung fungieren.

Interprofessionelle Kompetenzen in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung

Reflexivität

1. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden /Studierenden können

- ▶ die Rollenerwartungen an die eigene bzw. an die andere(n) Profession(en) abwägen,
- ▶ die Zuständigkeiten der eigenen Berufsgruppe und die Teamfähigkeit im interprofessionellen Team diskutieren,
- ▶ die eigenen Einstellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung reflektieren,
- ▶ rechtzeitige, einfühlsame und lehrreiche Rückmeldungen über die Leistung anderer sowie realistische Einschätzungen der eigenen Leistung im Team geben und als Teammitglied respektvoll auf Rückmeldungen anderer reagieren,
- ▶ die Grenzen der eigenen Fähigkeiten/Fertigkeiten und des eigenen Wissens erkennen.

Die Studierenden können

- ▶ evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit mithilfe wissenschaftlicher Methoden identifizieren und diese kritisch betrachten.

2. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ konstruktiv mit Selbst- und Fremdkritik in Bezug auf ihr eigenes interprofessionelles Handeln umgehen,
- ▶ interprofessionelle Konflikte und deren Entstehung analysieren und die verschiedenen Sichtweisen der involvierten Professionen reflektieren,
- ▶ ihr eigenes und fremdes Verhalten im Hinblick auf einen respektvollen und wertschätzenden Umgang mit anderen Gesundheitsberufen reflektieren und, basierend auf aktuellen (pflege-)wissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien, Modelle und geeignete Strategien identifizieren, um das eigene Verhalten zu adaptieren,
- ▶ in erlebten Situationen eigene und fremde Rollen und Handlungen im Hinblick auf einen respektvollen und wertschätzenden Umgang mit den anderen Teammitgliedern analysieren und erklären,
- ▶ in gemeinsamen Kommunikationsprozessen für die weitere Vorgehensweise Konsequenzen ziehen.

Die Studierenden können

- ▶ interprofessionelle Lernaktivitäten reflektieren und analysieren sowie Vorteile und Herausforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit identifizieren.

3. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ selbst erlebte klinische Situationen, in denen effektive Teamarbeit zu einer besseren Versorgung beigetragen hat oder in denen eine interprofessionelle teambasierte Versorgung zu einem besseren Ergebnis für die zu Versorgenden hätte führen können, erkennen und beurteilen,
- ▶ ihren eigenen Beitrag zur Teamarbeit und dessen Auswirkung auf die Versorgung reflektieren,
- ▶ kritisch die Standards und Leitlinien, die fachlichen und interprofessionellen Aspekte der gemeinsamen praktischen Arbeit sowie die Aspekte ihres Lernprozesses in Bezug auf die interprofessionelle Praxis bewerten,
- ▶ die Durchführung pflegerischer Prozesse und die Schnittmengen mit Versorgungsprozessen anderer Gesundheitsberufe reflektieren und die darin liegende interprofessionelle Kommunikation beurteilen,
- ▶ ihre Fähigkeiten und die anderer Gesundheitsberufe zum Wohle der Patientensicherheit reflektieren.

Die Studierenden können

- ▶ an Maßnahmen der Qualitätssicherung und -verbesserung mitwirken, sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards einsetzen und so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte leisten,
- ▶ wissenschaftlich begründet die derzeitigen pflegerischen/gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen und Formen von interprofessioneller Zusammenarbeit analysieren und diese kritisch reflektieren.

Interprofessionelle Kompetenzen in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung

Interprofessionelle Zusammenarbeit

1. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ die Begriffe interprofessionelle Ausbildung (IPE) und kollaborative Praxis definieren,
- ▶ den Prozess der Teamentwicklung verstehen und die Rollen und Praktiken effektiver Teams beschreiben,
- ▶ erkennen, wie ein interprofessionelles Team in einer spezifischen Versorgungssituation zusammenarbeitet, um die Versorgung sicherzustellen,
- ▶ die Prinzipien von Teamarbeit und Gruppenprozessen für eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit analysieren,
- ▶ eine vertrauensvolle Beziehung zu den zu versorgenden Menschen, Bezugspersonen und anderen Gesundheitsberufen entwickeln.

Die Studierenden können

- ▶ effektive Teamarbeit und teambasierte Praktiken auf wissenschaftlicher Grundlage analysieren und reflektieren.

2. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden /Studierenden können

- ▶ in einer Vielzahl von Versorgungssettings mit zu versorgenden Menschen, anderen Gesundheitsberufen und weiteren Akteuren, die Gesundheitsleistungen erbringen, effektiv zusammenarbeiten,
- ▶ andere Gesundheitsberufe je nach spezifischer Versorgungssituation in die gemeinsame personenzentrierte Lösungsfindung (Problem Solving) einbinden,
- ▶ im Team konstruktiv mit Unstimmigkeiten, die Werte, Rollen, Ziele und Handlungen betreffen, mit anderen Gesundheitsberufen, zu versorgenden Menschen und deren Bezugspersonen umgehen,
- ▶ ethische Entscheidungen in der interprofessionellen Praxis, einschließlich der Zuweisung von Ressourcen und Arbeitsbelastung sowie Professionalität, diskutieren,
- ▶ Konfliktlösungsstrategien zur Anwendung im Gesundheitswesen und Konflikte im Rahmen interprofessioneller Interaktionen erkennen und daraus Konsequenzen für die zukünftige gemeinsame Arbeit ziehen,
- ▶ Teamstrukturen in der Praxis mit Bezug auf erlernte Theorien der Teamarbeit beschreiben und analysieren,
- ▶ sich aktiv und konstruktiv in interprofessionelle Teambesprechungen einbringen,
- ▶ konstruktive Lösungen für interprofessionelle Konflikte erarbeiten und bei der Vorbeugung interprofessioneller Konflikte mitwirken,
- ▶ sich an einer effektiven interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung und Behandlung beteiligen und Probleme an institutionellen Schnittstellen wahrnehmen und einordnen,
- ▶ basierend auf einer Fehleranalyse eine gemeinsame Lösungsstrategie für Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit entwickeln und daraus Konsequenzen für die zukünftige gemeinsame Arbeit ziehen.

Die Studierenden können

- ▶ das interprofessionelle Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und dabei verschiedene Rollen (insbesondere auch Führungsrollen) im Team einnehmen,
- ▶ auf Grundlage der Prinzipien evidenzbasierter Praxis gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen und dazugehöriger Ressourcen Strategien entwickeln, um Bedarfe von zu versorgenden Menschen zu adressieren und Probleme an interprofessionellen und institutionellen Schnittstellen zu lösen,
- ▶ im Austausch mit anderen beteiligten Gesundheitsberufen verschiedene Versorgungsstrukturen, -prozesse und -konzepte analysieren und potenzielle Lösungsstrategien mithilfe wissenschaftlicher Methoden entwickeln,
- ▶ basierend auf einer Fehleranalyse eine gemeinsame Lösungsstrategie für Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit entwickeln und daraus Konsequenzen für die zukünftige gemeinsame Arbeit ziehen.

3. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden/Studierenden können

- ▶ zweckmäßige, wechselseitige Beziehungen mit anderen Berufsgruppen aufbauen, um die Versorgung und interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern,
- ▶ mögliche Hindernisse für eine wirksame Zusammenarbeit erkennen und Strategien zu deren Überwindung diskutieren,
- ▶ das Wissen und die Erfahrung anderer Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der Werte und Prioritäten/Präferenzen des zu versorgenden Menschen integrieren, um zur gemeinsamen Entscheidungsfindung beizutragen,
- ▶ Merkmale und Strukturen einer interprofessionellen Fallarbeit erkennen und diese mit unterstützender Moderation anwenden,
- ▶ Mitverantwortung bei der Erstellung eines interprofessionellen Behandlungsplans übernehmen,
- ▶ in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch mit anderen Berufsgruppen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung beitragen und den zu versorgenden Menschen dabei in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen,

- ▶ Mitverantwortung in der interprofessionellen Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen übernehmen und die Kontinuität an interprofessionellen und institutionellen Schnittstellen unterstützen,
- ▶ sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse mit Rücksicht auf die Zusammenarbeit von Berufsgruppen bei der Versorgung von Menschen aller Altersstufen erschließen und sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials bewerten,
- ▶ sich auf Anweisung an der Evaluation von interprofessionellen Versorgungsprozessen im Hinblick auf Patientensicherheit und Partizipation beteiligen.

Die Studierenden können

- ▶ unter der Berücksichtigung von vertieftem forschungsbasiertem Wissen in Abstimmung mit anderen Gesundheitsberufen sowie zu versorgenden Menschen und Bezugspersonen eigenständig einen interprofessionellen Behandlungsplan erarbeiten,
- ▶ in moralischen Konflikt- und Dilemmasituationen eigene Vorschläge in interprofessionelle Gremien einbringen, diese argumentativ und konstruktiv vertreten sowie begründete Entscheidungen unter Berücksichtigung von Menschenrechten und pflegeethischen Ansätzen treffen,
- ▶ innerhalb eines interprofessionellen Teams Führungskompetenzen und Strategien zur Prozessverbesserung anwenden, die die kollaborative Praxis und Zusammenarbeit stärken,
- ▶ das gesamte Spektrum an Wissen und Fähigkeiten der verfügbaren Fachpersonen nutzen, um eine sichere, rechtzeitige, effiziente, wirksame und gerechte Versorgung von Menschen mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen zu gewährleisten,
- ▶ an der Weiterentwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen mitwirken, ebenso an der Steuerung von Versorgungsprozessen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und über die Versorgungsbereiche hinweg.

3 KONTEXTFAKTOREN UND IMPLEMENTIERUNGSHINWEISE

Um die Umsetzung des Rahmencurriculums zu unterstützen, wurden gezielt Informationen zu beeinflussenden Kontextfaktoren sowie Implementierungshinweise gesammelt. In diesem Kapitel werden bedeutsame Implementierungshinweise beschrieben, die die Planung und Umsetzung von IPE beeinflussen können. Die benannten Implementierungshinweise unterstützen die Planung von IPE und sollen eine nachhaltige Integration in das jeweils eigene lokale Curriculum ermöglichen. Die Implementierungshinweise beziehen sich auf organisations- und personenbezogene Faktoren entsprechend dem Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (vgl. DAMSCHRODER u. a. 2022). Sie basieren auf den empirischen Ergebnissen der Konzeptionsphase und den Befunden der Evaluation, die im Rahmen der Pilotierungsphase erfolgte. Ergänzend fließen Empfehlungen zu Rahmenbedingungen in der interprofessionellen Ausbildung ein (vgl. KAAP-FRÖHLICH u. a. 2022).

In **Tabelle 4** werden Implementierungshinweise nach Kategorien des CFIR-Modells präsentiert: äußeres Setting (einer Organisation oder Institution), inneres Setting (einer Organisation oder Institution) und die individuelle Ebene.

Tabelle 4: Bedeutsame Implementierungshinweise

Äußeres Setting einer Organisation oder Institution
Nationale und internationale Netzwerke
▶ Aufbau eines nationalen Netzwerks ▶ Austausch von Best-Practice-Beispielen, Harmonisierung der Implementierung und Evaluation von IPE-Angeboten ▶ Engagement und Austausch zwischen Bildungseinrichtungen
Externe Richtlinien und Gesetze
▶ Aktualisierung und Verankerung gesetzlicher Rahmenbedingungen für IPE ▶ Integration von interprofessionellen Kompetenzen als verbindlichen Bestandteil in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, Rahmenrichtlinien und Curricula aller beteiligten Gesundheitsfachberufe ▶ Erstellung eines Rahmenwerks für IPE und deren Integration in die Praxis
Erhöhte Sensibilität der Politik hinsichtlich IPE
▶ Gestaltung von Initiativen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit
Inneres Setting einer Organisation oder Institution
Lokale Netzwerke: beteiligte Ausbildungs-/Studiengänge und Einrichtungen
▶ Koordination der IPE-Angebote unter Einbezug der Kooperationspartner (z.B. mit Aufbau eines Gesundheitscampus) ▶ Koordinationsstelle für IPE und eine interprofessionelle Steuerungsgruppe zur Implementierung ▶ Einbindung aller relevanten Akteurinnen und Akteure, vor allem auch der Lernenden und Anleitenden, in die Implementierungsprozesse und deren regelhafte Fortführung ▶ Zusammenarbeit zwischen Präsidenten und Präsidentinnen, Kanzlern und Kanzlerinnen, Vizekanzlern und Vizekanzlerinnen und Dekanen und Dekaninnen verschiedener Einrichtungen zur Bereitstellung der erforderlichen Rahmenbedingungen ▶ Verwendung von neuen Technologien zur Netzwerkarbeit ▶ Förderung des persönlichen Kontakts, der sozialen Interaktion und Vernetzung durch räumliche Nähe, strukturierte und regelmäßige Austauschtreffen ▶ Ausbau von Praxiskooperationen und lokalen Kompetenznetzwerken (z.B. über Onlineplattform) ▶ Verwendung einer einheitlichen Sprache zwischen Lehrenden
Lokale Netzwerke: Lernorte
▶ gemeinsame Vereinbarungen beteiligter Institutionen zur Sicherstellung der erforderlichen IPE-Praktika ▶ (curriculare) Verknüpfung von praktischen und theoretischen Lernorten ▶ Vernetzung unterschiedlicher Fakultäten mittels Onlineplattform (z.B. für Lehr- und Prüfbeispiele) ▶ Kooperation der praktischen Einrichtung mit einem zentralen Studien-/Ausbildungsgang ▶ zentrale Ansprechperson für IPE in Einrichtungen zur Vernetzung der Lernorte ▶ interprofessionelle Lernenden-Tandems
Fortbildungsformate für Lehrende sowie Tutorinnen und Tutoren
▶ Definieren von Strukturen und Prozessen für Fortbildungsangebote (Umfang, Qualität, Zugänglichkeit und Machbarkeit vorhandener Angebote) ▶ regelmäßige Evaluation der Fortbildungen (ggf. Nutzung bestehender Evaluationsprogramme) ▶ interprofessionelle Teaching-Clubs oder Qualitätszirkel, in denen IPE-Veranstaltungen, Implementierungen, Materialien, Evaluationen und Ähnliches diskutiert, reflektiert und gemeinsam weiterentwickelt werden

Evaluationen
▶ Methodik der Evaluation: Mixed-Methods-/longitudinale Studien und begleitende Prozessevaluation, z. B. mittels Fragebögen, Beobachtungen, Interviews ▶ Planung der Evaluation in Anlehnung an vorhandene Konzepte, z. B. UK Medical Research Council (MRC) Framework (vgl. SKIVINGTON u. a. 2021) ▶ Berücksichtigung inhaltlicher und methodischer Aspekte wie Zweck, Lernergebnisse, theoretische Modelle, Evaluationsdesign ▶ Berücksichtigung aller drei Lernorte: Klassenraum, Simulation und Praxis ▶ Berücksichtigung verschiedener Akteure ▶ Zielgrößen: relevante Ergebnisparameter für Lernende, Lehrende, zu versorgende Menschen und Organisationen (vgl. KIRKPATRICK/KAYSER KIRKPATRICK 2021) ▶ Vernetzung der Evaluationen zwischen Institutionen und verschiedenen Programmen ▶ Dissemination von Evaluationsergebnissen
Einrichtungskultur
▶ frühzeitige Integration von IPE ▶ eingeplante Zeit für Leitungsaufgaben im Kontext IPE ▶ positive Haltung der Leitungen zu IPE ▶ Entwicklung eines einheitlichen Verständnisses und gemeinsamer Ansätze von IPE ▶ Förderung des interprofessionellen Lernens im Fokus der Bildungs-/Versorgungseinrichtung (z. B. Möglichkeiten für gemeinsames Lernen und den gegenseitigen Austausch) ▶ Vernetzung aller Akteure für eine kreative und kollaborative Zusammenarbeit ▶ Interesse, Erfahrung und Wissen zu IPE fördern und stärken
Zeitliche und örtliche Rahmenbedingungen
▶ frühzeitige Planung und Organisation von IPE-Angeboten (ca. 12 bis 18 Monate) ▶ frühzeitige Festlegung eines gemeinsamen zeitlichen Rahmens für IPE-Lehrveranstaltungen zwischen Ausbildungs-/Studiengängen unter Berücksichtigung der Semesterplanung der einzelnen Ausbildungs-/Studiengänge ▶ Wechsel/Rotation zwischen Räumen der Institutionen ▶ Berücksichtigung räumlicher Gegebenheiten: kleine Seminarräume, größere Vorlesungsräume, Labore/Skills Labs für Simulationen ▶ Zeit für Ausbau von Beziehungen zwischen Ausbildungs-/Studiengängen ▶ Integration von Onlineeinheiten zur Reduktion logistischer Herausforderungen ▶ bei Neu- und Umbauten flexible Raumgestaltungen mitdenken (z. B. große Räume mit flexiblen Trennwänden)
Personelle und sachliche Ressourcen
▶ ausreichende finanzielle Mittel für die Umsetzung der Maßnahmen und Finanzierung der für IPE verantwortlichen Personen ▶ Schaffung finanzieller Modelle, z. B. Anrechnung von Studiengebühren für IPE-Angebote oder Förderungen von Modulen, die von mindestens drei Gesundheitsberufen umgesetzt wurden ▶ Investitionen in Technologien und Bereitstellung von Skills Labs ▶ Bereitstellung von IPE-Literatur und Lehrmaterialien (z. B. in Bibliotheken) ▶ aufwandsgerechte Bereitstellung von Lehrressourcen für IPE

Individuelle Ebene (Rollen und Charakteristika der Individuen)
Voraussetzungen Lernende
▶ gegenseitige Wertschätzung und gegenseitiger Respekt ▶ Rollenverständnis und Limitationen des eigenen Handelns reflektieren ▶ kommunikative und kooperative Ansätze ▶ Erweiterung und Förderung des individuellen Lernens der Lernenden (z. B. durch Kleingruppenarbeiten) ▶ diplomatische und flexible Reaktionen auf Gruppendynamiken zur Förderung des interprofessionellen Lernprozesses
Aufgaben und Einstellungen Lehrende
▶ Bewusstsein über Auswirkung der eigenen Einstellung und des eigenen Verhaltens auf die Erfahrungen der Lernenden ▶ Rekrutierung von Tutorinnen und Tutoren aus verschiedenen Gesundheitsberufen mittels sozialer Netzwerke, ▶ Vernetzung der Anleitenden aus der Praxis mit Lehrenden sowie Tutorinnen und Tutoren der Ausbildungsgänge-/Studiengänge ▶ für die Pflegeschulen: Freiräume in der Unterrichtsplanung etwa für Projekte oder Exkursionen, um z. B. Themen wie Diversität, politisches Engagement oder Forschungsfragen zu bearbeiten, die alle Berufsgruppen gleichermaßen betreffen; für die Hochschulen bieten sich Wahlpflichtangebote an ▶ Einbezug und Austausch mit Expertinnen und Experten für Themen, zu welchen noch Expertise aufzubauen ist (z. B. Diversität) ▶ Wahrnehmung und Adressierung von kulturellen Hintergründen, Hierarchien, Sprachen und professionellen Perspektiven in interprofessionellen Studierendengruppen und Teams der Gesundheitsversorgung ▶ Entwicklung interprofessioneller und teambasierter Einstellungen und Arbeitsabläufe bei Lernenden ▶ Bereitschaft zum von-, mit- und übereinander Lernen in eigenen Studien-/Ausbildungsgängen und übergreifend ▶ positive Einstellung gegenüber IPE, Verständnis der eigenen Rolle und der Limitationen eigenen Handelns
Qualifikationen Lehrende
Hochschule
▶ <u>Lehrende (Vorlesungen)</u>: mindestens 25 Prozent Personen mit Hochschullehrbefähigung oder erfolgreich abgeschlossener Promotion im relevanten Fachgebiet, ansonsten Personen mit Masterabschluss und Berufserfahrung in einem relevanten Fachgebiet ▶ <u>Lehrende (Übungen)</u>: Personen mit mindestens einem Bachelorabschluss ▶ <u>Anleitungspersonen (Praktika)</u>: Qualifikation nach Vorgaben des PflBG ▶ <u>studentische Tutorinnen und Tutoren (Übungen)</u>: Studierende aus Bachelorstudiengängen in einem Gesundheitsberuf (beinhaltet im Modul adressierte Berufe) oder Masterstudiengang im Bereich der Gesundheitsversorgung und erfolgreich abgeschlossenes Bachelorstudium in einem Gesundheitsberuf (beinhaltet im Modul adressierte Berufe)
Pflegeschule
▶ <u>Lehrende und Anleitungspersonen</u>: nach den berufsgesetzlichen Vorgaben gemäß PflBG

Für die Implementierung im Rahmen des Projekts interEdu standen den kooperierenden Pflegeschulen neun Lehr-Lern-Einheiten und den Hochschulen drei Module zur Auswahl. Anzumerken ist, dass die Lehr-Lern-Einheiten mit jeweils 20 bis 40 Stunden im Umfang geringer sind als die Module für die Hochschule mit jeweils drei Leistungspunkten (entsprechend 90 Stunden) nach dem European Credit Transfer System (ECTS). Dies resultiert aus den unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen. In der Evaluation wurde für die Hochschulen deutlich, dass die zeitlichen Umfänge ein Grund für die erschwerte Implementierung darstellten. Daher wurde der Umfang auf zwei ECTS-Punkte pro Modul reduziert. Weiterhin wird im Curriculum darauf hingewiesen, dass die angegebenen Stundenumfänge sowohl für die Hochschulen als auch für die Pflegeschulen als Richtwert zu betrachten sind und bei Bedarf durch die implementierenden Bildungseinrichtungen angepasst werden können.

Während an den Hochschulen alle drei Module mit reduzierter Stundenanzahl implementiert werden konnten, traf dies bei den Pflegeschulen trotz kleinerer Lehr-Lern-Einheiten nicht zu. Die Befunde aus den qualitativen Interviews der Evaluation zeigen hierfür mögliche Gründe auf. Die leitende Frage in der Entscheidung für die Implementierung einer Lehr-Lern-Einheiten bzw. eines Moduls war die Ähnlichkeit mit bereits bestehenden Inhalten der internen Curricula bzw. Modulhandbücher. Dadurch konnte der Ressourceneinsatz (personell, zeitlich) in der Implementierungsphase in einem machbaren Rahmen gehalten werden. Langfristig sollte angestrebt werden, auch Themen aus dem interEdu-Curriculum zu integrieren, die bislang eher weniger oder noch nicht Inhalte der Lehre bzw. des Unterrichts waren.

4 LEHR-LERN-EINHEITEN FÜR DIE BERUFLICHE PFLEGEAUSBILDUNG

Für die berufliche Pflegeausbildung werden neun Lehr-Lern-Einheiten (LLE) beschrieben, jeweils drei Einheiten pro Ausbildungsdrittel (Tabelle 6 bis 14).

Die interprofessionellen LLE können an ein schon bestehendes Curriculum angepasst werden. Die Inhalte und Methoden sind als Empfehlung konzipiert.

Tabelle 5: Überblick über Lehr-Lern-Einheiten für die berufliche Pflegeausbildung

Ausbildungsdrittel	LLE	Titel der Lehr-Lern-Einheiten	Workload
1. Ausbildungsdrittel	LLE 1	Interprofessionelles Rollenverständnis entwickeln	24 Std.
	LLE 2	Mobilisation und Selbstversorgung interprofessionell fördern	20 Std.
	LLE 3	Im interprofessionellen Team kommunizieren	26 Std.
2. Ausbildungsdrittel	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.
3. Ausbildungsdrittel	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.

Den Titeln der LLE wird jeweils ein prägnantes Zitat aus den Interviews der Erhebungsphase des Projekts zur Seite gestellt. Der empfohlene Arbeitsaufwand der Lernenden beträgt insgesamt 240 Stunden. Er variiert in den LLE zwischen 20 und 40 Stunden, verteilt auf die drei Lernorte (Pflegeschool, Praxis und dritter Lernort) sowie das Selbststudium/Selbstorganisierte Lernen (SOL). SOL kann dabei prinzipiell an jedem der drei Lernorte erfolgen. Für den Lernort Pflegeschule sind 45 Minuten pro Unterrichtsstunde geplant.

Jeder LLE ist neben einer Nummer und einem Titel jeweils ein Zitat aus den qualitativen Interviews vorangestellt, welches die thematische Relevanz unterstreicht.

Die Beschreibung der LLE gliedert sich in die Abschnitte:

- ▶ curriculare Einordnung,
- ▶ Umfang,
- ▶ mögliche Akteure (neben den Auszubildenden der Pflege auch Auszubildende/Studierende der Professionen Physiotherapie, Logopädie, Hebammen, Ergotherapie, Ernährungsberatung/Diätassistenz, Medizinische Fachangestellte, Operationstechnische Assistenz, Anästhesiologische Assistenz, Medizin, Sozialarbeit, Notfallsanitäter/-innen); werden bestimmte Professionen inhaltlich direkt adressiert, sind diese in den LLE konkret benannt,
- ▶ Handlungsanlässe,
- ▶ Intentionen und Relevanz,
- ▶ Kompetenzen,
- ▶ Inhalte.

Zur Unterstützung bei der Implementierung finden sich Empfehlungen und Hinweise in den weiteren Abschnitten:

- ▶ Lehr-Lern-Methoden,
- ▶ mögliche Fälle (siehe ebenfalls Empfehlungen in **Kapitel 5**),
- ▶ Methoden der Ergebnissicherung,
- ▶ Literatur,
- ▶ Kontextfaktoren und Implementierungshinweise.

Für den Lernort Praxis werden u. a. Lernaufgaben empfohlen. Diese sind seitens der Pflegeschule und der Praxiseinrichtungen dahingehend zu konkretisieren, ob sie als Arbeits- und Lernaufgaben durch die Anleitungspersonen in der Berufspraxis oder als Lern- und Arbeitsaufgaben durch die Lehrpersonen der Pflegeschule begleitet werden.

4.1 Lehr-Lern-Einheiten für das erste Ausbildungsdrittel

Tabelle 6: Lehr-Lern-Einheit 1 – Interprofessionelles Rollenverständnis

Lehr-Lern-Einheit 1		Interprofessionelles Rollenverständnis entwickeln „(...), dass man weiß, was die anderen Professionen machen, aber auch selber weiß, wofür steht denn die eigene Profession (...).“ (F6, Pos. 17–19)	
Curriculare Einordnung	1. Ausbildungsdrittel	Verortung im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PfIBG	CE 01
Umfang	Lernort Pflegeschule: 16 Std. Lernort Praxis: 8 Std. Dritter Lernort: - Selbststudium/SOL: - Gesamtstunden: 24 Std.		
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Gesundheitsberufe ▶ Lernende der Medizin		
Handlungsanlässe	▶ Ankommen in der Pflegepraxis ▶ berufliche Identität entwickeln ▶ Orientierung im interprofessionellen Team		
Intentionen und Relevanz	Schon mit dem ersten Orientierungseinsatz sind die Auszubildenden in der Pflege – unabhängig vom Einsatzort – immer auch damit konfrontiert, dass verschiedene Gesundheitsberufe an der Versorgung beteiligt sind. Die Zusammenarbeit der Professionen im Sinne einer guten Versorgung ist dabei ein sinnvolles, aber nicht selbstverständliches und voraussetzungsloses Ziel. In dieser ersten LLE sollen die Auszubildenden dafür sensibilisiert werden, ihren eigenen zukünftigen Beruf im interprofessionellen Zusammenspiel zu verstehen. Der Schwerpunkt liegt in dieser frühen Ausbildungsphase in der Wahrnehmung der eigenen Rolle und der Perspektive auf die Rolle der jeweils anderen Professionen. Hinweis: Der Unterricht dieser ersten LLE kann monoprofessionell oder gemeinsam mit Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe gestaltet werden.		
Kompetenzen	Die Lernenden können ▶ ihre eigene Rolle, ihre Verantwortung und Expertise im Versorgungsprozess der zu versorgenden Menschen erkennen, ▶ die Grenzen der eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und des eigenen Wissens erkennen, ▶ den Sinn der IPE als notwendige Voraussetzung guter Versorgungsqualität verstehen, ▶ die für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Pflege bedeutsamen Vertreter/-innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe erkennen und sind in der Lage, Rollen, Verantwortungsbereiche und Praktiken dieser Gesundheitsberufe zu beschreiben, ▶ die Rollenerwartungen an die eigene bzw. an andere(n) Profession(en) beschreiben und die gegenseitige Wahrnehmung und mögliche Stereotypisierung von Berufsrollen interpretieren, ▶ die Aufgaben und Zuständigkeiten der anderen Gesundheitsberufe und die Zusammenarbeit im Team bei der Versorgung darstellen.		

Lehr-Lern-Einheit 1	Interprofessionelles Rollenverständnis entwickeln „(...), dass man weiß, was die anderen Professionen machen, aber auch selber weiß, wofür steht denn die eigene Profession (...).“ (F6, Pos. 17–19)
Inhalte	▶ Grundlagen, Modelle und Ziele der IPE (Schwerpunkt: Rollenverständnis) ▶ soziale Rollen im beruflichen Kontext ▶ Pflegeverständnis und pflegerischer Beitrag zur Versorgung der zu versorgenden Menschen ▶ Arbeitsabläufe, Aufgabenverständnis und Ausbildungsstrukturen anderer Gesundheitsberufe (exemplarisch) ▶ Erwartungshaltungen, Vorurteile und Stereotypisierungen
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Pflegeschule: ▶ Impulsvortrag zu interprofessioneller Praxis und Lehre (IPP und IPL), anschließend Gruppenarbeit zum Thema „Was haben IPE und berufliches Rollenverständnis mit mir in dieser Phase der Ausbildung zu tun?“ ▶ Partnerinterviews zur Darstellung des eigenen Berufs- und Rollenverständnisses ▶ Stationenlernen mit Infomaterial und Fragen zu verschiedenen Gesundheitsberufen ▶ gemeinsame Bearbeitung eines rekonstruierten Falles aus der Versorgungspraxis ▶ Bearbeitung eines authentischen Falles zum Rollenbild der Pflegefachperson ▶ Vorbereitung und Reflexion der Lern- und Arbeitsaufgabe Lernort Praxis: ▶ Lernaufgabe: Interviews oder strukturierte Beobachtungen mit Physio-/Ergotherapeutinnen und Physio-/Ergotherapeuten oder Logopädinnen und Logopäden, Ärztinnen und Ärzten oder Auszubildenden und Studierenden dieser Berufsgruppen in der Ausbildungseinrichtung zur Wahrnehmung der jeweils anderen Berufsgruppe und deren spezifischen Aufgaben im Einsatzbereich
Mögliche Fälle	Fall 1: Von den Lernenden werden Fälle zu Aufnahmesituationen eines zu versorgenden Menschen aus der Perspektive der verschiedenen Professionen eingebracht. Fragestellung: Welchen Beitrag können verschiedene Gesundheitsberufe im Versorgungsprozess leisten (in Bezug auf Informationssammlung, Diagnostik, Interventionen und Evaluation)? Fall 2: Eine Anleitungsperson berichtet: „Die Situation war so, dass ich mit der Auszubildenden dem zu versorgenden Menschen die Haare gewaschen habe. Dann kam die Chefarztvisite herein mit zwei Oberärzten, zwei Stationsärzten und einer weiteren Pflegefachperson. Dann kam der Spruch: ‚Haben Sie Ihre Profession gewechselt?‘ Ich habe darauf nicht geantwortet. Was hätte ich auch sagen sollen?“ Mögliche Fragestellungen zur Bearbeitung des Falles: ▶ Wie kann die Reaktion der Anleitungsperson interpretiert werden? ▶ Welches Fremd- und Selbstverständnis von professioneller Pflege kommt in diesem Fall zum Ausdruck? ▶ Welche anderen Reaktionen auf den „Spruch“ sind denkbar, was könnten sie bewirken? ▶ Welches berufliche Selbstverständnis im Kontext der Interprofessionalität wäre wünschenswert?

Lehr-Lern-Einheit 1	Interprofessionelles Rollenverständnis entwickeln „(...), dass man weiß, was die anderen Professionen machen, aber auch selber weiß, wofür steht denn die eigene Profession (...).“ (F6, Pos. 17–19)
Methoden der Ergebnissicherung	Erstellen von Wandzeitungen zum Thema „Interprofessionalität“ in Kleingruppen mit Auszubildenden der verschiedenen teilnehmenden Professionen
Mögliche Prüfungsleistungen	Bewertung der Wandzeitungen (Kriterien siehe III.1: Instrumente und Methoden zur Ergebnissicherung)
Literatur (Auswahl)	MAHLER, Cornelia; GUTMANN, Thomas; KARSTENS, Sven; JOOS, Stefanie: Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. In: GMS Journal for Medical Education 31 (2014) 4, S. 1–5. DOI: https://doi.org/10.3205/zma000932 WHO – World Health Organization: Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva 2010. URL: https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice (Stand: 11.02.2025)
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	▶ Qualifikation der Lehrenden: Bachelor- oder Masterabschluss Pflegepädagogik oder gleichwertig ▶ Bachelor- oder Masterabschluss Pflegepädagogik oder vergleichbares Niveau ▶ verbindliche Kooperationen der verschiedenen Ausbildungsinstitutionen ▶ Anleitungspersonen mit entsprechender berufsspezifischer Qualifikation ▶ Kooperation mit Praxiseinrichtung ▶ Unterricht ist anteilig virtuell möglich

Tabelle 7: Lehr-Lern-Einheit 2 – Mobilisation und Selbstversorgung fördern

Lehr-Lern-Einheit 2		Mobilisation und Selbstversorgung fördern „(...) wie kriege ich einen Patienten in den Stand, wie transferiere ich den, wie lagere ich den, worauf lagere ich, worauf achte ich?“ (E3, Pos. 460–462)	
Curriculare Einordnung	1. Ausbildungsdrittel	Verortung im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG	CE02
Umfang	Lernort Pflegeschule: 8 Std. Lernort Praxis: - Dritter Lernort: 8 Std. Selbststudium/SOL: 4 Std. Gesamtstunden: 20 Std.		
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Physiotherapie ▶ Lernende der Ergotherapie und/oder ▶ Lernende der Logopädie ▶ Lernende der Ausbildung zu Medizinischen Fachangestellten ▶ Lernende der Humanmedizin		
Handlungsanlässe	▶ interprofessionelle Koordination der Mobilitätsförderung ▶ Unterstützung bei Einschränkung der Selbstversorgung		
Intentionen und Relevanz	Die bestmögliche Unterstützung und Förderung der Mobilität und Selbstversorgung der zu versorgenden Menschen sind von Beginn an in Ausbildung und Studium ein wichtiger Aspekt der Pflegepraxis. Der Fokus liegt hierbei auf den individuellen Bedürfnissen der zu versorgenden Menschen sowie deren größtmögliche Kompetenz zur Selbstversorgung. Ausgehend von diesen Anforderungen an Auszubildende und Studierende konzentriert sich diese LLE auf folgende Schwerpunkte: 1) Förderung und Erhaltung von Mobilität 2) Unterstützung bei Einschränkungen der Selbstversorgung Eine interprofessionelle Praxis ist für eine optimale Erhaltung und Förderung der Mobilität von zu Versorgenden bedeutsam. Durch Überschneidungen von professions-spezifischen Handlungen, insbesondere der Pflege und der Physiotherapie, aber auch der Ergotherapie und Logopädie, ist es möglich, zu Versorgende gezielt im Bereich der Selbstpflege und Erhaltung sowie Förderung ihrer Mobilität zu unterstützen. Immobilität und Bewegungsmangel können langfristig zu Pflegebedürftigkeit führen. Die Auszubildenden und Studierenden lernen, die individuellen Bedarfe der zu versorgenden Menschen zu erkennen, z. B. im Bereich der Biomechanik und Kinesiologie. Ein gemeinsames Verständnis über die Steuerung von Prozessen im Rahmen der Pflege, z. B. über ein angefordertes Konsil oder die Medikation, ermöglicht den Auszubildenden und Studierenden einen ganzheitlichen Blick auf die zu versorgenden Menschen.		

Lehr-Lern-Einheit 2	Mobilisation und Selbstversorgung fördern „(...) wie kriege ich einen Patienten in den Stand, wie transferiere ich den, wie lagere ich den, worauf lagere ich, worauf achte ich?“ (E3, Pos. 460–462)
	Die Auszubildenden und Studierenden kommen schon frühzeitig in ihrer Praxis mit körpernahen Tätigkeiten in Berührung. In angeleiteten Übungssituationen sammeln die Lernenden Erfahrungen mit sich selbst und anderen Personen in ihrer Leibkörperlichkeit und lernen den Einfluss professionsspezifischer Handlungen auf das eigene Erleben kennen. Zusätzlich zum personenzentrierten Handeln lernen die Auszubildenden und Studierenden voneinander, wie sie ihren eigenen Gesundheitsschutz durch das Wissen der unterschiedlichen Professionen effektiv gestalten können.
Kompetenzen	Die Lernenden können ▶ sich an einer effektiven interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung und Behandlung beteiligen und nehmen Probleme an institutionellen Schnittstellen wahr, ▶ ein gemeinsames Verständnis von mobilitätsfördernden Konzepten und Handlungen und dessen Auswirkungen auf die patientenzentrierte Pflegepraxis entwickeln, ▶ erkennen, dass eine Synergie der professionsspezifischen Handlungen positive Auswirkungen im Bereich der Mobilität und Selbstversorgung der zu Versorgenden haben können, ▶ ihre eigenen Handlungen in Abgrenzung zu denen der anderen Gesundheitsberufe und Lernenden der Medizin reflektieren, ▶ optimierte Handlungsabläufe zum Schutz der eigenen Gesundheit anwenden.
Inhalte	▶ Wissenstransfer von professionsspezifischen Handlungsmustern anhand eines Falles ▶ Selbsterfahrung von körpernahen Interventionen ▶ Aufgabenbereiche sowie die Abgrenzung der Tätigkeiten einzelner Professionen ▶ professionsspezifische Handlungsanweisungen ▶ Umgang mit Hilfsmitteln ▶ gesundheitsschonende Bewegungsabläufe ▶ Informationsweitergabe über Behandlungsverlauf und individuelle Patientenbedürfnisse
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Pflegeschule: ▶ Kennlernspiel: Stellen Sie sich körperlich so dar, wie Sie sich heute fühlen. ▶ Partnerspiel: Tandem, „Bringen Sie Ihre Tandemperson in eine andere Position“ (erfahrungsbezogene Übung zum Erleben von körperlicher Nähe) ▶ Bearbeitung eines Falles: Auszubildende in der Pflege stellen den zu versorgenden Menschen vor, erarbeiten gemeinsam einen Plan, wie im Team vorgegangen werden kann. ▶ Reflexion: Wie geht es Ihnen mit körpernahen Handlungen? (Eingriff in Ihre Intimität) Dritter Lernort: Übung in Kleingruppen, maximal fünf Lernende, Skillstraining zu Mobilisationsübungen, Simulation(siehe III.3: Simulationsszenario zum Thema Mobilisation) Selbststudium/SOL: Logbuch zur Reflexion der LLE unter Einbezug der Praxiserfahrungen

Lehr-Lern-Einheit 2	Mobilisation und Selbstversorgung fördern „(...) wie kriege ich einen Patienten in den Stand, wie transferiere ich den, wie lagere ich den, worauf lagere ich, worauf achte ich?“ (E3, Pos. 460–462)
Möglicher Fall	Herr Maier ist 70 Jahre alt und befindet sich derzeit nach einer Kniegelenksoperation in einem Akutkrankenhaus. Aufgrund einer ausgeprägten Gonarthrose im linken Knie hatte Herr Maier in der Vergangenheit starke Schmerzen. Herr Maier geht gerne und viel spazieren, weshalb ihn die Schmerzen im Alltag deutlich einschränkten. Die behandelnde Orthopädin riet Herrn Maier somit zu einer Gelenkersatzoperation. Dabei erhielt Herr Maier eine teilzementierte Knie-TEP. Zurzeit hat Herr Maier 15 kg Teilbelastung. Das Bewegungsausmaß (BAM) zeigt Ext: 110°/Flex 30°. Herr Maier hat große Angst vor einem Belastungsschmerz beim Aufstehen. Dies führt dazu, dass Herr Maier bislang nicht aufgestanden und das BAM dementsprechend gering ist. Außerdem wurde bei Herrn Maier bei der letzten Blutdruckmessung durch eine Pflegefachperson ein zu niedriger Wert gemessen: 95/70. Herr Maier möchte unbedingt wieder selbstständig zur Toilette gehen können und sobald wie möglich entlassen werden. Für eine Entlassung ist es jedoch notwendig, dass zunächst die noch liegende Drainage im Kniegelenk gezogen wird (das Ziehen der Drainage ist für den Nachmittag geplant). Zudem muss Herr Maier drei Stufen auf einer Treppe mit Unterarmgehstützen sicher gegangen sein.
Methoden der Ergebnissicherung	Logbuch: Beschreibung und Reflexion einer Praxissituation zum Thema Mobilisation: (Wie) konnte interprofessionelle Expertise einfließen, welchen Einfluss hatten Inhalte der LLE auf diese Situation, wie fühle ich mich bei körpernahen Aktivitäten?
Mögliche Prüfungsleistung	Bewertung des Logbuches (Kriterien siehe III.1: Instrumente und Methoden zur Ergebnissicherung)
Literatur	ALBER, Paul: Physiotherapie auf der Intensivstation. Atemtherapie, Mobilisation und Lagerung. Dresden 2022 ASMUSSEN, Maren: Praxisbuch Kinaesthetics. 2. Auflage. München 2009 HÜTER-BECKER, Antje: Lehrbuch zum neuen Denkmodell der Physiotherapie. Band 1: Bewegungssystem – Das neue Denkmodell in der Physiotherapie. 3. Auflage. Stuttgart 2013 HÜTER-BECKER, Antje: Lehrbuch zum neuen Denkmodell der Physiotherapie. Band 2: Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle. Stuttgart 2018 SCHLESSELMANN, Elke: Bewegung und Mobilitätsförderung. Praxishandbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern 2019 STEIGELE, Waltraud: Bewegung, Mobilisation und Positionswechsel in der Pflege. Anleitungen für die tägliche Praxis. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg 2020 ZEGELIN, Angelika: „Festgenagelt sein“ – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Orifixierung. In: Pflege 18 (2005) 5, S. 281–288. DOI: https://doi.org/10.1024/1012-5302.18.5.281
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	▶ zwei Lehrpersonen mit Bachelor- oder Masterabschluss von in die Lehre eingebundenen Professionen ▶ ausreichende Größe des Unterrichtsraumes sowie entsprechend ausgestatteter dritter Lernort (Behandlungsbänke) ▶ Praktikumseinsatz erforderlich

Tabelle 8: Lehr-Lern-Einheit 3 – Im interprofessionellen Team kommunizieren

Lehr-Lern-Einheit 3	Im interprofessionellen Team kommunizieren „(...), dass die Professionen sich untereinander absprechen, untereinander wissen, was zu tun ist. Dass die Kommunikation klappt und zwar immer (...).“ (F4, Pos. 114–115)		
Curriculare Einordnung	Ausbildungsdrittel	Verortung im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 03
Umfang	Lernort Pflegeschule: 16 Std. Lernort Praxis: 4 Std. Dritter Lernort: 4 bis 8 Std. Selbststudium/SOL: - Gesamtstunden: 24 bis 28 Std.		
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Physiotherapie ▶ Lernende der Ergotherapie ▶ Lernende der Logopädie ▶ Lernende der Humanmedizin ▶ Lernende der Hebammenkunde/-wissenschaft ▶ Lernende der Sozialen Arbeit ▶ Lernende der Ausbildung zu Notfallsanitäterinnen und -sanitätern		
Handlungsanlässe	▶ interprofessionelle Teambesprechungen, Visiten, Übergaben ▶ Versorgungsentscheidung im interprofessionellen Team		
Intentionen und Relevanz	Eine grundlegende Voraussetzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit ist eine wertschätzende und effiziente Kommunikation. Die Auszubildenden und Studierenden kommunizieren in ihrer Ausbildung von Beginn an sowohl im interprofessionellen Team als auch mit den zu versorgenden Menschen und deren Angehörigen. Dabei können vielfältige Kommunikationsbarrieren auftreten. Die Auszubildenden und Studierenden lernen deshalb frühzeitig den Umgang mit Konfliktsituationen innerhalb einer Kommunikationssituation. Eine offene und respektvolle Kommunikation im interprofessionellen Team kann zudem zu einem besseren Verständnis der anderen Professionen führen und somit zu einer wertschätzenden Teamdynamik beitragen. Dabei ist es möglich, etablierte Hierarchien zu erkennen und abzubauen. Insbesondere für eine effektive Kommunikation im interprofessionellen Team ist es von Bedeutung, dass die Auszubildenden und Studierenden ihre professionsspezifischen Verantwortlichkeiten strukturiert (z. B. nach Priorität) und kompetent vertreten.		

Lehr-Lern-Einheit 3	Im interprofessionellen Team kommunizieren „(...), dass die Professionen sich untereinander absprechen, untereinander wissen, was zu tun ist. Dass die Kommunikation klappt und zwar immer (...)“ (F4, Pos. 114–115)
Kompetenzen	Die Lernenden können ▶ Charakteristika interprofessioneller Kommunikationssituationen erkennen, ▶ Strategien für eine erfolgreiche interprofessionelle Kommunikation beschreiben, ▶ ihre eigene Meinung und die professionsspezifischen Verantwortlichkeiten kompetent vertreten, ▶ Merkmale einer kommunikativen Konfliktsituation und/oder Kommunikationsbarrieren erkennen und darauf entsprechend eingehen, ▶ interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess gleichberechtigt bearbeiten und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt, ▶ Kommunikationstechnologie zur Förderung einer interprofessionellen Kollaboration verwenden, ▶ kommunikative Strategien für die interprofessionelle Zusammenarbeit beschreiben und diese in exemplarisch ausgewählten interprofessionellen Interaktionen unter Anleitung anwenden.
Inhalte	▶ Definition von Kommunikation und Kommunikationskanälen: verbal, nonverbal mit dem Fokus auf Interprofessionalität ▶ Merkmale interprofessioneller Kommunikation: unterschiedliche Perspektiven – sowohl fachlich als auch informell – zu Themen der Gesundheitsversorgung aufgrund von Vorkenntnissen und professionsspezifischer Sozialisation ▶ Gesprächsführung (z. B. strukturierte Patientenvorstellung) ▶ Kommunikationsbarrieren (gesundheits-, alters-, kulturbedingt, professionsspezifische Fachsprache) ▶ Auswirkungen fehlender Kommunikationsstrategien ▶ Vorstellen von Kommunikationstechnologien zur Vernetzung der Auszubildenden/ Studierenden untereinander (z. B. Onlineplattformen) ▶ Konfliktlösungsstrategien im Bereich der Kommunikation
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Pflegeschule: ▶ Frontalunterricht/Präsentation interprofessionelle Kommunikation, Kommunikationsmodelle (z. B. Vier-Ohren-Modell, Schulz von Thun), Kommunikationsbarrieren ▶ Beispielsituationen anhand von videografischem Material ▶ Kleingruppenarbeit (maximal drei Personen, Auftrag: eine interprofessionelle Kommunikationssituation aus der Praxis berichten und erläutern, wie Auszubildende/ Studierende sich in der jeweiligen Situation gefühlt haben) ▶ nach Rollenspiel im Plenum gemeinsam Strategien für erfolgreiche interprofessionelle Kommunikation erarbeiten, z. B. SBAR-Instrument (S=Situation, B=Background/Hintergrund, A=Assessment, R=Recommendation/Empfehlung), Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg Lernort Praxis: Lernauftrag: Beobachtung zu einer interprofessionellen Kommunikationssituation (Merkmale, was ist gelungen oder gescheitert), „Stille Post“ Dritter Lernort: Rollenspiel (Visite, Übergabe)

Lehr-Lern-Einheit 3	Im interprofessionellen Team kommunizieren „(...), dass die Professionen sich untereinander absprechen, untereinander wissen, was zu tun ist. Dass die Kommunikation klappt und zwar immer (...).“ (F4, Pos. 114–115)
Möglicher Fall	Martina Müller ist Pflegefachfrau und arbeitet auf der Station 2. Am heutigen Tag wird Frau Müller von der Auszubildenden Lea Babosa begleitet. Frau Babosa ist seit zwei Tagen auf dieser Station eingesetzt. Gemeinsam versorgen sie Frau Heithorn. Frau Heithorn ist vigilanzgemindert und leidet zudem unter einer respiratorischen Insuffizienz. Derzeit erhält sie eine maschinelle atemunterstützende Maßnahme. Während der morgendlichen Versorgung fällt Martina Müller auf, dass Frau Heithorn phasenweise eine schwankende Sauerstoffsättigung zeigt und dazu tendiert, ihre Atemhilfsmuskulatur intensiver zu nutzen. Sie äußert den Wunsch, diese Beobachtungen mit dem ärztlichen Kollegen zu besprechen. Wenig später verabreicht Martina Müller Frau Heithorn Medikamente über die Magensonde. Lea Babosa schaut ihr dabei zu. Nach der Applikation räumt Martina Müller die Materialien auf, als der Stationsarzt ins Zimmer kommt. Er schaut sich kurz um und sagt: „Oh, wir wollen eigentlich nur Visite machen. Wir stören. Das können wir auch eben draußen machen.“ Hinter ihm stehen zusätzlich der Oberarzt, eine Ärztin und zwei Medizinstudenten, die ihr PJ (Praktisches Jahr) absolvieren. Schnell gehen sie vor die halb geschlossene Tür. Martina Müller schaut irritiert und stellt sich anschließend in die Tür. Dabei blickt sie aus der letzten Reihe auf die Rücken der Ärztinnen und Ärzte, die sich um die Unterlagen von Frau Heithorn gruppiert haben. Der Stationsarzt nimmt kurz Blickkontakt zu Martina Müller auf. Diese reagiert mit den Worten: „Ich höre nur zu.“ Die Ärztinnen und Ärzte besprechen die aktuelle Situation von Frau Heithorn, notieren etwas in den Unterlagen und gehen anschließend zum nächsten Zimmer. Martina Müller geht danach wieder zurück ins Zimmer von Frau Heithorn. Dort sieht die Auszubildende sie fragend an. „War das die Visite? Wie geht es jetzt weiter mit Frau Heithorn?“ Martina Müller antwortet darauf: „Das weiß ich auch noch nicht. Da muss ich noch nachfragen.“
Methoden der Ergebnissicherung	schriftliche Reflexion des Beobachtungsauftrages einer interprofessionellen Kommunikationssituation am Lernort Praxis unter Einbezug der Merkmale einer wertschätzenden Kommunikation (eventuell Tandem-Reflexion der betroffenen Professionen)
Mögliche Prüfungsleistung	Bewertung der schriftlichen Reflexion anhand von Merkmalen interprofessioneller Kommunikation (Kriterien siehe III.1: Instrumente und Methoden zur Ergebnissicherung)
Literatur	DARMANN-FINCK, Ingrid: Interaktion im Pflegeunterricht – Begründungslinien der Interaktionistischen Pflegedidaktik. Frankfurt 2010 ELZER, Matthias (Hrsg.): Kommunikative Kompetenzen in der Physiotherapie. Lehrbuch der Theorie und Praxis verbaler und nonverbaler Interaktion. Bern 2009 HOOS-LEISTNER, Heike: Kommunikation im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg 2019 PILZ, Stefan; POIMANN, Horst; HERBIG, Nicola; HEUN, Stefan; HOLTEL, Markus; PIVERNETZ, Katrin; RODE, Susanne; STAPENHORST, Katrin; WEBER, Heidemarie: Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 2. SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation. Überarb. Aufl. 2020. URL: https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_02.2a_SBAR_16.08.20.pdf (Stand: 09.04.2025) ROGALL-ADAM, Renate (Hrsg.): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. 3. Auflage. Hannover 2018

Lehr-Lern-Einheit 3	Im interprofessionellen Team kommunizieren „(...), dass die Professionen sich untereinander absprechen, untereinander wissen, was zu tun ist. Dass die Kommunikation klappt und zwar immer (...).“ (F4, Pos. 114–115)
	SCHULZ VON THUN: Das Kommunikationsquadrat. URL: https://www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-kommunikationsquadrat (Stand: 09.04.2025) WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet H.; JACKSON, Don D.: Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien. 13. Auflage. Bern 2017 #Nichtselbstverständlich. Joko und Klaas zeigen 7-Stunden-Pflege-Schicht in Echtzeit. kma Online. URL: https://www.kma-online.de/aktuelles/pflege/detail/joko-und-klaas-zeigen-7-stunden-pflege-schicht-in-echtzeit-a-45295 (Stand: 07.02.2025)
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	▶ Qualifikation der Lehrenden: Bachelor- oder Masterabschluss Pflegepädagogik oder vergleichbares Niveau ▶ Anleitungspersonen mit entsprechender berufsspezifischer Qualifikation ▶ Kooperation mit Praxiseinrichtung ▶ Kooperationen mit Schulen und Hochschulen der Gesundheitsberufe

4.2 Lehr-Lern-Einheiten für das zweite Ausbildungsdrittel

Tabelle 9: Lehr-Lern-Einheit 4 – Diversität im interprofessionellen Team erkennen und reflektieren

Lehr-Lern-Einheit 4		Diversität im interprofessionellen Team erkennen und reflektieren	
		„Dann hat man ganz oft das Gefühl, dass zwar alle miteinander kommunizieren, aber eben auf unterschiedlichen Hierarchien. Und ich finde es ganz wichtig, wie es eben eigentlich schon ein bisschen angesprochen wurde, dass dort so ein kleiner Perspektivwechsel angeregt wird.“ (F5, Pos. 125–128)	
Curriculare Einordnung	2. Ausbildungsdrittel	Verortung im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 04
Umfang	Lernort Pflegeschule: 20 Std. Lernort Praxis: 4 Std. Dritter Lernort: - Selbststudium/SOL: - Gesamtstunden: 24 Std.		
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Physiotherapie ▶ Lernende der Ergotherapie ▶ Lernende der Logopädie ▶ Lernende der Ausbildung zu Notfallsanitäterinnen/Notfallsanitätern ▶ Lernende der Humanmedizin ▶ Lernende der Sozialen Arbeit		
Handlungsanlässe	▶ Interaktion in einem diversen, interprofessionellen Team in der Berufspraxis ▶ Interaktion in einem diversen, interprofessionellen Team in Lehr-Lern-Situationen ▶ Interaktion in einem diversen, interprofessionellen Team mit zu versorgenden Menschen mit unterschiedlichen Differenzmerkmalen		
Intentionen und Relevanz	In der Berufspraxis kann sowohl eine interprofessionelle Teamzusammensetzung als auch die Gruppe der zu versorgenden Menschen und deren Bezugspersonen divers sein. Sowohl in einer interprofessionellen Teamstruktur als auch im Umgang mit zu versorgenden Menschen kann es demnach aufgrund von unterschiedlichen Diversitätsdimensionen wie Alter, Behinderung, Ethnizität, Geschlecht, soziale Herkunft, Religion/Weltanschauung sowie sexuelle Orientierung zu Diskriminierungen kommen. Für die Auszubildenden ist es von Bedeutung, dies zu erkennen, für Diversität und Diskriminierungen in diesem Zusammenhang sensibilisiert zu sein und über hinreichende Handlungsoptionen zu verfügen. Ein sensibilisierter Umgang miteinander kann eine positive Teamdynamik in einem interprofessionellen Team fördern.		
Kompetenzen	Die Lernenden können ▶ grundlegendes Wissen über Diversität aufweisen, ▶ die kulturelle Vielfalt und individuellen Unterschiede der zu versorgenden Menschen und des Behandlungsteams schätzen, ▶ einen reflektierten und wertschätzenden Umgang mit Diversität im interprofessionellen Team leben, ▶ ihre eigene Haltung gegenüber Diversität reflektieren, ▶ ihre eigene Rolle gender- und diversitätsbewusst reflektieren,		

Lehr-Lern-Einheit 4	Diversität im interprofessionellen Team erkennen und reflektieren „Dann hat man ganz oft das Gefühl, dass zwar alle miteinander kommunizieren, aber eben auf unterschiedlichen Hierarchien. Und ich finde es ganz wichtig, wie es eben eigentlich schon ein bisschen angesprochen wurde, dass dort so ein kleiner Perspektivwechsel angeregt wird.“ (F5, Pos. 125–128)
	▶ Teamdynamiken wie z. B. bestehende Machtverhältnisse oder Konflikte erkennen, ▶ Fürsprecher/-innen für andere Personen sein, ▶ stereotype Handlungsmuster erkennen, sie reflektieren und analysieren deren Auswirkungen auf ein interprofessionelles Team sowie die Versorgungspraxis und können diesen durch gezielte Handlungsstrategien entgegenwirken, ▶ interprofessionelle Konflikte und Gewaltphänomene in der Versorgungspraxis wahrnehmen und verfügen über grundlegendes Wissen zu Ursachen, Deutungen und Handhabung.
Inhalte	▶ Vereinbarung über einen wertschätzenden Lehr-Lern-Raum/Safer space schaffen: sensible Kommunikation, begründete Content-Note (Triggerwarnung), Betroffene können sich zurückziehen, Lehrperson bietet sich als Ansprechperson an, Verweisliste auf „Ombudsstellen“, Einbezug von Schulsozialarbeit ▶ Dimensionen von Diversität (z. B.: Alter, Behinderung, Ethnizität, Geschlecht, soziale Herkunft, Religion/Weltanschauung, Kultur, sexuelle Orientierung) ▶ Wahrnehmen von Diskriminierung sowie stereotypen Handlungsmustern und anschließende Erarbeitung von alternativen Handlungsansätzen ▶ Reflexion der eigenen Privilegien (z. B. sozialer Status, Hautfarbe, Herkunft) ▶ Hierarchie (geprägt von Merkmalen z. B. Weiblichkeit, Führungsverantwortung) ▶ Machtverhältnisse bzw. Verantwortungen innerhalb eines Teams/Teamdynamik ▶ Verbündet -Sein, Fürsprecher/-in sein (Allyship) ▶ Gewaltfreie Kommunikation (aufbauend auf LLE 3 mit Hinblick auf Diversität in einem interprofessionellen Team)
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Pflegeschule: Thema 1: Dimensionen von Diversität/Vielfalt: ▶ Medien, Film, Podcast (betroffenen Personen zuhören) zum Thema Diversität/Diversity/Vielfalt ▶ Kleingruppenarbeit zu Begrifflichkeiten mittels Arbeitsauftrag: Identitätspuzzle – anschließend im Plenum diskutieren Thema 2: Privilegien/eigene Privilegien: Partizipative Methoden: Q&A, Privilegienblume (Power Flower), Privilege Walk Thema 3: Handlungsstrategien gegen Diskriminierung/Allyship: ▶ Vortrag/Präsentation ▶ Kleingruppenarbeit: „Erarbeiten Sie Handlungsstrategien gegen Diskriminierung im interprofessionellen Team.“ Thema 4: Hierarchien, Machtverhältnisse, Gewaltfreie Kommunikation in einem interprofessionellen Team: ▶ aufbauend auf LLE 3 ▶ Fallarbeit: gemeinsames Herausarbeiten von bestehenden Hierarchien, Machtverhältnissen und kommunikativer Gewalt

Lehr-Lern-Einheit 4	Diversität im interprofessionellen Team erkennen und reflektieren „Dann hat man ganz oft das Gefühl, dass zwar alle miteinander kommunizieren, aber eben auf unterschiedlichen Hierarchien. Und ich finde es ganz wichtig, wie es eben eigentlich schon ein bisschen angesprochen wurde, dass dort so ein kleiner Perspektivwechsel angeregt wird.“ (F5, Pos. 125–128)
	[Thema 5: Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz] ▶ Textarbeit und anschließende Diskussion im Plenum zur Auseinandersetzung mit dem Gesetzestext ▶ eventuell Bezug zu aktuellen Themen Lernort Praxis: Beobachtungsauftrag der Praxis: ▶ Bestehen Hierarchien und/oder Machtverhältnisse im Team und woran können Sie das identifizieren? ▶ Welche Diversitätsmerkmale können Sie in Ihrem Team und/oder bei zu versorgenden Menschen erkennen? ▶ Wie wird durch das Team auf Diversitätsmerkmale anderer Personen reagiert? ▶ Können Sie bei sich selbst automatische Stereotypisierungsmechanismen gegenüber anderen Personen erkennen und wie reagieren Sie darauf?
Mögliche Fälle	Vorgefertigte Fälle Anmerkung: keine Fälle auf Basis eigener Erfahrungen
Methoden der Ergebnissicherung	Fragebogen mit Items zu diversitätssensibler Lehre in der Lehrveranstaltungsevaluation am Ende der LLE z. B.: <i>„In der Lehrveranstaltung habe ich mich aufgrund meines Geschlechts/meines Vorwissens/meines kulturellen Hintergrundes/meines Alters/... benachteiligt gefühlt.“</i> Fragebogen unterstützt den persönlichen Prozess der Sensibilisierung für Diversität, Nachbesprechung nur auf Wunsch der Lernenden. Beschreiben von Diskriminierungshandlungen und deren Auswirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit anhand eines Falles
Mögliche Prüfungsleistungen	Lerntagebuch mit reflexiven, narrativen Inhalten zum Erleben der LLE und deren Auswirkungen auf das Erleben der Praxis; gegebenenfalls mit Beschreibung des eigenen Sensibilisierungsprozesses gegenüber den Themen der LLE und dessen Auswirkungen auf das eigene Handeln
Literatur	LINDE, Frank, AUFERKORTE-MICHAELIS, Nicole: Diversität im Lehr-Lern-Geschehen. In: LINDE, Frank, AUFERKORTE-MICHAELIS, Nicole (Hrsg.). Diversität lernen und lehren – ein Hochschulbuch. Opladen/ Berlin/ Toronto 2018, S. 17–30 Bildungsmaterialien der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Methode 3. Arbeitsblatt „Power Flower“ 1 und 2. URL: https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Bildungsmaterialien/heft4/methode_03.pdf (Stand: 07.02.2025) Charta der Vielfalt. URL: https://www.charta-der-vielfalt.de/ (Stand: 07.02.2025) Checkliste diversitätssensible Lehre, Universität Rostock. URL: https://www.uni-rostock.de/storages/uni-rostock/UniHome/Vielfalt/Vielfaltsmanagement/Checkliste_diversitaetsgerechteLehre.pdf (Stand: 07.02.2025)

Lehr-Lern-Einheit 4	Diversität im interprofessionellen Team erkennen und reflektieren „Dann hat man ganz oft das Gefühl, dass zwar alle miteinander kommunizieren, aber eben auf unterschiedlichen Hierarchien. Und ich finde es ganz wichtig, wie es eben eigentlich schon ein bisschen angesprochen wurde, dass dort so ein kleiner Perspektivwechsel angeregt wird.“ (F5, Pos. 125–128)
	Diversitätsbewusste Ansätze in Lehre und Studium. Ein Leitfaden für Hochschullehrende. Universität Bremen (aktualisiert, Juni 2017). URL: https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/sites/diversity/Diversity-Leitfaden_FB_12_2017_.pdf (Stand: 04.11.2025) Glossar rassismuskritische Sprache IDA e.V. URL: https://www.idaev.de/recherche-tools/glossar (Stand: 07.02.2025) i-Päd. Kompetenzstelle intersektionale Pädagogik. https://i-paed-berlin.de/ (Stand: 07.02.2025) PERKO, Gudrun; CZOLLEK, Leah Carola: Lehrbuch Gender, Queer und Diversity. Grundlagen, Methoden und Praxisfelder. 2. Auflage. Weinheim, Basel 2022 WALGENBACH, Katharina: Heterogenität – Intersektionalität – Diversity in der Erziehungswissenschaft. 2. Auflage. Opladen 2017
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise-	▶ Qualifikation der Lehrenden: Bachelor- oder Masterabschluss Pflegepädagogik, Gesundheitspädagogik oder gleichwertig ▶ Anleitungspersonen mit entsprechender berufsspezifischer Qualifikation ▶ Kooperation mit Praxiseinrichtung ▶ Kooperationen mit Ausbildungsinstitutionen und Hochschulen der entsprechenden Gesundheitsberufe ▶ begründete Content-Note aussprechen/Safer space schaffen (Checklisten diversitätssensibler Lehre) ▶ sofern möglich, Diversitätsbeauftragte/-n (Schulsozialarbeiter/-in) der Pflegeschule/Hochschule hinzuziehen und/oder vorstellen

Tabelle 10: Lehr-Lern-Einheit 5 – Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten

Lehr-Lern-Einheit 5 Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten „(...) dann gibt es ja immer Situationen, die Redebedarf benötigen, die man nicht nur von einer Gruppe lösen kann, und dann bedarf es eines Gesprächs über mehrere Professionalitäten hinaus.“ (F5, Pos. 66–73)			
Curriculare Einordnung	2. Ausbildungsdrittel	Verortung im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG	keine feste CE-Zuordnung
Umfang	Lernort Pflegeschule: 16 Std. Lernort Praxis: 6 Std. Dritter Lernort: 4 Std. Selbststudium/SOL: - Gesamtstunden: 26 Std.		
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Humanmedizin ▶ Lernende der Physiotherapie ▶ Lernende der Logopädie ▶ Lernende der Ergotherapie ▶ Lernende der Hebammenkunde/-wissenschaft ▶ Lernende der Ernährungsberatung/Diätassistenten ▶ ggf. Lernende der Sozialen Arbeit		
Handlungsanlässe	▶ interprofessionelle Gesundheitsberatung ▶ Visite ▶ Entlassungsmanagement		
Intentionen und Relevanz	In der Berufspraxis der Pflegefachpersonen kommt es häufig zur Beratung von zu versorgenden Menschen und deren Angehörigen in Bezug auf ihre individuellen Alltagskompetenzen und die Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit. Für einen ganzheitlichen Informationsaustausch ist eine interprofessionelle Beratung des zu versorgenden Menschen und seinen sozialen Bezugspersonen von besonderer Bedeutung. Eine individuelle, personenzentrierte Beratung mit dem Ziel, den zu versorgenden Menschen zu unterstützen, bedarf einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem interprofessionellen Team. Um zu versorgende Menschen selbstwirksam entlassen zu können, bedarf es zusätzlich einer situationsbezogenen Vorbereitung auf ein ambulantes Setting und/oder eine Langzeitpflege schon im Akutkrankenhaus. Dies geschieht durch eine interprofessionelle Beratung ebenfalls mit dem Fokus auf individuelle Bedürfnisse des zu versorgenden Menschen und seinen sozialen Bezugspersonen.		

Lehr-Lern-Einheit 5	Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten „(...) dann gibt es ja immer Situationen, die Redebedarf benötigen, die man nicht nur von einer Gruppe lösen kann, und dann bedarf es eines Gesprächs über mehrere Professionalitäten hinaus.“ (F5, Pos. 66–73)
Kompetenzen	Die Lernenden können ▶ Beratungsbedarfe erkennen und gestalten interprofessionelle Beratungssettings, ▶ eine wertschätzende Kommunikation in einem interprofessionellen Team umsetzen, ▶ die positiven Auswirkungen einer interprofessionellen, ganzheitlichen Beratung für die zu versorgenden Menschen erkennen und wertschätzen, ▶ in interprofessionellen Beratungssituationen sicher und kompetent ihre professionsspezifischen Handlungsempfehlungen gegenüber zu versorgenden Menschen und deren Angehörigen vertreten, ▶ im Prozess einer gemeinsamen Entscheidungsfindung in einem interprofessionellen Team ihre professionsspezifische Meinung strukturiert und kompetent vertreten, ▶ die Koordination der Entscheidungsfindung in einem interprofessionellen Team fördern und gestalten.
Inhalte	▶ professionsspezifische Differenzierung von Beratung, Edukation, Anleitung ▶ Rolle der verschiedenen Professionen in der Beratung ▶ Wiederholung zu den Themen „Wertschätzende Kommunikation in einem interprofessionellen Team“ und „Gesprächsführung in Bezug auf eine interprofessionelle Beratungssituation“ ▶ Einbezug von Bezugspersonen eines zu versorgenden Menschen durch eine interprofessionelle Beratung ▶ Shared Decision Making (SDM) ▶ professionsspezifische Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie Alltagskompetenzen ▶ Kontinuum von salutogenetischer und pathogenetischer Perspektive
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Pflegeschule: ▶ Mindmap oder Umfrage: „Was braucht es Ihrer Ansicht nach für eine gelungene interprofessionelle Kommunikation?“; anschließend durch Eingehen auf Antworten eine kurze Wiederholung zu den Themen interprofessionelle Kommunikation und Gesprächsführung ▶ Präsentation/Vortrag/Re-Fresher: Grundlagen einer interprofessionellen Beratung ▶ Kleingruppenarbeit zu den Themen: Gesundheit, Krankheit, Alltagskompetenzen ▶ Impulsvortrag zu SDM und Diskussion: „SDM nur ein Ansatz für die Medizin?“ ▶ Fälle Lernort Praxis: Durchführung einer Beratungssituation unter Supervision Dritter Lernort: Beratung als Simulationsbasierte Lehre (SBL) mit Beobachtungsauftrag, Simulationsperson

Lehr-Lern-Einheit 5	Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten „(...) dann gibt es ja immer Situationen, die Redebedarf benötigen, die man nicht nur von einer Gruppe lösen kann, und dann bedarf es eines Gesprächs über mehrere Professionalitäten hinaus.“ (F5, Pos. 66–73)
Mögliche Fälle	Fall 1 Frau Müller, 38 Jahre alt, ist Profisportlerin (Rudern). Aufgrund chronischer Entzündungen mit Verwachsungen im Dickdarm hat Frau Müller eine langwierige Leidensgeschichte. Infolgedessen wurde mittels Teilresektion der untere Dickdarm entfernt und ein Kolostoma angelegt. Frau Müller ist extrem unsicher im Umgang mit dem Kolostoma und fürchtet um ihre Karriere als Profisportlerin, weshalb sie vor der letzten Visite sehr aufgeregt ist. In dieser erfolgt eine Aufklärung mit dem Umgang des Kolostomas im Alltag (Reinigung, Hygiene, Rückkehr in den Profisport) und eine Medikationsbesprechung. Es gehen vier Ärztinnen und Ärzte (Oberärztin, leitender Stationsarzt, Assistenzarzt, Ärztin in Ausbildung), eine Physiotherapeutin und ein Pflegeauszubildender in das Patientinnenzimmer. Die Oberärztin ist heute spät dran und merkt nicht sofort, dass der Pflegeauszubildende noch in der Ausbildung ist, und drängt dazu, schnell anzufangen. Der Pflegeauszubildende wird gebeten, das Kolostoma zur Begutachtung freizulegen – „So schwer sei das ja nicht, das könne er schon“ –, während der Stationsarzt die Patientin vorstellt. Der Pflegeauszubildende beginnt unsicher das Kolostoma der Patientin freizulegen. Währenddessen betritt die zuständige Pflegefachfrau den Raum und beschwert sich direkt, dass der Pflegeauszubildende schon angefangen hat. Die Pflegefachfrau weiß um die Unsicherheiten von Frau Müller und würde diese gerne explizit ansprechen. Die Physiotherapeutin steht im Hintergrund. Die Oberärztin beginnt das Gespräch mit Frau Müller und fragt wie, sie sich fühlt. Frau Müller schildert ihre Angst und Unsicherheiten. Die Oberärztin unterbricht Frau Müller und versichert ihr, dass ein Kolostoma heutzutage nichts „Schlimmes“ mehr sei und sie sich keine Sorgen machen müsse. Auch den Sport könne sie wieder aufnehmen. Auf die gezielte Rückfrage von Frau Müller nach einem geplanten, physiotherapeutisch begleiteten Einstieg in den Profisport antwortet die Oberärztin, sie solle sich bei ihrem Hausarzt erkundigen, wo es Spezialistinnen oder Spezialisten für das „Turnen“ mit einem Kolostoma gäbe. Die Physiotherapeutin wird in dieses Gespräch nicht eingebunden und bleibt im Hintergrund stehen. Die Oberärztin gibt noch, für Frau Müller unverständlich, einen Hinweis zum Erhalt des zukünftigen „Verbandmaterials“ für das Kolostoma im häuslichen Bereich. Direkt darauf wendet sie sich den anderen Ärztinnen und Ärzten zu, um über die Medikation zu sprechen. Anschließend verabschiedet sich die Oberärztin von Frau Müller mit den Worten: „Alle weiteren Informationen erhalten Sie dann von der Schwester“ und verlässt gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten den Raum. Die Physiotherapeutin folgt. Der Pflegeauszubildende wird von der Pflegefachfrau angewiesen, Frau Müller beim Reinigen und Verbinden des Kolostomas zu unterstützen und dann weiter zur Visite zu gehen. Welche Schwierigkeiten erkennen Sie in diesem Fall? Wie hätte diese Situation besser laufen können? Fall 2 (Grundlage für ein Rollenspiel) Frau Markmann, 79 Jahre, lebt seit knapp einem Jahr in einer Einrichtung, die auf die Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen spezialisiert ist. Aktuell sehen die Pflegefachpersonen ein Problem darin, dass Frau Markmann stark sturzgefährdet ist. Sie zeige eine große Lauftendenz und sei insbesondere nachts schon mehrfach beim Aufstehen aus dem Bett gestürzt.

Lehr-Lern-Einheit 5	Zu versorgende Menschen und deren Bezugspersonen in einem interprofessionellen Team beraten „(...) dann gibt es ja immer Situationen, die Redebedarf benötigen, die man nicht nur von einer Gruppe lösen kann, und dann bedarf es eines Gesprächs über mehrere Professionalitäten hinaus.“ (F5, Pos. 66–73)
	Da die Krankheit bei Frau Markmann bereits sehr weit fortgeschritten ist, erscheint eine aktive Sturzprophylaxe kaum möglich, und es besteht die Gefahr von Verletzungen bei weiteren Stürzen. Das interprofessionelle Team der Einrichtung hat nun einen Termin mit den Bezugspersonen vereinbart, den beiden 61- und 52-jährigen Töchtern, die gemeinsam als gesetzliche Betreuerinnen ihrer Mutter bestellt sind. Es soll bei diesem Termin besprochen und entschieden werden, welche Maßnahmen zur Reduktion des Sturzrisikos sinnvoll eingesetzt werden können, um eine Gefährdung von Frau Markmann zu minimieren. Wie kann die Vorbesprechung im Team gestaltet werden? Welche Szenarien für den Ablauf des Beratungsgesprächs sind denkbar?
Methoden der Ergebnissicherung	Simulation – Beratungssituation im dritten Lernort Supervision – Beratungssituation im Lernort Praxis
Mögliche Prüfungsleistungen	Bewertung des konzipierten Simulationsszenarios (Kriterien siehe III.1: Instrumente und Methoden zur Ergebnissicherung)
Literatur	AL-ABTAH, Jallal u. a.: I Care Pflege. 2. Auflage. Stuttgart 2020 DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück 2022 FRÖSE, Sonja: Was Sie über Pflegeberatung wissen sollten: Grundlagen, Kompetenzen und professionelle Dokumentation. 4., aktualisierte Auflage. Hannover 2022 KOCH, Katja; KRAMPE, Danja: Handbuch Pflegeberatung: Beratung, Schulung und Anleitung strukturiert organisieren und durchführen. 3., aktualisierte Auflage. Regensburg 2023
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	▶ Qualifikation der Lehrenden: Bachelor- oder Masterabschluss Pflegepädagogik, Gesundheitspädagogik oder gleichwertig ▶ Anleitungspersonen mit entsprechender berufsspezifischer Qualifikation ▶ Kooperation mit Praxiseinrichtung ▶ Kooperationen mit Ausbildungsinstitutionen und Hochschulen der entsprechenden Gesundheitsberufe ▶ Die Auszubildenden haben bereits an einer Lehr-Lern-Einheit zum Thema „interprofessionelle Kommunikation“ teilgenommen oder bringen Vorwissen in diesem Bereich mit.

Tabelle 11: Lehr-Lern-Einheit 6 – Fehler im interprofessionellen Team konstruktiv behandeln

Lehr-Lern-Einheit 6	Fehler im interprofessionellen Team konstruktiv behandeln „(...) Fehlerkultur,[...], um klarzumachen, [...], ohne gute interprofessionelle Zusammenarbeit habt ihr eine höhere Wahrscheinlichkeit, nicht gut mit solchen Situationen umzugehen.“ (E10, Pos. 186–189)		
Curriculare Einordnung	2. Ausbildungsdrittel	Verortung im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 06
Umfang	Lernort Pflegeschule: 12 Std. Lernort Praxis: 4 Std. Dritter Lernort: 8 Std. Selbststudium/SOL: 4 Std. Gesamtstunden: 28 Std.		
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Humanmedizin ▶ Lernende anderer Gesundheitsberufe		
Handlungsanlässe	▶ Patientensicherheit ▶ Positionierung im interprofessionellen Team		
Intentionen und Relevanz	Fehler gehören zum Alltag und dennoch sind sie negativ assoziiert und werden als Makel gesehen. Im Gesundheitswesen können Fehler mannigfache Auswirkungen haben, bis hin zur Beeinträchtigung der Patientensicherheit. Daher ist ein konstruktiver Umgang mit Fehlern essenziell, in dem die Identifikation der Fehlerursache im Vordergrund steht und Strategien zur Fehlervermeidung/Fehlerreduktion fokussiert werden. Die meisten Fehler entstehen durch Human Factors (menschliche Faktoren). Daher ist es für alle im Gesundheitswesen tätigen Professionen von Bedeutung, sich dem Risiko der menschlichen Fehlbarkeit bewusst zu sein, Fehler ohne persönliche Schuldzuweisungen zu thematisieren und Strategien zur Fehlerreduktion zu initiieren.		
Kompetenzen	Die Lernenden können ▶ Auswirkungen von Fehlern auf der persönlichen Ebene und im Kontext der Patientensicherheit erfassen, ▶ interprofessionelle Zusammenarbeit als wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit erkennen, ▶ die verschiedenen Verantwortungsbereiche im interprofessionellen Team sowie das gemeinsame Ziel der Patientensicherheit analysieren, ▶ gemeinsam berufliche Situationen auf Fehlerquellen analysieren, ▶ interprofessionelle Konflikte im Kontext von Fehlern und deren Entstehung analysieren und reflektieren die verschiedenen Sichtweisen der involvierten Professionen, ▶ Leitsätze gemäß des CRM (Crisis Resource Management) im interprofessionellen Team anwenden, ▶ im interprofessionellen Team effektiv miteinander kommunizieren, um Fehler zu vermeiden, ▶ gemeinsame Entscheidungen im Umgang mit (potenziellen) Fehlern entwickeln und verantwortungsvoll umsetzen,		

Lehr-Lern-Einheit 6	Fehler im interprofessionellen Team konstruktiv behandeln „(...) Fehlerkultur,[...] um klarzumachen, [...], ohne gute interprofessionelle Zusammenarbeit habt ihr eine höhere Wahrscheinlichkeit, nicht gut mit solchen Situationen umzugehen.“ (E10, Pos. 186–189)
	▶ Fehlersituationen im interprofessionellen Team konstruktiv erörtern und ziehen daraus Konsequenzen für die zukünftige gemeinsame Arbeit, ▶ gemeinsam präventive Maßnahmen zur Fehlerreduktion erarbeiten, ▶ das Bewusstsein für Unterschiede in der Fachsprache vertiefen.
Inhalte	▶ Fehlertheorien (exemplarisch: z. B. Reason) ▶ Fehlerquellen ▶ Bedeutung der Patientensicherheit und Auswirkungen von Fehlern ▶ Auswirkungen von Fehlern auf persönlicher Ebene ▶ Second-Victim-Phänomen ▶ CRM-Leitsätze ▶ typische Themen im Kontext von Fehlern, z. B. Medikationssicherheit
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Pflegeschule: Teil 1 ▶ Selbststudium/SOL: Grundlagen der Kommunikation (z. B. nach Schulz von Thun, Riemann-Thomann-Modell) Teil 2: ▶ Kurzvortrag Fehlertheorie(n), Patientensicherheit, Human Factors, ggf. Querverweis auf Fehlermeldesysteme (CIRS) ▶ anonyme Befragung (z. B. per Umfrage/Mentimeter o. Ä.) zum persönlichen Empfinden bei einem Fehlergeschehen ▶ Medien: Film Just a routine operation (optional) ▶ Think-Pair-Share: ▶ Reflexion erlebter Fehler in Einzelarbeit (auch berufsunabhängig); Schwerpunkte: persönliches Empfinden, eigener Umgang mit dem Fehler, ggf. Reaktionen anderer Personen/Professionen, eigene Konsequenzen ▶ Austausch in Partnerarbeit (nach Möglichkeit: interprofessionell) ▶ gegenseitige Schilderung; Sichtweise des Partners ▶ Kleingruppe (interprofessionell): Kurzdarstellung der erlebten Fehlersituationen; gemeinsame Analyse der Situationen, gemeinsame Erarbeitung präventiver Maßnahmen zur Fehlerreduktion ▶ Ergebnispräsentation per Plakat/Poster ▶ Gallery Walk zur Präsentation der Ergebnisse (Plakat/Poster) Teil 3 (nach Beobachtungsauftrag am Lernort Praxis): ▶ Ergebnisse aus Beobachtungsauftrag (1 oder 2) reflektieren ▶ präventive Maßnahmen für identifizierte Fehlerquellen erarbeiten (z. B. Lotusblüten-Methode, Walt-Disney-Methode) ▶ Fehlersituationen thematisieren/ansprechen (Übung, auch als SBL möglich)

Lehr-Lern-Einheit 6	Fehler im interprofessionellen Team konstruktiv behandeln „(...) Fehlerkultur,[...], um klarzumachen, [...], ohne gute interprofessionelle Zusammenarbeit habt ihr eine höhere Wahrscheinlichkeit, nicht gut mit solchen Situationen umzugehen.“ (E10, Pos. 186–189)
	Lernort Praxis: ▶ Lern- und Arbeitsauftrag 1: Beobachtung: Fehlerquellen in der Berufspraxis identifizieren ▶ Lern- und Arbeitsauftrag 2: Beobachtung: Fehlersituationen beschreiben (Wie sind die beteiligten Personen damit umgegangen?) Dritter Lernort: Simulation Medikationssicherheit (siehe III.4: Simulationsszenario zum Thema Medikationsfehler)
Mögliche Fälle	Fälle der Lernenden bzw. Fälle aus Beobachtungsaufträgen Simulation (siehe III.4: Simulationsszenario zum Thema Medikationsfehler)
Methoden der Ergebnissicherung	▶ Plakat mit Gallery Walk (Ergebnisse Think-Pair-Share) ▶ formative Bewertung der SBL
Mögliche Prüfungsleistungen	▶ Bewertung der Poster aus dem Gallery Walk, ggf. mit mündlicher Note im Rahmen einer Posterpräsentation; Bewertungskriterien: interprofessionelle Kompetenzen, erweiterbar durch z. B. Vortragsleistung ▶ Bewertung des Beobachtungsauftrags ▶ Bewertung des Simulationsszenarios; Bewertungskriterien: Schwerpunkt Interprofessionelle Kommunikation
Literatur	BORGWART, Judith; KOLPATZIK, Kai (Hrsg.): Aus Fehlern lernen – Fehlermanagement in Gesundheitsberufen. Berlin, Heidelberg 2010 PFEILSCHIFTER, Waltraud; RALL, Marcus: Optimierung der Teamarbeit auf der Stroke Unit durch Crew Resource Management und Simulations-Teamtraining zur Verbesserung der Patientensicherheit und Mitarbeiterzufriedenheit. In: CASSIER-WOJDASKY, Anne-Kathrin; PFEILSCHIFTER, Waltraud; GLAHN, Joerg (Hrsg.): Pflege von Patienten mit Schlaganfall. 3. Auflage. Stuttgart 2022, S. 298–314 RALL, Marcus: Sicherheit trotz Fehlern: Crew Resource Management (CRM) für Medizinische Einsatzteams (MET). In: KOCH, Thea; HELLER, Axel R.; SCHEWE, Jens-Christian (Hrsg.): Medizinische Einsatzteams. Prävention und optimierte Versorgung innerklinischer Notfälle, Scoringsysteme, Fallbeispiele. Berlin, Heidelberg 2019, S. 75–86 REASON, James: Human error: models and management. In: BMJ 320 (2000), S. 768–770. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768 ST. PIERRE, Michael; HOFINGER, Gesine: Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 4. Auflage. Berlin 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-60485-4 THOMAS, Vivienne: Fehlermeldeverhalten in der Pflege. Rekonstruktion und Typisierung handlungsleitender Orientierungen von Pflegefachkräften. Wiesbaden 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-33675-2

Lehr-Lern-Einheit 6	Fehler im interprofessionellen Team konstruktiv behandeln „(...) Fehlerkultur,[...], um klarzumachen, [...], ohne gute interprofessionelle Zusammenarbeit habt ihr eine höhere Wahrscheinlichkeit, nicht gut mit solchen Situationen umzugehen.“ (E10, Pos. 186–189)
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	▶ Qualifikation der Lehrenden: Bachelor- oder Masterabschluss Pflegepädagogik oder gleichwertig ▶ Anleitungspersonen mit entsprechender berufsspezifischer Qualifikation ▶ Kooperation mit Praxiseinrichtung ▶ verbindliche Kooperationen der verschiedenen Ausbildungsinstitutionen und Hochschulen ▶ Theorie ggf. anteilig virtuell möglich ▶ Simulation: mindestens zwei Lehrpersonen, wovon mindestens eine Person Master Pflegepädagogik, ggf. Techniker/-in ▶ für die Simulation ggf. Räumlichkeiten in einer Klinik nutzen ▶ Lehrpersonen verfügen über Fortbildung in simulationsbasierter Lehre ▶ Zusammensetzung der Kleingruppen: unterschiedliche berufspraktische Erfahrungen und Wissensgrundlagen beachten

4.3 Lehr-Lern-Einheiten für das dritte Ausbildungsdrittel

Tabelle 12: Lehr-Lern-Einheit 7 – Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden

Lehr-Lern-Einheit 7 Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden „(...) zu bestmöglichen Lösungen zu kommen, und das sind in der Regel individuelle Lösungen, die eben für Patienten und ihre Angehörigen sinnvoll sein sollen.“ (E23, Pos. 20–22)			
Curriculare Einordnung	3. Ausbildungsdrittel	Verortung im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 05, 06, 08, 10 oder 11
Umfang	Lernort Pflegeschule: 16 Std. Lernort Praxis: 4 Std. Dritter Lernort: - Selbststudium/SOL: 4 Std. Gesamtstunden: 24 Std.		
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Humanmedizin ▶ Lernende anderer Gesundheitsberufe		
Handlungsanlässe	▶ Entscheidungsfindung im interprofessionellen Team in ethisch problematischen Situationen der zu versorgenden Menschen ▶ Nachbesprechung ethisch problematischer Situationen im interprofessionellen Team		
Intentionen und Relevanz	Nicht immer ist es leicht, eine gute Entscheidung für ein schwieriges Problem in der therapeutischen und pflegerischen Versorgung zu treffen. In echten Dilemmasituationen gibt es keine eindeutig richtigen oder falschen Lösungen. Für Auszubildende und Studierende in den Gesundheitsprofessionen ist es wichtig, sich mit den eigenen moralischen Urteilen auseinanderzusetzen und Wege zur systematischen Bearbeitung ethischer Probleme, Konflikte und Dilemmata kennenzulernen und zu erfahren. Die Fallbesprechung im interprofessionellen Team – im Idealfall mit den Betroffenen – hat das Ziel, möglichst alle Perspektiven einzubeziehen und Entscheidungen zu treffen, die alle mittragen können. Bei ethischen Konflikten spielen aber oft auch Interessen oder Sachzwänge eine Rolle, die nicht von ethischen Prinzipien geprägt sind (z.B. durch knappe Ressourcen). Solche Konflikte können moralischen Stress auslösen, ein Phänomen, das auch und gerade im interprofessionellen Team zu thematisieren und zu bearbeiten ist.		
Kompetenzen	Die Lernenden können ▶ die pflegfachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation einbringen, ▶ in für die interprofessionelle personenzentrierte Versorgung spezifischen ethischen Dilemmasituationen in angemessener Weise mit anderen Gesundheitsberufen kommunizieren und den zu versorgenden Menschen dabei in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen, ▶ in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung beitragen, ▶ Fallbesprechungsstrukturen mit unterstützender Moderation anwenden,		

Lehr-Lern-Einheit 7	Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden „(...) zu bestmöglichen Lösungen zu kommen, und das sind in der Regel individuelle Lösungen, die eben für Patienten und ihre Angehörigen sinnvoll sein sollen.“ (E23, Pos. 20–22)
	▶ in ethisch problematischen Situationen fachliche Beratung im interprofessionellen Team und ggf. Unterstützung durch interne oder externe Beratungsgremien initiieren, ▶ vor dem Hintergrund einer interprofessionellen und personenzentrierten Versorgung und unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis entwickeln.
Inhalte	▶ ethische Prinzipien in der Pflege/in der Medizin ▶ Modelle ethischer Entscheidungsfindung ▶ Strukturierung, Planung und Durchführung ethischer Fallbesprechungen ▶ Aufgaben und Arbeitsweise klinischer Ethikkomitees und mobiler Ethikberatung ▶ Patientenverfügung und Advance Care Planning (ACP) ▶ moralischer Stress (moral distress) ▶ Vorbereitung der Lernaufgaben für den Lernort Praxis
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Pflegeschule: ▶ Meinungslinie zu einem in den Medien diskutierten ethisch problematischen Fall (z. B. der Fall Archie Battersbee, siehe Fall 2) ▶ Vortrag und Erarbeitung zu den Modellen und Methoden der ethischen Fallbesprechung ▶ Rollenspiele „Ethische Fallbesprechung“ zu Fällen Lernort Praxis: ▶ Recherche zu den Möglichkeiten ethischer Beratung in der eigenen Institution ▶ nach Möglichkeit Teilnahme an Hospitation bei einer realen ethischen Fallbesprechung Selbststudium/SOL: schriftliche Reflexion der Lernaufgaben
Mögliche Fälle	Fall 1: Herr Böttcher, ein 75-jähriger Rentner, wird mit einem Lungenkarzinom im Endstadium bei rapid schlechter werdendem pulmonalem Zustand von der allgemeinen Station auf eine IMC-Station verlegt. Das Karzinom ist bereits seit Jahren bekannt. Herr Böttcher ist in Begleitung seiner Ehefrau, die seine Betreuung innehat. Die Verlegung ist auf ihr Drängen hin erfolgt. Sie verlangt, es solle bei ihm „alles gemacht“ werden. Er selbst wirkt sehr geschwächt, desorientiert und ist kaum ansprechbar. Nach Aussage der Pflegefachpersonen, die in bisher betreut haben, äußerte er bereits des Öfteren, dass er nicht mehr könne und „gehen“ möchte. Fall 2: Der Fall Archie Battersbee: Im Juli 2022 starb der zwölfjährige Archie Battersbee auf einer Intensivstation des Royal London Hospital, nachdem die Ärztinnen und Ärzte die Therapie einstellten – gegen den Willen der Eltern. Der Fall wurde in den Medien kontrovers und zum Teil sehr emotional diskutiert (u. a. FOCUS, 03.08.2022; Der Spiegel, 04.08.2022; Stern, 06.08.2022; Bild, 14.08.2022; Euro News, 08.02.23). Hier stoßen unterschiedliche Ansichten aufeinander. Wie kann man sich eine eigene Meinung dazu bilden?

Lehr-Lern-Einheit 7	Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden „(...) zu bestmöglichen Lösungen zu kommen, und das sind in der Regel individuelle Lösungen, die eben für Patienten und ihre Angehörigen sinnvoll sein sollen.“ (E23, Pos. 20–22)
	▶ Weitere Fälle (siehe III.2: Literaturempfehlungen zu Methoden interprofessioneller Lehre) ▶ von den Lernenden selbst eingebrachte Fälle
Methoden der Ergebnissicherung	Ethische Fallreflexion ▶ Beschreibung und Reflexion eines selbst erlebten ethisch problematischen Falles ▶ schriftliche Reflexionen einer realen ethischen Fallbesprechung im Rahmen der Hospitation
Mögliche Prüfungsleistungen	Bewertung der Reflexion eines Falles oder einer ethischen Fallbesprechung (Kriterien siehe III.1: Instrumente und Methoden zur Ergebnissicherung)
Literatur	ALT-EPPING, Bernd; BAUSEWEIN, Claudia; VOLTZ, Raymond; SIMON, Steffen T.; PRALONG, Anne; SIMON, Alfred: Therapiezielfindung und Kriterien der Entscheidungsfindung. In: Onkologie up2date 3 (2021) 1, S. 19–32. DOI: https://doi.org/10.1055/a-1302-9424 GROSSKLAUS-SEIDEL, Marion: Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren und begründen können. Stuttgart 2002 SCHEEL, Katharina: Warum Menschenbilder wichtig sind. Menschenbild und ethisches Handeln. In: physiopraxis 7 (2009) 11/12, S. 14–16. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0032-1308256 STEINKAMP, Norbert; GORDIJN, Bert: Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. 3. Auflage. Neuwied, Köln 2010 Ärzte stellen lebenserhaltende Maßnahmen bei Archie ein. In: Der Spiegel, 06.08.2022. URL: https://www.spiegel.de/panorama/archie-battersbee-maschinen-bei-zwoelfjaehrigem-komapatienten-abgeschaltet-a-8a802213-1ef9-457b-a5f0-6b2ef99aa535 (Stand: 07.02.2025) Fälle: BODENDIECK, Erik; von KNOBLAUCH ZU HATZBACH, Gottfried; LIPP, Volker; NAUCK, Friedemann; SIMON, Alfred; WEDDING, Ulrich; WENKER, Martina: Ethische Fallbesprechung: PEG-Anlage bei einer Patientin mit Demenz. In: Deutsches Ärzteblatt 117 (2020) 22–23, A-1153–1154. URL: https://www.aerzteblatt.de/archiv/ethische-fallbesprechung-peg-anlage-bei-einer-patientin-mit-demenz-b82c9664-90a1-49cb-bdc5-0a8fc0aff750 (Stand: 07.02.2025) BODENDIECK, Erik; von KNOBLAUCH ZU HATZBACH, Gottfried; LIPP, Volker; NAUCK, Friedemann; SIMON, Alfred; WEDDING, Ulrich; WENKER, Martina: Ethische Fallbesprechung: Maßnahmenverzicht trotz vorliegender Patientenverfügung. In: Deutsches Ärzteblatt 117(2020) 20, A-1050–1052. URL: https://www.aerzteblatt.de/archiv/214037/Ethische-Fallbesprechung-Massnahmenverzicht-trotz-vorliegender-Patientenverfuegung (Stand: 07.02.2025) BODENDIECK, Erik; von KNOBLAUCH ZU HATZBACH, Gottfried; LIPP, Volker; NAUCK, Friedemann; SIMON, Alfred; WEDDING, Ulrich; WENKER, Martina: Ethische Fallbesprechung: 21-jähriger Patient mit schwerer hirnorganischer Störung. In: Deutsches Ärzteblatt 117(2020) 31–32, A-1490. URL: https://www.aerzteblatt.de/archiv/214831/Ethische-Fallbesprechung-21-jaehriger-Patient-mit-schwerer-hirnorganischer-Stoerung (Stand: 07.02.2025)

Lehr-Lern-Einheit 7	Ethische Entscheidungen im interprofessionellen Team finden „(...) zu bestmöglichen Lösungen zu kommen, und das sind in der Regel individuelle Lösungen, die eben für Patienten und ihre Angehörigen sinnvoll sein sollen.“ (E23, Pos. 20–22)
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	▶ Qualifikation der Lehrenden: Bachelor- oder Masterabschluss Pflegepädagogik oder gleichwertig, Lehrende der Medizinethik ▶ Anleitungspersonen mit entsprechender berufsspezifischer Qualifikation ▶ Kooperation mit Praxiseinrichtung ▶ verbindliche Kooperationen der verschiedenen Ausbildungsinstitutionen sowie mit Einrichtungen der Ethikberatung

Tabelle 13: Lehr-Lern-Einheit 8 – Gesellschaftliche und berufspolitische Themen interprofessionell bearbeiten

Lehr- Lern-Einheit 8 Gesellschaftliche und berufspolitische Themen interprofessionell bearbeiten „(...) was auch für alle Studierenden die gleiche Bedeutung haben kann/Sagen wir mal das Gesundheitssystem, Strukturen der Gesundheitssysteme (...)“ (F5, Pos. 1100–1102)			
Curriculare Einordnung	3. Ausbildungsdrittel	Verortung im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG	keine feste CE-Zuordnung
Umfang	Lernort Pflegeschule: 32 Std. Lernort Praxis: 4 Std. Dritter Lernort: - Selbststudium/SOL: 4 Std. Gesamtstunden: 40 Std.		
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende anderer Gesundheitsberufe		
Handlungsanlässe	Gemeinsame Verantwortungsübernahme im gesellschaftlichen und berufspolitischen Kontext		
Intentionen und Relevanz	Gemeinhin betreffen gesundheits- und berufspolitische Themen alle Professionen der Gesundheits- und Pflegeberufe. Sie sind darüber hinaus von gesellschaftlicher Relevanz. Die Themen sind mannigfaltig und die Medienpräsenz richtet sich nach der Aktualität der jeweiligen Thematik. Für interprofessionelle Gruppen bieten sich diskursive Themen an, beispielsweise: Global Health, Nachhaltigkeit, Fachkräftemangel, Akademisierung der Gesundheitsberufe, Gesetzgebung und Prozesse der Gesetzgebung im Gesundheitsbereich, berufspolitischer Organisationsgrad, Standespolitik, Klimawandel, Planetary Health, Mitwirkung von Gesundheitsberufen an menschenunwürdigen Handlungen. Anzumerken ist, dass diese Auswahl nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Die Themen obliegen neben der Aktualität auch den Interessen der Lernenden. Für Professionen, die im Gesundheitswesen tätig sind, besteht eine Mitverantwortung, auch gegenüber der Gesellschaft, sich in gesundheits- und berufspolitische Themen einzubringen. Dafür ist es zunächst erforderlich, sich aktiv über relevante Themen zu informieren.		
Kompetenzen	Die Lernenden können ▶ Zusammenhänge zwischen politischen Entscheidungen und Gesundheitssystemen erkennen und analysieren, ▶ Verantwortung der Gesellschaft gegenüber wahrnehmen, ▶ Handlungsspielräume im politischen Kontext identifizieren, ▶ erkennen, dass mit gemeinsamem Engagement ein höherer Impact erreicht werden kann, ▶ Verantwortung übernehmen, um das eigene Wissen für die Gesellschaft einzusetzen, ▶ 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 sie dem Finden einer gemeinsamen Lösung dient,		

Lehr- Lern-Einheit 8	Gesellschaftliche und berufspolitische Themen interprofessionell bearbeiten „(...) was auch für alle Studierenden die gleiche Bedeutung haben kann/Sagen wir mal das Gesundheitssystem, Strukturen der Gesundheitssysteme (...)“ (F5, Pos. 1100–1102)
	▶ ihre Fähigkeiten und die anderer Gesundheitsberufe zum Wohle der Patientensicherheit reflektieren, ▶ gemeinsam mit anderen Professionen ein Projektergebnis erarbeiten, ▶ Ergebnisse gemeinsam darstellen und diese gemeinsam als interprofessionelles Team präsentieren, ▶ den eigenen Beitrag zur Teamarbeit reflektieren und dessen Auswirkungen wahrnehmen, ▶ ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge der Gesundheitsberufe und deren Funktion im Kontext der Gesundheitsversorgung aufweisen.
Inhalte	aktuelle gesundheits- und berufspolitische Themen
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Pflegeschule: ▶ Vorstellen, Diskutieren und Auswählen einzelner Themen, die aus der Recherche hervorgehen ▶ gemeinsame Themenfindung innerhalb einer interprofessionellen Kleingruppe ▶ interprofessionelle Bearbeitung der gewählten Thematik mit dem Ziel der Ideenfindung mittels einer Methode mit Projektcharakter (z. B. Zukunftswerkstatt) Lernort Praxis: ▶ Lern- und Arbeitsauftrag: Vorstellen und diskutieren der Ergebnisse aus der Zukunftswerkstatt in der Berufspraxis ▶ Reflexion der Diskussionsergebnisse Selbststudium/SOL: ▶ Rechercheauftrag: aktuelle gesundheits- und berufspolitische Themen, z. B. Sichtung von Stellungnahmen zu aktuellen Gesetzentwürfen des Bundesministeriums für Gesundheit, Protokolle relevanter Bundestagsdebatten, Bundesratssitzungen oder von Debatten des Gemeinsamen Bundesausschusses ▶ Rechercheergebnisse sind zum Unterricht am Lernort Pflegeschule mitzubringen. Dritter Lernort: ▶ Fakultativ kann die LLE anteilig oder vollständig im Rahmen einer Exkursion geplant werden. Dies kann beispielsweise eine Exkursion zu einer historischen Gedenkstätte oder einem Ort der Politik (z. B. Bundestag) sein.
Möglicher Fall	-
Methoden der Ergebnissicherung	▶ Ergebnispräsentation (z. B. als Posterpräsentation oder Vortrag) ▶ Zukunftswerkstatt
Mögliche Prüfungsleistungen	▶ Reflexionsbericht (mit Leitfragen) der Exkursion oder des Projekts ▶ Portfolio zur Projektarbeit (Fokus: Interprofessionelle Zusammenarbeit und deren Entwicklung im Verlauf des Projekts)

Lehr- Lern-Einheit 8	Gesellschaftliche und berufspolitische Themen interprofessionell bearbeiten „(...) was auch für alle Studierenden die gleiche Bedeutung haben kann/Sagen wir mal das Gesundheitssystem, Strukturen der Gesundheitssysteme (...)“ (F5, Pos. 1100–1102)
Literatur	BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen.html (Stand: 07.02.2025) BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG. URL: https://www.bpb.de/ (Stand: 07.02.2025) KLAUBER, Jürgen; WASEM, Jürgen; BEIVERS, Andreas; MOSTERT, Carina (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt Personal. Berlin 2023 DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-66881-8
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	▶ Qualifikation der Lehrenden: Bachelor- oder Masterabschluss Pflegepädagogik oder gleichwertig ▶ Anleitungspersonen mit entsprechender berufsspezifischer Qualifikation ▶ Kooperation mit Praxiseinrichtung ▶ verbindliche Kooperationen der verschiedenen Ausbildungsinstitutionen und Hochschulen ▶ Theorie ggf. anteilig virtuell möglich

Tabelle 14: Lehr-Lern-Einheit 9 – Professionsspezifische Evidenz zusammenführen

Lehr- Lern-Einheit 9	Professionsspezifische Evidenz zusammenführen <i>„(...) es gibt ja eine unterschiedliche wissenschaftliche Logik. Also wirklich dieses so rein naturwissenschaftlich Medizinische, da kommt man in eine andere Sichtweise und das führt zu Konflikten (...).“ (E10, Pos. 377–380)</i>		
Curriculare Einordnung	3. Ausbildungsdrittel	Verortung im Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 05, 07, 10
Umfang	Lernort Pflegeschule: 24 Std. Lernort Praxis: 4 Std. Dritter Lernort: - Selbststudium/SOL: 4 Std. Gesamtstunden: 32 Std.		
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Humanmedizin ▶ Lernende anderer Gesundheitsberufe		
Handlungsanlässe	▶ Fragestellungen aus der Berufspraxis ▶ historische Themen		
Intentionen und Relevanz	Pflegefachpersonen sollen ihr pflegerisches Handeln nach evidenzbasierten Konzepten, Theorien und wissenschaftlicher Literatur ausrichten. Dabei sind die Bezugswissenschaften zu beachten, die für das Pflegehandeln relevant sind. Da Situationen der zu versorgenden Menschen oftmals komplex sind, bedarf es einer Zusammenführung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Fachliteratur aus verschiedenen Professionen sowie der individuellen Perspektive der zu versorgenden Menschen. Um Entscheidungen im interprofessionellen Team zu treffen, bedarf es eines gemeinsamen Verständnisses für Evidenz.		
Kompetenzen	Die Lernenden können ▶ die Versorgungspraxis analysieren und interprofessionell relevante Themen identifizieren, ▶ evidenzbasierte Leitlinien, Expertenstandards und Fachartikel recherchieren, ▶ pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse (u. a. Leitlinien und Expertenstandards), bezogen auf die Zusammenarbeit von Berufsgruppen bei der Versorgung von Menschen aller Altersstufen, erschließen und hinsichtlich zentraler Gütekriterien bewerten, ▶ gemeinsam wissenschaftliche Fragestellungen entwickeln, ▶ wissenschaftliche Literatur (u. a. Leitlinien und Expertenstandards) diskutieren, mit dem Ziel, zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung unter Einbeziehung der Evidenz zu gelangen, ▶ in der Kommunikation mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Berufsgruppen eigene Standpunkte begründet und strukturiert vertreten, ▶ wissenschaftliche Erkenntnisse präsentieren, ▶ an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mitwirken, sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards einsetzen und so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte leisten.		

Lehr- Lern-Einheit 9	Professionsspezifische Evidenz zusammenführen „(...) es gibt ja eine unterschiedliche wissenschaftliche Logik. Also wirklich dieses so rein naturwissenschaftlich Medizinische, da kommt man in eine andere Sichtweise und das führt zu Konflikten (...).“ (E10, Pos. 377–380)
Inhalte	▶ Literaturrecherche in Datenbanken und Suchmaschinen für wissenschaftliche Literatur ▶ Gütekriterien wissenschaftlicher Literatur ▶ gemeinsame Formulierung wissenschaftlicher Fragestellungen ▶ Ergebnispräsentation
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Teil 1: Selbststudium/SOL (Skript): ▶ Relevanz wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Berufspraxis ▶ Grundlagen Literaturrecherche (Datenbanken, Population-Intervention-Kontrolle/Control-Outcome (PICO)-Schema) Lernort Pflegeschule: Teil 2: ▶ Reflexion zu: ▷ Literaturrecherche ▷ Datenbanken/wissenschaftlicher Literatur ▷ Formulierung von Fragestellungen (PICO-Schema) ▶ interprofessioneller Erfahrungsaustausch zu den Grundlagentexten ▶ Auswahl eines Krankheitsbilds/Themas <i>Monoprofessionelle Gruppen:</i> ▶ professionsbezogene Fragestellung formulieren ▶ erste Literaturrecherche <i>Interprofessionelle Gruppen:</i> ▶ Austausch und Vergleich der monoprofessionell formulierten Fragestellungen Teil 3: Theorie zu den Themen: ▶ Forschungsprozess ▶ Forschungsdesigns ▶ Qualitätskriterien wissenschaftlicher Arbeiten <i>Interprofessionelle Gruppen:</i> ▶ gemeinsame Formulierung einer Fragestellung mit anschließender Literaturrecherche ▶ Bewertung und Diskussion von Literatur/Studien Teil 4: ▶ Reflexion der interprofessionellen Ergebnisse ▶ theoretischer Teil: Erstellung von Lernpostern ▶ gemeinsame Gestaltung der Lernposter ▶ Ergebnispräsentation per Gallery Walk ▶ abschließendes Blitzlicht: Erkenntnisse der Veranstaltung

Lehr- Lern-Einheit 9	Professionsspezifische Evidenz zusammenführen „(...) es gibt ja eine unterschiedliche wissenschaftliche Logik. Also wirklich dieses so rein naturwissenschaftlich Medizinische, da kommt man in eine andere Sichtweise und das führt zu Konflikten (...)“ (E10, Pos. 377–380)
	Lernort Praxis: Lern- und Arbeitsauftrag 1: ▶ Fragestellung anhand eines berufspraktischen Falles formulieren ▶ Literaturrecherche durchführen Lern- und Arbeitsauftrag 2: Präsentation des Lernposters in der Berufspraxis
Möglicher Fall	Fälle/Fragestellungen werden von den Lernenden eingebracht.
Methoden der Ergebnissicherung	Lernposter/One Minute Wonder
Mögliche Prüfungsleistungen	▶ Bewertung des Lernposters ▶ Bewertung des Rechercheergebnisses (Bewertungskriterien gemäß der Vorgehensweise in wissenschaftlichen Recherchen)
Literatur	BEHRENS, Johann; LANGER, Gero: Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 5. Auflage. Bern 2022 DE BOCK, Freia; DIETRICH, Martin; REHFUESS, Eva: Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2020). URL: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/forschung/BZgA_Memorandum_Evidenzbasierung_2021.pdf (Stand: 07.02.2025) KÖPKE, Sascha; KOCH, Frauke; BEHNCKE, Anja; BALZER, Katrin: Einstellungen Pflegender in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. In: Pflege 26 (2013) 3, S. 163–175. DOI: https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000289 LEHNEN, Tanja; NYDAHL, Peter; KRÜGER, Lars: Schnelle und effektive Wissensvermittlung. In: PflegenIntensiv 2019 (2), S. 48–50 RITSCHL, Valentin; WEIGL, Roman; STAMM, Tanja: Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis. Wiesbaden 2016 ROWLINSON, Joanna: The One Minute Wonder Network. In: The Clinical Teacher 11 (2014) 5, S. 332–335. DOI: https://doi.org/10.1111/tct.12160
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	▶ Qualifikation der Lehrenden: Bachelor- oder Masterabschluss Pflegepädagogik oder gleichwertig ▶ Anleitungspersonen mit entsprechender berufsspezifischer Qualifikation ▶ Kooperation mit Praxiseinrichtung ▶ verbindliche Kooperationen der verschiedenen Ausbildungsinstitutionen und Hochschulen ▶ Theorie ggf. anteilig virtuell möglich

5 MODULE FÜR DIE HOCHSCHULISCHE PFLEGEAUSBILDUNG

Für die hochschulische Pflegeausbildung werden drei Module beschrieben, jeweils ein Modul pro Ausbildungsdrittel (Tabelle 15). Bestandteile der hochschulischen Module und beruflichen LLE dürfen auch im jeweils anderen Setting Anwendung finden. Es sollten dabei jedoch unbedingt die für das jeweilige Setting spezifischen angestrebten Kompetenzen berücksichtigt werden, da sich diese nicht immer überschneiden (**Kapitel 2.4**).

Die interprofessionellen Module können an ein schon bestehendes Curriculum angepasst werden. Die Inhalte und Methoden sind als Empfehlung konzipiert.

Tabelle 15: Überblick über Module für die hochschulische Pflegeausbildung

Ausbildungsdrittel	Titel des Moduls	Leistungspunkte (KP)
1. Ausbildungsdrittel	Wir als interprofessionelles Team (Tabelle 16)	2 KP
2. Ausbildungsdrittel	Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten (Tabelle 17)	2 KP
3. Ausbildungsdrittel	Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung (Tabelle 18)	2 KP

Der Umfang der Module umfasst jeweils zwei Kreditpunkte nach ECTS-Standards (KP, 1 KP = 30 Stunden studentischer Arbeitsaufwand), verteilt auf Präsenz-, Selbststudium und integrierte Praxisstunden. Das Präsenzstudium verteilt sich auf die Lehrformate Vorlesungen, Seminare, Übungen und Praktikum, wobei mit Letzterem hochschulische Lehrleistungen am oder in enger Verbindung mit dem Lernort Praxis gemeint sind (z.B. Praxisbegleitung, Praxisreflexion in Kleingruppen). Der Umfang der Präsenz-/Selbststudium-/Praxisanteile wird in Semesterwochenstunden (SWS) angegeben: Eine SWS umfasst hierbei 14 bis 15 Unterrichtseinheiten (UE) je 45 Minuten. In allen Modulen werden die drei Lernorte (Hochschule, Praxis und dritter Lernort) adressiert.

Die Modulbeschreibungen gliedern sich in die Abschnitte:

- ▶ curriculare Einordnung (Angabe des Ausbildungsdrittels),
- ▶ Umfang,

- ▶ mögliche Akteure,
- ▶ Handlungsanlässe,
- ▶ Intentionen und Relevanz,
- ▶ Kompetenzen,
- ▶ Inhalte.

Zur Unterstützung bei der Implementierung finden sich Empfehlungen und Hinweise in den weiteren Abschnitten:

- ▶ Lehr-Lern-Methoden,
- ▶ erforderliche Medien/Materialien,
- ▶ mögliche Fälle (siehe ebenfalls Empfehlungen in **Kapitel 4**),
- ▶ Methoden der Ergebnissicherung,
- ▶ Literatur (**Hinweis:** Die angegebenen Referenzen stellen eine Auswahl dar und sollten vor der Verwendung regelmäßig auf Aktualität überprüft werden),
- ▶ Kontextfaktoren und Implementierungshinweise.

Hinweis: Die Fälle nehmen im Ausbildungsverlauf an Komplexität zu. Die vorgestellten Fälle im ersten Drittel werden im zweiten/dritten Drittel vertieft und mit einer anderen Schwerpunktsetzung sowie in einem anderen Setting betrachtet.

5.1 Modul für das erste Ausbildungsdrittel

Tabelle 16: Modul 1 – Wir als interprofessionelles Team

Modul 1	Wir als interprofessionelles Team <i>„... versteht, was ist dann die eigene Rolle [...] es geht nicht immer nur um die eigene Person, sondern es geht auch um die eigene Position im Team.“</i> (E7, Pos. 411–418)	
Curriculare Einordnung	1. Ausbildungsdrittel	
Umfang	Seminar: 0,5 SWS Übung: 0,5 SWS Praktikum: 0,5 SWS	Workload: 22 Stunden Präsenzstudium 15 Stunden Selbststudium 23 Stunden integrierte Praxisstunden
	Leistungspunkte: 2 Kreditpunkte	
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Humanmedizin (1./2. Drittel) ▶ Lernende der Physiotherapie (1. Drittel) ▶ optional: Lernende der Logopädie, Ergotherapie	
Handlungsanlässe	▶ direkte Versorgung: Mobilitätsförderung ▶ übergreifende Aufgaben: Rollen und Aufgaben im interprofessionellen Team	
Intentionen und Relevanz	Mit dem ersten Praktikum bei dem Praxispartner (akutstationäres, ambulant, langzeitstationäres Setting) treffen die Pflegestudierenden auf verschiedene Gesundheitsberufe, die gemeinsam an der Versorgung der zu versorgenden Menschen beteiligt sind. Die bestmögliche Versorgung der zu versorgenden Menschen durch interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein bedeutsames, jedoch nicht selbstverständliches Ziel. Zusätzlich kommen die Studierenden frühzeitig mit körpernahen Tätigkeiten in Berührung. Der Schwerpunkt dieses Moduls liegt in der Entwicklung eines Verständnisses der eigenen Rolle und der Rollen der beteiligten Gesundheitsberufe sowie der Aufgabenbereiche der Professionen. Die Studierenden werden dafür sensibilisiert, ihren eigenen zukünftigen Beruf im interprofessionellen Zusammenspiel zu verstehen. Darüber hinaus sollen sie erkennen, dass es im interprofessionellen Team geteilte Ziele, Wissensgrundlagen und Prinzipien evidenzbasierter Praxis gibt. Ein typischer (häufiger) Handlungsanlass für das Beobachten, gemeinsame Erleben und Reflektieren von Wissensgrundlagen, Aufgaben und Handlungen ist die Förderung der Bewegung der zu versorgenden Menschen.	
Kompetenzen	Die Studierenden können ▶ die Aufgabenbereiche und Tätigkeiten der eigenen Profession und anderer akademischer und nicht akademischer Gesundheitsprofessionen in der Versorgung von Menschen mit unterschiedlichem Pflegebedarf, insbesondere im Hinblick auf die Förderung der Mobilität (Bewegung), erkunden und vergleichen, ▶ Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Rollen, Aufgaben, relevanten Wissensbeständen der beteiligten Professionen erkennen und beschreiben, ▶ im Austausch mit anderen Gesundheitsberufen gängige Stereotype und Vorurteile der beteiligten Professionen erarbeiten und Strategien recherchieren, um diesen entgegenzuwirken,	

Modul 1	Wir als interprofessionelles Team „... versteht, was ist dann die eigene Rolle [...] es geht nicht immer nur um die eigene Person, sondern es geht auch um die eigene Position im Team.“ (E7, Pos. 411–418)
	▶ in der Kommunikation mit zu versorgenden Menschen, Bezugspersonen und Gesundheitsberufen die eigene Rolle und die eigenen Verantwortungsbereiche in einer verbal verständlichen Ausdrucksweise vertreten, ▶ die professionsübergreifende Bedeutung der Prinzipien evidenzbasierter Praxis erkennen, z. B. bezogen auf die Mobilitätsförderung, ▶ die Werte, Rechte, Kulturen, Pflichten und das Fachwissen der anderen Professionen, vor allem der Humanmedizin und Physiotherapie, wertschätzend respektieren, ▶ die Grenzen des eigenen Verantwortungsbereichs im Verhältnis zu den Verantwortungsbereichen der anderen beteiligten Professionen erkennen, reflektieren und respektieren, ▶ die Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf verstehen und die Prinzipien von Teamarbeit analysieren.
Inhalte	▶ interprofessionelle Grundlagen: Definition von IPE und IPP (Domänen interprofessioneller Zusammenarbeit) ▶ Aufgabenbereiche der verschiedenen Professionen ▶ Grundlagen zur Mobilitätsförderung: Assessment der Vorkenntnisse und ggf. Auffrischung und Vertiefung der Kenntnisse der Anatomie und Physiologie des Bewegungssystems, Bedeutung der Bewegung für Gesundheit, Lebensqualität und soziale Teilhabe sowie für Pflegebedürftigkeit, Assessment von Bewegungsfähigkeiten, Strategien und Handlungstechniken zur Förderung der Bewegung bei Bewegungseinschränkungen inklusive evidenzbasierter Empfehlungen und Entscheidungshilfen
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Hochschule: ▶ Interprofessionelles Kennenlernen: Perspektivwechsel, interprofessionelles Escape Game (Kartenspiel) ▶ Seminar: Grundlagen interprofessioneller Zusammenarbeit ▶ Seminar: Vertiefung der Rollen, Aufgabenbereiche, Gemeinsamkeiten und Unterschiede im interprofessionellen Team ▶ Seminar: gemeinsame Lösung von möglichen Herausforderungen im Bereich der Mobilität und Mobilitätsförderung aus multiprofessioneller Perspektive Lernort Praxis: Praktikum: Hospitation (Shadowing bei Professionellen eines anderen Gesundheitsberufs mit mindestens drei Jahren Praxiserfahrung) Dritter Lernort: Übung: fallbasierte Planung, Durchführung, Evaluation und Reflexion interprofessionell abgestimmter Pflege- und Behandlungsprozesse (mit flexibler Schwerpunktsetzung auf Assessment und Maßnahmen zur Bewegungsförderung) zur Mobilitätsförderung (vorzugsweise Blockveranstaltung): ▶ Einführung (alle) ▶ Fallanalyse und Assessment (mit Simulationspersonen; in Kleingruppen) ▶ Planung und Durchführung mit Übung praktischer Fertigkeiten (mit Simulationspatientinnen und -patienten) ▶ Evaluation und Reflexion ▶ Präsentation und Diskussion der Ergebnisse (alle)

Modul 1	Wir als interprofessionelles Team „... versteht, was ist dann die eigene Rolle [...] es geht nicht immer nur um die eigene Person, sondern es geht auch um die eigene Position im Team.“ (E7, Pos. 411–418)
Erforderliche Medien/ Materialien	▶ Skripte für Seminareinheiten: Interprofessionelle evidenzbasierte Praxis (EbP), IPE und IPP, Mobilität und Mobilitätsförderung ▶ fallbasierte Planung des Skills Trainings ▶ Praxisaufgabe zur Reflexion der vorhandenen Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit ▶ Protokoll der Hospitation
Mögliche Fälle	Fall 1: ▶ Setting: Akutkrankenhaus, neurologische Station ▶ zu versorgender Mensch: Herr/Frau Meisen, 68 Jahre, Größe: 1,80 m, Gewicht: 75 kg ▶ Krankheitsbild: akuter ischämischer Infarkt der A. cerebri media mit Hemiparese linksseitig ▶ Interventionen: Mobilisation aus dem Bett ▶ jeweils professionsspezifische Schwerpunkte im Fall (interprofessionell diskutieren): ▶ Assessmentinstrumente (u. a. Motorik, Selbstpflegefähigkeiten) ▶ Diagnosen/diagnostische Kriterien (u. a. zu den Themen Mobilität) ▶ Behandlungs-/Versorgungsziele (in Bezug auf vorherige Diagnosen) ▶ geeignete Maßnahmen (u. a. mobilitätsfördernde Interventionen, Beratung über Hilfsmittel und Mobilität, weitere Bereiche der Selbstpflege) ▶ Evaluationskriterien (anhand der vorab definierten Versorgungsziele, z. B. sicherer Transfer vom Bett in den Stuhl und vice versa) Fall 2: ▶ Setting: langzeitstationäre Versorgung ▶ zu versorgender Mensch Frau/Herr Waldner, 74 Jahre, keine Bezugspersonen bis auf eine Cousine (lebt 500 km entfernt) ▶ Krankheitsbild: mit Zerebralparese zur Welt gekommen, Einschränkungen in der Mobilität (mit Unterarmgehstützen mobil, teils Impulse zur Mobilisation aus dem Bett notwendig) ▶ Interventionen: Mobilisation aus dem Bett und Umgang mit Unterarmgehstützen ▶ jeweils professionsspezifische Schwerpunkte im Fall: ▶ Assessmentinstrumente (u. a. Motorik, Selbstpflegefähigkeiten) ▶ Diagnosen/diagnostische Kriterien (u. a. zu den Themen Mobilität und Schluckstörungen) ▶ Behandlungs-/Versorgungsziele (in Bezug auf vorherige Diagnosen) ▶ geeignete Maßnahmen (u. a. mobilitätsfördernde Interventionen, Beratung zu Hilfsmitteln und Mobilität, weitere Bereiche der Selbstpflege) ▶ Evaluationskriterien (anhand der vorab definierten Versorgungsziele, z. B. sicherer Transfer vom Bett in den Stuhl und vice versa)

Modul 1	Wir als interprofessionelles Team „... versteht, was ist dann die eigene Rolle [...] es geht nicht immer nur um die eigene Person, sondern es geht auch um die eigene Position im Team.“ (E7, Pos. 411–418)
Methoden der Ergebnissicherung (Empfehlungen)	Mögliche Prüfungsvorleistung: ▶ Beobachtung und Analyse interprofessioneller Zusammenarbeit in komplexen Versorgungsprozessen ▶ interprofessionelles One-Minute-Paper nach jeder Lehrveranstaltung ▶ interprofessionelles Lerntagebuch Mögliche Prüfungsleistung: ▶ Gemeinsame Falldokumentation im Skills Training
Literatur	BARR, Hugh; GRAY, Richard; HELME, Marion; LOW, Helena; REEVES, Scott: Interprofessional Education Guidelines 2016. URL: https://www.caipe.org/resources/barr-h-gray-r-helme-m-low-h-reeves-s-2016-steering-the-development-of-interprofessional-education/ (Stand: 04.11.2025) BEHRENS, Johann; LANGER, Gero: Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 5. Auflage Bern 2022 DOW, Alan W.; DIAZGRANADOS, Deborah; BAERNHOLDT, Marianne: Interprofessional Practice and Education. In: BAERNHOLDT, Marianne; BOYLE, Diane K. (Hrsg.): Nurses Contributions to Quality Health Outcomes. Cham 2021, S. 177–192 MANGOLD, Sabine: Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie: Reflektiert – systematisch – wissenschaftlich fundiert. Berlin, Heidelberg 2013 MEIER, Olivia; KLEINBERGER, Ulla; GERBER-GROTE, Andreas: Interprofessionalität – ein gesundheitswissenschaftlicher Begriff aus dem Blickwinkel der Linguistik. In: International Journal of Health Professions 9 (2022) 1, S. 139–150. DOI: https://doi.org/10.2478/ijhp-2022-0009 PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen 2015. URL: https://www.apollon-hochschulverlag.de/wp-content/uploads/2018/05/IVZ_TB2_PundtK%C3%A4lble.pdf (Stand: 07.02.2025) SCHLESSELMANN, Elke (Hrsg.): Bewegung und Mobilitätsförderung. Praxisbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 1. Auflage. Bern 2019 WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION: Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva 2010. URL: https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice (Stand: 11.02.2025)
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	Lernvoraussetzungen: Basiswissen zu Versorgungsprozessen und Aufgabenbereichen der einzelnen Professionen Kooperationen: ▶ Praxispartner für Hospitationen/Praxiseinsätze ▶ Studiengänge der Gesundheitsberufe Qualifikationen der Lehrenden sowie der studentischen Tutorinnen und Tutoren: Berücksichtigung der Mindestqualifikationen nach hochschulrechtlichen Vorgaben

5.2 Modul für das zweite Ausbildungsdrittel

Tabelle 17: Modul 2 – Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten

Modul 2	Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten „(...) miteinander sich austauschen zu können, kommunizieren können, die Sprache des anderen verstehen zu können oder sich so auszudrücken, dass andere einen verstehen, gemeinsam zu Lösungen kommen zu wollen (...)“ (E23, Pos. 19–27)	
Curriculare Einordnung	2. Ausbildungsdrittel	
Umfang	Seminar: 0,5 SWS Übung: 0,5 SWS Praktikum: 0,5 SWS	Workload: 22 Stunden Präsenzstudium 15 Stunden Selbststudium 23 Stunden integrierte Praxisstunden
	Leistungspunkte: 2 Kreditpunkte	
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Humanmedizin (2. Drittel) ▶ Lernende der Ergotherapie (2. Drittel) ▶ Lernende der Logopädie (2. Drittel) ▶ Lernende der Physiotherapie (2. Drittel) ▶ Wahlfach: Lernende der Pharmazie (1./2. Drittel), Hebammenkunde/-wissenschaft (2. Drittel)	
Handlungsanlässe	▶ direkte Versorgung: interprofessionelle Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen ▶ übergreifende Aufgaben: interprofessionelle Kommunikation in schwierigen Situationen, Übergabe, gemeinsame Anamnese ▶ Organisation: Patientensicherheit, ethisch herausfordernde Situationen	
Intentionen und Relevanz	Die Studierenden sind sowohl im Kontext der hochschulischen Lehre als auch am Lernort Praxis und dem dritten Lernort täglich mit der Weitergabe und kritischen Reflexion von Informationen konfrontiert. Die interprofessionelle Kommunikation spielt in der Interaktion zwischen den unterschiedlichen Professionen eine entscheidende Rolle für eine personenzentrierte Versorgungspraxis. Zusätzlich trägt eine effektive Kommunikation zur Verbesserung der Patientensicherheit bei. Der Schwerpunkt dieses Moduls liegt zum einen in der Anwendung von Kommunikationsstrategien und -theorien für eine wertschätzende, personenzentrierte Versorgung von zu versorgenden Menschen und im Umgang mit Bezugspersonen, zum anderen in der Reflexion von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Gesundheitsberufen. Die Studierenden sollen in diesem Modul ein Bewusstsein für die Bedeutung einer gelingenden interprofessionellen Informationsdokumentation und -weitergabe (u. a. in ethisch herausfordernden Situationen) und deren Auswirkungen auf die Sicherheit der zu versorgenden Menschen entwickeln.	

Modul 2	Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten „(...) miteinander sich austauschen zu können, kommunizieren können, die Sprache des anderen verstehen zu können oder sich so auszudrücken, dass andere einen verstehen, gemeinsam zu Lösungen kommen zu wollen (...).“ (E23, Pos. 19–27)
Kompetenzen	Die Studierenden können ▶ den Beitrag der einzelnen Gesundheitsberufe für eine effektive Zusammenarbeit auf Grundlage vorhandener Theorien und Modelle personenzentrierter Versorgung und Kommunikation beschreiben, ▶ auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Evidenz den möglichen Einfluss der Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen auf die Versorgung von zu versorgenden Menschen beschreiben, ▶ je nach Gesprächssituation und Gesprächspartner/-in effektive Kommunikationsstrategien auswählen und anwenden, um interprofessionelle Diskussionen und Interaktionen zu verbessern, ▶ Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Rollenbeschreibungen und Berufsbildern zwischen den Gesundheitsberufen analysieren, ▶ die Verantwortungsbereiche der verschiedenen Professionen reflektieren, ebenso die Verhaltensweisen im Hinblick auf einen respektvollen und wertschätzenden Umgang miteinander in der personenzentrierten Versorgung von Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen (u. a. chronischen Erkrankungen), ▶ eine eigene fachliche Perspektive zu spezifischen Themen auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Evidenz entwickeln und bringen sich aktiv in interprofessionelle Diskussionen über klinisch relevante Themen der Versorgung von zu versorgenden Menschen ein, ▶ ethische Entscheidungen in der interprofessionellen Praxis diskutieren und kritisch hinterfragen und daraus Konsequenzen für die zukünftige gemeinsame Arbeit ableiten, ▶ herausfordernde Situationen/interprofessionelle Konflikte definieren und beeinflussende Bedingungen für die Patientensicherheit analysieren.
Inhalte	▶ Patientensicherheit: CIRS, Umgang mit Fehlern/Fehlerkultur ▶ Ethik: z. B. Gewalt in der Versorgung, Versorgung am Lebensende, Advance Care Planning, Kommunikation in schwierigen Situationen ▶ personenzentrierte Kommunikation mit Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen und Angehörigen sowie im interprofessionellen Team: Anwendung von bekannten Kommunikationsstrategien (u. a. Rogers, Schulz von Thun), Strukturierungshilfen für die Übergabe, z. B. SBAR-Konzept (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ▶ Informationssysteme und Kommunikations- sowie Dokumentationstechnologien ▶ multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen (vor allem Diabetes, KHK, COPD): Definition der Erkrankung, Symptome und bedeutsame Assessmentmethoden, diagnostische Methoden/Diagnosen, Therapiemöglichkeiten/Interventionen (Planung und Durchführung), Evaluationskriterien – aus den Perspektiven der beteiligten Professionen

Modul 2	Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten „(...) miteinander sich austauschen zu können, kommunizieren können, die Sprache des anderen verstehen zu können oder sich so auszudrücken, dass andere einen verstehen, gemeinsam zu Lösungen kommen zu wollen (...)“ (E23, Pos. 19–27)
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Hochschule: ▶ interprofessionelles Kennenlernen: interprofessionelles Speed Dating, Landkarte der Disziplinen, Fachbegriffequiz, interprofessionelles Escape Game (Kartenspiel) ▶ Seminar: Patientensicherheit im interprofessionellen Team ▶ Seminar: Ethik im interprofessionellen Team mit Schwerpunktsetzung ▶ Seminar: Interprofessionelles problemorientiertes Lernen mit Think-Pair-Share zu Beginn ▶ interprofessionelle ethische Fallarbeit ▶ interprofessionelles World-Café: Patientensicherheit (u. a. Fehlerkultur) Lernort Praxis: Hospitation von Studierenden (möglichst in interprofessionellen Tandems): z. B. gemeinsame Anamneseerhebung oder Durchführung anderer Assessments, Work Shadowing mit anschließendem 20-minütigem Interview, Beobachtung von interprofessionellen Aktivitäten wie z. B. Übergaben Dritter Lernort: ▶ Übung: interprofessionelles Kommunikationstraining (Kommunikation in schwierigen Situationen, u. a. onkologische Diagnosemitteilung, Gespräche mit Betroffenen kurz nach Diagnosemitteilung oder in palliativen Situationen, Übergabesituationen, Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen) ▶ Übung: Skills Training (Fokus: interprofessionelles Assessment und Dokumentation klinisch relevanter Informationen, körperliche Untersuchung bei manuellen körpernahen Fertigkeiten) ▶ Übung: interprofessionelle Übergabe
Erforderliche Medien/Materialien	▶ Skripte für Seminareinheiten, Übergabe, Kommunikationstraining, ethische Fallarbeit (mit Praxisbeispiel der Studierenden) ▶ Praxisaufgabe: interprofessionelle Übergabe durchführen ▶ Skript für das Skills Training ▶ Unterlagen für die Hospitation der Studierenden (u. a. Protokolle, Praxisaufgabe)
Mögliche Fälle	Fall 1 (aufbauend auf Modul 1): ▶ Setting: ambulante Versorgung ▶ zu versorgender Mensch: Frau/Herr Meisen, 69 Jahre, Größe: 1,80 m, Gewicht: 85 kg, Angehörige: Frau/Herr, Wohnsituation: Haus in ländlicher Region (schwer mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen), Charakter: malt sehr gerne Landschaftsbilder und wird von anderen oft als ungeduldig beschrieben, wenn er/sie etwas nicht alleine schafft, erhebt in solchen Situationen die Stimme und wird körperlich aggressiv (z. B. schlägt um sich) ▶ Krankheitsbild: Zustand nach Schlaganfall vor einem Jahr mit anhaltender starker Hemiparese linksseitig, Mobilisation auf Bettkante mit Unterstützung, Dekubitus Kategorie 2 in der Sakralregion, Dysphagie mit Aspirationsrisiko, Diabetes mellitus Typ II (Erstdiagnose vor zwei Monaten) ▶ Interventionen: multiprofessionelle Wundversorgung, Diabetesmanagement oder Umgang mit Dysphagie

Modul 2	Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten „(...) miteinander sich austauschen zu können, kommunizieren können, die Sprache des anderen verstehen zu können oder sich so auszudrücken, dass andere einen verstehen, gemeinsam zu Lösungen kommen zu wollen (...)“ (E23, Pos. 19–27)
Mögliche Fälle	▶ jeweils professionsspezifische Schwerpunkte im Fall: ▶ Assessmentinstrumente (u. a. Wundassessment, Dysphagiescreening, Komplikationen von Diabetes mellitus verknüpft mit den Themen Medikationssicherheit und Selbstpflegefähigkeiten) ▶ Diagnosen/diagnostische Kriterien (u. a. zu den Themen chronische Wunden, Diabetes mellitus, Selbstpflegebeeinträchtigungen) ▶ Behandlungs-/Versorgungsziele (in Bezug auf vorherige Diagnosen) ▶ geeignete Maßnahmen (u. a. Wundversorgung von chronischen Wunden, Diabetesmanagement) ▶ Evaluationskriterien (anhand der vorab definierten Versorgungsziele) Fall 2 (aufbauend auf Modul 1): ▶ Setting: regionales Krankenhaus, Station für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ▶ zu versorgender Mensch: Frau/Herr Waldner, 85 Jahre, Wohnsituation: Einzelzimmer in langzeitstationärer Einrichtung seit über zehn Jahren, Charakter: wird von Kolleginnen und Kollegen als unsichere Person beschrieben (u. a. fragt Frau/Herr Waldner häufig nach und trifft ungerne Entscheidungen), trinkt abends gerne mehrere Gläser Wein, Beschäftigung: Gesellschaftsspiele in der Gemeinschaft ▶ Krankheitsbild: bestehende Zerebralparese, seit zwei Monaten Schmerzen im Mund- und Rachenraum, verschluckt sich beim Essen ▶ Interventionen: Diagnostik und Therapie der Schmerzen und Schluckstörungen (Diagnosestellung: Mundbodenkarzinom) ▶ jeweils professionsspezifische Schwerpunkte im Fall: ▶ Assessmentinstrumente (u. a. Schmerzassessment, Dysphagiescreening, Selbstpflegefähigkeiten in Bezug auf Ernährung) ▶ Diagnosen/diagnostische Kriterien (u. a. zu den Themen akute/chronische Schmerzen, Mangelernährung, Dysphagie, Selbstpflegebeeinträchtigungen) ▶ Behandlungs-/Versorgungsziele (in Bezug auf vorherige Diagnosen) ▶ geeignete Maßnahmen (u. a. Diagnosemitteilung, medikamentöses und nicht medikamentöses Schmerzmanagement, Beratung und Behandlung von Mangelernährung/Schluckstörungen) ▶ Evaluationskriterien (anhand der vorab definierten Versorgungsziele)
Methoden der Ergebnissicherung (Empfehlungen)	Mögliche Prüfungsvorleistung: ▶ Teilnahme an Hospitation ▶ Durchführung und Dokumentation eines gemeinsamen Anamnesegesprächs ▶ 20-minütiges Interview mit Professionellen nach Shadowing Mögliche Prüfungsleistung: ▶ Gruppenpräsentation mit Videos zu simulierten herausfordernden Kommunikationssituationen (wie in der Praxis beobachtet oder selbst erlebt) und möglichen Lösungsansätzen ▶ gemeinsame ethische Fallarbeit für Situationen aus der Praxis mit Empfehlungen für einen Versorgungsplan erstellen (Postererstellung)

Modul 2	Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten „(...) miteinander sich austauschen zu können, kommunizieren können, die Sprache des anderen verstehen zu können oder sich so auszudrücken, dass andere einen verstehen, gemeinsam zu Lösungen kommen zu wollen (...).“ (E23, Pos. 19–27)
Literatur	FLIEGENSCHMIDT, Janis; MERKEL, Matthias Johannes; von DOSSOW, Vera; ZWISSLER, Bernhard: Strukturierte Patientenübergabe in Hochrisikobereichen. In: Die Anaesthesiologie 72 (2023), S. 183–188. DOI: https://doi.org/10.1007/s00101-022-01249-x GÖRRES, Stefan; WARFELMANN, Caroline; MEINECKE, Paulina; RIEMANN, Maren: Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). 2018. URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Abschlussbericht.pdf (Stand: 07.02.2025) KOLBE, Nina: Herzinsuffizienz multiprofessionell versorgen. In: Pflegezeitschrift 73 (2020) 9, S. 35–37. DOI: https://doi.org/10.1007/s41906-020-0777-9 LEITLINIENPROGRAMM ONKOLOGIE (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms, Langversion 3.0, 2021, AWMF Registernummer: 007/100OL. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mundhoehlenkarzinom/ (Stand: 07.02.2025) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/ (Stand: 07.02.2025) PILZ, Stefan; POIMANN, Horst; HERBIG, Nicola; HEUN, Stefan; HOLTEL, Markus; PIVERNETZ, Katrin; RODE, Susanne; STAPENHORST, Katrin; WEBER, Heidemarie : Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 2. SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation. Überarb. Aufl. 2020. URL: https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_02.2a._SBAR_16.08.20.pdf (Stand: 09.04.2025) PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen 2015. URL: https://www.apollon-hochschulverlag.de/wp-content/uploads/2018/05/IVZ_TB2_PundtK%C3%A4lble.pdf (Stand: 07.02.2025) RIEDEL, Annette; LEHMEYER, Sonja: Ethik im Gesundheitswesen. Berlin 2022 SCHRAPPE, Matthias: APS-Weißbuch Patientensicherheit. Berlin 2018. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/APS-Weissbuch_2018-1.pdf (Stand: 07.02.2025) von REIBNITZ, Christine; SONNTAG, Katja: Multiprofessionelle Diabetestherapie für ältere Patienten. In: Pflegezeitschrift 73 (2020) 3, S. 24–27 WEIMANN-SANDIG, Nina (Hrsg.): Multiprofessionelle Teamarbeit in Sozialen Dienstleistungsberufen. Interdisziplinäre Debatten zum Konzept der Multiprofessionalität – Chancen, Risiken, Herausforderungen. Wiesbaden 2022

Modul 2	Interprofessionelle Kommunikation in komplexen Versorgungssituationen gestalten „(...) miteinander sich austauschen zu können, kommunizieren können, die Sprache des anderen verstehen zu können oder sich so auszudrücken, dass andere einen verstehen, gemeinsam zu Lösungen kommen zu wollen (...)“ (E23, Pos. 19–27)
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	Lernvoraussetzungen: ▶ Kommunikationstheorien (Rogers, Schulz von Thun, Watzlawick) ▶ Grundlagen Ethik (ethische Prinzipien und Kodizes) ▶ Krankheitslehre zu exemplarisch hoch prävalenten Krankheitsbildern: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung, Asthma/chronisch obstruktive Lungenerkrankung, akuter ischämischer Infarkt, onkologische Erkrankungen Kooperationen: ▶ Praxispartner für Hospitationen/Praxiseinsätze ▶ Studiengänge der Gesundheitsberufe Qualifikationen der Lehrenden sowie der studentischen Tutorinnen und Tutoren: ▶ Berücksichtigung der Mindestqualifikationen nach hochschulrechtlichen Vorgaben

5.3 Modul für das dritte Ausbildungsdrittel

Tabelle 18: Modul 3 – Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung

Modul 3	Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung „...wenn diese Gespräche gemeinsam geführt werden und auch diese Entscheidungen gemeinsam geführt werden, dann ist nochmal mehr Verständnis dafür, ...“ (E37, Pos. 276–280)	
Curriculare Einordnung	3. Ausbildungsdrittel	
Umfang	Vorlesung: 0,5 SWS Seminar: 0,5 SWS Übung: 0,5 SWS Praktikum: 0,5 SWS	Workload: 30 Stunden Präsenzstudium 15 Stunden Selbststudium 15 Stunden integrierte Praxisstunden
	Leistungspunkte: 2 Kreditpunkte	
Mögliche Akteure	▶ Lernende der Pflege ▶ Lernende der Humanmedizin (2./3. Drittel) ▶ Lernende der Ergotherapie (3. Drittel) ▶ Lernende der Logopädie (3. Drittel) ▶ Lernende der Physiotherapie (3. Drittel) ▶ Wahlfach: Lernende der Pharmazie (2./3. Drittel)	
Handlungsanlässe	▶ direkte Versorgung: Reflexion der interprofessionellen Zusammenarbeit für eine personenzentrierte Versorgung ▶ übergreifende Aufgaben: Visite ▶ Forschung: evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM), Prinzipien evidenzbasierten Arbeitens	
Intentionen und Relevanz	Eine zentrale Aufgabe in der Versorgung von zu versorgenden Menschen und deren Bezugspersonen liegt in der Beratung, Anleitung und Information. In den letzten Jahren hat SDM an Bedeutung gewonnen. Die Rolle der Pflegefachperson kann hierbei sein, dass sie bei den zu Pflegenden Bedarfe für die Entscheidungsfindung erfasst und beispielsweise mit evidenzbasierten Gesundheitsinformationen bei einer Entscheidung unterstützt. Wichtige Bestandteile von SDM stellen die Prinzipien evidenzbasierten Arbeitens dar. Hierfür werden die Lehreinheiten zu den gemeinsamen Grundlagen evidenzbasierter Praxis, Literaturrecherche und Datensynthese empfohlen, in Anlehnung an das Kerncurriculum Basismodul „Evidenzbasierte Entscheidungsfindung“ (STECKELBERG u. a. 2017). Darüber hinaus entwickeln sich im Laufe des Studiums die Kompetenzen für übergreifende Aufgaben (u. a. Kommunikation) weiter, sodass sich dieses Modul aus den folgenden zwei Schwerpunkten zusammensetzt: (i) Reflexion der Gelingensfaktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit und personenzentrierte Versorgung in hochkomplexen Versorgungssituationen, (ii) SDM im interprofessionellen Team mit den zu Pflegenden und Angehörigen unter Einbindung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen.	

Modul 3	Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung „...wenn diese Gespräche gemeinsam geführt werden und auch diese Entscheidungen gemeinsam geführt werden, dann ist nochmal mehr Verständnis dafür, ...“ (E37, Pos. 276–280)
Kompetenzen	Die Studierenden können ▶ ein berufliches Selbstverständnis für eine personenzentrierte Versorgung im interprofessionellen Team entwickeln und dieses vor dem Hintergrund beantwortbarer Forschungsfragen, z. B. mithilfe des PIKED-Schemas (Patient/-in, Intervention, Kontrolle, Ergebnisparameter) analysieren, ▶ in der Kommunikation mit Personen anderer Gesundheitsberufe eigene Standpunkte in der Versorgung von Personen mit komplexen Versorgungsbedarfen fachlich begründen und strukturiert vertreten, ▶ Behandlungsverläufe und aktuelle relevante Informationen schriftlich und mündlich präzise für andere Professionen zusammenfassen, ▶ Versorgungskonzepte theorie- und fallbezogen im interprofessionellen Team unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Literatur in einer wertschätzenden Art diskutieren, ▶ geeignete Kommunikationsstrategien für eine gute partizipative Entscheidungsfindung (SDM) mit Menschen mit Pflegebedarf sowie deren Angehörigen und zur Konfliktlösung im interprofessionellen Team auswählen und anwenden, ▶ beeinflussende Faktoren (Kontextfaktoren) auf der Mikro-, Meso- und Makroebene identifizieren, die zu einer effektiven interprofessionellen Teamarbeit beitragen, und Strategien zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit ableiten, ▶ den eigenen Beitrag zur effektiven interprofessionellen Teamarbeit und deren Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung reflektieren, ▶ notwendige Anpassungen der Kontextfaktoren auf Mikro-, Meso- und Makroebene für eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit und bedarfsgerechte Versorgung ableiten.
Inhalte	▶ Assessment der Vorkenntnisse und ggf. Auffrischung und Vertiefung der Kenntnisse zu Prinzipien evidenzbasierter Praxis, z. B. Prozessschritte der evidenzbasierten Problembearbeitung, kritische Bewertung von Wissensressourcen, Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen ▶ evidenzbasierte Gesundheitsinformation und SDM: Definition und Kriterien evidenzbasierter Gesundheitsinformation, kritische Bewertung, Definition und Modelle der Entscheidungsfindung ▶ wissenschaftliche und politische Organisationen der Gesundheitsberufe, Rollen und Einflussmöglichkeiten im Gesundheitssystem, Akteure und Entscheidungsprozesse in der Gesundheitspolitik ▶ interprofessionelle Fallarbeit: Vorstellung eines Falles von Studierenden, bedeutsame Assessmentmethoden, diagnostische Methoden/Diagnosen, Therapiemöglichkeiten/Interventionen (Planung und Durchführung), Evaluationskriterien – gemeinsame Entwicklung im interprofessionellen Team (weitere Professionen, die nicht an den Modulen teilnehmen, werden mitgedacht) ▶ interprofessionelle Visite: Ablauf von Visiten (Vorabgespräch, Durchführung in interprofessionellem Team, Nachbesprechung der Visite), Möglichkeiten für einen interprofessionellen Austausch schaffen, Einführung in Simulation, Durchführung der Visite, Feedbackgabe, Reflexion

Modul 3	Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung „...wenn diese Gespräche gemeinsam geführt werden und auch diese Entscheidungen gemeinsam geführt werden, dann ist nochmal mehr Verständnis dafür, ...“ (E37, Pos. 276–280)
Lehr-Lern-Methoden (Empfehlungen)	Lernort Hochschule: ▶ interprofessionelles Kennenlernen: Disziplinen mit Hand und Fuß, interprofessionelles Escape Game (Kartenspiel) ▶ Seminar zur gemeinsamen Entscheidungsfindung ▶ Übung: interprofessionelle Fallarbeit ▶ interprofessionelle Zukunftswerkstatt zur partizipativen Entscheidungsfindung ▶ interprofessionelle evidenzbasierte Praxis: Definitionen von EbP, Prinzipien evidenzbasierten Arbeitens, Forschungsprozess/-schritte, Formulierung beantwortbarer Fragestellungen, Literaturrecherche, Studiendesigns (vor allem Evidenzsynthese, Expertenstandards, Leitlinien), kritische Bewertung, Synthese und Reflexion der Anwendbarkeit ▶ Debatten zu aktuellen interprofessionell relevanten gesundheits- oder berufspolitischen Themen Lernort Praxis: gemeinsamer Praxiseinsatz (15 Std. integrierte Praxis, 0,5 SWS Praktikum, z. B. interprofessionelle Lernbegleitung) Dritter Lernort: ▶ Übung: Visitensimulation ▶ Übung: Kommunikationstraining zur partizipativen Entscheidungsfindung
Erforderliche Medien/Materialien	▶ Praxisaufgabe: interprofessionelle Aktivitäten initiieren, durchführen und reflektieren, z. B. Fallbesprechung, gemeinsame Anamnese, gemeinsame Zielvereinbarungen, Visiten, Übergabe, Kurzfortbildung ▶ Skripte zu Seminareinheiten, zu Fallarbeit und zu partizipativen Entscheidungsfindungen ▶ Skript für Kommunikationstraining ▶ Skript zur Visitensimulation
Mögliche Fälle	Fall 1 (aufbauend auf Modul 1 und 2): ▶ Setting: Rehabilitation mit pulmonologischem Schwerpunkt ▶ zu versorgender Mensch: Herr/Frau Meisen, 70 Jahre, Größe: 1,80 m, Gewicht: 90 kg, Bezugsperson: Ehefrau/Ehemann, Wohnsituation: Einfamilienhaus in ländlicher Region (schwer mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen), Charakter: malt sehr gerne Landschaftsbilder und wird von anderen oft als ungeduldig beschrieben, wenn er/sie etwas nicht alleine schafft, erhebt in solchen Situationen die Stimme und wird körperlich aggressiv (z. B. schlägt um sich) ▶ Krankheitsbild: Zustand nach Schlaganfall vor einem Jahr, hat vor drei Wochen Dyspnoe und Husten entwickelt, wurde im Krankenhaus aufgrund Aspirationspneumonie therapiert mit Empfehlung einer anschließenden Rehabilitation, Diabetes mellitus Typ II ist aktuell schwer kontrollierbar (regelmäßige Hyperglykämien) ▶ Interventionen: multiprofessionelle Versorgung von Personen mit Dyspnoe und akuten Komplikationen des Diabetes mellitus

Modul 3	Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung „...wenn diese Gespräche gemeinsam geführt werden und auch diese Entscheidungen gemeinsam geführt werden, dann ist nochmal mehr Verständnis dafür, ...“ (E37, Pos. 276–280)
	▶ jeweils professionsspezifische Schwerpunkte im Fall: ▶ Assessmentinstrumente (u. a. Atmung, Diabetesmanagement, Selbstpflegefähigkeiten) ▶ Diagnosen/diagnostische Kriterien (u. a. beeinträchtigte Atmung, Entgleisung des Blutzuckerspiegels) ▶ Behandlungs-/Versorgungsziele (in Bezug auf vorherige Diagnosen) ▶ geeignete Maßnahmen (u. a. Beratung/Therapieempfehlungen zum Umgang mit Hypo-/Hyperglykämien, Atemübungen) ▶ Evaluationskriterien (anhand der vorab definierten Versorgungsziele) Fall 2: ▶ Setting: regionales Krankenhaus, Station für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ▶ zu versorgender Mensch: Frau/Herr Waldner, 87 Jahre, Wohnsituation: Einzelzimmer in einer langzeitstationären Einrichtung seit über zehn Jahren, Charakter: wird von anderen oft als unsichere Person beschrieben (u. a. fragt Frau/Herr Waldner häufig nach und trifft ungerne Entscheidungen), trinkt abends gerne mehrere Gläser Wein, Beschäftigung: Gesellschaftsspiele in der Gemeinschaft ▶ Krankheitsbild: bestehende Zerebralparese, hat vor zwei Wochen die Diagnose eines Mundbodenkarzinoms erhalten ▶ Interventionen: Festlegung des Behandlungsplans/der Therapie und Beratung ▶ jeweils professionsspezifische Schwerpunkte im Fall: ▶ Assessmentinstrumente (u. a. Beratungsbedarfe, Entscheidungsfindung) ▶ Diagnosen/diagnostische Kriterien (Informationsdefizit/-bedarfe zum Behandlungsplan/zur Therapie und möglichen Nebenwirkungen) ▶ Behandlungs-/Versorgungsziele (in Bezug auf vorherige Diagnosen) ▶ geeignete Maßnahmen (u. a. gemeinsame Entscheidungsfindung mit evidenzbasierter Gesundheitsinformation, Beratung zur Therapie und möglichen Nebenwirkungen) ▶ Evaluationskriterien (anhand der vorab definierten Versorgungsziele)
Methoden der Ergebnissicherung (Empfehlungen)	Mögliche Prüfungsvorleistung („Assessment for learning“): ▶ Bearbeitung der Praxisaufgabe zur Vorbereitung auf die interprofessionelle Zukunftswerkstatt (z. B. Entwicklung des interprofessionellen Utopias) ▶ Debatte (siehe Lehr-Lern-Methoden) Mögliche Prüfungsleistung („Assessment of learning“): ▶ Interprofessionelle mündliche Gruppenprüfung ▶ interprofessionelles Utopia, z. B. zur Gestaltung der partizipativen Entscheidungsfindung (inklusive Literaturrecherche, kritischer Bewertung von Studien/Übersichtsarbeiten, Datenanalyse/-synthese)

Modul 3	Interprofessionelle Entscheidungsfindung und Versorgung „...wenn diese Gespräche gemeinsam geführt werden und auch diese Entscheidungen gemeinsam geführt werden, dann ist nochmal mehr Verständnis dafür, ...“ (E37, Pos. 276–280)
Literatur	CADUFF, Uta; BÄRLOCHER, Andrea; STAUDACHER, Diana: Interprofessionalität lernen und leben. Das Modul „Interprofessionelle Fallbesprechung für Studierende“ in der praktischen Ausbildung am Universitätsspital Zürich. In: PADUA 16 (2021) 4, S. 223–227. DOI: https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000632 SEKTION BIS DER DGP (Hrsg.): Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung. Duisburg 2012. URL: https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf (Stand: 11.02.2025) FORSTER, Alexander: Visite – ein komplexes Bild der Interprofessionalität. In: Pflegezeitschrift 71 (2018) 1–2, S. 22–25 HANDGRAAF, Marietta; DIETERICH, Sven; GRÜNEBERG, Christian: Interprofessionelles Lehren, Lernen und Handeln – strukturelle und didaktische Herausforderungen. In: International Journal of Health Professions 3 (2016) 1, S. 47–56. DOI: https://doi.org/10.1515/ijhp-2016-0005 KOCH, Klaus: Eckpunkte evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. In: Bundesgesundheitsblatt 64 (2021), S. 568–572. DOI: https://doi.org/10.1007/s00103-021-03321-0 LÜHNEN, Julia; ALBRECHT, Martina; MÜHLHAUSER, Ingrid; STECKELBERG, Anke: Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg 2017. URL: http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/ (Stand: 11.02.2025) PRESCHER, Thomas; WIESNER, Cristian; WEIMANN-SANDIG, Nina: Interprofessionelle Fallbesprechung braucht eine Lernkultur. In: Pflegezeitschrift 74 (2021), S. 42–45. DOI: https://doi.org/10.1007/s41906-020-0982-6 STACEY, Dawn; LÉGARÉ, France; BOLAND, Laura; LEWIS, Krystina B.; LOISELLE, Marie-Chantal; HOEFEL, Lauren; GARVELINK, Mirjam; O’CONNOR, Annette: 20th Anniversary Ottawa Decision Support Framework: Part 3 Overview of Systematic Reviews and Updated Framework. In: Medical decision making 40 (2020) 3, S. 379–398. DOI: https://doi.org/10.1177/0272989X20911870 STECKELBERG Anke; SIEBOLDS Markus; LÜHMANN Dagmar; WEBERSCHOCK Tobias; STRAMETZ Reinhard; WEINGART Olaf; ALBRECHT Martina; BRAUN Cordula; BALZER Katrin; FACHBEREICH EbM IN AUS- WEITER- UND FORTBILDUNG, DEUTSCHES NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN: Kerncurriculum Basismodul. Evidenzbasierte Entscheidungsfindung. Berlin 2017. URL: https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/ebm-kerncurriculum.pdf/view (Stand: 11.02.2025) STERN, Fedor: Die Debatte als Methode in der Hochschuldidaktik. In: Pädagogische Rundschau 72 (2018) 6, S. 739–754. URL: https://www.fachportal-paedagogik.de/literatur/vollanzeige.html?FId=3326699 (Stand: 11.02.2025) TIEMANN, Michael; MOHOKUM, Melvin (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin 2021
Kontextfaktoren und Implementierungshinweise	Lernvoraussetzungen: Methoden der strukturierten Übergabe (SBAR-Konzept) Kooperationen: ▶ Praxispartner für Hospitationen/Praxiseinsätze ▶ Studiengänge der Gesundheitsberufe Qualifikationen der Lehrenden sowie der studentischen Tutorinnen und Tutoren: Berücksichtigung der Mindestqualifikationen nach hochschulrechtlichen Vorgaben

6 FAZIT, EMPFEHLUNGEN UND AUSBLICK

Das vorliegende Rahmencurriculum für das interprofessionelle Lehren und Lernen in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung basiert auf umfassenden Informationssynthesen sowie auf eigenen qualitativen und quantitativen Erhebungen zu Erwartungen an und Erfahrungen mit interprofessionellen Ausbildungsaktivitäten. In einem strukturierten Austausch wurden diese theoretischen und empirischen Ergebnisse reflektiert und in Leitgedanken für das longitudinale Rahmencurriculum in diese Handreichung übertragen. Daran nahmen Expertinnen und Experten aus der Bildung, Praxis und Wissenschaft patientennahe Gesundheitsberufe sowie Vertreter/-innen der Gesundheitspolitik teil; die Sichtweisen von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Bezugspersonen wurden ebenfalls eingebunden. In allen vorbereitenden Studienabschnitten wurde zudem konsequent die Perspektive sowohl der Lernenden als auch der Lehrenden berücksichtigt. Eine Auswahl prägnanter Zitate aus den Interviews mit Lernenden und Lehrenden am Ende der Pilotierungsphase illustriert die Bandbreite der Erfahrungen (siehe **II: Prägnante Zitate aus den qualitativen Interviews der Konzeptionsphase**).

Das auf dieser Grundlage entwickelte Rahmencurriculum zeichnet sich durch besondere Merkmale aus:

- ▶ Das Curriculum gibt theoretisch und empirisch basiert Empfehlungen für die Planung, Umsetzung und Evaluation von IPE-Aktivitäten in der beruflichen Pflegeausbildung nach Teil 2 PflBG und in Bachelorstudiengängen nach Teil 3 PflBG. Es adressiert hierbei jeweils **alle drei Lernorte**: Pflegeschule/Hochschule, Versorgungspraxis und dritten Lernort (Skills Lab, simulierte Praxis).
- ▶ Die für dieses Curriculum entwickelten Bildungsziele und zu adressierenden Kompetenzen pro Ausbildungs-/Studiumsdrittel zielen jeweils auf die Lernenden **aller beteiligten Berufsgruppen** und sind somit potenziell auch auf Ausbildungsangebote für andere patientennahe Gesundheitsberufe (Humanmedizin, Therapieberufe, Hebammen/Hebammenwissenschaft) übertragbar.
- ▶ Das Curriculum verfolgt einen **longitudinalen Ansatz**, da Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit als Querschnitt- und Schlüsselkompetenz erachtet werden, die im gesamten Ausbildungs-/Studiumsverlauf relevant und zu fördern sind. Ein curriculares Konstruktionsprinzip ist hierbei die im Verlauf steigende **Komplexität der Versorgungsanlässe und damit der situationsbezogenen Handlungsanlässe**, aus denen sich die erforderlichen Kompetenzen ableiten.
- ▶ Ausgangspunkt der im Rahmencurriculum beschriebenen Lehr-Lern-Einheiten und Module sind jeweils **Handlungsanlässe** in der Versorgungspraxis. Das heißt, empfohlene Lernziele, Inhalte und didaktisch-methodische Ansätze zielen jeweils auf die Frage ab, welche Kompetenzen für eine gelingende in-

terprofessionelle Zusammenarbeit und personenzentrierte Versorgung in der Praxis erforderlich sind. Dies schließt Kompetenzen für eine Zusammenarbeit auch auf der Mesoebene (Zusammenarbeit z. B. in einem größeren Team oder in einem Betrieb) und der Makroebene (Zusammenarbeit z. B. auf der Ebene von Gesundheits- und Berufspolitik) ein.

- Die Inhalte des Curriculums sind grundsätzlich als eine wissenschaftsbasierte Empfehlung zu verstehen und können **flexibel je nach lokalen Anforderungen und Gegebenheiten** umgesetzt werden. Dies schließt die Möglichkeit ein, nur Teile einzelner Lehr-Lern-Einheiten oder Module umzusetzen, diese gegebenenfalls in andere Lehr-Lerneinheiten oder Module einzufügen sowie Anpassungen hinsichtlich Zielgruppen, Lernzielen, Inhalten, Methoden vorzunehmen. Eine formative und summative Evaluation zur kontinuierlichen Überprüfung und Weiterentwicklung der eigenen curricularen Angebote sollte jedoch regelhaft gegeben sein.

Im Rahmen der anschließenden Pilotierung wurde das Rahmencurriculum in vier Pflegeschulen in Norddeutschland und drei Bachelorstudiengängen Pflege an zwei Universitäten (davon ein Studiengang an einer Medizinischen Fakultät) und einer Fachhochschule in Deutschland über zwölf Monate hinweg umgesetzt. Die verschiedenen Bildungsstandorte unterscheiden sich in der Anzahl der Ausbildungs- bzw. Studienplätze und in der geografischen und strukturellen Nähe zu Ausbildungsangeboten der Humanmedizin, Therapieberufe, Hebammenwissenschaft und anderer Gesundheitsberufe.

Parallel zur pilotierenden Implementierung erfolgte eine praxispartnerübergreifende longitudinale Mixed-Methods-Evaluation durch das interEdu-Team, ergänzt um eine formative und summative Evaluation der Praxispartner. Die bisherigen Evaluationsergebnisse haben konsistent die Relevanz und die grundsätzliche Umsetzbarkeit des Rahmencurriculums in beiden Sektoren der Pflegeausbildung – Pflegeschulen und Hochschulen – bestätigt. In allen eingebundenen Bildungsstandorten konnten Teile des Rahmencurriculums in der eigenen Bildungspraxis genutzt werden. Unter dem Vorbehalt weiter zu erwartender Evaluationsergebnisse zeigen bisher verfügbare Ergebnisse, dass die geplanten Lehr-Lern-Einheiten und Module geeignet sind, interprofessionelle Lernprozesse anzustoßen, aber auch die Herausbildung der eigenen professionellen Identität zu fördern und zu stimulieren.

Das Rahmencurriculum wurde auf der Basis bisheriger Evaluationsergebnisse überarbeitet. Beispielsweise wurden die Umfänge der beschriebenen Lehraktivitäten reduziert. Dies soll auch die flexible Integrierbarkeit in lokale Curricula fördern. Ebenso wurden die weiterführenden Materialien um Best-Practice-Beispiele ergänzt. Die vorliegende Handreichung bildet bereits diesen überarbeiteten Stand ab. Davon unabhängig versteht sich dieses Rahmencurriculum als eine **„lebendige“ Wissensressource**, die in Abständen zu überarbeiten ist. Die nächste Revision erfolgt 2025/2026 nach vollständiger Auswertung aller bis Ende 2024

gesammelten Evaluationsdaten und weiterem Expertenaustausch. Erfolgte Anpassungen werden der Fachöffentlichkeit bekannt gemacht.

Ungeachtet zu erwartender weiterer Erkenntnisse zu IPE lassen sich aus den Ergebnissen und Erfahrungen des Projekts interEdu generelle Schlussfolgerungen für gelingendes interprofessionelles Lehren und Lernen in der beruflichen Pflegeausbildung und im Pflegestudium ableiten. Diese gehen über das vorliegende Rahmencurriculum hinaus und zielen vor allem auf die strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung in den beiden Bildungssektoren:

- ▶ Interprofessionelles Lehren und Lernen in der Ausbildung soll Grundsteine für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit und personenzentrierte Versorgung in der Praxis legen. Auswirkungen auf die Qualität der Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis sind aber vor allem mittel- und langfristig zu erwarten. Ein erfolgreiches berufsübergreifendes Lernen setzt jedoch bereits heute, insbesondere am Lernort Praxis, ein Mindestmaß an Strukturen sowie etablierte Prozesse voraus, die von erfolgreicher Zusammenarbeit und wechselseitiger Wertschätzung in der Versorgungspraxis geprägt sind.
- ▶ Interprofessionelles Lehren und Lernen erfordert gezielt dafür ausgebildete Kompetenzen der Lehrenden und Anleitenden. Kompetenzen für IPE sind als Bildungs- bzw. Qualifikationsziele in Studien-, Fort- und Weiterbildungsangeboten für Lehrende in den Gesundheitsberufen aufzunehmen.
- ▶ Interprofessionelles Lehren und Lernen erfordert die Beteiligung von Lehrenden und Anleitenden aller an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen. Hierzu zählen die zumindest anteilige gemeinsame Planung und Durchführung von Lehrveranstaltungen und Anleitungen. Ebenso setzt IPE zusätzliche Zeitressourcen für das Organisieren und Aufrechterhalten von Lernortkooperationen voraus. Diese zusätzlichen Personal- und Zeitumfänge sind in der Planung des Finanzierungsbedarfs von Ausbildungs- und Studiengängen für die Gesundheitsberufe zu berücksichtigen.
- ▶ Die Qualität von IPE-Lehraktivitäten lebt vom regelmäßigen Austausch der Akteure. Für die Qualitätsentwicklung und die Förderung der IPE-Kompetenzen der Lehrenden und Anleitenden ist die Etablierung regelmäßiger einrichtungsübergreifender Austauschformate wie Qualitätszirkel, „Communities of Practice“ oder „Teaching Clubs“, z. B. unter Federführung von Berufsorganisationen und Fachgesellschaften, zu IPE-Themen zu empfehlen.
- ▶ Bisher national und international verfügbare Daten zu Machbarkeit und Effekten von IPE-Angeboten für die Pflegeausbildung sind in ihrer Aussagekraft limitiert. Die Gründe für diese Einschränkungen liegen in den Evaluationsdesigns (fehlende parallele Kontrollgruppen, kaum Längsschnittstudien), geringen Stichprobengrößen, vorwiegender Messung von Effekten auf selbst eingeschätztes Wissen und auf Einstellungen anstelle z. B. von interprofessionellem Verhalten sowie in fehlenden validen Instrumenten für die robuste Erfassung relevanter Zielgrößen. Künftige Forschungsförderung und Forschungsaktivitäten sollten gezielt diese Limitationen adressieren. In den Bildungseinrichtun-

gen sollte laufend eine formative und summative Evaluation der IPE-Angebote mittels standardisierter und offener Erhebungsformate erfolgen, die auf die besonderen Anforderungen an die Lernziele von IPE ausgerichtet sind. Um diese Evaluation zu unterstützen, enthält die Handreichung Vorschläge für entsprechende Befragungsinstrumente (siehe **III.5: Vorlagen für formative Evaluation von IPE**).

- ▶ Die Evaluation von Lernergebnissen interprofessionellen Lehrens und Lernens steht noch an den Anfängen. Häufig wird das Thema als extracurriculares Angebot betrachtet, ohne Anbindung an reguläre, abschlussrelevante Modul- oder Lernfeldprüfungen, was hinsichtlich der konsequenten Versorgungsziele von interprofessioneller Praxis zu hinterfragen ist. Hinzu kommt ein Mangel an wissenschaftlich evaluierten Instrumenten für entsprechende Prüfungen. Die Ergebnisse des interEdu-Projekts zeigen neben diesbezüglichem Forschungsbedarf auch erste Ansätze auf, wie die Ergebnisse interprofessioneller Lehr- und Lernangebote überprüft werden können (siehe **III.1: Instrumente und Methoden zur Ergebnissicherung**).
- ▶ Eine erfolgreiche Umsetzung von IPE in der Pflegeausbildung gelingt nur, wenn IPE in der Ausbildung aller patientennahen Gesundheitsberufe einen vergleichbaren Stellenwert einnimmt und die hierfür erforderlichen Ressourcen für all diese Ausbildungsgänge gesichert sind. Harmonisierte verpflichtende Bildungs- und Qualifikationsziele in den berufsgesetzlichen Normen der patientennahen Berufe sowie eine äquivalente Bemessung der hierfür erforderlichen Ressourcenausstattung sind daher unabdingbar.

Wir hoffen, dass unsere Handreichung und die Empfehlungen des Rahmencurriculums Mut machen, indem sie das interprofessionelle Lehren und Lernen als Prozess der Zusammenarbeit verstehen, Möglichkeiten der Umsetzung aufzeigen und dafür Handwerkszeug bereitstellen. In diesem Sinne geben wir die Ergebnisse der intensiven interEdu-Projektarbeit nun in die Hände der Bildungsöffentlichkeit. Wir freuen uns auf Rückmeldungen und würden uns wünschen, mit Interessierten gemeinsam weiter an diesem Thema zu arbeiten – zugunsten einer gelingenden personenzentrierten Versorgungspraxis.

7 LITERATUR

ANDERSON, Lorin W.; KRATHWOHL, David R.: A Taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. Complete edition. 2001

BARR, Hugh; FORD, Jenny; GRAY, Richard; HELME, Marion; HUTCHINGS, Maggie; LOW, Helena; MACHIN, Alison; REEVES, Scott: Interprofessional education guidelines 2017. Centre for the advancement of interprofessional education. 2017. URL: <https://de.scribd.com/document/453535276/CAIPE-2017-Inter-professional-Education-Guidelines-2> (Stand: 04.11.2025)

BARR, Hugh; GRAY, Richard; HELME, Marion; LOW, Helena; REEVES, Scott: Steering the development of interprofessional education. In: Journal of interprofessional care 30 (2016) 5, S. 549–552. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1217686>

BBWF – BUNDESVERBAND FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG e.V.: Was ist Bildung? URL: <https://www.bbwf.de/bildung/was-ist-bildung/> (Stand: 04.11.2025)

BLUTEAU, Patricia; CLOUDER, Lynn; CURETON, Debra: Developing interprofessional education online: An ecological systems theory analysis. In: Journal of Interprofessional Care 31 (2017) 4, S. 420–428. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1307170>

BOMHOF-ROORDINK, Hannah; GÄRTNER, Fania R.; STIGGELBOUT, Anne M.; PIETERSE, Arwen H.: Key components of shared decision making models: a systematic review. In: BMJ open 9 (2019) 12, e031763. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031763>

BOTMA, Yvonne: Consensus on interprofessional facilitator capabilities. In: Journal of Interprofessional Care 33 (2019) 3, S. 277–279

BUSENHART, Cara Ann: Leveling “core competencies for interprofessional collaborative practice” for learners. University of Kansas 2014

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIV (Hrsg.): A national interprofessional competency framework. Vancouver 2010. URL: <https://practiceedportal.health.ubc.ca/a-national-interprofessional-competency-framework/> (Stand: 04.11.2025)

DAMSCHRODER, Laura J.; READRON, Caitlin M.; WIDERQUIST, Marilla A. Opra; LOWERY, Julie: The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. In: Implementation Science 17 (2022), Article number 75. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>

- DARMANN-FINCK, Ingrid: Interaktion im Pflegeunterricht. Begründungslinien einer Interaktionistischen Pflegedidaktik. Frankfurt am Main 2010
- DEPARTMENT OF HEALTH: Creating an interprofessional workforce – an education and training framework for health and social care in England (CIPW). 2007. URL: <https://www.caipe.org/wp-content/uploads/download-files/2025/07/department-of-health-2007-creating-an-interproferssional-work-force-an-education-and-training-framewo.pdf> (Stand: 04.11.2025)
- DQR/Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (2013). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. URL: https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 08.04.2025)
- ERTL-SCHMUCK, Roswitha; HÄNEL, Jonas: Theorien und Modelle der Pflegedidaktik – Eine Einführung. 2. Auflage. Weinheim 2021
- FACHKOMMISSION NACH § 53 PflBG. Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. 2., überarbeitete Auflage. Bonn 2020. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560> (Stand: 11.02.2025)
- FARRELL, Timothy W; LUPTAK, Marilyn K.; SUPIANO, Katherine P.; PACALA, James T.; DE LISSER, Rosalind: State of the science: Interprofessional approaches to aging, dementia, and mental health. In: Journal of the American Geriatrics Society 66 (2018), S. 40–47. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.15309>
- FELDTUSEN, Caroline; FORSGREN, Emma; WALLSTRÖM, Sara; ANDERSSON, Viktor; LÖFQVIST, Noah; SAWATZKY, Richard; ÖHLÉN, Joakim; UNG, Eva J.: Centredness in health care: A systematic overview of reviews. In: Health expectations 25 (2022) 3, S. 885–901. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.13461>
- FESL, Susanne: Der Dritte Lernort/Lernbereich Training und Transfer. In: FESL, Susanne; AUBÖCK, Ulrike (Hrsg.): (K)Ein Dritter Lernort – Erfahrungen, Best Practice Beispiele und aktuelle Befunde aus Österreich. Nidda 2018, S. 29–45
- FRANTZ, Jose M.; RHODA, Anthea J.: Implementing interprofessional education and practice: Lessons from a resource-constrained university. In: Journal of interprofessional care 31 (2017) 2, S. 180–183. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1261097>
- FREEMAN, Sarah; WRIGHT, Anna; LINDQVIST, Susanne: Facilitator training for educators involved in interprofessional learning. In: Journal of Interprofessional Care 24 (2010) 4, S. 375–385. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820903373202>

GESETZ ÜBER DIE PFLEGEBERUFE (Pflegerberufegesetz – PflBG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/> (Stand: 11.02.2025)

GREB, Ulrike: Fachdidaktische Reflexionen. Das Strukturgitter Fachdidaktik Pflege. In: GREB, Ulrike (Hrsg.): Lernfelder fachdidaktisch interpretieren. Frankfurt am Main 2005, S. 45–92

GRÖBLINGHOFF, Florian: Lernergebnisse praktisch formulieren. Nexus impulse für die Praxis 2 (2015). Hrsg. von der Deutschen Rektorenkonferenz. URL: https://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/Lernergebnisse_praktisch_formulieren_01.pdf (Stand: 11.02.2025)

HAMANN, Erika; STÖCKER, Gertrud; STOLZ, Karl-Heinz; WINTER, Claudia; ZINK, Christina: Pflegeausbildung vernetzend gestalten – ein Garant für Versorgungsqualität. Hrsg. vom Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR). Berlin 2017. URL: <https://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2022/02/2017-Broschuere-Pflegeausbildung-vernetzend-gestalten.pdf> (Stand: 11.02.2025)

HANDGRAAF, Marietta; DIETERICH, Sven; GRÜNEBERG, Christian: Interprofessionelles Lehren, Lernen und Handeln – strukturelle und didaktische Herausforderungen. In: International Journal of Health Professions 3 (2016) 1, S.47–56 DOI: <https://doi.org/10.1515/ijhp-2016-0005>

HEALTH PROFESSIONS ACCREDITORS COLLABORATIVE: Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions. Chicago 2019. URL: <https://healthprofessionsaccreditors.org/wp-content/uploads/2019/02/HPACGuidance02-01-19.pdf> (Stand: 11.02.2025)

HERATH, Chulani; ZHOU, Yangfeng; GAN, Yong; NAKANDAWIRE, Naomi; GONG, Yang-hong; LU, Zuxun: A comparative study of interprofessional education in global health care: A systematic review. In: Medicine 96 (2017) 38, e7336. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000007336>

HERRERA, Erika L. W.; ABLES, Adrienne Z.; MARTIN, Christopher H.; OCHS, Scott D.: Development and implementation of an interprofessional education certificate program in a community-based osteopathic medical school. In: Journal of Interprofessional Education & Practice 14 (2019), S. 30–38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.11.002>

HOFFMANN, Tammy C.; MONTORI, Victor M.; DEL MAR, Chris: The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA 312 (2014) 13, S. 1295–1296. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.10186>

IGL, Gerhard: Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). und Prüfungsverordnung (PflAPrV). Pflegeberufeausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Praxiskommentar. 3. Auflage. Heidelberg 2021

IMPP – INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE UND PHARMAZEUTISCHE PRÜFUNGSFRAGEN; ROBERT BOSCH STIFTUNG: Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln. Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten. Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation. Mainz 2019. URL: https://www.impp.de/files/PDF/RBS_Berichte/Berufs%C3%BCbergreifend%20Denken%20Interprofessionell%20Handeln.pdf (Stand: 11.02.2025)

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE (IPEC): Core competencies for interprofessional collaborative practice. 2016 update. Washington 2016. URL: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf> (Stand: 11.02.2025)

JÜRGENSEN, Anke; SAUL, Surya: Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule. Bonn 2021. URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17389> (Stand: 11.02.2025)

KAAP-FRÖHLICH, Sylvia; ULRICH, Gert; WERSHOFEN, Birgit; AHLES, Jonathan; BEHREND, Ronja; HANDGRAAF, Marietta; HERINEK, Doreen; MITZKAT, Anika; OBERHAUSER, Heidi; SCHERER, Theresa; SCHLICKE, Andrea; STRAUB, Christine; WAURY EICHLER, Regina; WESSELBORG, Bärbel; WITTI, Matthias; HUBER, Marion; BODE, Sebastin F. N.: Position paper of the GMA Committee Interprofessional Education in the Health Professions – current status and outlook. In: GMS journal for medical education, 39 (2022) 2, Doc 17. DOI: <https://doi.org/10.3205/zma001538>

KÄLBLE, Karl; BORGETTO, Bernhard: Soziologie der Berufe und Interprofessionalität im Gesundheitswesen. In: RICHTER, Matthias; HURRELMANN, Klaus (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden 2016. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-42103-8_25

KIRKPATRICK, Jim; KAYSER KIRKPATRICK, Wendy: An introduction to the new world Kirkpatrick Model. Newnan, GA 2022. URL: <https://www.kirkpatrickpartners.com/wp-content/uploads/2021/11/Introduction-to-The-New-World-Kirkpatrick%C2%AE-Model.pdf> (Stand: 11.02.2025)

KLAFKI, Wolfgang: Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. 5. Auflage. Weinheim, Basel 1996

KRELL, Johannes; DIETRICH, Christopher; SCHIRMER, Henry; ZEHEMISCH, Lisa: „Zimmer 101 ist noch zu schwierig für das erste Ausbildungsjahr.“ Eine kritische Betrachtung der Ausführungen zur Komplexitätssteigerung in den generalistischen Rahmenlehrplänen. In: BRÜHE, Roland; von GAHLEN-HOOPS, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Pflegedidaktik I. Pflegedidaktisch Handeln. Bielefeld 2024, S. 23–38

KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK): Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse. 2017. URL: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2017/2017_02_16-Qualifikationsrahmen.pdf (Stand: 11.02.2025)

LATOS, Benedikt A.; HARLACHER, Markus; EL-MAHGARY, Mochtar; GÖTZELMANN, Daniela; PRZYBYSZ, Philipp; MÜTZE-NEUWÖHNER, Susanne; SCHLICK, Christopher M.: Komplexität in Arbeitssystemen: Analyse und Ordnung von Beschreibungsansätzen aus unterschiedlichen Disziplinen. In: GESELLSCHAFT FÜR ARBEITSWISSENSCHAFT e.V., (Hrsg.): Soziotechnische Gestaltung des digitalen Wandels – kreativ, innovativ, sinnhaft. Bericht zum 63. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft 15.–17. Februar 2017, FHNW Brugg-Windisch, Schweiz – Beitrag C.3.132017. URL: <https://publications.rwth-aachen.de/record/689190/files/689190.pdf> (Stand: 07.02.2025)

LÖWENSTEIN, Mechthild: Wege in die generalistische Pflegeausbildung. Gestalten, entwickeln, vorangehen. Berlin 2022

MADDOCK, Bronwyn; KUMAR, Arunaz; KENT, Fiona: Creating a collaborative care curriculum framework. In: The clinical teacher 16 (2019) 2, S. 120–124. DOI: <https://doi.org/10.1111/tct.12796>

MAURER, Markus: Der dritte Lernort. Möglichkeiten und Grenzen der Lernortkooperation in der überbetrieblichen Ausbildung. In: Transfer. Berufsbildung in Forschung und Praxis 1 (2022). URL: <https://edudoc.ch/record/225582> (Stand: 11.02.2025)

MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG: Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. Version 2.0 (2022). URL: <https://nkln.de/zend/menu> (Stand: 11.02.2025)

OLENICK, Maria; FOOTE, Edward; VANSTON, Patricia; SZAREK, John; VASKALIS, Zachary; DIMATTIO, Mary Jane; SMEGO JR., Raymond A.: A regional model of interprofessional education. In: Advances in medical education and practice 2 (2011), S. 17–23. DOI: <https://doi.org/10.2147/AMEPS13206>

PASCUCCI, Domenico; SASSANO, Michele; NURCHIS, Mario Cesare; CICCONE, Michela; ACAMPORA, Anna; PARK, Daejun; MORANO, Carmen; DAMIANI, Gianfranco: Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: Findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. In: Health policy 125 (2021) 2, S. 191–202. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.006>

REEVES, Scott; PELONE, Ferruccio; HARRISON, Reema; GOLDMAN, Joanne; ZWARENSTEIN, Merrick: Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. The Cochrane database of systematic reviews 2017, 6, Art. CD000072. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

- ROGERS, Gary D.; THISTLETHWAITE, Jill E.; ANDERSON, Elizabeth S.; ABRANDT DAHLGREN, Madeleine; GRYMOPRE, Ruby E.; MORAN, Monica; SAMARASEKERA, Dujeepea D.: International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. In: Medical teacher 39 (2017) 4, S. 347–359. DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1270441>
- SANFORD, Natalie; LAVELLE, Mary; MARKIEWICZ, Ola; REEDY, Gabriel; RAFFERTY, Dame Anne Marie; DARZI, Lord Ara; ANDERSON, Janet E.: Decoding healthcare teamwork: a typology of hospital teams. In: Journal of Interprofessional Care 38(2024) 4, S. 602–611. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2343835>
- SCHOLL, Isabell; ZILL, Jödis M.; HÄRTER, Martin; DIRMAIER, Jörg: An integrative model of patient-centeredness – A systematic review and concept analysis. In: PloS one 9 (2014) 9, e107828. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- SKIVINGTON, Kathryn; MATTHEWS, Lynsay; SIMPSON, Sharon Anne; CRAIG, Peter; BAIRD, Janis; BLAZEY, Jane M.; BOYD, Kathleen Anne; CRAIG, Neil; FRENCH, David P.; MCINTOSH, Emma; PETTICREW, Mark; RYCROFT-MALONE, Jo; WHITE, Martin; MOORE, Laurence: A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. In: BMJ 2021, 374, n2061. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- STECKELBERG Anke; SIEBOLDS Markus; LÜHMANN Dagmar; WEBERSCHOCK Tobias; STRAMETZ Reinhard; WEINGART, Olaf; ALBRECHT Martina; BRAUN Cordula; BALZER Katrin; FACHBEREICH EbM IN AUS- WEITER- UND FORTBILDUNG, DEUTSCHES NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN: Kerncurriculum Basismodul. Evidenzbasierte Entscheidungsfindung. Berlin 2017. URL: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/ebm-kerncurriculum.pdf/view> (Stand: 11.02.2025)
- STERN, Fedor: Die Debatte als Methode in der Hochschuldidaktik. In: Pädagogische Rundschau, 72 (2018) 6, S. 739–754. URL: <https://www.fachportal-paedagogik.de/literatur/vollanzeige.html?Fid=3326699> (Stand: 11.02.2025)
- UMBESCHIEDT, Rocco: Implementierung eines Dritten Lernortes – Pionierarbeiten beim Aufbau des Dritten Lernorts. In: FESL, Susanne; AUBÖCK, Ulrike (Hrsg.): (K)Ein Dritter Lernort – Erfahrungen, Best Practice Beispiele und aktuelle Befunde aus Österreich. Nidda 2018, S. 46–49
- WIENAND, Edith: Berufssoziologische Begriffsbestimmungen. In: WIENAND, Edith: Public Relations als Beruf. Kritische Analyse eines aufstrebenden Kommunikationsberufes. Wiesbaden 2002, S. 33–80
- WILHELMSSON, Margaretha: Developing interprofessional competence: Theoretical and empirical contributions. Linköping 2011

WISSENSCHAFTSRAT: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drs. 2411–12). Köln 2012. URL: https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (Stand: 11.02.2025)

WISSENSCHAFTSRAT (Hrsg.): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe: Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen (Drs. 1548-23). Köln 2023. DOI: <https://doi.org/10.57674/6exf-am35>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION: Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva 2010. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice> (Stand: 11.02.2025)

ZEENI, Nadine; ZEENNY, Rony; HASBINI-DANAWI, Tala; ASMAR, Nadia; BASSIL, Maya; NASSER, Soumana; MILANE, Aline; FARRA, Anna; HABRE, Maha; KHAZEN, Georges; HOFFART, Nancy: Student perceptions towards interprofessional education: Findings from a longitudinal study based in a Middle Eastern university. In: Journal of interprofessional care 30 (2016) 2, S. 165–174. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1117060>

ANHANG

I Mitglieder des Expertenbeirats/ Teilnehmende am Expertenworkshop

In **Tabelle 19** werden die Mitglieder des Expertenbeirats für das Projekt interEdu sowie die Teilnehmenden am Expertenworkshop am 3. Februar 2023 aufgeführt. Mit der Spalte „Perspektive“ wird skizziert, welche verschiedenen Blickwinkel auf das Thema IPE durch die Gruppe der Expertinnen und Experten repräsentiert wurde.

Tabelle 19: Mitglieder des Expertenbeirats/Teilnehmende am Expertenworkshop

Name, Titel	Institution	Experten- beirat	Teilnehmende des Experten- workshops	Perspektive
Barber, Jelva	Gesundheits- und Bildungs- zentrum (GBZ) Rendsburg (vorher: imland Bildungszen- trum)		X	Lernende (Pflegeschule)
Becker, Andrea	Schule für Physiotherapie am Klinikum Itzehoe	X	X	Lehrende, Schulleitung
Behrend, Ronja, Dr.	Charité – Universitätsmedizin Berlin		X	Koordinatorin interpro- fessionelle Ausbildung
Bluteau, Patricia, Dr.	Coventry University, School of Nursing, Midwifery and Health	X		Vorstandsmitglied im Centre for the Advance- ment of Interprofession- al Education (CAIPE)
Brodowski, Hanna, Dr.	Universität zu Lübeck, Stu- diengang Physiotherapie		X	Lehrende, wissenschaft- liche Mitarbeiterin
Cassier-Woidasky, Anne- Kathrin, Prof. Dr.	Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes	X	X	Lehrende, Professorin für Pflegewissenschaft
Dörre, Veronika	Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V.	X	X	Koordinatorin Außen- stelle Lübeck
Flägel, Kristina, Dr. med.	Universität zu Lübeck, Institut für Allgemeinmedizin	X	X	Lehrende, wissenschaft- liche Mitarbeiterin
Härlein, Jürgen, Prof. Dr.	Evangelische Hochschule Nürnberg, Studiengang Pfl- gewissenschaft	X	X	Lehrender, Studien- gangsleiter
Kienitz, Tanja	Bundesinstitut für Berufs- bildung		X	Pflegebildungsfor- schung
Knudsen, Nicole	wir pflegen! Interessenvertre- tung und Selbsthilfe pflegen- der Angehöriger In Schleswig- Holstein e. V.	X	X	Vorstandsmitglied
Kopkow, Christian, Prof. Dr.	Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senften- berg	X	X	Lehrender, Studien- gangskoordinator Pflege- und Therapie- wissenschaften
Lehmann, Yvonne	Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe		X	Mitarbeiterin, Bereich Curriculare Entwicklung

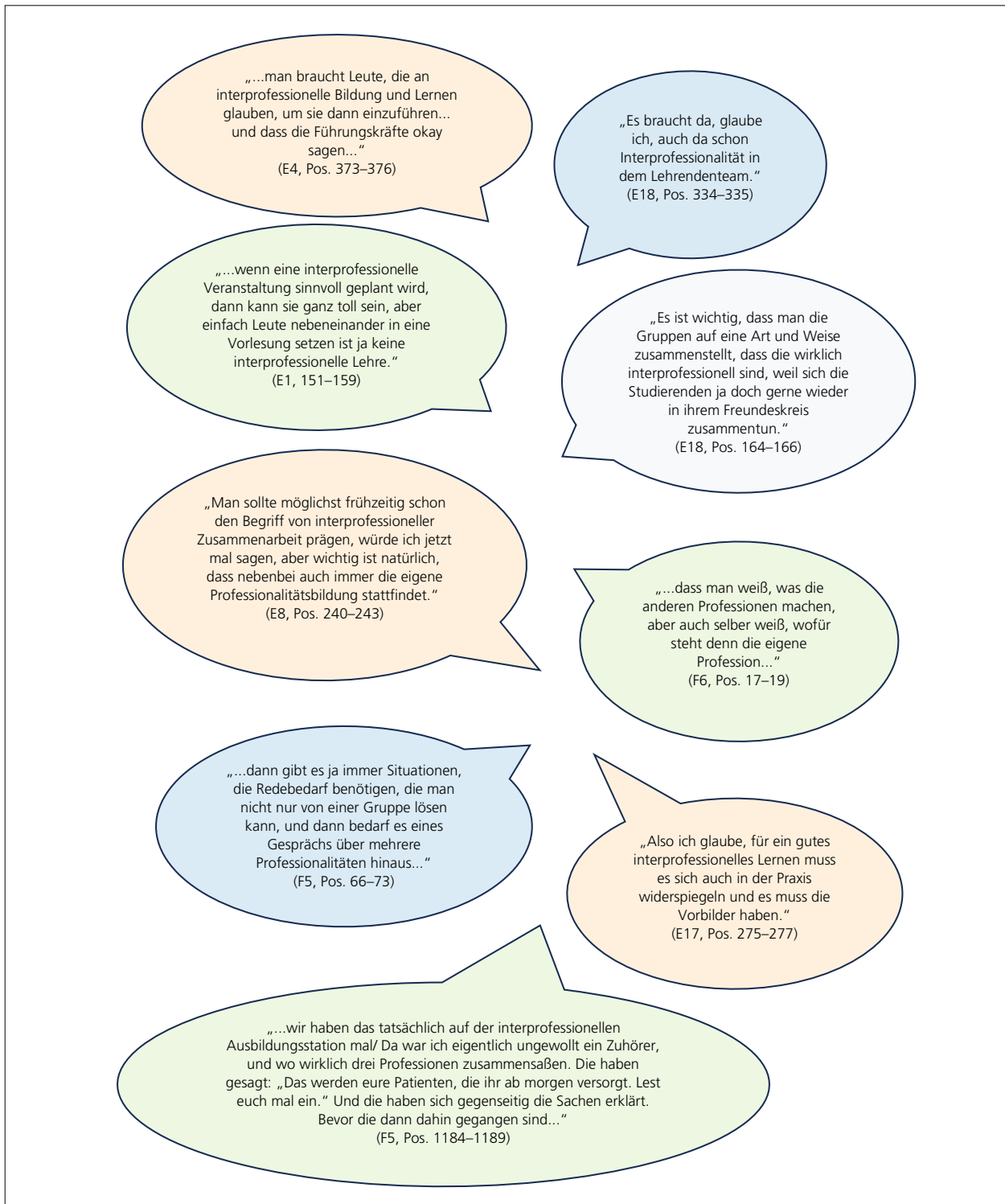
Name, Titel	Institution	Experten- beirat	Teilnehmende des Experten- workshops	Perspektive
Lindqvist, Susanne, PhD	University of East Anglia, Professorin für Interprofessional Practice	X		Mitglied im Leitungsteam des Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE)
Messer, Melanie, Prof. Dr.	Universität Trier, Institut für Pflegewissenschaft	X	X	Lehrende, Professorin für Pflegewissenschaft
Minow, Annemarie, Dr.	Universität zu Lübeck, Studiengang Humanmedizin	X	X	Lehrende, wissenschaftliche Mitarbeiterin
Nidrich, Kendra	Gesundheits- und Bildungszentrum (GBZ) Rendsburg (vorher: imland Bildungszentrum)		X	Lernende (Pflegeschule)
Noftz, Maria Raili, Dr.	Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin		X	Lehrende, wissenschaftliche Mitarbeiterin
Panfil, Eva-Maria, Dr.	Universitätsspital Basel	X	X	Praxisentwicklung/Pflegeforschung
Polster, Ingrid	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel	X	X	Ausbildungskordinatorin
Probst, Michael	Bildungszentrum Regio Kliniken GmbH, Elmshorn		X	Lehrender (Pflegeschule)
Rathey-Pötzke, Beatrice	IBAF Logopädieschule am UKSH gGmbH, Kiel	X	X	Lehrende, Schulleitung
Redinger, Geertje	Johann Hermann Lubinus-schule für Physiotherapie, Kiel	X	X	Lehrende
Richter, Jessica	Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe		X	Lehrende, stellvertretende Schulleitung
Röse, Katharina, Prof. Dr.	Universität zu Lübeck, Studiengang Ergotherapie	X	X	Lehrende, Professorin für Ergotherapie
Saul, Surya	Bundesinstitut für Berufsbildung		X	Pflegebildungs-forschung
Schimböck, Florian	Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg	X	X	Lehrender, wissenschaftlicher Mitarbeiter
Schulz, Max	Norddeutsches Zentrum zu Weiterentwicklung der Pflege, Kiel	X	X	Geschäftsführer

Name, Titel	Institution	Experten- beirat	Teilnehmende des Experten- workshops	Perspektive
Ulrich, Gert, Dr.	Careum Stiftung, Zürich	X	X	Projektleiter interpro- fessionelle Ausbildungs- station
Villalobos, Matthias, Dr.	Universitätsklinikum Heidel- berg, Humanmedizin	X	X	Lehrender, Lehrkoordi- nator
Vogel, Marlen	Netzwerk Pflegeausbildung Schleswig-Holstein	X	X	Koordinatorin im Netz- werk
Wulf, Laura	AWO Ortsverein Preetz e. V.		X	Lernende (Pflegeschule)

II Prägnante Zitate aus den qualitativen Interviews der Konzeptionsphase

Abbildung 4 stellt einige Originalzitate aus Interviews mit den Expertinnen und Experten exemplarisch vor. Sie werden ergänzt durch Aussagen von Lehrenden und Leitungspersonen aus den Fokusgruppeninterviews. Die Interviews wurden im Rahmen der Konzeptionsphase des Projekts geführt.

Abbildung 4: Prägnante Zitate aus den qualitativen Interviews



III Weiterführende Materialien

III.1 Instrumente und Methoden zur Ergebnissicherung

Tabelle 20: Instrumente und Kriterien für die Methoden zur Ergebnissicherung in den Lehr-Lern-Einheiten der beruflichen Pflegeausbildung

LLE	Methoden der Ergebnissicherung	Bewertungskriterien
1. Ausbildungsdrittel		
LLE1	Wandzeitungen	Die Lernenden ▶ benennen zentrale Elemente von Interprofessionalität in der Gesundheitsversorgung, ▶ verständigen sich im Gruppenprozess darüber, was ihnen als Auszubildende verschiedener Gesundheitsberufe in interprofessionellen Prozessen wichtig ist, ▶ stellen zentrale Elemente der Gesundheitsversorgung im interprofessionellen Team in Textform und/oder bildlich dar, ▶ berücksichtigen Aufgaben und Zuständigkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe, ▶ präsentieren und erläutern die Ergebnisse ihrer Arbeit, ▶ reflektieren den gemeinsamen Bearbeitungsprozess und den persönlichen Erkenntnisgewinn durch die Gruppenarbeit.
LLE 2	Logbuch	Die Lernenden ▶ schildern eine Praxissituation der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen der Mobilisation, ▶ beschreiben ihre Wahrnehmung von interprofessioneller Zusammenarbeit am Beispiel dieser Situation, ▶ beurteilen den Lerngewinn durch die interprofessionelle LLE für diese Situation, ▶ reflektieren, welches berufsgruppenspezifische und welches berufsgruppenübergreifende Wissen für diese Situation relevant ist, ▶ erörtern die Unterschiede in der fachlichen Terminologie der beteiligten Gesundheitsberufe, ▶ reflektieren ihre eigenen Wahrnehmungen und Emotionen in der Situation in Bezug auf Körpernähe/Körperkontakt.
LLE 3	Beobachtungsauftrag (schriftliche Reflexion)	Die Lernenden ▶ beschreiben eine interprofessionelle Kommunikationssituation aus ihrer eigenen Praxis, ▶ reflektieren typische und besondere Merkmale einer interprofessionellen Kommunikationssituation (z. B. alle Professionen können bei Bedarf einen Beitrag leisten, gegenseitiges Zuhören etc.), ▶ bewerten eine interprofessionelle Kommunikationssituationen nach positiven und/oder negativen Aspekten unter Einbezug von Kommunikationstheorien.

LLE	Methoden der Ergebnis-sicherung	Bewertungskriterien
2. Ausbildungsdrittel		
LLE 4	Fragebogen	Die Lernenden ▶ reflektieren ihren persönlichen Prozess der Sensibilisierung für Diversität.
	Fall	▶ erkennen und beschreiben diskriminierende Handlungsmuster und deren mögliche Auswirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit.
LLE 5	Supervision – Beratungssituation im Lernort Praxis	Die Lernenden ▶ gestalten selbstständig ein interprofessionelles Beratungssetting, ▶ benennen spezifische Beratungsbedarfe, ▶ führen eine Beratungssituation unter Einbezug ihrer Kenntnisse über eine interprofessionelle Beratung durch, ▶ wenden eine wertschätzende und patientenzentrierte Kommunikationsstrategie an, ▶ vertreten sicher und kompetent ihre professionsspezifische Expertise.
	Simulation – Beratungssituation am dritten Lernort	Die Lernenden ▶ gestalten selbstständig ein interprofessionelles Beratungssetting, ▶ sprechen spezifische Beratungsbedarfe an, ▶ führen eine Beratungssituation unter Einbezug ihrer Kenntnisse über eine interprofessionelle Beratung durch, ▶ wenden eine wertschätzende und patientenzentrierte Kommunikationsstrategie an, ▶ vertreten sicher und kompetent ihre professionsspezifische Expertise, ▶ erörtern positive und negative Aspekte der Simulationssituation im Team und diskutieren diese, ▶ erarbeiten gemeinsam im interprofessionellen Team Handlungsstrategien einer Beratungssituation unter Einbezug von Kommunikationstheorien.
LLE 6	Gallery Walk	Die Lernenden ▶ stellen Arbeitsergebnisse mit nachvollziehbarer Begründung vor, ▶ überprüfen den eigenen Umgang mit erlebten Fehlern, ▶ visualisieren verschiedene Arten des Umgangs mit Fehlern unter Beachtung möglicher professionsspezifischer Aspekte.
	Bearbeitung von Ergebnissen, Beobachtungsauftrag für die Praxis	Die Lernenden ▶ identifizieren Situationen mit hohem Fehlerpotenzial, ▶ planen gemeinsam präventive Maßnahmen zur Fehlerreduktion, ▶ bewerten die gemeinsame Leistung im Team und geben Teammitgliedern anderer Gesundheitsberufe ein konstruktives Feedback über ihre Teamleistung.

LLE	Methoden der Ergebnissicherung	Bewertungskriterien
	Simulation – Medikationsfehler	Die Lernenden ▶ setzen Gesprächsstrategien im interprofessionellen Team zielführend ein, ▶ kommunizieren effektiv miteinander unter Einbezug der CRM-Leitsätze, ▶ finden gemeinsame Entscheidungen im Zusammenhang mit (potenziellen) Fehlern, ▶ erörtern konstruktiv Fehlersituationen im interprofessionellen Team und zeigen Handlungsoptionen für die zukünftige gemeinsame Arbeit auf.
3. Ausbildungsdrittel		
LLE 7	Reflexion einer ethischen Fallbesprechung	Die Lernenden ▶ identifizieren und benennen das grundlegende Problem eines schwierigen Falles aus ethischer Perspektive, ▶ vollziehen die wesentlichen Argumente der verschiedenen beteiligten Personen (Betroffene und Professionen) an einer ethisch problematischen Entscheidung nach, ▶ beschreiben und reflektieren den Diskussionsverlauf und ggf. Entscheidungsprozess im interprofessionellen Team, ▶ reflektieren ihren eigenen Lerngewinn aus der Beobachtung und Analyse eines Falles.
LLE 8	Zukunftswerkstatt	Die Lernenden ▶ diskutieren gesellschaftliche/berufspolitische Themen unter Einbezug der verschiedenen Perspektiven der beteiligten Professionen, ▶ entwickeln gemeinsam Zukunftsideen im Rahmen eines gesellschaftlichen/berufspolitischen Themas, ▶ präsentieren in der interprofessionellen Gruppe ihre gemeinsamen Arbeitsergebnisse.
LLE 9	Lernposter	Die Lernenden ▶ formulieren eine Fragestellung, deren Erkenntnisgewinn für verschiedene Professionen des Gesundheitswesens relevant ist, ▶ vergleichen wissenschaftliche Literatur verschiedener Gesundheitsprofessionen, ▶ gestalten ein ansprechendes Lernposter, welches wissenschaftliche Kriterien erfüllt.

Tabelle 21: Instrumente und Kriterien für die Methoden zur Ergebnissicherung in den Modulen der hochschulischen Pflegeausbildung

Modul	Methode der Ergebnissicherung	Kompetenzen	Prüfungsvorleistung („Assessment for learning“)	Prüfungsleistung („Assessment of learning“)
1	Interprofessionelles One-Minute-Paper nach jeder Lehrveranstaltung	Die Lernenden ▶ fassen Aufgabenbereiche der unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen, ▶ reflektieren bisherige Erfahrungen mit interprofessioneller Zusammenarbeit vor dem Hintergrund der erarbeiteten Modulinhalte, ▶ beschreiben neue Erkenntnisse und offene Fragen durch interprofessionelle Veranstaltungen.	x	
1	Interprofessionelles Lerntagebuch	Die Lernenden ▶ diskutieren Aufgabenbereiche und Inhalte des Tätigkeitsbereiches anderer Gesundheitsberufe, ▶ reflektieren Zuständigkeiten und Aufgaben der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, ▶ diskutieren Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche zwischen dem eigenen Beruf und anderen Gesundheitsberufen, ▶ entwickeln Ideen, um herausfordernde Situationen im interprofessionellen Team zu lösen.	x	
1	Gemeinsame Dokumentation von Fällen im Skills Training	Die Lernenden ▶ beschreiben relevante Assessmentmethoden zur Erfassung der Versorgungsbedarfe und aktuellen Symptomatiken und leiten Schwerpunkte für die weitere Versorgung ab, ▶ beschreiben Ergebnisse der bisherigen Diagnostik und Therapie (u. a. Pflegediagnosen, medizinische Diagnosen, Pflegeziele, Behandlungsziele) unter Berücksichtigung evidenzbasierter Empfehlungen, ▶ beschreiben die Aufgaben, Rollen und Beiträge der unterschiedlichen Gesundheitsberufe in der Versorgung des/der zu versorgenden Menschen.		x

Modul	Methode der Ergebnis-sicherung	Kompetenzen	Prüfungs-vorleistung („Assess-ment for learning“)	Prüfungs-leistung („Assess-ment of learning“)
2	20-Minuten-Interview mit den an der Versorgung beteiligten unterschiedlichen Professionen nach Shadowing	Die Lernenden ▶ diskutieren Aufgabenfelder und Inhalte des Tätigkeitsbereiches anderer Gesundheitsberufe im Kontext unterschiedlicher praktischer Settings (u. a. ambulante Versorgung/ Praxis, langzeitstationäre/akutstationäre Versorgung), ▶ fassen bedeutsame Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit zusammen, ▶ beschreiben Chancen und Herausforderungen interprofessioneller Zusammenarbeit in unterschiedlichen Settings.	x	
2	Teilnahme an Hospitation	Die Lernenden ▶ lernen diagnostische und therapeutische Interventionen anderer Gesundheitsberufe kennen, ▶ erkennen die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit für die eigene Praxis, ▶ entwickeln ein Verständnis für die Rollen und Aufgaben anderer Professionen, ▶ kommunizieren respektvoll und wertschätzend mit den beteiligten Personen.	x	
2	Durchführung und Dokumentation eines gemeinsamen Anamnese-gesprächs	Die Lernenden ▶ wenden geeignete Kommunikationsstrategien im Kontakt mit zu versorgenden Menschen an, ▶ wählen geeignete Assessmentinstrumente unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Präferenzen sowie der Probleme der zu versorgenden Menschen für das Anamnese-gespräch aus, ▶ reflektieren die unterschiedlichen Perspektiven zu Therapie-/Behandlungszielen im interprofessionellen Team, ▶ entwickeln ein Verständnis für die Aufgabenbereiche der verschiedenen Gesundheitsberufe.	x	

Modul	Methode der Ergebnis-sicherung	Kompetenzen	Prüfungs-vorleistung („Assess-ment for learning“)	Prüfungs-leistung („Assess-ment of learning“)
2	Gruppenpräsentation mit Videos zu herausfordernden Kommunikationssituationen aus der Praxis und möglichen Lösungsansätzen	Die Lernenden ▶ identifizieren herausfordernde Kommunikationssituationen im Umgang mit zu versorgenden Menschen, Bezugspersonen oder im interprofessionellen Team, ▶ analysieren Kommunikationssituationen mit Hilfe geeigneter Kommunikationstheorien, die ihnen aus bisherigen Modulen bekannt sind, ▶ entwickeln Lösungsansätze zur Optimierung von herausfordernden Kommunikationssituation, ▶ diskutieren geeignete Lösungen zur Verbesserung der Kommunikation im interprofessionellen Team auf eine respektvolle und offene Weise.		x
2	Gemeinsame ethische Arbeit an Fällen für Situationen aus der Praxis mit Empfehlungen für einen Versorgungsplan (Postererstellung)	Die Lernenden ▶ beschreiben eine herausfordernde interprofessionelle Situation aus der Praxis unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien, ▶ kontrastieren die unterschiedlichen Argumentationen der verschiedenen beteiligten Personen an der herausfordernden ethischen Situation, ▶ diskutieren mögliche Lösungen der ethisch herausfordernden Situation im interprofessionellen Team.		x
3	Fälle einer Praxissituation mit Entscheidungsfindungsprozess (in Vorbereitung auf die interprofessionelle Zukunftswerkstatt)	Die Lernenden ▶ beschreiben relevante Assessmentergebnisse, ▶ beschreiben bedeutsame Ergebnisse der bisherigen Diagnostik und Therapie (u. a. Pflegediagnosen, medizinische Diagnosen, Pflegeziele, Behandlungsziele), ▶ sind in der Lage, die Handlungsoptionen zur partizipativen Entscheidungsfindung darzulegen, ▶ wenden Prinzipien der evidenzbasierten und personenzentrierten Pflege bei Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen in Entscheidungsfindungsprozessen an, ▶ reflektieren die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team während des Entscheidungsfindungsprozesses.	x	

Modul	Methode der Ergebnis-sicherung	Kompetenzen	Prüfungs-vorleistung („Assess-ment for learning“)	Prüfungs-leistung („Assess-ment of learning“)
3	Interprofessionelle münd-liche Gruppenprüfung	Die Lernenden ▶ beschreiben die Rollen und Aufgaben der beteiligten Professionen im partizipativen Entscheidungsprozess, ▶ reflektieren Gemeinsamkeiten und Unter-schiede zwischen verschiedenen Formen der Entscheidungsfindung und der jeweiligen Rollen der Gesundheitsberufe, ▶ entwickeln Strategien für eine partizipative Entscheidungsfindung im interprofessio-nellen Team für eine personenzentrierte Versorgung.		x
3	Interprofessionelles Uto-pia zur Gestaltung der partizipativen Entschei-dungsfindung (inklusive Literaturrecherche, kriti-scher Bewertung von Stu-dien/Übersichtsarbeiten, Datenanalyse/-synthese)	Die Lernenden ▶ beschreiben Idealsituationen der inter-professionellen Zusammenarbeit für eine partizipative Entscheidungsfindung, ▶ leiten Strategien für eine optimierte par-tizipative Entscheidungsfindung mit dem interprofessionellen Team ab, ▶ identifizieren relevante Kontextfaktoren zur Optimierung der partizipativen Entschei-dungsfindung, ▶ sind in der Lage, respektvoll, offen und fair miteinander zu kommunizieren und lösungs-orientiert miteinander zu kooperieren.		x

III.2 Literaturempfehlungen zu Methoden interprofessioneller Lehre

Die nachfolgende Liste bietet zusätzliche Literaturempfehlungen, die sich auf Lehr-Lern-Methoden in den Modulen und Lehr-Lern-Einheiten. Die Sammlung stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und darf sehr gerne um weitere Literatur ergänzt werden.

BRASSLER, Mirjam: Praxishandbuch: Interdisziplinäres Lehren und Lernen – 50 Methoden für die Hochschullehre. Weinheim, Basel 2020

DAHMEN, Uta; SCHULZE, Christine; SCHINDLER, Claudia; WICK, Katharina; SCHWARTZE, Dominique; VEIT, Andrea; SMOLENSKI, Ulrich: Empfehlungen zur Implementierung eines neuen Lehrkonzepts in der Interprofessionellen Ausbildung – Lernen durch die videobasierte Selbstreflexion im Setting der konstruktivistischen Lerntheorie. In: GMS Journal for medical education 33 (2016) 2, Doc. 33. URL: <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2016-33/zma001032.shtml> (Stand: 11.02.2025)

FORSTER, Alexander: Eine sinnvolle Struktur für die Visite. In: FORSTER, Alexander: Visite! – Kommunikation auf Augenhöhe im interdisziplinären Team. Berlin, Heidelberg 2017, S. 127–172. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-53699-5_5 (Stand: 11.02.2025)

KEIL, Stephanie; ABLER, Michael; STOCKER, Ilona; KNERR, Marianne; WITTI, Matthias; WERSHOFEN, Birgit: Vom IHR zum WIR – Gemeinsames Lernen interprofessioneller Skills. In: Padua 16 (2021) 2, S. 94–99. DOI: <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000606>

KERRES, Andrea; WISSING, Christiane; LÜFTL, Katharina: Interprofessionelles Lernen im Gesundheitswesen: Unterricht entwickeln und gestalten. Stuttgart 2022

KERRES, Andrea; WISSING, Christiane; WERSHOFEN, Birgit: Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen. Intra- und interprofessionelle Lehrformate. Berlin 2021

KÖRNER, Mirjam; HALLER, Julia; BECKER, Sonja: Kommunikation im medizinischen Team. In: DEINZER, Renate; von den KNESEBECK, Olaf (Hrsg.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin 2020. DOI: <https://doi.org/10.5680/olmps000042>

MAKRI, Agoritsa; VLACHOPOULOS, Dimitros; MARTINA, Richard A.: Digital escape rooms as innovative pedagogical tools in education: A systematic literature review. Sustainability 13 (2021) 8, 4587. DOI: <https://doi.org/10.3390/su13084587>

MORRIS, Julia: Escape Rooms im Unterricht – Tipps für Lehrer in der Schule. URL: <https://sites.google.com/view/escape-room-im-unterricht/home> (Stand: 11.02.2025)

SCHOOL BREAK: ESCAPE ROOMS im Unterricht verwenden. School Break Handbuch 1.

URL: http://www.school-break.eu/wp-content/uploads/2020/03/SB_Handbuch_1_eERs_im_Unterricht.pdf (Stand: 11.02.2025)

PRESCHER, Thomas; WEIMANN-SANDIG, Nina; WIESNER, Christian: „Inter“ und „professionell“ gemeinsam organisieren. Pflegezeitschrift, 72 (2022) 1–2, S. 42–45

STEINACKER, Anna C.; KREISS, Victoria; HERCHET, Daniela: Simulationsszenarien für Aus- und Weiterbildung in der Pflege. Berlin 2022

VELDKAMP, Alice; VAN DE GRINT, Liesbeth KNIPPELS, Marie-Christine P. J.; VAN JOOLINGEN, Wouter R.: Escape education: A systematic review on escape rooms in education. In: Educational Research Review 31 (2020) 100364. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2020.100364>

WANG, Jun; GUO, Jie; WANG, Yubin; YAN, Dan; LIU, Juan; ZHANG, Yinghong; Hu, Xianmin: Use of profession-role exchange in an interprofessional student team-based community health service-learning experience. In: BMC Medical Education 20 (2020) Article number 212. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02127-z>

WERSHOFEN, Birgit; FISCHER, Martin R.: Miteinander, voneinander und übereinander lernen. BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 46 (2017) 1, S. 22–25. URL: <https://d-nb.info/1124480781/34#page=22> (Stand: 11.02.2025)

III.3 Simulationsszenario zum Thema Mobilisation

Thema: Mobilisation	
Curriculare Einbindung	LLE 2
Setting	Akutpflege
Zu versorgender Mensch	Technischer Simulator oder Simulationsperson
Instruktor/-in	Lehrperson und Anleitungspersonen

Kompetenzen
Die Lernenden ▶ organisieren die Mobilisation interprofessionell unter Beachtung der individuellen Situation des zu versorgenden Menschen, ▶ binden andere Professionen zielführend ein, ▶ setzen Kommunikationsstrategien zielführend ein.

Zu versorgender Mensch	Frau Birgit Backhaus, 64 Jahre, weiblich, 1,68 m, 65 kg
Soziodemografischer Hintergrund	
Frau Backhaus lebt mit ihrem Ehemann in einem Reihenhaushaus. Ihr Sohn hat eine eigene Familie und lebt im gleichen Ort. Frau Backhaus hat ein Enkelkind, mit welchem sie viel Zeit verbringt. Beruflich ist sie als Verkäuferin in einem Supermarkt tätig. Das Ein- und Ausräumen von Waren ist inzwischen sehr anstrengend für sie, da sie unter einer Coxarthrose leidet. Die Schmerzen und Bewegungseinschränkung belasten sie auch sehr im Privatleben, da sie im Haushalt und im Garten auf Hilfe angewiesen ist. Ihr Ehemann bietet eine wichtige Unterstützung. Zudem freut sie sich immer sehr über die gemeinsame Zeit mit ihrem Enkel Christian, mit dem sie oft draußen im Garten spielt. Auch dies ist seit der fortschreitenden Hüftarthrose nur noch bedingt möglich. Frau Backhaus ist eine ruhige Person. Sie möchte niemandem zur Last fallen, wie sie sagt.	
Situationsbeschreibung	
Frau Backhaus wurde vor zwei Tagen zur geplanten Hüft-TEP rechts stationär aufgenommen. Sie ist wach und zu allen Qualitäten orientiert. Frau Backhaus wurde gestern operiert. Postoperativ äußerte sie am OP-Tag starke Schmerzen. Zusätzlich war Frau Backhaus übel. Daher wurde die Mobilisation am Abend abgebrochen. Am heutigen Tag geht es ihr schon besser. Am Vormittag gab sie allerdings noch Schmerzen (6 auf der Numerischen Rating Skala) an. Daraufhin erhielt sie 1 g Paracetamol als Kurzinfusion neben der bestehenden analgetischen Therapie. Im Spätdienst soll Frau Backhaus erneut auf die Bettkante mobilisiert werden. Ein Physiotherapeut/eine Physiotherapeutin ist gerade auf der Station. Da Frau Backhaus gestern noch sehr eingeschränkt war, wird beschlossen, dass eine Pflegefachperson und ein Physiotherapeut/eine Physiotherapeutin Frau Backhaus gemeinsam mobilisieren.	

Material	Präparation*	Vorbereitet*
Blasenverweilkatheter		
Periphere Venenverweilkanüle		
Verbandmaterial		
Foto Bezugspersonen/ Karte/Bild Enkel		
Cool Pack		
Handtuch		
Schmerzskala		
Schmerzmedikation (Tabletten)		

*von der Bildungseinrichtung auszufüllen

Szenarioverlauf

Simulator/Simulationsperson

Inhalt	Erwartungshorizont	Defizit	Reaktion Simulator/ Simulationsperson
Begrüßung und Erklärung Procedure Mobilisation	▶ Vorstellung ▶ Kollege/Kollegin ▶ Planung Mobilisation kommunizieren		▶ Begrüßung erwidern ▶ einverstanden ▶ Nachfrage Kontext Schmerzen, leicht ängstlich ▶ „Und Sie meinen, heute geht es besser?“
		Kollegin/Kollege wird nicht vorgestellt.	Nachfrage: „Wen haben Sie denn mitgebracht?“
		Plan wird nicht erklärt.	Nachfrage: „Was haben Sie vor?“
Vorbereitung Mobilisation	Beruhigung, Erklärung Ablauf		„Heute klappt das sicher besser als gestern.“
		Vorhaben wird nicht erklärt.	„Was passiert jetzt?“
	RR-Messung		120/70mmHg
		RR-Messung nicht erfolgt.	„Mir ist schwindelig.“
	optional: Schmerzerfassung, Skala eingesetzt		Schmerzen NRS: 3
Mobilisation Bettkante	fachgerechte Mobilisation		„Aua!“
	Patient/Patientin wird unterstützt.		„Tut das gut.“ „Ich bin so froh, dass es heute besser geht.“
		Patient/Patientin wird wenig unterstützt.	„Ich kann nicht mehr!“
Rücktransfer und Abschluss	fachgerechte Mobilisation		
	▶ Klingel in Reichweite ▶ Verabschiedung ▶ optional: Getränk in Reichweite		„Vielen Dank.“

Life-Saver	Szenario-Saver
Erfahrene Pflegefachperson unterstützt.	Zu versorgender Mensch möchte nicht mobilisiert werden.

Debriefing

Erwartungshorizont:

- ▶ persönliche Vorstellung und die der Physiotherapie
- ▶ gemeinsame fachgerechte Mobilisation
- ▶ gegenseitige Unterstützung
- ▶ Absprache der Aufgabenschwerpunkte
- ▶ Kommunizieren von Grenzen

Debriefingpunkt	Leitfragen
Selbstreflexion	Wie geht es Ihnen? Wie ist es Ihnen ergangen?
Beobachtung	Ich habe gesehen, dass ... - - -
Bewertung	Aus meiner Sicht war das ... Ich habe gelernt, dass ...
Befragung	Warum wurde das operierte Bein wenig/nicht gestützt? Warum wurde nicht bei der Kollegin/dem Kollegen nachgefragt?
Take Home Message	Was wäre eine Alternative gewesen? Wäre es vielleicht besser gewesen, wenn ...

Notizen



Briefing Lernende

Hintergrund	Frau Backhaus lebt mit ihrem Ehemann in einem Reihenhaushaus. Ihr Sohn hat eine eigene Familie und lebt im gleichen Ort. Frau Backhaus hat ein Enkelkind, mit dem sie viel Zeit verbringt. Beruflich ist sie als Verkäuferin in einem Supermarkt tätig. Das Ein- und Ausräumen von Waren ist inzwischen sehr anstrengend für sie, da sie unter einer Coxarthrose leidet. Die Schmerzen und Bewegungseinschränkung belasten sie auch im Privatleben sehr, da sie im Haushalt und im Garten auf Hilfe angewiesen ist. Ihr Ehemann bietet eine wichtige Unterstützung. Zudem freut sie sich immer sehr über die gemeinsame Zeit mit ihrem Enkel Christian, mit dem sie oft draußen im Garten spielt. Auch dies ist seit der fortschreitenden Hüftarthrose nur noch bedingt möglich. Die Einschränkungen und die Abhängigkeit machen Frau Backhaus sehr zu schaffen, da sie ungern auf Hilfe angewiesen ist.
Aktuelle Situation	Frau Backhaus wurde vor zwei Tagen zur geplanten Hüft-TEP rechts stationär aufgenommen. Sie ist wach und zu allen Qualitäten orientiert. Frau Backhaus wurde gestern operiert. Postoperativ äußerte sie am OP-Tag starke Schmerzen. Zusätzlich war Frau Backhaus übel. Daher wurde die Mobilisation am Abend abgebrochen. Am heutigen Tag geht es ihr schon besser. Am Vormittag gab sie allerdings noch Schmerzen (6 auf der NRS) an. Daraufhin erhielt sie 1 g Paracetamol als Kurzinfusion, neben der bestehenden analgetischen Therapie. Sie haben den Spätdienst begonnen und betreuen Frau Backhaus, die erneut auf die Bettkante mobilisiert werden soll. Eine Physiotherapeutin/ein Physiotherapeut ist gerade auf der Station. Da Frau Backhaus gestern noch sehr eingeschränkt war, beschließen Sie, Frau Backhaus gemeinsam zu mobilisieren. Frau Backhaus ist eine ruhige Person. Sie möchte niemandem zur Last fallen, wie sie sagt. Sie erinnern sich, dass sie bei der gestrigen Mobilisation sehr ängstlich wirkte.
Aufgabe	Mobilisieren Sie Frau Backhaus gemeinsam mit der Physiotherapeutin/dem Physiotherapeuten unter Beachtung der gestrigen Operation und ihres aktuellen Befindens auf die Bettkante.

III.4 Simulationsszenario zum Thema Medikationsfehler

Thema: Medikationsfehler	
Curriculare Einbindung	LLE 6, CE 06
Setting	Akutpflege
Zu versorgender Mensch	Technischer Simulator oder Simulationsperson
Instruktor/-in	Lehrperson + Anleitungsperson

Kompetenzen
Die Lernenden ▶ analysieren die Fehlersituation und erfassen die Lage, ▶ tauschen klinische Informationen unter Einbezug von Informationsquellen miteinander aus, ▶ kommunizieren effektiv miteinander unter Einbezug der CRM-Leitsätze, ▶ entwickeln ein Bewusstsein für Unterschiede in der Fachsprache, ▶ finden gemeinsame Entscheidungen, ▶ erörtern die Fehlersituation konstruktiv.

Zu versorgender Mensch	Herr Peters, 41 Jahre, männlich, 1,85 m, 90 kg
Soziodemografischer Hintergrund	
Herr Peters ist Dachdecker und arbeitet in seinem Beruf viel draußen. Bisher war er noch nie im Krankenhaus und ist froh, wenn er bald wieder entlassen werden kann. Er vermisst bereits nach kurzer Zeit seine Ehefrau und seinen Sohn. Sie besuchen ihn zwar, aber da seine Frau auch noch berufstätig ist und ihre Eltern in Haus und Garten unterstützt, sind die Besuche nicht allzu lange möglich.	
Situationsbeschreibung	
Herr Peters ist wegen starker Dyspnoe aufgenommen worden. Es zeigte sich im Röntgenbild eine atypische Pneumonie, die nun behandelt wird. Dafür erhält er neben Inhalationen unter anderem intravenös ein Antibiotikum. Die anfängliche Orthopnoe hat sich inzwischen so weit stabilisiert, dass er jetzt nur noch unter Belastung Dyspnoe verspürt. Die Atmung ist jedoch noch brodelnd. Eine Pflegefachperson (PFP) und eine Ärztin/ein Arzt haben soeben den Dienst begonnen und die Übergabe monoprofessionell erhalten. Unter anderem erhielten sie die Information, dass Herr Peters soeben das angeordnete Antibiotikum Cefuroxim intravenös erhalten hat (Information für Instruktor: Auf der Flasche steht Ampicillin). Die Mitarbeitenden der vorherigen Schicht sind nicht mehr vor Ort. Kurz nach Beginn Ihres Rundgangs meldet sich Herr Peters per Klingelruf. Als die PFP das Zimmer betritt, äußert Herr Peters Unwohlsein. Ihm ist übel und er gibt Dyspnoe und Juckreiz an.	

Material	Präparation*	vorbereitet*
Periphere Venenverweilkanüle		
Material für Inhalation		
Foto Bezugspersonen		
Infusionsflasche + Besteck	Medikamentenaufkleber Ampicillin	
Decken und Kissen		

* von der Bildungseinrichtung auszufüllen

Szenarioverlauf

Simulator/Simulationsperson

Inhalt	Erwartungshorizont	Defizit	Reaktion Simulator/Simulationsperson
Begrüßung und Analyse der Situation	▶ Vorstellung ▶ Unwohlsein hinterfragen		Begrüßung erwidern
		keine Vorstellung	Nachfrage: „Haben Sie gerade Ihren Dienst begonnen?“
		Falsches Antibiotikum wird nicht erkannt.	Hinweis: „Mir geht es so schlecht, seit die Flasche da oben hängt.“
Ärztin/Arzt wird hinzugezogen	Informationsweitergabe durch PFP		
		unzureichende Informationen	Simulator ergänzt/fragt z. B.: „Heute Morgen war erst alles gut.“ „Hat das was mit der Flasche da oben zu tun?“
	Beruhigung, Erklärung zum Geschehen		
		Zu versorgender Mensch wird nicht einbezogen.	„Was ist denn los?“ „Muss ich mir Sorgen machen?“
Lösungsoptionen	Ursachensuche/Infusion kontrolliert		
	Beurteilung der Atmung		
	Erörterung der Situation außerhalb des Patientenzimmers		
Verabschiedung	Erklärung zum weiteren Prozedere/Beruhigung		„Dann bin ich ja beruhigt.“
	▶ Klingel in Reichweite ▶ Verabschiedung ▶ optional: Getränk in Reichweite		„Vielen Dank!“

Life-Saver	Szenario-Saver
Erfahrene Pflegefachperson/Ärztin/Arzt unterstützt.	Patient äußert zudem Dyspnoe, hustet stark.

Debriefing

Erwartungshorizont:

- ▶ persönliche Vorstellungen
- ▶ Erfassung der Situation
- ▶ strukturierte Informationsweitergabe
- ▶ Absprache zum weiteren Vorgehen ohne Schuldzuweisungen

Debriefingpunkt	Leitfragen
Selbstreflexion	Wie geht es Ihnen? Wie ist es Ihnen ergangen?
Beobachtung	Ich habe gesehen, dass ...
Bewertung	Aus meiner Sicht war das ... Ich habe gelernt, dass ...
Befragung	Warum wurden die Aspekte ... nicht genannt? Warum wurde nicht in Erwägung gezogen, dass ...?
Take Home Message	Was wäre eine Alternative gewesen? Wäre es vielleicht besser gewesen, wenn ...

Notizen

Briefing Lernende

Hintergrund	Herr Peters ist 41 Jahre alt und von Beruf Dachdecker. Daher arbeitet er viel draußen. Bisher war er noch nie im Krankenhaus und ist froh, wenn er bald wieder entlassen werden kann. Herr Peters ist körperlich kräftig gebaut und wiegt 90 kg bei einer Größe von 1,85 m. Der aktuelle Krankenhausaufenthalt und seine respiratorischen Einschränkungen machen ihm sehr zu schaffen. Er vermisst bereits nach kurzer Zeit seine Ehefrau und seinen Sohn. Sie besuchen ihn zwar, aber da seine Frau auch noch berufstätig ist und ihre Eltern in Haus und Garten unterstützt, sind die Besuche nicht allzu lange möglich.
Aktuelle Situation	Herr Peters ist wegen starker Dyspnoe aufgenommen worden, und es zeigte sich im Röntgenbild eine atypische Pneumonie, die nun behandelt wird. Dafür erhält er neben Inhalationen unter anderem intravenös ein Antibiotikum. Die anfängliche Orthopnoe hat sich inzwischen so weit stabilisiert, dass er jetzt nur noch unter Belastung Dyspnoe verspürt. Die Atmung ist jedoch noch brodelnd. Sie (Ärztin/Arzt und Pflegefachperson) haben soeben den Dienst begonnen und die Übergabe monoprofessionell erhalten. Dort erhielten Sie die Information, dass Herr Peters soeben das angeordnete Antibiotikum Cefuroxim erhalten hat. Die Mitarbeitenden der vorherigen Schicht sind nicht mehr vor Ort. Kurz nach Beginn Ihres Rundgangs meldet sich Herr Peters per Klingelruf. Als Sie als Pflegefachperson das Zimmer betreten, äußert Herr Peters Unwohlsein. Ihm ist übel und er gibt Dyspnoe und Juckreiz an.
Aufgabe	Analysieren Sie die aktuelle Situation unter Beachtung der Medikationssicherheit. Ziehen Sie dabei auch die ärztliche Kollegin/den ärztlichen Kollegen ein. Neben dem Patientenzimmer steht Ihnen zur Bearbeitung der Aufgabe auch ein Stationszimmer zur Verfügung.

III.5 Vorlagen für formative Evaluation von IPE

Die nachfolgenden Vorlagen enthalten Fragen, die Sie zur Evaluation der im Rahmen von interEdu eingeführten interprofessionellen Lehrveranstaltungen nutzen können. Mit der Lehrevaluation erhalten Lehrende ein systematisches Feedback der Lernenden zu den durchgeführten Lehrveranstaltungen und können diese nutzen, um ihre interprofessionelle Lehre weiterzuentwickeln.

Die Lehrevaluation wird nach Abschluss einer interprofessionellen Lehr-Lern-Einheit bzw. eines interprofessionellen Moduls an die Lernenden verteilt (wahlweise in Papierform oder online) und kann von diesen auf freiwilliger Basis anonym ausgefüllt werden. Die hier zur Verfügung gestellten Vorlagen sollen nur zur Evaluation der interprofessionellen Bestandteile einer/s Lehr-Lern-Einheit/Moduls verwendet werden und beziehen sich nicht auf die restlichen, nicht interprofessionellen Bestandteile einer/s Lehr-Lern-Einheit/Moduls.

Es gibt jeweils eine Vorlage für die Evaluation von Lehrveranstaltungen/Anleitungen am Lernort Pflegeschule/Hochschule, am Lernort Praxis und am dritten Lernort. Die Vorlagen können einrichtungsintern entsprechend den eingeführten interprofessionellen Lehr-Lern-Einheiten/Modulen inhaltlich angepasst werden.

Vorlage 1: Evaluation von Lehre am Lernort Pflegeschule/Hochschule (theoretische Lehrveranstaltungen, z. B. Seminare oder Vorlesungen)

Lehrevaluation der interprofessionellen Lehre in [Bezeichnung der interprofessionellen Lehr-Lern-Einheit/Modul]

0. Informationen zur interprofessionellen Lehrveranstaltung (Vorab auszufüllen durch Lehrende)			
Bezeichnung der interprofessionellen Lehrveranstaltung			
Lehr-Lern-Einheit/Modul, in der/dem die interprofessionelle Lehrveranstaltung stattfindet			
Ausbildungsdrittel	☐ 1. Drittel	☐ 2. Drittel	☐ 3. Drittel
Zusammensetzung der Lernenden in der interprofessionellen Lehrveranstaltung	☐ Monoprofessionell (ausschließlich Pflege) ☐ Interprofessionell, und zwar mit den folgenden Berufsgruppen: ☐ Ergotherapie ☐ Physiotherapie ☐ Hebammenkunde/-wissenschaft ☐ Pharmazie ☐ Humanmedizin ☐ Soziale Arbeit ☐ Logopädie ☐ Management im Gesundheitswesen ☐ Sonstiges, und zwar (bitte nennen): _____		
Lehrformat(e)	☐ Vollständig Präsenz	☐ Vollständig digital	☐ Mix aus Präsenz/digital
☐ Hybrid/Blended Learning			

Liebe Studierende/Liebe Auszubildende,

in den vergangenen Wochen haben Sie interprofessionelle Lehrveranstaltungen im Rahmen Ihrer Pflegeausbildung/Ihres Pflegestudiums besucht. Um einen Überblick über die Qualität der interprofessionellen Lehre zu erhalten, möchten wir Sie zu Ihren Erfahrungen mit der obengenannten interprofessionellen Lehrveranstaltung befragen.

Es werden keine Angaben erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre persönliche Identität zulassen. Ihre Rückmeldungen werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Es ergeben sich daraus keine Konsequenzen oder Nachteile für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

I. Allgemeine Informationen	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
1. Ich habe mich bereits vor der Lehrveranstaltung für das Thema dieser Veranstaltung interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
II. Form, Struktur und Didaktik der Lehrveranstaltung	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
2. Die Lehrveranstaltung war inhaltlich klar strukturiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Die Lehrveranstaltung war gut organisiert (z. B. rechtzeitige Bekanntgabe von Terminen, rechtzeitige Bereitstellung von Informationen und Materialien, Kontaktmöglichkeiten; auch barrierefrei/ inklusiv).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Die Inhalte wurden angemessen veranschaulicht (z. B. durch Beispiele, Visualisierungen, Fallarbeit).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Die zusätzlichen Ressourcen haben beim Erreichen der Lernziele geholfen und waren gut nutzbar (z. B. Ausdrucke, internetbasierte Materialien, Literaturangaben, Mitschnitte, Leitfäden für Praxiseinsätze, Skripte, Selbstlern-Materialien; auch barrierefrei/ inklusiv).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich wurde zur kritischen Auseinandersetzung mit den zu behandelten Inhalten angeregt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Die Lehrenden wirkten in ihren Fachgebieten kompetent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Die Lehrenden vermittelten die Themen in der Lehrveranstaltung in einer klaren und verständlichen Weise.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich hätte mir noch mehr Gelegenheiten zum Austausch mit Lernenden anderer thematisch relevanter Berufsgruppen gewünscht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
III. Umfang und Relevanz									
10. Wie viele Stunden pro Woche wendeten Sie durchschnittlich für diese Veranstaltung während der Vorlesungszeit bzw. des Semesters/Halbjahres/Unterrichtsblocks auf?	Angabe in Stunden: _____h								
11. Wie viele Stunden pro Woche wendeten Sie durchschnittlich für die Vor-/Nachbereitung der interprofessionellen Lehre während des Semesters/Halbjahres/Unterrichtsblocks auf?	Angabe in Stunden: _____h								
12. Auf einer Skala von 0–100 %: Wie viel Prozent der Termine der Lehrveranstaltung haben Sie besucht?	_____ %								
13. Wenn Sie an weniger als 100 % der Termine teilgenommen haben: Welchen Grund hatte Ihre anteilige Teilnahme am Lernangebot (z.B. längere Abwesenheit, Krankheit)?	(Freitext): _____								
14. Die Vermittlung der Inhalte war ...	☐ deutlich zu langsam/unterfordernd								
	☐ etwas zu langsam/unterfordernd								
	☐ angemessen								
	☐ etwas zu schnell/überfordernd								
	☐ deutlich zu schnell/überfordernd								
15. Es wurde deutlich, wofür die Inhalte im weiteren Studium/Ausbildung und/oder meiner Arbeit wichtig sein könnten.	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
16. Die Lehrveranstaltung förderte mein Interesse an der interprofessionellen Zusammenarbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

17 a) Die Lehrveranstaltung förderte die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Präferenzen von zu versorgenden Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 b) Zu versorgende Menschen oder deren Vertretung wurden aktiv in die Lernsituation miteinbezogen und konnten ihre eigenen Perspektiven einbringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Mein persönlicher Arbeitsaufwand für die Lehrveranstaltung war ...	☐ sehr hoch								
	☐ eher hoch								
	☐ angemessen								
	☐ eher niedrig								
	☐ sehr niedrig								
IV. Lernzuwachs in Bezug auf interprofessionelle Kompetenzen (gemessen an Ihren Vorkenntnissen/Fähigkeiten vor Beginn der Lehrveranstaltung)	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu		
19. <i>Rollenverständnis</i> Ich habe ein verbessertes Verständnis für die Rollen, Verantwortungsbereiche und Expertisen anderer thematisch relevanter Gesundheitsberufe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
20. <i>Interprofessionelle Werte</i> Ich konnte die Perspektiven/Ansichten anderer thematisch relevanter Gesundheitsberufe kennenlernen und habe ein verbessertes Verständnis für die gleichwertige Bedeutsamkeit aller Berufsgruppen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
21. <i>Interprofessionelle Kommunikation</i> Ich habe mein Wissen und meine Fähigkeiten hinsichtlich der effektiven und respektvollen Kommunikation mit Kolleginnen/Kollegen anderer Gesundheitsberufe verbessert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
22. <i>Reflexivität</i> Ich kann mein eigenes Handeln hinsichtlich der Bedeutung für die anderen beteiligten Berufsgruppen besser kritisch reflektieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

23 a) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich habe ein verbessertes Verständnis für die Funktionen und Barrieren eines erfolgreichen interprofessionellen Teams.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 b) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich kann meine eigenen beruflichen Aktivitäten im Team besser koordinieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 c) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich kann Entscheidungsfindungsprozesse mit anderen thematisch relevanten Gesundheitsberufen besser gestalten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 d) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich kann besser eine Führungsrolle in interprofessionellen Teams übernehmen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
V. Gesamtbewertung								
24. Wenn es möglich wäre, alles in einer Note zusammenzufassen, dann würde ich der Lehrveranstaltung folgende Gesamtnote geben:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6		
VI. Feedback								
25. Wodurch lernten Sie in dieser Veranstaltung am meisten und/oder was sollte beibehalten werden?	(Freitext oder mündlich im direkten Anschluss an die letzte Lehrveranstaltung)							
26. Was erschwerte Ihr Lernen und/oder welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?	(Freitext oder mündlich im direkten Anschluss an die letzte Lehrveranstaltung)							

Vorlage 2: Evaluation von Lehre am Lernort Praxis (Praxiseinsätze/Anleitungssituationen)

Lehrevaluation der interprofessionellen Lehre im Rahmen des Praxiseinsatzes in [Bezeichnung der interprofessionellen Lehr-Lern-Einheit/Modul]

0. Informationen zum interprofessionellen Praxiseinsatz (Vorab auszufüllen durch Lehrende)			
Bezeichnung des Praxiseinsatzes			
Lehr-Lern-Einheit/Modul, in der/dem der Praxiseinsatz stattfindet			
Ausbildungsdrittel	☐ 1. Drittel	☐ 2. Drittel	☐ 3. Drittel
Zusammensetzung der Lernenden während des Praxiseinsatzes bzw. der Bearbeitung des interprofessionellen Arbeitsauftrages	☐ Monoprofessionell (ausschließlich Pflege) ☐ Interprofessionell, und zwar mit den folgenden Berufsgruppen: ☐ Ergotherapie ☐ Physiotherapie ☐ Hebammenkunde/-wissenschaft ☐ Pharmazie ☐ Humanmedizin ☐ Soziale Arbeit ☐ Logopädie ☐ Management im Gesundheitswesen ☐ Sonstiges, und zwar (bitte nennen): _____		
Lernort Praxis	☐ Praxis (wie üblich)		☐ Interprofessionelle Ausbildungsstation
	☐ Andere besondere Lernumgebung in der Praxis, nämlich: _____		

Liebe Studierende/Liebe Auszubildende,

in den vergangenen Wochen haben Sie einen Praxiseinsatz im Rahmen Ihrer Pflegeausbildung/Ihres Pflegestudiums abgeschlossen. Zudem werden an unserer Pflegeschule/Hochschule aktuell interprofessionelle Lehrinhalte in Ihre theoretische und praktische Ausbildung integriert. Um einen kurzen Überblick über die Qualität der interprofessionellen Inhalte in dem praktischen Ausbildungsanteil zu erhalten, möchten wir Aspekte zu Ihrem Praxiseinsatz gezielt erfragen.

Es werden keine Angaben erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre persönliche Identität zulassen. Ihre Rückmeldungen werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Es ergeben sich daraus keine Konsequenzen oder Nachteile für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

I. Allgemeine Informationen zum Praxiseinsatz	
1. Welchen Praxiseinsatz haben Sie zuletzt absolviert?	1. und 2. Ausbildungsdrittel
	☐ Orientierungseinsatz ☐ Pflichteinsatz 1 (stationäre Akutpflege) ☐ Pflichteinsatz 2 (stationäre Langzeitpflege) ☐ Pflichteinsatz 3 (ambulante Akut-/Langzeitpflege) ☐ Pflichteinsatz pädiatrische Versorgung
	3. Ausbildungsdrittel
	☐ Pflichteinsatz psychiatrische Versorgung ☐ Vertiefungseinsatz ☐ Wahlpflichteinsatz (weitere Einsätze/freie Verteilung)
2. In welchem Setting haben Sie diesen Praxiseinsatz absolviert?	☐ Stationäre Akutpflege ☐ Stationäre Langzeitpflege
	☐ Ambulante Langzeitpflege ☐ Pädiatrie
	☐ Psychiatrie ☐ Sonstiges, nämlich: _____

II. Praxisanleitung		
3. Wurde Ihnen für die Dauer des Praxiseinsatzes eine Anleitungsperson als feste Ansprechperson genannt?	☐ Ja	☐ Nein
4. Bitte schätzen Sie ein, an wie viel Prozent Ihrer Arbeitstage während des Praxiseinsatzes Sie zusammen mit der Ihnen zugeordneten Anleitungsperson gearbeitet haben.	Bitte geben Sie eine Schätzung von 0–100 % an: _____	
5. Wie viele vorab geplante, strukturierte Anleitungssituationen haben Sie während Ihres Praxiseinsatzes erhalten?	Bitte Anzahl angeben: _____	
6. Wie lange dauerte die Anleitung in der Praxis durchschnittlich (inklusive Nachbesprechung)?	Bitte Dauer in Stunden angeben: _____ h	
7. Welche interprofessionellen Themen wurden in den vorab geplanten, strukturierten Anleitungssituationen adressiert?	☐ Rollenverständnis <i>(Verständnis für die Rollen und Verantwortungsbereiche, Werte und Expertise der einzelnen Gesundheitsberufe)</i>	
	☐ Interprofessionelle Werte <i>(Anerkennen, dass die Perspektiven/Ansichten aller Professionen gleichwertig und gleich bedeutsam sind)</i>	
	☐ Interprofessionelle Kommunikation <i>(Effektives und respektvolles Kommunizieren mit Kolleginnen und Kollegen anderer Berufsgruppen)</i>	
	☐ Reflexivität <i>(Regelmäßiges kritisches Reflektieren des eigenen Handelns hinsichtlich der Bedeutung für die anderen beteiligten Berufsgruppen)</i>	
	☐ Interprofessionelle Zusammenarbeit <i>(Fähigkeiten zur konstruktiven Mitwirkung in einem interprofessionellen Team, z. B. Funktionen und Barrieren eines Teams kennen und verstehen, Führung im Team übernehmen, Koordination der eigenen beruflichen Aktivitäten im Team, Entscheidungsfindungsprozesse mit anderen Berufsgruppen gestalten)</i>	
8. Haben Sie eine Anleitung in der Praxis (situativ oder vorab geplant/strukturiert) auch durch Berufsangehörige anderer Berufsgruppen erhalten?	☐ Es wurden keine interprofessionellen Themen in den vorab geplanten, strukturierten Anleitungssituationen adressiert. ☐ Nein ☐ Ja	
9. Wenn ja, von welcher/welchen anderen Berufsgruppe(n) wurden Sie angeleitet und wie häufig? (Mehrfachantwort möglich, Häufigkeit dahinter eintragen)	☐ Ergotherapeutin/ Ergotherapeut: _____ ☐ Hebamme: _____	☐ Logopädin/ Logopäde: _____ ☐ Ärztin/ Arzt: _____ ☐ Physiotherapeutin/ Physiotherapeut: _____ ☐ Andere Berufsgruppe, nämlich: Anzahl: _____

III. Praxisbegleitung			
10. Hat eine Praxisbegleitung stattgefunden?	☐ Ja	☐ Nein, aber war geplant	☐ Nein, war auch nicht geplant
11. Wie lange dauerte die Praxisbegleitung?	_____h (Stunden)		
12. Welchen Charakter hatte die Praxisbegleitung? (Mehrfachantwort möglich)	☐ Anleitungsequenz	☐ Prüfungssimulation	
	☐ Feedbackgespräch	☐ Lernberatung	
	☐ Konfliktgespräch/Konfliktlösung	☐ Unterstützung bei Lernaufgaben	
	☐ Sonstiges, und zwar:		
13. Welche interprofessionellen Themen wurden in der Praxisbegleitung adressiert?	☐ Rollenverständnis (Verständnis für die Rollen und Verantwortungsbereiche, Werte und Expertise der einzelnen Gesundheitsberufe)		
	☐ Interprofessionelle Werte (Anerkennen, dass die Perspektiven/Ansichten aller Professionen gleichwertig und -bedeutsam sind)		
	☐ Interprofessionelle Kommunikation (Effektives und respektvolles Kommunizieren mit Kolleginnen und Kollegen anderer Berufsgruppen)		
	☐ Reflexivität (Regelmäßiges kritisches Reflektieren des eigenen Handelns hinsichtlich der Bedeutung für oder Auswirkung auf die anderen beteiligten Berufsgruppen)		
	☐ Interprofessionelle Zusammenarbeit (Fähigkeiten zur konstruktiven Mitwirkung in einem interprofessionellen Team, z. B. Funktionen und Barrieren eines Teams kennen und verstehen, Führung im Team übernehmen, Koordination der eigenen beruflichen Aktivitäten im Team, Entscheidungsfindungsprozesse mit anderen Berufsgruppen gestalten)		
	☐ Es wurden keine interprofessionellen Themen in der Praxisbegleitung adressiert.		
IV. Arbeitsaufträge			
14. Haben Sie von Ihrer Pflegeschule/Hochschule einen Arbeitsauftrag zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit erhalten?	☐ Ja	☐ Nein	

15. Wenn ja: Haben Sie den <u>interprofessionellen Arbeitsauftrag</u> , den Sie von der Pflegeschule/Hochschule für Ihren Praxiseinsatz erhalten haben, mit Beschäftigten der Station/des Wohnbereichs/des Pflegedienstes besprochen?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, bitte geben Sie an, mit wem Sie diesen besprochen haben (Mehrfachantworten möglich): ☐ Mit der mir zugeordneten Anleitungsperson ☐ Mit anderen Pflegefachpersonen ☐ Mit anderen Beschäftigten, und zwar (Qualifikation bitte nennen): _____					
16. Haben Sie den interprofessionellen Arbeitsauftrag, den Sie von der Pflegeschule/Hochschule für Ihren Praxiseinsatz erhalten haben, mit der Anleitungsperson bzw. mit den Lehrenden der Pflegeschule/Hochschule besprochen?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, bitte geben Sie an, mit wem Sie diesen besprochen haben (Mehrfachantworten möglich): ☐ Mit der mir zugeordneten Anleitungsperson ☐ Mit Lehrenden in meiner Pflegeschule/Hochschule					
17. Haben Sie den Arbeitsauftrag, den Sie von der Pflegeschule/Hochschule für Ihren Praxiseinsatz erhalten haben, im Rahmen Ihrer Arbeitszeit absolviert?	☐ Ja	☐ Teilweise	☐ Nein			
18. Bitte schätzen Sie Ihren Lernzuwachs durch die Bearbeitung des Arbeitsauftrags ein.	☐ Hoch	☐ Mäßig	☐ Gering	☐ Sehr gering		
V. Lernzuwachs in Bezug auf interprofessionelle Kompetenzen (gemessen an Ihren Vorkenntnissen/Fähigkeiten vor Beginn des Praxiseinsatzes)	Trifft voll und ganz zu ☐	Trifft zu ☐	Trifft eher zu ☐	Teils/teils ☐	Trifft eher nicht zu ☐	Trifft überhaupt nicht zu ☐
19. <i>Rollenverständnis</i> Ich habe ein verbessertes Verständnis für die Rollen, Verantwortungsbereiche und Expertisen anderer thematisch relevanter Gesundheitsberufe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. <i>Interprofessionelle Werte</i> Ich konnte die Perspektiven/Ansichten anderer thematisch relevanter Gesundheitsberufe kennenlernen und habe ein verbessertes Verständnis für die gleichwertige Bedeutsamkeit aller Berufsgruppen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. <i>Interprofessionelle Kommunikation</i> Ich habe mein Wissen und meine Fähigkeiten hinsichtlich der effektiven und respektvollen Kommunikation mit Kolleginnen/ Kollegen anderer Gesundheitsberufe verbessert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
22. <i>Reflexivität</i> Ich kann mein eigenes Handeln hinsichtlich der Bedeutung für die anderen beteiligten Berufsgruppen besser kritisch reflektieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
23 a) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich habe ein verbessertes Verständnis für die Funktionen und Barrieren eines erfolgreichen interprofessionellen Teams.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
23 b) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich kann meine eigenen beruflichen Aktivitäten im Team besser koordinieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
23 c) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich kann Entscheidungsfindungsprozesse mit anderen thematisch relevanten Gesundheitsberufen besser gestalten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
23 d) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich kann besser eine Führungsrolle in interprofessionellen Teams übernehmen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
24. a) <i>Personenzentriertheit</i> Der Praxiseinsatz förderte die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Präferenzen von zu versorgenden Menschen.	Trifft voll und ganz zu	☐	Trifft zu	☐	Trifft eher zu	☐	Teils/teils	☐	Trifft eher nicht zu	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. b) <i>Personenzentriertheit</i> Zu versorgende Menschen oder deren Vertreter/-innen wurden aktiv in den Praxiseinsatz miteinbezogen und konnten ihre eigenen Perspektiven einbringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VI. Gesamtbewertung										
25. Wenn es möglich wäre, alles in einer Note zusammenzufassen, dann würde ich dem Praxiseinsatz folgende Gesamtnote geben:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6				

VII. Feedback		
26. Wodurch lernten Sie in Bezug auf das Thema interprofessionelle Zusammenarbeit in diesem Praxiseinsatz am meisten und/oder was sollte beibehalten werden?	(Freitext oder mündlich im direkten Anschluss an den Praxiseinsatz)	
27. Was erschwerte das praktische Lernen und/oder welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?	(Freitext oder mündlich im direkten Anschluss an den Praxiseinsatz)	

Vorlage 3: Evaluation von Lehre am dritten Lernort (am Beispiel Skills Lab)

Lehrevaluation der interprofessionellen Lehre in der Lehrveranstaltung in [Bezeichnung der interprofessionellen Lehr-Lern-Einheit/Modul]

0. Informationen zur interprofessionellen Lehrveranstaltung (Vorab auszufüllen durch Lehrende)			
Bezeichnung der interprofessionellen Lehrveranstaltung			
Lehr-Lern-Einheit/Modul, in der/dem die interprofessionelle Lehrveranstaltung stattfindet			
Ausbildungsdrittel	☐ 1. Drittel	☐ 2. Drittel	☐ 3. Drittel
Zusammensetzung der Lernenden in der interprofessionellen Lehrveranstaltung			
☐ Monoprofessionell (ausschließlich Pflege) ☐ Interprofessionell, und zwar mit den folgenden Berufsgruppen: ☐ Ergotherapie ☐ Physiotherapie ☐ Hebammenkunde/-wissenschaft ☐ Pharmazie ☐ Humanmedizin ☐ Soziale Arbeit ☐ Logopädie ☐ Management im Gesundheitswesen ☐ Sonstiges, und zwar (bitte nennen): _____			
Dritter Lernort	☐ Skills Lab ☐ Simulation ☐ Andere besondere Lernumgebung am dritten Lernort, nämlich: _____		
Lehrformat(e)	☐ Vollständig Präsenz	☐ Vollständig digital	☐ Mix aus Präsenz/digital
	☐ Hybrid/Blended Learning		

Liebe Studierende/Liebe Auszubildende,

in den vergangenen Wochen haben Sie interprofessionelle Lehrinhalte im Skills Lab/in der Simulation im Rahmen Ihrer Pflegeausbildung/Ihres Pflegestudiums absolviert. Um einen Überblick über die Qualität der interprofessionellen Lehre im Skills Lab zu erhalten, möchten wir Sie zu Ihren Erfahrungen mit der obengenannten interprofessionellen Lehrveranstaltung befragen.

Es werden keine Angaben erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre persönliche Identität zulassen. Ihre Rückmeldungen werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Es ergeben sich daraus keine Konsequenzen oder Nachteile für Sie.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

I. Allgemeine Informationen	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
1. Ich habe mich bereits vor der Lehrveranstaltung für das Thema dieser Veranstaltung interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
II. Form, Struktur und Didaktik der Lehrveranstaltung	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
2. Die Lehrveranstaltung war inhaltlich klar strukturiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Die Lehrveranstaltung war gut organisiert (z.B. rechtzeitige Bekanntgabe von Terminen, rechtzeitige Bereitstellung von Informationen und Materialien, Kontaktmöglichkeiten; auch barrierefrei/inklusiv).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Die Lernumgebung war ähnlich zur Versorgungspraxis gestaltet (z.B. Ähnlichkeit zum Patientenzimmer).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Die vorab erhaltenen Informationen (z.B. zur Situationsbeschreibung, Aufgabenstellung) waren klar verständlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Die Lernatmosphäre empfand ich als angenehm.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Die Nachbesprechung (Debriefing) der Simulation/ des Skills Training hat mein Verständnis der Lerninhalte gefördert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Nicht zutreffend (Es hat keine Nachbesprechung stattgefunden.)									
8. Die Lehrenden wirkten in ihren Fachgebieten kompetent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Die Lehrenden vermittelten die Themen in der Lehrveranstaltung in einer klaren und verständlichen Weise.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich hätte mir noch mehr Gelegenheiten zum Austausch mit Lernenden anderer thematisch relevanter Berufsgruppen gewünscht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
III. Umfang und Relevanz									
11. Wie viele Stunden pro Woche wendeten Sie durchschnittlich für diese Veranstaltung während der Vorlesungszeit/eines Halbjahres/eines Unterrichtsblocks auf?	Angabe in Stunden: _____h								
12. Wie viele Stunden pro Woche wendeten Sie durchschnittlich für die Vor-/Nachbereitung der interprofessionellen Lehre während des Semesters/Halbjahres/Unterrichtsblocks auf?	Angabe in Stunden: _____h								
13. Die Simulation/das Skills Training ...	☐ hat mich deutlich unterfordert								
	☐ hat mich unterfordert								
	☐ war angemessen								
	☐ hat mich überfordert								
	☐ hat mich deutlich überfordert								

14. Es wurde deutlich, wofür die Inhalte im weiteren Studium/Ausbildung und/oder meiner Arbeit wichtig sein könnten.	☐ Trifft voll und ganz zu	☐ Trifft zu	☐ Trifft eher zu	☐ Teils/teils	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft nicht zu	☐ Trifft überhaupt nicht zu
15. Die Lehrveranstaltung förderte mein Interesse an dem Thema.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 a) Die Lehrveranstaltung förderte die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Präferenzen von zu versorgenden Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 b) Zu versorgende Menschen oder deren Vertreter/-innen wurden aktiv in die Lernsituation miteinbezogen und konnten ihre eigenen Perspektiven einbringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Mein persönlicher Arbeitsaufwand für die Lehrveranstaltung war ...	☐ sehr hoch						
	☐ eher hoch						
	☐ angemessen						
	☐ eher niedrig						
	☐ sehr niedrig						
IV. Lernzuwachs in Bezug auf interprofessionelle Kompetenzen (gemessen an Ihren Vorkenntnissen/Fähigkeiten vor Beginn der Lehrveranstaltung)	☐ Trifft voll und ganz zu	☐ Trifft zu	☐ Trifft eher zu	☐ Teils/teils	☐ Trifft eher nicht zu	☐ Trifft nicht zu	☐ Trifft überhaupt nicht zu
18. Rollenverständnis Ich habe ein verbessertes Verständnis für die Rollen, Verantwortungsbereiche und Expertisen anderer thematisch relevanter Gesundheitsberufe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. <i>Interprofessionelle Werte</i> Ich konnte die Perspektiven/Ansichten anderer thematisch relevanter Gesundheitsberufe kennenlernen und habe ein verbessertes Verständnis für die gleichwertige Bedeutsamkeit aller Berufsgruppen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. <i>Interprofessionelle Kommunikation</i> Ich habe mein Wissen und meine Fähigkeiten hinsichtlich der effektiven und respektvollen Kommunikation mit Kolleginnen/Kollegen anderer Gesundheitsberufe verbessert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. <i>Reflexivität</i> Ich kann mein eigenes Handeln hinsichtlich der Bedeutung für oder Auswirkungen auf die anderen beteiligten Berufsgruppen besser kritisch reflektieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 a) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich habe ein verbessertes Verständnis für die Funktionen und Barrieren eines erfolgreichen interprofessionellen Teams.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 b) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich kann meine eigenen beruflichen Aktivitäten im Team besser koordinieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 c) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich kann Entscheidungsfindungsprozesse mit anderen thematisch relevanten Gesundheitsberufen besser gestalten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 d) <i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i> Ich kann besser eine Führungsrolle in interprofessionellen Teams übernehmen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
V. Gesamtbewertung								
23. Wenn es möglich wäre, alles in einer Note zusammenzufassen, dann würde ich dem Skills Training/der Simulation folgende Gesamtnote geben:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6		

VI. Feedback		
24. Wodurch lernten Sie in dieser Veranstaltung am meisten und/oder was sollte beibehalten werden?	(Freitext oder mündlich im direkten Anschluss an die letzte Lehrveranstaltung)	
25. Was erschwerte Ihr Lernen und/oder welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?	(Freitext oder mündlich im direkten Anschluss an die letzte Lehrveranstaltung)	

IV Methoden und Ergebnisse der Konzeptionsphase

IV.1 Methoden der Konzeptionsphase

Tabelle 22: Überblick über Methodik: Review über Rahmen-/Kerncurricula und Empfehlungen

Empirischer Zugang	Review über Rahmen-/Kerncurricula und Empfehlungen (LÜTH u. a. 2022)
Ziel	Nationale und internationale Rahmen-/Kerncurricula und Empfehlungen für IPE in der Pflegeausbildung bzw. mit maßgeblicher Beteiligung der Pflegeausbildung identifizieren und zusammenfassen
Art der Evidenzsynthese	Mixed-Methods-Review
Zielgruppe/-material	Einschlusskriterien: ▶ Population: Lernende, Lehrende und Anleitende der Pflegeausbildung (beruflich/hochschulisch) ▶ Intervention: interprofessionelle Lernangebote mit maßgeblicher Beteiligung von Lernenden der Pflege, Dauer der Lernangebote mindestens 18 Monate ▶ Design: Rahmenmodelle, Rahmen-/Kerncurricula, Empfehlungen und Leitlinien ▶ Mindestinformation der Lernangebote: Lernziele, Lernorte, Lehr-Lern-Methoden
Stichprobenumfang	18 Empfehlungen und Curricula oder Rahmenmodelle: 2 Leitlinien, 6 Rahmenwerke, 4 Empfehlungen, 6 Rahmencurricula
Zugangswege	▶ MEDLINE via PubMed ▶ CINAHL via EBSCO ▶ Fachportal Pädagogik inklusive Eric (Education Research Complete) ▶ Scopus ▶ LIVIVO ▶ Portale von Organisationen (u. a. National Center for Interprofessional Practice and Education/NEXUS, Centre for the Advancement of Interprofessional Education/CAIPE)
Erhebungsmethoden	Systematische Literaturrecherche in oben genannten Datenbanken und Portalen mit folgendem Prozess: ▶ Titel-/Abstractscreening durch eine Person und Zweitüberprüfung durch andere Person (erste 20 Prozent durch zwei Personen unabhängig voneinander) ▶ Volltextscreening durch zwei Personen unabhängig voneinander ▶ Datenextraktion mittels standardisiertem Datenextraktionsblatt durch eine Person (Zweitüberprüfung durch andere Person)
Datenanalyse	Strukturiert-narrative Zusammenfassung relevanter Rahmen-/Kerncurricula und Empfehlungen

Tabelle 23: Überblick über Methodik: Review über Reviews

Empirischer Zugang	Review über Reviews („Overview of Reviews“)
Ziel	für Lernende, Lehrende und Patienten relevante Effekte von IPE-Angeboten sowie förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung dieser Angebote in der Pflegeausbildung identifizieren und zusammenfassen
Art der Evidenzsynthese	Overview of Reviews
Zielgruppe/-material	Einschlusskriterien: ▶ Population: Lernende, Lehrende und Anleitende der Pflegeausbildung (beruflich/hochschulisch) ▶ Intervention: interprofessionelle Lernangebote mit maßgeblicher Beteiligung von Lernenden der Pflege ▶ Zielgrößen: mindestens Kirkpatrick-Stufe 2 (u. a. Wissen, Einstellungen), gemessen mittels quantitativer Methoden in eingeschlossenen Primärstudien der Reviews mit Prä-Post-Messung oder Gruppenvergleich ▶ Design: systematische Evidenzsynthesen nach Kriterien von PLUYE u. a. (2016) ▶ Mindestinformation der Lernangebote: Lernziele, Lernorte, Lehr-Lern-Methoden
Stichprobenumfang	16 Übersichtsarbeiten aus den Jahren 2011–2024: 12 systematische Übersichtsarbeiten, 1 Scoping Review, 2 integrative Reviews, 1 Realist Review
Zugangswege	▶ MEDLINE via PubMed ▶ CINAHL via EBSCO ▶ Fachportal Pädagogik inklusive Eric (Education Research Complete) ▶ Scopus ▶ BEME (Best Evidence Medical Education)
Erhebungsmethoden	Systematische Literaturrecherche in oben genannten Datenbanken mit folgendem Prozess: ▶ Titel-/Abstractscreening durch eine Person und Zweitüberprüfung durch andere Person (erste 20 Prozent durch zwei Personen unabhängig voneinander) ▶ Volltextscreening durch zwei Personen unabhängig voneinander ▶ Datenextraktion mittels standardisiertem Datenextraktionsblatt durch eine Person (Zweitüberprüfung durch andere Person) ▶ kritische Bewertung der eingeschlossenen Arbeiten mittels ROBIS (WHITING u. a. 2016) und einzelnen Kriterien des AMSTAR-Inventars (SHEA u. a. 2007; 2017) durch eine Person (Zweitüberprüfung durch andere Person)
Datenanalyse	strukturiert-narrative Zusammenfassung relevanter Primärstudien pro Review

Tabelle 24: Überblick über Methodik: Review über Projekte in deutschsprachigen Ländern

Empirischer Zugang	Review über Projekte in deutschsprachigen Ländern
Ziel	Rekrutierung von Projekten zur Ausbildung interprofessioneller Kompetenzen in den deutschsprachigen Ländern (Österreich, Deutschland, Schweiz)
Art der Evidenz-synthese	Mixed-Methods-Review
Zielgruppe/-material	Einschlusskriterien: ▶ Population: Lernende, Lehrende und Anleitende der Pflegeausbildung (beruflich/hochschulisch) in deutschsprachigen Ländern ▶ Intervention: interprofessionelle Lernangebote mit maßgeblicher Beteiligung von Lernenden der Pflege, Dauer der Lernangebote mindestens 12 Monate, Umfang von 1 SWS (14–15 x 45 Min.) ▶ Design: Primärstudien zur Entwicklung, Pilotierung, Evaluation und/oder Implementierung der Lernangebote ▶ Mindestinformation der Lernangebote: Lernziele, Lernorte, Lehr-Lern-Methoden
Stichprobenumfang	21 nationale Projekte: Deutschland (n=19), Schweiz (n=2)
Zugangswege	▶ MEDLINE via PubMed ▶ CINAHL via EBSCO ▶ Fachportal Pädagogik inklusive Eric (Education Research Complete) ▶ Scopus ▶ LIVIVO ▶ Portale von Organisationen (u. a. National Center for Interprofessional Practice and Education/NEXUS, Centre for the Advancement of Interprofessional Education/CAIPE) ▶ Webseiten oder Projekthomepages (u.a. Robert Bosch Stiftung, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Google Scholar)
Erhebungsmethoden	Systematische Literaturrecherche in oben genannten Datenbanken und Portalen mit folgendem Prozess: ▶ Titel-/Abstractscreening durch eine Person (erste 20 Prozent durch zwei Personen unabhängig voneinander) ▶ Volltextscreening durch eine Person und Zweitüberprüfung durch andere Person (erste 20 Prozent durch zwei Personen unabhängig voneinander) ▶ Datenextraktion mittels standardisierten Datenextraktionsblatts durch eine Person (Zweitüberprüfung durch andere Person)
Datenanalyse	strukturiert-narrative Zusammenfassung relevanter Primärstudien

Tabelle 25: Überblick über Methodik: Qualitative Interviews

Empirischer Zugang	Qualitative Interviews
Ziel	Identifikation relevanter Aspekte für die Konzeption eines Rahmencurriculums zur Förderung interprofessioneller Kompetenzen. Dies inkludiert interprofessionelle Kompetenzen, Gestaltung von IPE, relevante Kontextfaktoren.
Zielgruppe	Expertinnen und Experten mit Erfahrung in interprofessioneller Lehre Akteure der beruflichen und hochschulischen Ausbildung einschließlich Anleitungspersonen aus den drei Sektoren der praktischen Pflegeausbildung (stationäre Akutpflege, stationäre Langzeitpflege und ambulante Akut- und Langzeitpflege)
Stichprobenumfang	5 Fokusgruppeninterviews: ▶ Lehrpersonen ▶ Leitungspersonen aus Theorie und Praxis ▶ Lernende ▶ Anleitungspersonen 28 Experteninterviews: ▶ Leitungspersonen (n=12) ▶ Koordinatorinnen und Koordinatoren (n=3) ▶ Lehrpersonen (n=11) ▶ Patientenvertretung (n=1) ▶ Ministerium (n=1)
Zugangswege	Expertenbeirat und Praxispartner
Erhebungsmethoden	▶ leitfadengestützte Experteninterviews ▶ leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews
Datenanalyse	inhaltlich strukturierte Inhaltsanalyse nach KUCKARTZ/RÄDIKER (2022)

Tabelle 26: Überblick über Methodik: Standardisierte Interviews

Empirischer Zugang	Standardisierte Interviews
Ziel	Inhalte, Ergebnisse und Erfahrungen nationaler Projekte zur Integration der Ausbildung interprofessioneller Kompetenzen in die Pflegeausbildung zusammenfassend beschreiben.
Zielgruppe/-material	Projekte mit dem Ziel der Entwicklung und Pilotierung von interprofessionellen Lernangeboten in der beruflichen/hochschulischen Pflegeausbildung seit 2010: Einschlusskriterien: ▶ Rolle: Projektleitung, Lehr- oder Anleitungsverantwortung, (ehemals) Lernende ab 16 Jahren ▶ Person mit Bezug zur Ausbildung im Pflegeberuf ▶ Person hat Informationen zu wesentlichen Charakteristika des Projekts
Stichprobenumfang	16 interprofessionelle Projekte: ▶ 15 Projektleitungen ▶ 20 Lehrende ▶ 5 Lernende
Zugangswege	1. Projektverantwortliche/-leitende wurden als Schlüsselpersonen elektronisch und ggf. telefonisch kontaktiert. 2. Projektverantwortliche/-leitende haben Informationen an Lehr- oder Anleitungspersonen sowie Lernende weitergeleitet. 3. Interessierte Personen wurden elektronisch und ggf. telefonisch durch das Studienteam kontaktiert.
Erhebungsmethoden	▶ Leitungsperson: (1) Zusendung eines Fragebogens zu zentralen Merkmalen des Projekts, im Anschluss (2) mündliches Interview zur Klärung von Rückfragen und subjektiven Einschätzungen der Projektergebnisse anhand eines standardisierten Fragebogens ▶ Lehr- oder Anleitungspersonen: mündliches Interview zu zentralen Merkmalen des Projekts und subjektiven Einschätzungen der Projektergebnisse anhand eines standardisierten Fragebogens ▶ (ehemals) Lernende: mündliches Interview zu subjektiven Einschätzungen der Projektergebnisse anhand eines standardisierten Fragebogens
Datenanalyse	quantitativ deskriptive Analyse mittels IBM SPSS Statistics 22 und qualitative Inhaltsanalyse der Freitextantworten in Anlehnung an SANDELOWSKI (2000)

Tabelle 27: Überblick über Methodik: Expertenworkshop

Empirischer Zugang	Expertenworkshop
Ziel	Schlüsselemente eines longitudinalen Curriculums für die Ausbildung interprofessioneller Kompetenzen in der Pflegeausbildung erarbeiten
Zielgruppe/-material	▶ Mitglieder des Expertenbeirats ▶ teilnehmende Praxispartner (u. a. Leitungen, Lehrende, Anleitungspersonen, Lernende)
Stichprobenumfang	29 Expertinnen und Experten: ▶ Pflege (n=11) ▶ Physiotherapie (n=3) ▶ Humanmedizin (n=5) ▶ Ergotherapie (n=1) ▶ Logopädie (n=1) ▶ Interprofessionalität (n=3) ▶ Lernende (n=3) ▶ Patientenvertretung (n=2)
Zugangswege	▶ Die a priori rekrutierten Mitglieder des Expertenbeirats und Praxispartner wurden schriftlich zu dem Workshoptermin eingeladen. ▶ Lehrende und Lernende haben die Unterlagen indirekt über Ansprechpersonen der Praxispartner erhalten.
Erhebungsmethoden	▶ Präsentation der Ergebnisse der Literaturrecherchen, standardisierten und qualitativen Interviews ▶ Gruppendiskussionen mit Nutzung von Kreativtechniken
Datenanalyse	▶ narrativ-strukturierte Zusammenfassung der Ergebnisse, differenziert nach Ausbildungsdritteln und beruflicher/hochschulischer Ausbildung ▶ Gestaltung von Lehr-Lern-Einheiten/Modulen, basierend auf Ergebnissen des Expertenworkshops, der Literaturrecherche, standardisierten und qualitativen Interviews

IV.2 Ergebnisse der Konzeptionsphase

Tabelle 28: Überblick über zentrale Ergebnisse: Review über Rahmen-/Kerncurricula

Empirischer Zugang	Review über Rahmen-/Kerncurricula und Empfehlungen (LÜTH u. a. 2024)
Wichtigste Ergebnisse	Nachfolgend werden zusammenfassend zentrale Aspekte benannt, die in den eingeschlossenen Referenzen empfohlen und/oder umgesetzt/evaluiert wurden: ▶ adressierte Lernziele: Rollenverständnis, interprofessionelle Kommunikation, Zusammenarbeit und Werte ▶ Lerninhalt: interprofessionelle Grundlagen, Ethik, Evidenzbasierung, Patientensicherheit ▶ häufig adressierte Professionen: Pflege zusammen mit Humanmedizin, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit, Pharmazie (teils nicht genau beschrieben) ▶ methodisch-didaktische Gestaltung: mehrere Module/mehrere zusammenhängende Veranstaltungen meist mit Gruppenarbeiten, Gruppendiskussionen, Fallarbeiten ▶ Lernorte: häufig Hochschule/Schule und Praxis ▶ Kontextfaktoren in der Umsetzung und Evaluation: ▶ äußeres Setting (Bildungssystem): gesetzliche und politische Rahmenbedingungen, vorhandene Netzwerke von Organisationen ▶ inneres Setting (Bildungseinrichtungen): Fortbildungsangebote, Evaluation von IPE-Angeboten, Kooperationspartner und Netzwerke zwischen Ausbildungs-/Studiengängen und Praxiseinrichtungen, Gruppengrößen in der Lehre, Führungskultur, Einbindung von Leitenden, Lernenden und Lehrenden sowie weiterer Beteiligten an der Umsetzung von IPE-Angeboten, Einbindung von „Change Agents“/zentralen Koordinationsstellen in den Einrichtungen, Infrastruktur, Synchronisation der Stundenpläne zwischen Ausbildungen und Studiengängen, finanzielle Ressourcen ▶ individuelle Ebene (Akteure der Einrichtungen): Einstellungen und Kompetenzen der Beteiligten
Limitationen	▶ Die eingeschlossenen Referenzen mussten den Pflegeberuf einschließen, welches die Anzahl an eingeschlossenen Referenzen limitiert. ▶ Die Empfehlungen/Curricula mussten eine Dauer von mindestens drei Semestern umfassen (longitudinaler Charakter).
Zentrale Schlussfolgerungen	▶ Interprofessionelle Lernziele sollten longitudinal in Rahmen-/Kerncurricula zur Förderung von Kompetenzen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit integriert werden. ▶ Aufbau nationaler und internationaler Netzwerke zur Förderung von IPE ist wichtig für Entwicklung und Umsetzung von IPE. ▶ Vielfältige, interaktive Lehr-Lern-Methoden in Kleingruppen und größeren Vorlesungen sind zentral für die Kompetenzentwicklung. ▶ Bisher sind nur wenige Curricula und Empfehlungen über mehrere Ausbildungsjahre vorhanden. Viele Curricula/Empfehlungen erstrecken sich über maximal ein Ausbildungsjahr.

Tabelle 29: Überblick über zentrale Ergebnisse: Reviews über Reviews

Empirischer Zugang	Review über Reviews („Overview of Reviews“)
Wichtigste Ergebnisse	▶ Häufig adressierte Kompetenzen umfassen die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation sowie das Rollenverständnis. ▶ Lernangebote mit Lernenden der Pflege finden häufig mit Lernenden der Humanmedizin, Pharmazie, Physiotherapie oder Ergotherapie statt. ▶ Meist adressieren die Lernangebote die Aufgabenbereiche der direkten Versorgungspraxis (z. B. Assessment, Diagnostik oder Therapie verschiedener Versorgungssituationen) oder übergreifende Aufgaben (z. B. Kommunikation). ▶ Der dritte Lernort sowie die Lehr-Lern-Methoden der Simulation und des direkten Einbezugs von zu versorgenden Menschen und Bezugspersonen wurden besonders häufig untersucht. ▶ Die Evaluation der Lernangebote beruht vor allem auf selbstberichteten Messungen (z. B. Fragebögen) und zeigt auf Kirkpatrick-Stufe 2 (Wissen, kognitive Lernziele) bis Stufe 4 (u. a. patientenrelevante Zielgrößen) meist Effekte zugunsten der Lernangebote.
Limitationen	▶ Die Informationen in den Reviews weisen meist einen hohen Aggregationsgrad verfügbarer Informationen auf. ▶ Viele Studien konnten eingeschlossen werden, die jedoch nur wenig aussagekräftige Evidenz beinhalten: kaum (randomisierte) Parallelgruppenvergleiche, wenige Studien zu Kirkpatrick-Stufen 3 (u. a. professionelles Verhalten in der [simulierten] Praxis) und 4 (u. a. patienten- und organisationsrelevante Zielgrößen), kaum objektivierende Zielgrößenmessung. ▶ Die Evaluation der Lernangebote erfolgte selten unter Verwendung robuster Evaluationsmethoden. ▶ Insgesamt zeigt sich eine geringe Berichtsqualität der eingeschlossenen Reviews (vor allem Lerninhalte, Zeitpunkte in der Ausbildung, Messzeitpunkte der Evaluation).
Zentrale Schlussfolgerungen	▶ Hinweise auf bevorzugte Merkmale (z. B. beteiligte Berufe, Handlungsanlässe) ▶ mehr robuste Evaluationen (z. B. OSCE-Prüfungen) erforderlich

Tabelle 30: Überblick über zentrale Ergebnisse: Review über Projekte in deutschsprachigen Ländern

Empirischer Zugang	Review über Projekte in deutschsprachigen Ländern
Wichtigste Ergebnisse	▶ Lernangebote mit Lernenden der Pflege finden häufig zusammen mit Lernenden der Humanmedizin statt. Einige Studien beziehen auch Lernende der Physiotherapie, Logopädie und Sozialen Arbeit ein. ▶ Häufig angewandte Lernformate/-methoden sind: problemorientiertes Lernen, Simulationen, Fallarbeiten, Diskussionen, Vorlesungen. ▶ Interprofessionelle Lernangebote werden in klinischen oder akutmedizinischen Settings angeboten. ▶ Die meisten Projekte entwickelten Lernangebote speziell für die IPE in der Praxis (interprofessionelle Ausbildungsstationen), einige Lernangebote werden in bereits bestehende Lehrveranstaltungen integriert (Anatomie, Ethik). ▶ Die meisten Projekte verwenden einen Mixed-Methods-Ansatz für die Lehrevaluation, überwiegend mittels Prä-Post-Messung (häufig Fragebögen, Fokusgruppen). ▶ Befragt werden überwiegend Lernende zu folgenden Zielgrößen: Zufriedenheit und Machbarkeit des Lehrangebots, Lernzuwachs, Veränderung der Haltung gegenüber anderer Berufsgruppen. ▶ berichtete Kontextfaktoren: ▶ förderliche Faktoren: Teilnahme an einem praxisorientierten Setting, Feedback und Reflexionsmöglichkeiten für Lernende, Engagement der Teilnehmenden sowie positive Lernatmosphäre ▶ hinderliche Faktoren: räumliche Trennung, verschiedene Studien- und Prüfungsordnungen, Stereotype und Rollenbilder der Planenden, mangelnde zeitliche Ressourcen
Limitationen	▶ Eine geringe Stichprobengröße in fast allen Projekten erschwert die Verallgemeinerung der Ergebnisse. ▶ Lernende und Lehrende werden möglicherweise durch unterschiedliche Vorerfahrungen und Fähigkeiten sowie durch den institutionellen Kontext beeinflusst.
Zentrale Schlussfolgerungen	▶ Die Ergebnisse bestätigen überwiegend eine gute Machbarkeit der jeweiligen Lernangebote und eine hohe subjektiv berichtete Zufriedenheit seitens der Lernenden. ▶ Barrieren auf hochschulischer und politischer Ebene erschweren die Umsetzung. ▶ Die meisten Projekte berichten die Notwendigkeit einer objektiven Prozessevaluation und eine stärkere Quantifizierung des Lernerfolgs sowie die Untersuchung der Auswirkungen auf die Versorgungspraxis.

Tabelle 31: Überblick über zentrale Ergebnisse: Qualitative Interviews

Empirischer Zugang	Qualitative Interviews
Wichtigste Ergebnisse	▶ Unter interprofessionellen Kompetenzen werden häufig das Rollenverständnis und die interprofessionelle Kommunikation verstanden. ▶ Bei den interprofessionellen Themen/Handlungsanlässen zeigt sich eine breite Vielfalt, wobei Mobilisation, Grundlagen, Interprofessionalität, Umgang mit Fehlern und interprofessionelle Kommunikation häufig genannt sind. ▶ Simulationsbasierte Lehre, Praktika und Fallarbeit werden vielfach für geeignete Methoden gehalten. ▶ Präsenzunterricht wird befürwortet, wobei auch Onlinelehre als zielführend gesehen wird. ▶ Hinsichtlich der Kontextfaktoren wird neben personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen insbesondere ein hohes Engagement aller Beteiligten als wichtig erachtet.
Limitationen	▶ In einem der Fokusgruppeninterviews konnte keine Perspektive von Anleitungspersonen erhoben werden. ▶ In Experteninterviews wurden keine Lernenden befragt, daher konnte deren Perspektive ausschließlich in hierarchisch zusammengesetzten Fokusgruppeninterviews erhoben werden.
Zentrale Schlussfolgerungen	Interprofessionelle Lehre wurde insgesamt als wichtiger Bestandteil in der Ausbildung der Gesundheitsberufe gesehen, dennoch sind Rahmenbedingungen ein limitierender Faktor. Dabei stellen Kooperationen zwischen den Bildungseinrichtungen eine wesentliche Herausforderung dar. prägnante Zitate aus den qualitativen Interviews (siehe II: Prägnante Zitate aus den qualitativen Interviews der Konzeptionsphase)

Tabelle 32: Überblick über zentrale Ergebnisse: Standardisierte Interviews

Empirischer Zugang	Standardisierte Interviews
Wichtigste Ergebnisse	▶ Häufig adressierte Kompetenzen umfassen interprofessionelle Werte, Koordination und gemeinsame Entscheidungsfindung sowie Reflexion. ▶ Lernangebote mit Lernenden der Pflege finden häufig zusammen mit Lernenden der Humanmedizin, Physio-, Ergotherapie und Logopädie überwiegend in allen drei Ausbildungsdritteln statt. ▶ berichtete Handlungsanlässe: ▶ direkte Versorgung in der Orthopädie, Neurologie, Onkologie, Gastroenterologie ▶ übergreifende Aufgaben: personenzentrierte Kommunikation, strukturierte Übergabe, Visiten, Entlassungsmanagement ▶ häufig verwendete Lernmethoden: Skills Training, Fallarbeit, Übung mit Simulationspatientinnen und -patienten, problemorientiertes Lernen, strukturierte Debatten o. Ä. Diskussionsformate, Rollenspiel, praktisches Lernen, Feedback/Reflexion, Supervision ▶ berichtete Sozialformen der Lernangebote: Vorlesung, Seminare, Übungen, Kommunikationstraining, Projektarbeit, Hospitationen ▶ relevante Kontextfaktoren in der Planung und Umsetzung: ▶ förderliche Faktoren: Unterstützung durch die Schul-/Studiengangsleitung, eine zusätzliche Projektkoordinationsstelle, Ausbildung des Personals (vor allem Schulungen) ▶ hinderliche Faktoren: Größe der Hochschule, (heterogene) curriculare Strukturen der einzelnen Studiengänge, verschiedene Standorte, geringe personelle Ausstattung ▶ Quantitative Forschung und Mixed-Methods-Ansätze waren bedeutsame Evaluationsmethoden (Prä-Post-Messung ohne Vergleichsgruppe). Weitere Datenerhebungsmethoden waren kontrollierte Studien mit paralleler Vergleichsgruppe und Prä-Post-Messung sowie nur Post-Messung.
Limitationen	Bei einigen Projekten war zu (ehemaligen) Lernenden keine Kontaktaufnahme mehr möglich, sodass nur wenige Daten aus der Lernendenperspektive vorhanden sind.
Zentrale Schlussfolgerungen	▶ Nationale Projekte zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit adressieren häufig eine kleine Anzahl verschiedener Berufe. ▶ Die Ergebnisse zeigen eine überwiegend hohe subjektiv berichtete Zufriedenheit der Lernenden, Lehrenden und Projektleitungen. Trotz des häufig berichteten hohen organisatorischen Aufwands von interprofessionellen Lehr-Lern-Angeboten schätzt der Großteil der Befragten Lehrenden und Projektleitungen die Machbarkeit seines Projekts als gut ein. ▶ Die Auswirkungen des Projekts auf die Versorgungsstrukturen werden vorwiegend als gering eingeschätzt. Genannte Gründe sind fehlende Integration der Projekte in den Lernort Praxis sowie starre Strukturen des Versorgungssystems außerhalb der Projekte.

Tabelle 33: Überblick über zentrale Ergebnisse: Expertenworkshop

Empirischer Zugang	Expertenworkshop
Wichtigste Ergebnisse	<i>Die Lernangebote sollten alle drei Lernorte und verschiedene Gesundheitsberufe sowie zu versorgende Menschen und Bezugspersonen adressieren. Nachfolgend werden die erarbeiteten Schlüsselemente, differenziert nach Ausbildungsdritlein (1./2./3. Drittel) und hochschulischer/beruflicher Pflegeausbildung, dargestellt:</i> Berufliche Pflegeausbildung <u>1. Drittel:</u> ▶ Lernziele: interprofessionelle Grundlagen, Rollenverständnis, interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit ▶ Lerninhalte: Umgang mit Fehlern, Ethik ▶ Lehr-Lern-Methoden: Seminare, Hospitationen, Gruppenpuzzle, Lernworkshops, Peer-Learning, Mentoring <u>2. Drittel:</u> ▶ Lernziele: interprofessionelle Kommunikation, gemeinsame Entscheidungsfindung, Reflexion, Rollenverständnis, interprofessionelle Werte und Zusammenarbeit ▶ Lerninhalte: Ethik, Umgang mit Fehlern, interprofessionelle Visite, Übergabe, Unterstützung pflegender Angehöriger ▶ Lehr-Lern-Methoden: Fallarbeit, Planspiel, digitale Formate, Rollenspiel, Einbindung von zu versorgenden Menschen, Projektarbeit, Simulationspatientinnen und -patienten, Hospitation <u>3. Drittel:</u> ▶ Lernziele: gemeinsame Entscheidungsfindung, Fachsprache, Zusammenarbeit, Reflexion ▶ Lerninhalte: Patientensicherheit, Ethik, Digitalisierung, Advanced Nursing Practice, Evidenzbasierung, Visite, Beratung von zu versorgenden Menschen und Bezugspersonen, Fehlerkultur ▶ Lehr-Lern-Methoden: Fallarbeit, Einbindung von zu versorgenden Menschen, digitale Formate, kollegiale Beratung, problemorientiertes Lernen, Hospitationen Hochschulische Pflegeausbildung <u>1./2. Drittel:</u> ▶ Lernziele: Rollenverständnis, interprofessionelle Grundlagen und Kommunikation ▶ Lerninhalte: wissenschaftliches Arbeiten, Entlassungsmanagement, Ethik, chronische Erkrankungen ▶ Lehr-Lern-Methoden: Rollenspiele, Simulation, Hospitationen, problemorientiertes Lernen, Visite <u>3. Drittel:</u> ▶ Lernziele: Weiterentwicklung des Rollenverständnisses, interprofessionelle Kommunikation ▶ Lerninhalte: gemeinsame Entscheidungsfindung und Zielvereinbarung, Entlassungsmanagement, evidenzbasierte Praxis ▶ Lehr-Lern-Methoden: Fallarbeit, digitale Methoden, Einbindung von zu versorgenden Menschen und Bezugspersonen
Limitationen	Aufgrund von kurzfristigen Absagen (u. a. Erkrankungen) musste eine Gruppendiskussion entfallen, weshalb zum 2. Drittel (hochschulisch) weniger Aussagen vorliegen.

Zentrale Schlussfolgerungen

- ▶ Die Komplexität der Lehr-Lern-Situationen/Fälle sollte im Verlauf der Ausbildung steigen.
- ▶ Die personenzentrierte Versorgung bildet einen Rahmen über die drei Ausbildungsdritteln hinweg und sollte übergreifend adressiert werden.
- ▶ Der Theorie-Praxis-Transfer ist in allen Dritteln von Bedeutung.

V Methoden und Ergebnisse der Pilotierungsphase

V.1 Methoden der Pilotierungsphase

Tabelle 34: Überblick über Methoden der Pilotierungsphase

Empirische Zugänge	▶ standardisierte Befragungen ▶ Fokusgruppen- und Einzelinterviews ▶ nicht teilnehmende Beobachtungen mit Kurzinterviews mit beteiligten Lehrenden und schriftliche Befragung beteiligter Lernender ▶ formative und summative Evaluation an den Pflegeschulen/Hochschulen
Ziele	▶ Untersuchung der Wirkungen auf für Lernende, Anleitende und Lehrende relevante Zielgrößen: Kompetenzen und Einstellungen zu interprofessioneller Zusammenarbeit und Wissen zu IPE ▶ Prozessevaluation: ▶ Dosis, Reichweite, Machbarkeit und Anpassungen der Implementierung, Beobachtung der interprofessionellen Interaktionen im Rahmen der implementierten Lehrveranstaltungen, Beurteilung der Interprofessionalität der Lehr-Lern-Gestaltung in Bezug auf Inhalte, Methoden und Ergebnisse ▶ Darstellung von Erfahrungen und Zufriedenheit mit interprofessioneller Lehre bzw. Lernangeboten ▶ Identifikation von Kontextfaktoren im Rahmen der Implementierung, Erkenntnisse über Zufriedenheit und subjektive Lernergebnisse ▶ Ergänzung der Erkenntnisse durch lokale formative und summative Evaluationen
Zielgruppen	Lehrende, Anleitende, Leitungspersonen und Lernende der beteiligten Praxispartner (4 Pflegeschulen und 3 Pflegestudiengänge) und deren Kooperationspartner
Stichprobenumfänge	3 Standardisierte Befragungen (T0, T1, T2): ▶ T0: Lehrende (n=47); Lernende (n=112) ▶ T1: Lehrende (n=51); Lernende (n=146) ▶ T2: zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Rahmencurriculums noch nicht abgeschlossen 7 Fokusgruppeninterviews (T2): ▶ Lehrende, Anleitende (n=9) ▶ Lernende (n=12) 10 Einzelinterviews mit Leitungspersonen (T2) 9 nicht teilnehmende Beobachtungen (T1-T2) mit: ▶ 16 Kurzinterviews mit beteiligten Lehrenden ▶ 105 schriftlichen Befragungen von beteiligten Lernenden formative und summative Evaluation an den Pflegeschulen/Hochschulen (T2): zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Rahmencurriculums noch nicht vollständig vorliegend
Zugangswege	Kontaktpersonen und Arbeitsgruppen der Praxispartner
Erhebungsmethoden	▶ standardisierte Onlinebefragung über LimeSurvey ▶ leitfadengestützte Fokusgruppen- und Einzelinterviews ▶ protokollgestützte nicht teilnehmende Beobachtungen ▶ lokale Evaluationsmethoden der Praxispartner

Datenanalyse

- ▶ Quantitativ deskriptive Analyse der standardisierten Onlinebefragungen mittels *IBM SPSS Statistics 22*
- ▶ inhaltlich strukturierte Inhaltsanalyse der qualitativen Interviews, der nicht teilnehmenden Beobachtungen sowie der zugehörigen Kurzinterviews und schriftlichen Befragungen nach Kuckartz (KUCKARTZ/RÄDIKER 2022), soweit möglich unterteilt nach LLE und Modulen im Sinne von Handlungsempfehlungen für die Handreichung zum Rahmencurriculum
- ▶ Überarbeitung von LLE/Modulen, basierend auf Ergebnissen der qualitativen Interviews, der nicht teilnehmenden Beobachtungen sowie der zugehörigen Kurzinterviews und schriftlichen Befragungen

V.2 Ergebnisse der Pilotierungsphase

Tabelle 35: Überblick über zentrale Ergebnisse der Pilotierungsphase

Empirische Zugänge	▶ standardisierte Befragungen ▶ Fokusgruppen- und Einzelinterviews ▶ nicht teilnehmende Beobachtungen mit Kurzinterviews mit beteiligten Lehrenden und schriftliche Befragung beteiligter Lernender ▶ formative und summative Evaluation an den Pflegeschulen/Hochschulen
Wichtigste Ergebnisse	Umfang implementierter Lehr-Lern-Einheiten: ▶ LLE 1: nicht implementiert ▶ LLE 2: 16 Std. (Theorie: 12 Std.; dritter Lernort 8 Std.) ▶ LLE 3: 16 Std. (Theorie) ▶ LLE 4: nicht implementiert ▶ LLE 5: 18 Std. (Theorie: 14 Std.; Praxis 4 Std.) ▶ LLE 6: nicht implementiert ▶ LLE 7: 36 Std., 15 Min. (Theorie: 28 Std. 15 Min.; dritter Lernort: 8 h Std.) ▶ LLE 8: nicht implementiert ▶ LLE 9: nicht implementiert Umfang implementierter Module: ▶ Modul 1: 46 Std. (Theorie: 19 Std.; Praxis: 10 Std.; dritter Lernort: 17 Std.) ▶ Modul 2: 78 Std. 30 Min. (Theorie: 32 Std.; dritter Lernort: 78 Std. 30 Min.) ▶ Modul 3: 36 Std. 30 Min. (Theorie: 3 Std. 30 Min.; Praxis: 33 Std.) Standardisierte Befragungen: ▶ Lernende und Lehrende der Pflegestudiengänge haben, verglichen mit Pflegeschulen, mehr Erfahrungen mit Lernenden anderer Professionen (T0, Lernende). ▶ Die Berücksichtigung der Betroffenenperspektive und die Reflexivität sind bisher spärlich in der interprofessionellen Lehre umgesetzt, insbesondere an den Hochschulen (T0, Lernende). ▶ Handlungsanlässe für interprofessionelle Lehre sind in den Hochschulen häufiger die Evidenzbasierung, in den Pflegeschulen häufiger die Themen Visite, Übergabe, Ethik und Qualitätsmanagement (T0, Lehrende). ▶ Die selbsteingeschätzte interprofessionelle Sozialisation und Wertschätzung sowie interprofessionelle Kompetenzen der Lernenden sind bereits vor Interventionsbeginn nahezu optimal (T0, Lernende). Fokusgruppeninterviews mit Leitungspersonen und Einzelinterviews mit Lehrenden, Anleitenden und Lernenden: ▶ Das Rahmencurriculum sollte eine stärkere Betonung auf dessen Empfehlungscharakter enthalten, ▶ Bedeutung der nicht implementierten LLE betonen, mehr methodische und Implementierungshinweise geben, ▶ die größte Herausforderung für die Praxispartner stellte der Aufbau von Kooperationen dar. Im Curriculum andere Berufsgruppen zur Mitwirkung „einladen“, ▶ konkrete Hinweise auf die effektive Organisation der Planungsgruppe (AG); zum Einbezug der Lernenden sollte ausdrücklich ermutigt werden, ▶ Prüfungsformate adäquat gestalten (Schwerpunkt auf Kompetenzzuwachs statt Wissenszuwachs).

	Nicht teilnehmende Beobachtungen mit Kurzinterviews mit beteiligten Lehrenden und schriftliche Befragung beteiligter Lernender: ▶ Der Umfang der umgesetzten Lehre (Dosis) lag durchweg unter dem empfohlenen Umfang, durchschnittlich bei 44 Prozent. ▶ Sofern die Lernendengruppen interprofessionell zusammengesetzt sind, erscheint eine interprofessionelle Kommunikation unter den Lernenden in den LLE grundsätzlich machbar und in den Modulen erfolgreich umsetzbar. Außerdem scheint es bei durchmischter Sitzordnung gut umsetzbar, alle Professionen zur Redebeteiligung zu motivieren. Zu einer interprofessionell durchmischten Sitzordnung und Gruppenverteilung für die interprofessionelle Zusammenarbeit sollte angeleitet werden. ▶ Stärkerer Einbezug anderer Profession und der stärkere Bezug auf die Relevanz für die Praxis (Theorie-Praxis-Transfer) werden von den Lernenden gewünscht. ▶ Lehrende sehen Verbesserungspotenzial bei der Weiterentwicklung der Unterrichtsmethodik, was einen Hinweis auf Schulungs- und Fortbildungsbedarf darstellt. ▶ Sofern Lernende aus Berufsgruppen mit Gesundheitsbezug in interprofessionelle Lehre einbezogen werden, sollte in der Konzeption von Fallbeispielen darauf geachtet werden, relevante Informationen für diese anzugeben. ▶ es sollte mehr Zeit für die Entwicklung von interprofessionell erstellten Lernprodukten (Artefakten) durch die Lernenden selbst eingeräumt werden.
Limitationen	▶ keine Evaluationsergebnisse zu den LLE 2, 4, 6, 8 und 9, da diese von keinem Praxispartner implementiert wurden ▶ Die longitudinale Entwicklung durch das Curriculum ist noch nicht erfassbar.
Zentrale Schlussfolgerungen	Überarbeitungsbedarf des vorläufigen Rahmencurriculums

LITERATUR

KUCKARTZ, Udo; RÄDIKER, Stefan: Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim, Basel 2022

LÜTH, Frederike; PÜSCHEL, Laura; von GAHLEN-HOOPS, Wolfgang; BALZER, Katrin; RAHN, Anne Christin: Curricula for interprofessional competencies in nursing education: Rapid review protocol. 2022. URL: <https://osf.io/rhbxv/> (Stand: 11.02.2025)

LÜTH, Frederike; PÜSCHEL, Laura; LEIMER, Miriam; von GAHLEN-HOOPS, Wolfgang; BALZER, Katrin; RAHN, Anne Christin: Konzeption interprofessioneller Curricula in der Pflegeausbildung. Wissenschaftsbasierte Empfehlungen für die Entwicklung und Umsetzung. In: BRÜHE, Roland; von GAHLEN-HOOPS, Wolfgang (Hrsg.): Handbuch Pflegedidaktik II. Pflegedidaktisch denken. Bielefeld 2024, S. 189–218.

PLUYE, Pierre; HONG, Quan N.; BUSH, Paula. L.; VEDEL, Isabelle: Opening-up the definition of systematic literature review: the plurality of worldviews, methodologies and methods for reviews and syntheses. In: Journal of clinical epidemiology 73 (2016), S. 2–5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.08.033>

SANDELOWSKI, Margarete: Whatever happened to qualitative description? Research in Nursing & Health 23 (2000) 4, S. 334–340. DOI: [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)

SHEA, Beverly J.; GRIMSHAW, Jeremy M.; WELLS, George A.; BOERS, Maarten; ANDERSSON, Neil; HAMEL, Candyce; PORTER, Ashley C.; TUGWELL, Peter; MOHER, David; BOUTER, Lex M.: Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. In: BMC Medical Research Methodology 7 (2007), Article number 10. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>

SHEA, Beverly J.; REEVES, Barnaby C.; WELLS, George; THUKU, Micere; HAMEL, Candyce; MORAN, Julian; MOHER, David; TUGWELL, Peter; WELCH, Vivian; KRISTJANSSON, Elizabeth; HENRY, David A.: AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. In: BMJ (Clinical research ed.) 2017, 358, j4008. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>

WHITING, Penny; SAVOVIĆ, Jelena; HIGGINS, Julian P. T.; CALDWELL, Deborah M.; REEVES, Barnaby C.; SHEA, Beverly; DAVIES, Philippa; KLEIJNEN, Jos; CHURCHILL, Rachel; ROBIS group: ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. In: Journal of clinical epidemiology 69 (2016), S. 225–234. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>

AUTORINNEN UND AUTOREN

Name alphabetisch	Akademischer Grad	Affiliation	Funktion interEdu	E-Mail
Balzer, Katrin	Prof. Dr. rer. cur.	Universität zu Lübeck/UKSH, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Leitung Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Studienleitung	Katrin.Balzer@uksh.de
Busch, Jutta	M. A.	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Medizinische Fakultät/UKSH, Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe	Wissenschaftliche Mitarbeit	Jutta.Busch@pflegepaedagogik.uni-kiel.de
Faber, Anne	B. Sc.	Universität zu Lübeck/UKSH, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Forschungsassistentin	Anne.Faber@uksh.de
Hildebrand, Birte	B. Sc.	Universität zu Lübeck/UKSH, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Forschungsassistentin	studium.pflege@uni-luebeck.de
Kühn, Anja	M. Sc.	Universität zu Lübeck/UKSH, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Wissenschaftliche Mitarbeit	Anja.Kuehn@uksh.de
Lehnen, Tanja	M. Ed.	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Medizinische Fakultät/UKSH, Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe	Wissenschaftliche Mitarbeit	Tanja.Lehnen@pflegepaedagogik.uni-kiel.de
Leimer, Miriam	B. Sc.	Universität zu Lübeck/UKSH, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Forschungsassistentin	Elena.Teisch@uksh.de
Lüth, Frederike	M. Sc.	Universität zu Lübeck/UKSH, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Wissenschaftliche Mitarbeit	Frederike.Lueth@uksh.de
Püschel, Laura	M. Sc.	Universität zu Lübeck/UKSH, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Wissenschaftliche Mitarbeit	studium.pflege@uni-luebeck.de

Name alphabetisch	Akademischer Grad	Affiliation	Funktion interEdu	E-Mail
Rahn, Anne C.	Prof. Dr. phil.	Universität zu Lübeck/UKSH, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Studienleitung	AnneChristin.Rahn@uksh.de
Tolksdorf, Katharina H.	M. Sc.	Universität zu Lübeck/UKSH, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Wissenschaftliche Mitarbeit	KatharinaHerta.Tolksdorf@uksh.de
von Gahlen-Hoops, Wolfgang	Prof. Dr. phil.	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Medizinische Fakultät/UKSH, Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe	Studienleitung	vongahlenhoops@pflegepaedagogik.uni-kiel.de
Wolter, Lisa	M. A.	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Medizinische Fakultät/UKSH, Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe	Wissenschaftliche Mitarbeit	office@pflegepaedagogik.uni-kiel.de



Im Rahmen des Projekts interEdu wurde ein longitudinales Rahmencurriculum zur Stärkung interprofessioneller Kompetenzen in der schulischen und hochschulischen Pflegeausbildung konzipiert. Basierend auf Evidenzsynthesen, qualitativen und quantitativen Erhebungen sowie einem Expertenworkshop wurde ein vorläufiges Rahmencurriculum entwickelt und in einer zwölfmonatigen Pilotierung in vier Pflegeschulen und drei Hochschulen implementiert und evaluiert. Das Rahmencurriculum zielt darauf ab, Akteure der Pflege- und Gesundheitsberufe auf die interprofessionellen Anforderungen des Gesundheitswesens vorzubereiten. Es umfasst einen multiprofessionell ausgerichteten Kompetenzrahmen für die interprofessionelle Ausbildung. Im Ergebnis des Projekts liegt ein evidenzbasiertes, partizipativ entwickeltes Rahmencurriculum als Grundlage für die Planung, Durchführung und Evaluation von interprofessioneller Edukation (IPE) in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland vor. Dieses Curriculum hat empfehlenden Charakter und kann flexibel in lokale oder schulnahe Curricula integriert werden.

Bundesinstitut für Berufsbildung
Friedrich-Ebert-Allee 114 – 116
53113 Bonn

Telefon +49 228 107-0

Internet: www.bibb.de
E-Mail: zentrale@bibb.de