

# Interprofessional education in healthcare professions – implementation status and preferences from the perspective of teaching staff

## Abstract

**Background:** Interprofessional thinking and behaviour are the key to high-quality and efficient healthcare provision. This requires specific skills which can be developed through interprofessional teaching and learning. This article sets out methods of implementation and preferences of interprofessional teaching in the education of healthcare professions from the perspective of teaching staff.

**Methodology:** Semi-structured interviews ( $n=11$ ) were carried out with teaching staff from four public schools for healthcare professions in Mecklenburg-Vorpommern. The data was evaluated using the methodological approach of content-structuring qualitative content analysis.

**Results:** The implementation of interprofessional teaching and learning varies depending on the institution and teacher. It takes place in classrooms, in nursing skills labs, on excursions and project days, but requires a high degree of planning. Teaching staff favour case scenarios with a clear structure, which can be worked on by several professional groups or from various perspectives. Reflecting on profession-specific perspectives plays a particularly important role here. Digital formats such as blended learning, simulation labs as well as virtual and augmented reality are cited as supplementary learning formats, but often fail in their implementation due to a lack of technical equipment.

**Discussion & conclusion:** In addition to political and institution-specific contexts for interprofessional teaching and learning, interprofessional educational formats are also required. These should be based on case scenarios and be modular so that individual teaching and learning content can be applied to various contexts. The integration of OER as well as digital learning formats can support both the implementation and preparation and follow-up of interprofessional learning activities.

**Keywords:** interprofessional learning, interprofessional education, interprofessionalism, healthcare training, interprofessional collaboration, skills

## 1. Background

The German healthcare system is faced with the challenge of maintaining a high level of healthcare despite the increasing complexity of care delivery [1]. One key approach to solving this involves interprofessional collaboration between healthcare professionals in order to pool professional skills and plug gaps in care. The WHO [2] defines interprofessionalism as teaching and work that occurs when at least two professions work together and learn from each other. Interprofessional teaching and learning (IPTL) has become an established educational concept intended to promote specific skills during education for future interprofessional collaboration [3], [4]. IPTL goes beyond parallel learning and requires structured learning situations which enable the exchange of ideas and mutual reflection on profession-specific perspectives.

It is not strictly necessary for IPTL to be carried out by teaching staff from different professions. The key factor is that the learning activity is aimed at at least two professional groups, with interprofessional exchange at its core. A previous literature view [5] demonstrated that IPTL is implemented in very different ways in practice, both in terms of duration (from 120 minutes to several contact hours per week per semester) and methods used. Case-based learning, simulations and small group work are often used [5]. At the same time, it has been shown that IPTL often remains confined to lower levels of interaction such as exchange-based learning, and more complex forms such as action-oriented or observation-orientated learning are less commonly implemented [5]. Most often, only two professional groups are involved, primarily nursing and medicine [5]. Incorporation in the curriculum and alignment with didactic concepts such as backward

Jann Niklas Vogel<sup>1</sup>  
Annemarie Bagner<sup>1</sup>  
Matthias Müller<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Neubrandenburg University of Applied Sciences, Department of Social Work, Education and Childcare, Neubrandenburg, Germany

**Table 1: Interview guide topics**

Number	Topic	Explanation
1	(Exemplary) implementation of IPTL	The dialogue scenario should be initiated and generate a verbal exchange.
2	Objectives of IPTL	Used to identify objectives and thus design of the task.
3	IPTL in your own institution	Used to identify established IPTL formats and didactic structures of IPTL implementation.
4	Personal design preferences for IPTL	Intended to focus on a target group-specific design of IPTL.
5	Further training requirements	Used to identify possible further training requirements.

design are considered key success factors which are, however, only rarely implemented [5].

With this in mind, the question to be asked is how IPTL is implemented in professional educational practice, what framework conditions this requires and how teaching staff assess its potential and challenges. A sub-project of the joint project Campus BWP MV, the University of Rostock and the Neubrandenburg University of Applied Sciences addressed these questions. This study focuses on the following questions:

1. How is IPTL implemented for healthcare professions at vocational schools?
2. What are the preferences and needs of teaching staff in terms of IPTL?

The findings are intended to help develop and apply needs-based and practical scenarios for IPTL in vocational education.

## 2. Method

Interviews were conducted in the form of expert interviews [6]. Data was collected from teaching staff at vocational schools in Mecklenburg-Vorpommern (MV) which train healthcare professionals. This group of people were considered experts as they have special knowledge of healthcare didactics. Expert interviews usually take place in a semi-structured format [6]. An interview guide was therefore developed based on a previous literature review [5] and designed in a focus group including the authors JV, AB and MM as well as a research assistant. The interview guide developed consists of five topics (see table 1).

### 2.1. Interview guide topics

The open-ended questions in the interview guide ensured that interviewees had adequate scope to respond within their own framework of relevance. Data collection was approved by the Ministry of Education and Daycare Facilities for Children of Mecklenburg-Vorpommern on the condition that the interviews were not recorded, but rather logged. The interviews took place from June 2022 to April 2023. A period of 30 minutes was factored in for each interview. During the interview, the interviewer immediately noted key statements and also documented, to a small extent, verbatim statements (simultaneous pro-

tocol). Questions were asked to clarify anything unclear. In this way, the statements were communicatively validated during the interview itself [7]. The interview notes were promptly processed, producing a complete and well-structured record.

### 2.2. Data evaluation

Data was prepared and evaluated anonymously using a category-based approach. The methodological approach of content-structuring qualitative content analysis [8] was used to prepare and evaluate the data material. The methodology enables a deductive-inductive approach, allowing research findings from the previous literature review [5] to be incorporated. The methodology is in line with the exploratory objective of the study, which does not involve assessing the research data or reducing it to typologies [8], [9]. All steps of data evaluation were electronically assisted via the software MAXQDA (2022 version). In the first step, deductive categories were created using the interview guide. The second step involved creating categories based on the data material. After differentiation of the category system, the interview data was completely coded [8]. The evaluation was carried out by two researchers, who collectively compared the coding and category system to ensure validity. The coded segments provided an overview that linked the codes from the interview transcripts to the individual main and sub-categories [8]. A description together with an illustrative example was formulated for all the codes in order to be able to better review, organise and interpret the data material. The results from the data analysis were then prepared using a category-based approach.

## 3. Results

A total of four vocational schools in the healthcare sector in MV took part in the interviews. Interviews took place on-site/in-person (n=9) or using a video conference tool (n=2) and lasted an average of 25 minutes. All interviews conducted were incorporated in the data analysis. The sample (n=11) consisted predominantly of female participants (n=10). As there was no indication of different gender-specific statements in the interviews, the dominance of female respondents in the sample was accepted and no further questioning carried out. Seven main cat-

egories with a total of 12 subcategories were drawn up as part of the data evaluation.

### 3.1. Current implementation of IPTL

The teaching staff explained that they had already been practising IPTL in healthcare education for some time: “*We’ve been using IPTL for a while. For around 10 years*” (pg. 3, line 2). In this context, the teaching staff also teach courses in other vocational training professions (e.g. physiotherapists for nursing specialists (PFF)). Teaching sometimes takes the form of team teaching where one of the two staff members assumes the main teaching responsibilities and the other staff member provides support as needed. Alongside special teaching methods, there is collaboration with external teachers (such as practical instructors), institutions (such as the medical supply store) or other external service providers (such as de-escalation instructors). In general, IPTL is suitable for vocational schools in the healthcare sector whenever there are shared curricular content and interprofessional learning opportunities: “*CE6: Taking action in emergencies (connection: nursing specialists (PFF) & paramedics)*” (pg. 1, line 50). Depending on the type and scope of IPTL, these take place either during regular teaching hours or on special project days.

### 3.2. Problems and risks in implementing IPTL

From the perspective of the teaching staff, the core curricula limit the opportunities for interprofessional teaching: “*The core curriculum in nursing hardly leaves any space or time for IPTL*” (pg. 1, line 32). IPTL is not incorporated in the curriculum. Time coordination, staff shortages or the school’s own curriculum often constitute obstacles in implementing IPTL. Teaching staff describe having a “bad feeling” when colleagues from another profession cover a specific teaching topic for IPTL and no reciprocal contribution can be made. Moreover, interprofessional collaboration with some healthcare professions (such as between nursing specialists and medical assistants) is considered minimal and thus of limited relevance. During the coronavirus pandemic, protective measures meant that many forms of implementing IPTL, such as collaboration with external service providers (such as the hospice, medical supply store, or pathology) were not feasible.

### 3.3. Objectives of IPTL

From the teaching staff’s perspective, IPTL has various aims. One key aspect is “*getting to know the other professional groups, their duties and fields of application*” (pg. 5, line 18). Interprofessional knowledge is intended to break down prejudices, expand one’s own profession-specific view and foster mutual support and successful collaboration in professional practice. One important aspect is reflecting on interprofessionalism in order to en-

sure that professional collaboration is purposeful and effective.

### 3.4. Consequences and advantages of IPTL

In the view of the interviewees, IPTL brings about an exchange of ideas between professional groups, which provides a holistic view of healthcare situations. IPTL should make students aware “[...] that you work together with different professional groups (such as with sports therapists)” (pg. 5, line 22). Cross-occupational understanding lays the foundations for successful collaboration and can form the basis for subsequent mutual support in professional practice. This can help create a better working environment and increase job satisfaction. Several teaching staff indicated in the interview that IPTL can result in “*better healthcare provision*” (pg. 1, line 23). Teaching staff also expand their own teaching skills and expertise as a result of IPTL.

### 3.5. Design preferences for IPTL

IPTL should be designed in the form of case scenarios in the view of the respondents and have a clear structure (preparation, implementation, follow-up). Reference to the curricular units (CU) of nursing education provides a structure by topic and a chronological order. As part of case-based learning, teaching staff should initially introduce students to the topic so that they can work on the case in an interprofessional manner or with an interprofessional perspective. IPTL is intended to appeal to various senses of the students in order to make the delivery of the learning content more engaging, make learning easier and increase student outcomes. The transfer of profession-specific perspectives is especially important and can be promoted via the presentation of group results or discussion and reflection sessions. In terms of grading, teaching staff said that no grades should be awarded as part of IPTL as this would inhibit the openness of the teaching and learning process. In addition to applying IPTL in the classroom, IPTL is also applied in practice in the nursing skills lab, a dedicated training room for practising nursing procedures in an educational setting: “*There are three mannequins in the nursing skills lab, where the professional groups work together and, for example, nursing procedures are demonstrated*” (pg. 3, line 36). The nursing skills lab provides a safe learning environment for interprofessional healthcare that encourages learning from mistakes. Looking ahead, the interviewees expressed a desire to develop IPTL for new learning concepts, such as learning in the simulation laboratory (SimLab). Furthermore, respondents expressed interest in implementing IPTL using Augmented Reality (AR) and Virtual Reality (VR), although some of the vocational schools admitted not having adequate technical equipment for this. The newly developed scenarios for IPTL are to be initially tested and then further developed. The time frame for IPTL is determined by the relevant

content. For example, teaching staff indicate a time frame of around 10 minutes for IPTL in the SimLab. Depending on the number of professional groups involved, the complexity of the case and the task(s), IPTL can last between 45 minutes and a week. The teaching and learning sequences should be kept relatively short and include reflective parts in the form of repetitions. For extensive content, teaching staff recommend scheduling IPTL in a project week: *"IPTL is best carried out in a project week as no other content is taught during this period."* (pg. 2, line 41).

### 3.6. Professional groups for IPTL

Various professional fields were represented at the vocational schools surveyed in the healthcare sector, with IPTL being designed differently depending on the institution. Interprofessional educational cooperation took place between physiotherapy and nursing specialists, occupational therapy and nursing specialists, nursing specialists and cooks, and physiotherapists and radiology technicians (MTR).

### 3.7. Other

For the practice-oriented design of IPTL, teaching staff require targeted initial, continuing, and advanced training programmes. Some interviewees noted that teaching staff might have little interest in corresponding formats: *"Advanced training is required; the target group probably only has limited interest"* (pg. 10, line 32). In the view of one interviewee, a special working group for IPTL would have limited appeal and be unlikely to succeed alongside already existing working groups. Some vocational schools in the healthcare sector therefore specifically deploy trainee teachers to develop new teaching and learning formats: *"The advantage of our teacher training school is that trainee teachers are involved in developing the curricular units"* (pg. 11, line 18).

## 4. Discussion

As shown in the previous literature review [5], the use of IPTL depends on the appropriate time, the incorporation into teaching and the intended objective in training [10]. The present results supplement these findings through insights into implementation forms and preferences of teaching staff at vocational schools in the healthcare sector in MV. IPTL takes place there both in regular teaching and in specific learning settings (such as in the nursing skills lab or on excursions). These examples illustrate the application-oriented use of IPTL with limited resources. It is clear that occasional learning opportunities are not enough to promote interprofessional skills in the long term [10]. Teaching staff emphasise that IPTL must be integrated into the curriculum and implemented over extended periods, as also advocated by Sottas et al. [10]. A key result of the study is the preferred use of case-ori-

ented learning settings. This method is deemed particularly suitable for making interprofessional learning practical and comprehensible. This is also confirmed by the research which describes such scenarios as effective for developing skills [11]. The results also indicate that there is a growing interest amongst respondents to make greater use of new learning formats (SimLab, AR, VR) for IPTL. However, this often fails as a result of inadequate technical equipment. The study makes clear that IPTL not only has a positive impact on students but also supports teachers themselves in their professional development. In addition to expanding teaching skills, IPTL helps teachers reflect on and further develop subject-related content. As Sottas et al. emphasise, interprofessional collaboration is not only a methodological challenge, it also requires a collective understanding of roles and a conscious engagement with communication patterns and power relations between the professional groups [10]. This study was based on the core academic criteria for qualitative research according to Steinke [12], [13]. To preserve intersubjective transparency, the data evaluation was documented using MAXQDA and the content analysis carried out by two researchers using a codified method. Empirical grounding [13] is ensured by the codified method, reference to the previous literature review, the deductive-inductive approach as well as the derivation of findings. Despite the aforementioned quality criteria, the study has limitations that relate to the sample composition, the creation of the interview guide, the type of data collection and evaluation as well as the authenticity of responses. As participation in the interviews was voluntary, there is potential for distortion as primarily committed and motivated people took part who tend to have more active roles within their institutions. It cannot be ruled out that interviews with teaching staff at other vocational schools would have led to additional findings or other priorities. The composition of the sample therefore limits the transferability of the results to other sites of education in Germany. Another limitation involves the written record of the interviews. This method was appropriate for the research project as the focus was on substantive content rather than on interpretive understanding [7]. All interviews were conducted and documented by a person with experience in empirical interview research, which meant that distortions due to inconsistent implementation could be reduced. At the same time, it cannot be ruled out that the one-sided perspective in documentation has resulted in omissions in content or the loss of nuance in responses.

## 5. Conclusion

The results illustrate that it is a challenge in vocational training to implement a harmonised approach to IPTL. Instead, flexible formats are required, which can be adapted to the respective staffing and organisational conditions as well as the curriculum. Teaching staff favour practical, case-oriented approaches that build on existing

teaching structures and enable dialogue between professional groups. In this context, the joint project Campus BWP MV has worked on developing modular, practical and adaptable teaching scenarios intended to support the flexible integration of interprofessional content in teaching practice. A key element involves open educational resources (OER), which can be used for implementation as well as preparation and follow-up. OERs can facilitate the long-term and effective implementation of IPTL because IPTL can be exchanged between educational institutions and professional practice and further developed. Some teaching staff's desire for structural support within schools, such as working groups or internal coordination within schools, in order to be able to continuously further develop interprofessional learning opportunities is consistent with Nock [14] and is recommended. Here, incorporating IPTL in the curriculum, for example based on the framework according to Sottas et al. [10], can help gradually develop skills and secure them in the long term. The interviews suggest that teaching skills and subject-matter coordination should be given greater consideration in interprofessional collaboration in teacher training. Further research is required to evaluate design aspects and the impact of IPTL as well as its effects on collaborative professional practice.

## Abbreviations

- CU = curricular units
- IPTL = Interprofessional Teaching and Learning
- MTR = radiology technician
- MV = Mecklenburg-Vorpommern
- OER = Open Educational Resources
- PFF = nursing specialist
- SimLab = simulation laboratory

## Acknowledgements

We would like to extend our sincere thanks to all participating vocational schools and the teaching staff for volunteering to be interviewed.

## Funding

This work was part of the joint project "CAMPUS BWP MV". The project was funded by the Federal Ministry of Education and Research as part of the joint "Teacher Training Quality Campaign" of the federal and state governments. Funding code: 01JA2023A

## Authors' ORCIDs

- Jann Niklas Vogel: [0000-0002-8937-6172]
- Matthias Müller: [0000-0001-5694-0083]

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

1. Sachverständigenrat. Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen: Gutachten 2023. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2023. p.600.
2. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010. Zugänglich unter/available from: <https://www.who.int/publications/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
3. Bundesministerium für Gesundheit. Beschluss text zum Masterplan Medizinstudium 2020. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017. Zugänglich unter/available from: [https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31\\_masterplan-beschluss text.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31_masterplan-beschluss text.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
4. Walkenhorst U, Hollweg W. Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. In: Darmann-Finck I, Sahmel KH, editors. Pädagogik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. 104. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p.1-16. DOI: 10.1007/978-3-662-61428-0\_18-1
5. Vogel JN, Bagner A, Schnaak R, Müller M. Teaching/learning formats and cross-cutting issues for the design of interprofessional education for healthcare professions – literature review and analysis of training and examination regulations. *GMS J Med Educ.* 2025;42(2):Doc26. DOI: 10.3205/zma001750
6. Bogner A, Littig B, Menz W. Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS; 2014. p.105. DOI: 10.1007/978-3-531-19416-5
7. Vogel D, Funck BJ. Only Second Best? Interview Reports as a Method of Documenting Qualitative Interviews [Immer nur die zweitbeste Lösung? Protokolle als Dokumentationsmethode für qualitative Interviews]. *Forum Qual Sozialforsch.* 2018;19(1):29. DOI: 10.17169/fqs-19.1.2716
8. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagen, Texte Methoden. 5. Auflage ed. Weinheim; Basel: Beltz Juventa; 2022. p.274.
9. Döring N, Bortz J, editors. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. DOI: 10.1007/978-3-642-41089-5
10. Sottas B, Kissmann S, Brügger S. Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele: Teilbericht 2. Bourguillon: Formative-works; 2016. Zugänglich unter/available from: [https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2016\\_3\\_IPE-Erfolgsfaktoren-Messinstrument-Best-Practice-Beispiele-QR.pdf](https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2016_3_IPE-Erfolgsfaktoren-Messinstrument-Best-Practice-Beispiele-QR.pdf)
11. Walter A. Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. *bwp@ Spezial.* 2015(10):1-22.
12. Steinke I. Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Weinheim: Juventa Verlag; 1999. p.288.
13. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I, editors. Qualitative Forschung. rororo Rowohlt Enzyklopädie. 12. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. p.319-331.

14. Nock L. Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsfachberufen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2016.

**Please cite as**

Vogel JN, Bagner A, Müller M. *Interprofessional education in healthcare professions – implementation status and preferences from the perspective of teaching staff*. GMS J Med Educ. 2026;43(2):Doc20. DOI: 10.3205/zma001814, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018143

**Corresponding author:**

Jann Niklas Vogel, M.Sc.

Neubrandenburg University of Applied Sciences,  
Department of Social Work, Education and Childcare,  
Brodaer Str. 2, D-17033 Neubrandenburg, Germany,  
Phone: +49 (0)395/5693-3209

jvogel@hs-nb.de

*This article is freely available from*  
<https://doi.org/10.3205/zma001814>

*Received: 2025-01-22*

*Revised: 2025-07-26*

*Accepted: 2025-09-10*

*Published: 2026-02-17*

**Copyright**

©2026 Vogel et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Interprofessionelle Ausbildung in Gesundheitsberufen – Umsetzungsstand und Präferenzen aus Lehrendensicht

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Berufsgruppenübergreifendes Denken und Handeln gelten als Schlüssel für eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung. Dies erfordert spezifische Kompetenzen, welche durch interprofessionelles Lehren und Lernen angebahnt werden können. Der vorliegende Beitrag zeigt Umsetzungswege und Präferenzen interprofessioneller Lehre in der Ausbildung von Gesundheitsberufen aus Lehrendensicht.

**Methodik:** Es wurden Leitfadeninterviews (n=11) mit Lehrenden aus vier öffentlichen Schulen für Gesundheitsfachberufe in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte über den methodischen Ansatz der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.

**Ergebnisse:** Die Umsetzung interprofessionellen Lehrens und Lernens variiert je nach Einrichtung und Lehrperson. Es findet im Klassenunterricht, Pflegekabinett, bei Exkursionen und Projekttagen statt, erfordert jedoch hohe Planungsaufwände. Lehrkräfte bevorzugen dabei Fallszenarien mit klarer Struktur, die von mehreren Berufsgruppen oder perspektivübergreifend bearbeitet werden können. Dabei nimmt die Reflexion berufsspezifischer Perspektiven einen besonderen Stellenwert ein. Digitale Formate wie Blended Learning, Simulationslabore sowie Virtual- und Augmented Reality werden als ergänzende Lernformate genannt, scheitern in der Umsetzung jedoch häufig an fehlender technischer Ausstattung.

**Diskussion & Schlussfolgerung:** Neben politischen und einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen für interprofessionelles Lehren und Lernen bedarf es berufsgruppenübergreifender Bildungsformate. Diese sollten auf Fallszenarien basieren und modular gestaltet sein, sodass einzelne Lehr- und Lerninhalte auf unterschiedliche Rahmenbedingungen übertragen werden können. Die Integration von OER sowie digitalen Lernformaten kann dabei sowohl die Durchführung als auch die Vor- und Nachbereitung interprofessioneller Lernangebote unterstützen.

**Schlüsselwörter:** interprofessionelles Lernen, interprofessionelle Bildung, Interprofessionalität, gesundheitsberufliche Bildung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Kompetenzen

## 1. Hintergrund

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor der Herausforderung, die Gesundheitsversorgung trotz steigender Versorgungskomplexität auf hohem Niveau zu erhalten [1]. Ein zentraler Lösungsansatz liegt in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen gesundheitsberuflichen Akteur\*innen, um fachliche Kompetenzen zu bündeln und Versorgungslücken zu schließen. Die WHO [2] definiert Interprofessionalität als eine Lehre und Tätigkeit, die entsteht, wenn mindestens zwei Berufe gemeinsam arbeiten und voneinander lernen. Interprofessionelles Lehren und Lernen (IPLL) hat sich als bildungsdidakti-

sches Konzept, das bereits in der Ausbildung gezielt Kompetenzen für die spätere berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit fördern soll [3], [4], etabliert. IPLL geht über ein Nebeneinanderlernen hinaus und erfordert strukturierte Lernsituationen, die den Austausch und die wechselseitige Reflexion berufsspezifischer Perspektiven ermöglichen. Dabei ist es nicht zwingend erforderlich, dass IPLL von Lehrenden verschiedener Professionen durchgeführt wird. Entscheidend ist, dass sich das Lernangebot an mindestens zwei Berufsgruppen richtet und der interprofessionelle Austausch im Mittelpunkt steht. Eine vorangegangenen Literaturübersicht [5] zeigte, dass IPLL in der Praxis sehr unterschiedlich umgesetzt wird, sowohl hinsichtlich der Dauer (von 120 Minuten bis zu mehreren Semesterwochenstunden) als auch der verwen-

Jann Niklas Vogel<sup>1</sup>  
Annemarie Bagner<sup>1</sup>  
Matthias Müller<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hochschule  
Neubrandenburg,  
Fachbereich Soziale Arbeit,  
Bildung und Erziehung,  
Neubrandenburg,  
Deutschland

Tabelle 1: Themenfelder des Interviewleitfadens

Nummer	Themenfeld	Erläuterung
1	(beispielhafte) Umsetzung von IPLL	Die Gesprächssituation soll eröffnet werden und einen Redefluss generieren.
2	Zielsetzungen von IPLL	Dient der Identifikation von Zielsetzungen und damit des Aufgabendesigns.
3	IPLL in der eigenen Einrichtung	Dient der Identifikation von etablierten IPLL-Formaten und didaktischen Strukturen der IPLL-Umsetzung.
4	Persönliche Gestaltungspräferenzen von IPLL	Soll eine zielgruppenspezifische Gestaltung von IPLL fokussieren.
5	Weiterbildungsbedarf	Dient der Identifikation möglicher Weiterbildungsbedarfe.

deten Methoden. Häufig kommen fallbasiertes Lernen, Simulationen und Kleingruppenarbeit zum Einsatz [5]. Gleichzeitig zeigte sich, dass IPLL oft auf niedrigeren Interaktionsniveaus wie dem austauschbasierten Lernen verbleibt und komplexere Formen wie handlungsorientiertes oder beobachtungsorientiertes Lernen seltener realisiert werden [5]. Am häufigsten sind nur zwei Berufsgruppen beteiligt, vor allem Pflege und Medizin [5]. Eine curriculare Verankerung und die Orientierung an didaktischen Konzepten wie der rückwärtsgerichteten Lernplanung gelten als zentrale Erfolgsfaktoren, die jedoch nur vereinzelt umgesetzt werden [5].

Vor diesem Hintergrund ist die Frage von Bedeutung, wie IPLL in der beruflichen Ausbildungspraxis umgesetzt wird, welche Rahmenbedingungen dafür erforderlich sind und wie Lehrende die Potenziale und Herausforderungen einschätzen. Ein Teilprojekt des Verbundvorhabens Campus BWP MV, der Universität Rostock und der Hochschule Neubrandenburg nahm sich dieser Fragen an. Die vorliegende Studie fokussiert auf folgende Fragestellungen:

1. Wie wird IPLL für Gesundheitsfachberufe an beruflichen Schulen umgesetzt?
2. Welche Präferenzen und Bedürfnisse haben Lehrende in Hinblick auf IPLL?

Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen, bedarfsgerechte und praxisnahe Szenarien für IPLL in der berufsschulischen Bildung zu entwickeln und anzuwenden.

## 2. Methode

Es wurden Interviews in Form von Expert\*innen-Interviews durchgeführt [6]. Die Datenerhebung richtete sich an Lehrende an beruflichen Schulen in Mecklenburg-Vorpommern (MV), welche Gesundheitsfachberufe ausbilden. Diese Personengruppe wurde als Expert\*innen angesehen, da sie über spezielles Wissen der gesundheitsberuflichen Didaktik verfügt. Üblicherweise finden Expert\*innen-Interviews in teilstrukturierter Form statt [6]. Daher wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der auf einer vorangegangenen Literaturübersicht [5] gründete und im Rahmen einer Fokusgruppe konzipiert wurde, an der die Autor\*innen JV, AB und MM sowie eine wissenschaftliche

Hilfskraft beteiligt waren. Der entwickelte Interviewleitfaden besteht aus fünf Themenfeldern (siehe Tabelle 1).

### 2.1. Themenfelder des Interviewleitfadens

Durch offene Fragestellungen im Interviewleitfaden wurde sichergestellt, dass die Interviewten ausreichend Antwortraum in ihrem Relevanzsystem hatten. Die Datenerhebung wurde vom Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung MV unter der Auflage genehmigt, dass die Interviews nicht aufgenommen, sondern protokolliert werden. Die Interviews fanden im Zeitraum von Juni 2022 bis April 2023 statt. Als Interviewdauer wurde ein Zeitraum von 30 Minuten einkalkuliert. Während der Interviewsituation notierte die Interviewperson unmittelbar Kernaussagen und dokumentierte auch in geringem Umfang wortwörtliche Aussagen (Simultanprotokoll). Bei Unklarheiten wurden Verständnisfragen gestellt. Auf diese Weise erfolgte bereits im Interview eine kommunikative Validierung des Gesagten [7]. Die Mitschriften der Interviews wurden zeitnah nachbearbeitet, sodass ein vollständiges, geordnetes Protokoll entstand.

### 2.2. Datenauswertung

Die Datenaufbereitung und -auswertung erfolgte kategorienorientiert und in anonymer Form. Es wurde der methodische Ansatz der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse [8] verwendet, um das Datenmaterial aufzubereiten und auszuwerten. Die Methodik ermöglicht ein deduktiv-induktives Vorgehen, wodurch Forschungserkenntnisse aus der vorangegangenen Literaturübersicht [5] einbezogen werden konnten. Die Methodik entspricht dem explorativen Erkenntnisziel der Studie, welches keine Bewertung oder Typisierung der Forschungsdaten vorsieht [8], [9]. Alle Schritte der Datenauswertung erfolgten elektronisch gestützt über die Software MAXQDA (Version 2022). Im ersten Schritt wurden deduktive Kategorien anhand des Interviewleitfadens gebildet. Im zweiten Schritt erfolgte die Bildung von Kategorien am Datenmaterial. Nach der Ausdifferenzierung des Kategoriensystems fand die vollständige Codierung der Interviewdaten statt [8]. Die Auswertung erfolgte durch zwei Forschende, welche die Kodierungen und das Kategoriensystem zur Sicherstellung der Validität gemeinsam abgleichen. Aus

codierten Segmenten ergab sich eine Übersicht, welche die Codes der Interviewprotokolle in Bezug zu den einzelnen Haupt- und Subkategorien stellt [8]. Für alle Codes wurde eine Beschreibung samt Ankerbeispiel formuliert, um das Datenmaterial besser überblicken, ordnen und interpretieren zu können. Im Anschluss wurden die aus der Datenanalyse entstandenen Ergebnisse kategorienbasiert aufbereitet.

### 3. Ergebnisse

Insgesamt nahmen vier Berufsfachschulen des Gesundheitswesens aus MV an der Interviewerhebung teil. Die Interviewerhebung erfolgte vor Ort/persönlich (n=9) oder mit einem Videokonferenztool (n=2) und dauerte durchschnittlich 25 Minuten. Es konnten alle geführten Interviews in die Datenanalyse einbezogen werden. Das Sample (n=11) bestand überwiegend aus weiblichen Personen (n=10). Da in den Interviews keinerlei Hinweise auf unterschiedliche geschlechterspezifische Aussagen zu finden waren, wurde die Dominanz weiblicher Befragter in der Stichprobe toleriert und keine weiteren Befragungen durchgeführt. Im Rahmen der Datenauswertung wurden sieben Hauptkategorien mit insgesamt 12 Unterkategorien herausgearbeitet.

#### 3.1. Aktuelle Umsetzung von IPLL

Die Lehrenden beschrieben, dass sie IPLL bereits seit längerem in der gesundheitsberuflichen Bildung praktizieren: *Wir „betreiben IPLL schon länger. Seit ungefähr 10 Jahren“* (P. 3, Z. 2). In diesem Zusammenhang halten die Lehrenden auch Lehrveranstaltungen in anderen Ausbildungsberufen (z. B. Physiotherapeut\*innen bei Pflegefachmann/ Pflegefachfrau (PFF)). Teilweise erfolgt der Unterricht in Form von Teamteaching, wobei eine der beiden Lehrkräfte die hauptsächliche Unterrichtsverantwortung übernimmt und die andere Lehrkraft bei Bedarf unterstützend ergänzt. Neben speziellen Unterrichtsformen erfolgen Kooperationen mit externen Lehrenden (z. B. Praxisanleiter\*innen), Einrichtungen (z. B. Sanitätshaus) oder anderen externen Dienstleister\*innen (z. B. Deeskalationstrainer\*innen). Allgemein bietet sich IPLL an Berufsfachschulen des Gesundheitswesens immer dann an, wenn gemeinsame Ausbildungsinhalte und interprofessionelle Lernfelder vorliegen: „*CE6: Handeln in Notfällen (Verbindung: PFF & Rettungssanitäter\*innen)*“ (P. 1, Z. 50). Je nach Art und Umfang des IPLL finden diese entweder im regulären Unterrichtszeitraum oder an speziellen Projekttagen statt.

#### 3.2. Probleme und Risiken der Umsetzung von IPLL

Aus Sicht der Lehrenden schränken die Rahmenlehrpläne die Möglichkeiten interprofessioneller Lehre ein: „*Der Rahmenlehrplan in der Pflege gibt kaum Rahmen und Zeit für IPLL*“ (P. 1, Z. 32). Es fehlt eine curriculare Veran-

kerung des IPLL. Vielfach stellen die zeitliche Koordination, Personalmangel oder auch das schuleigene Curriculum Hemmnisse bei der Umsetzung von IPLL dar. Lehrende beschreiben ein „schlechtes Gefühl“, wenn Kolleg\*innen aus einer anderen Profession ein spezielles Unterrichtsthema für IPLL übernehmen und keine Gegenleistung erbracht werden kann. Darüber hinaus wird die interprofessionelle Zusammenarbeit mit einigen Gesundheitsfachberufen (z. B. zwischen PFF und Medizinischen Fachangestellten) als gering und damit wenig relevant beurteilt. Während der Corona-Pandemie haben Schutzmaßnahmen dazu geführt, dass viele Umsetzungsformen von IPLL, wie Kooperationen mit externen Dienstleistenden (z. B. Hospiz, Sanitätshaus, oder Pathologie) nicht umgesetzt werden konnten.

#### 3.3. Ziele von IPLL

Aus Lehrendenperspektive verfolgt IPLL verschiedene Zielsetzungen. Ein Kernaspekt bildet das „*Kennenlernen der anderen Berufsgruppen, deren Aufgaben und Einsatzmöglichkeiten*“ (P. 5, Z. 18). Die berufsgruppenübergreifenden Kenntnisse sollen Vorurteile abbauen, die eigene professionsspezifischen Sichtweise erweitern sowie zu gegenseitiger Unterstützung und gelingender Zusammenarbeit in der Berufspraxis beitragen. Einen wichtigen Aspekt bildet dabei die Reflexion der Interprofessionalität, um die berufliche Zusammenarbeit zielführend und effektiv zu gestalten.

#### 3.4. Folgen und Vorteile von IPLL

Aus Sicht der Interviewten bewirkt IPLL einen Austausch zwischen Berufsgruppen, der eine ganzheitliche Sichtweise auf Versorgungssituationen ermöglicht. Den Lernenden soll anhand von IPLL bewusst werden „*[...] dass man mit verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeitet* (z. B. mit Sporttherapeut\*innen)“ (P. 5, Z. 22). Das berufsübergreifende Verständnis schafft Voraussetzungen für eine gelingende Zusammenarbeit und kann die Grundlage für eine spätere gegenseitige Unterstützung in der beruflichen Praxis bilden. Dies kann zu einem besseren Arbeitsklima und zu einer höheren Berufszufriedenheit beitragen. Mehrere Lehrenden gaben im Interview an, dass IPLL zu einer „*besseren Gesundheitsversorgung*“ (P. 1, Z. 23) führen kann. Die Lehrpersonen erweitern durch IPLL auch die eigenen didaktischen Kompetenzen und die Fachkompetenzen.

#### 3.5. Gestaltungspräferenzen von IPLL

IPLL soll nach Meinung der Befragten in Form von Fallszenarien konzipiert werden und eine klare Struktur (Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung) aufweisen. Eine Strukturierung pro Themenfeld und zeitlicher Abfolge bietet der Bezug zu den curricularen Einheiten (CE) der Pflegeausbildung. Im Rahmen der Fallbearbeitung sollten die Lehrperson(en) die Lernenden zunächst an das Thema heranführen, sodass sie den Fall berufsgruppenübergrei-

fend oder mit interprofessioneller Perspektive bearbeiten können. IPLL sollte verschiedene Sinne der Lernenden ansprechen, um die Vermittlung des Lernstoffs interessanter zu gestalten, das Lernen zu erleichtern und den Lernerfolg zu steigern. Einen besonderen Stellenwert nimmt der Transfer der berufsspezifischen Perspektiven ein, welcher durch Präsentation von Gruppenergebnissen oder Diskussion- bzw. Reflexionsrunden angebahnt werden kann. Hinsichtlich der Benotung äußerten die Lehrkräfte, dass keine Zensuren im Rahmen von IPLL vergeben werden sollten, da dies die Offenheit im Lehr- und Lernprozess hemmen würde. Neben der Anwendung des IPLL im Klassenzimmer wird IPLL auch praxisnah im Pflegekabinett, einem schulischen Übungsraum zur Durchführung und Einübung pflegerischer Tätigkeiten, angewendet: „Im Pflegekabinett gibt es drei Puppen, wo die Berufsgruppen zusammenarbeiten, und z.B. pflegerische Tätigkeiten gezeigt werden“ (P. 3, Z. 36). Das Pflegekabinett bietet für eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung einen geschützten Lernraum, der ein fehlerfreundliches Klima ermöglicht. Perspektivisch wünschten die Interviewpersonen die Entwicklung von IPLL für neue Lernkonzepte, wie dem Lernen im Simulationslabor (SimLab). Ferner wurde auch IPLL im Bereich von Augmented Reality (AU) und Virtual Reality (VR) gewünscht, wobei ein Teil der Berufsfachschulen angab, über keine ausreichende technische Ausstattung dafür zu verfügen. Die neu entwickelten Szenarien für IPLL sollten zunächst getestet und im Anschluss weiterentwickelt werden. Der Zeitrahmen des IPLL wird vom jeweiligen Inhalt bestimmt. So geben Lehrende für IPLL im SimLab einen Zeitrahmen von ca. 10 Minuten an. Je nach Anzahl inkludierter Berufsgruppen, der Komplexität des Falls und der Aufgabenstellung(en) kann IPLL zwischen 45 Minuten und einer Woche dauern. Die Lehr- und Lernsequenzen sollten eher kurzgehalten werden und reflexive Anteile in Form von Wiederholungen beinhalten. Bei umfangreichen Inhalten empfehlen Lehrende die Anwendung des IPLL in einer Projektwoche zu legen: „IPLL sollte am besten in einer Projektwoche erfolgen, da in diesem Zeitraum keine anderen Inhalte vermittelt werden.“ (P. 2, Z. 41).

### 3.6. Berufsgruppen für IPLL

An den befragten Berufsfachschulen des Gesundheitswesens waren verschiedene Berufszweige angesiedelt, wodurch IPLL je nach Einrichtung unterschiedlich ausgestaltet wurde. Berufsübergreifende Bildungskooperationen erfolgten zwischen Physiotherapie und PFF, Ergotherapie und PFF, PFF und Koch/Köchin, oder Physiotherapeut\*innen und Medizinische Technolog\*innen für Radiologie (MTR).

### 3.7. Sonstiges

Für die praxisnahe Gestaltung von IPLL benötigen Lehrende gezielte Aus-, Fort-, und Weiterbildungsangebote. Einzelne Interviewpersonen äußerten, dass Lehrende möglicherweise geringes Interesse an entsprechenden Forma-

ten haben: „Weiterbildungen werden benötigt; Zielgruppe hat wahrscheinlich nur geringes Interesse“ (P. 10, Z. 32). Eine spezielle Arbeitsgruppe für IPLL wäre aus Sicht einer Interviewperson neben den bereits bestehenden Arbeitsgruppen wenig attraktiv und erfolgsversprechend. Manche Berufsfachschulen des Gesundheitswesens setzen daher gezielt Referendar\*innen ein, um neue Lehr- und Lernformate zu entwickeln: „Vorteil unserer Seminarschule ist es, dass Referendare an der Bearbeitung der curricularen Einheiten mitwirken“ (P. 11, Z. 18).

## 4. Diskussion

Wie in der vorangegangenen Literaturübersicht [5] dargestellt, richtet sich der Einsatz von IPLL nach dem zeitlich geeigneten Moment, der Einbettung in den Unterricht sowie der intendierten Zielsetzung in der Ausbildung [10]. Die vorliegenden Ergebnisse ergänzen diese Erkenntnisse durch Einblicke in Umsetzungsformen und Präferenzen von Lehrenden an Berufsfachschulen des Gesundheitswesens in MV. IPLL findet dort sowohl im regulären Unterricht als auch in spezifischen Lernsettings (z. B. Pflegekabinett oder Exkursionen) statt. Diese Beispiele verdeutlichen den anwendungsorientierten Umgang von IPLL mit begrenzten Ressourcen. Es wird deutlich, dass punktuelle Lernangebote nicht ausreichen, um interprofessionelle Kompetenzen langfristig zu fördern [10]. Lehrende betonen, dass IPLL in das Curriculum integriert und über längere Zeiträume angelegt sein muss, wie es auch Sottas et al. fordern [10]. Ein zentrales Ergebnis der Studie ist die präferierte Nutzung fallorientierter Lernsettings. Diese Methode wird als besonders geeignet bewertet, um berufsübergreifendes Lernen praxisnah und verständlich zu gestalten. Das bestätigt auch die Forschung, die solche Szenarien als wirksam für den Kompetenzaufbau beschreibt [11]. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass bei den Befragten ein wachsendes Interesse besteht, neue Lernformate (SimLab, AR, VR) verstärkt für IPLL zu nutzen. Dies scheitert aber häufig an unzureichenden technischen Ausstattungen. Die Untersuchung macht deutlich, dass IPLL nicht nur positive Auswirkungen auf die Lernenden hat, sondern auch die Lehrenden selbst in ihrer professionellen Entwicklung unterstützt. Neben der Erweiterung didaktischer Kompetenzen trägt IPLL zur Reflexion und Weiterentwicklung fachlicher Inhalte bei. Wie Sottas et al. betonen, ist interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur eine methodische Herausforderung, sondern setzt ein gemeinsames Rollenverständnis sowie eine bewusste Auseinandersetzung mit Kommunikationsmustern und Machtverhältnissen zwischen den Berufsgruppen voraus [10].

Die vorliegende Studie orientierte sich an den wissenschaftlichen Kernkriterien qualitativer Forschung nach Steinke [12], [13]. Zur Wahrung intersubjektiver Nachvollziehbarkeit erfolgte die Dokumentation der Datenauswertung über MAXQDA und die Inhaltsanalyse über zwei Forschende sowie unter Anwendung eines kodifizierten Verfahrens. Die empirische Verankerung [13] ist über

das kodifizierende Verfahren, Bezug zur vorangegangenen Literaturübersicht, das deduktiv-induktive Vorgehen sowie die Ableitung von Erkenntnissen gewährleistet. Trotz der genannten Gütekriterien weist die Studie Limitationen auf, welche die Stichprobenzusammensetzung, die Erstellung des Interviewleitfadens, die Art der Datenerhebung und -auswertung sowie die Authentizität des Antwortverhaltens betreffen. Da die Teilnahme an den Interviews freiwillig erfolgte, ist eine Verzerrung möglich, da vor allem engagierte und motivierte Personen teilnahmen, die tendenziell aktiver Rollen innerhalb ihrer Institutionen einnehmen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Interviews mit Lehrenden weiterer Berufsfachschulen zu zusätzlichen Erkenntnissen oder anderen Schwerpunktsetzungen geführt hätten. Die Zusammensetzung der Stichprobe begrenzt daher die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Ausbildungsorte in Deutschland. Eine weitere Limitation betrifft die schriftliche Protokollierung der Interviews. Diese Methode war für das Forschungsvorhaben angemessen, da der Fokus auf dem inhaltlichen Gehalt und weniger auf der sinnverstehenden Interpretation lag [7]. Alle Interviews wurden von einer in der empirischen Interviewforschung erfahrenden Person durchgeführt und protokolliert, wodurch Verzerrungen durch uneinheitliche Durchführung reduziert werden konnten. Gleichzeitig ist nicht auszuschließen, dass die einseitige Perspektive bei der Protokollierung zu inhaltlichen Verkürzungen oder zum Verlust von Nuancen im Antwortverhalten geführt hat.

## 5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es in der beruflichen Bildung herausfordernd ist, ein einheitliches Konzept für IPLL umzusetzen. Stattdessen bedarf es flexibler Formate, die sich an die jeweiligen personellen, organisatorischen und curricularen Rahmenbedingungen anpassen lassen. Lehrende bevorzugen praxisnahe, fallorientierte Ansätze, die an vorhandene Unterrichtsstrukturen anschließen und einen Austausch zwischen Berufsgruppen ermöglichen. Vor diesem Hintergrund wurde im Verbundprojekt Campus BWP MV an der Entwicklung modularer, praxisnaher und adaptierbarer Lehrszenarien gearbeitet, die eine flexible Integration interprofessioneller Inhalte in die Unterrichtspraxis unterstützen sollen. Ein zentrales Element bilden dabei offene Bildungsmaterialien (Open Educational Resources, OER), die zur Durchführung sowie zur Vor- und Nachbereitung eingesetzt werden können. OER können nachhaltige und wirksame Umsetzung von IPLL erleichtern, weil die IPLL zwischen Bildungsinstitutionen und Berufspraxis getauscht und weiterentwickelt werden können. Der Wunsch einzelner Lehrender nach struktureller Unterstützung innerhalb der Schulen, etwa durch Arbeitsgruppen oder schulinterne Koordination, um interprofessionelle Lernangebote kontinuierlich weiterentwickeln zu können, deckt sich mit Nock [14] und ist angeraten. Hier kann eine curriculare Verankerung von IPLL, etwa orientiert an der Systematik nach Sottas

et al. [10] dazu beitragen, Kompetenzen stufenweise aufzubauen und langfristig zu sichern. Aus den Interviews lässt sich ableiten, dass in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Ausbildung von Lehrkräften die didaktische Kompetenz und fachliche Abstimmung stärker berücksichtigt werden sollte. Weitere Forschung ist notwendig, um Gestaltungsaspekte und Wirkungen von IPLL sowie deren Effekte auf die kooperative Berufspraxis zu evaluieren.

## Abkürzungen

- CE = Curriculare Einheiten
- IPLL = Interprofessionelles Lehren und Lernen
- MTR = Medizinische Technolog/-innen für Radiologie
- MV = Mecklenburg-Vorpommern
- OER = Open Educational Resources
- PFF = Pflegefachmann/ Pflegefachfrau
- SimLab = Simulationslabor

## Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen teilnehmenden Berufsfachschulen und den Lehrenden für ihre Teilnahme an den freiwilligen Interviews.

## Förderung

Die vorliegende Arbeit war Teil des Verbundprojekts „CAMPUS BWP MV“. Das Projekt wurde im Rahmen der gemeinsamen „Qualitätsoffensive Lehrerbildung“ von Bund und Ländern aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert. Förderkennzeichen: 01JA2023A.

## ORCIDs der Autoren

- Jann Niklas Vogel: [0000-0002-8937-6172]
- Matthias Müller: [0000-0001-5694-0083]

## Interessenkonflikt

Die Autor\*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Literatur

1. Sachverständigenrat. Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen: Gutachten 2023. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2023. p.600.

2. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010. Zugänglich unter/available from: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
3. Bundesministerium für Gesundheit. Beschlusstext zum Masterplan Medizinstudium 2020. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017. Zugänglich unter/available from: [https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31\\_masterplan-beschlusstext.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31_masterplan-beschlusstext.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
4. Walkenhorst U, Hollweg W. Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. In: Darmann-Finck I, Sahmel KH, editors. Pädagogik im Gesundheitswesen. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. 104. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p.1-16. DOI: 10.1007/978-3-662-61428-0\_18-1
5. Vogel JN, Bagner A, Schnaak R, Müller M. Teaching/learning formats and cross-cutting issues for the design of interprofessional education for healthcare professions – literature review and analysis of training and examination regulations. *GMS J Med Educ.* 2025;42(2):Doc26. DOI: 10.3205/zma001750
6. Bogner A, Littig B, Menz W. Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS; 2014. p.105. DOI: 10.1007/978-3-531-19416-5
7. Vogel D, Funck BJ. Only Second Best? Interview Reports as a Method of Documenting Qualitative Interviews [Immer nur die zweitbeste Lösung? Protokolle als Dokumentationsmethode für qualitative Interviews]. *Forum Qual Sozialforsch.* 2018;19(1):29. DOI: 10.17169/fqs-19.1.2716
8. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung : Grundlagen, Texte Methoden. 5. Auflage ed. Weinheim; Basel: Beltz Juventa; 2022. p.274.
9. Döring N, Bortz J, editors. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. DOI: 10.1007/978-3-642-41089-5
10. Sottas B, Kissmann S, Brügger S. Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele: Teilbericht 2. Bourguillon: Formative-works; 2016. Zugänglich unter/available from: [https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2016\\_3\\_IPE-Erfolgsfaktoren-Messinstrument-Best-Practice-Beispiele-QR.pdf](https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2016_3_IPE-Erfolgsfaktoren-Messinstrument-Best-Practice-Beispiele-QR.pdf)
11. Walter A. Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. *bw@ Spezial.* 2015(10):1-22.
12. Steinke I. Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Weinheim: Juventa Verlag; 1999. p.288.
13. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I, editors. Qualitative Forschung. rororo Rowohlt Enzyklopädie. 12. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017. p.319-331.
14. Nock L. Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsfachberufen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2016.

#### Korrespondenzadresse:

Jann Niklas Vogel, M.Sc.  
Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Deutschland, Tel.: +49 (0)395/5693-3209  
jvogel@hs-nb.de

#### Bitte zitieren als

Vogel JN, Bagner A, Müller M. *Interprofessional education in healthcare professions – implementation status and preferences from the perspective of teaching staff.* *GMS J Med Educ.* 2026;43(2):Doc20. DOI: 10.3205/zma001814, URN: [urn:nbn:de:0183-zma0018143](https://doi.org/10.3205/zma001814)

**Artikel online frei zugänglich unter**  
<https://doi.org/10.3205/zma001814>

**Eingereicht:** 22.01.2025  
**Überarbeitet:** 26.07.2025  
**Angenommen:** 10.09.2025  
**Veröffentlicht:** 17.02.2026

#### Copyright

©2026 Vogel et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.