

Aus dem
Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin (DAM)
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München



***Interprofessionelle Kommunikation
im Aufgabenfeld der Entlassungsplanung***

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Matthias Johannes Witt

aus
Dachau

Jahr
2024

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Erstes Gutachten: Prof. Dr. Martin Fischer

Zweites Gutachten: Prof. Dr. Ralf Schmidmaier

Drittes Gutachten: Anonym

weiteres Gutachten: Prof. Dr. Konstantinos Dimitriadis

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. Jan Michael Zottmann

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 25.06.2024

Dedikation

Für meinen Papa und meinen Sohn



Inhaltsverzeichnis

Dedikation	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Zusammenfassung.....	VIII
Abstract.....	X
Tabellenverzeichnis	XII
Abbildungsverzeichnis	XIII
Abkürzungsverzeichnis	XIV
1. Einleitung	1
1.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Ausbildung	1
1.2 Historische Entwicklung interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit	2
1.3 Aktuelle Entwicklungen interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit in Deutschland	4
1.4 Zusammenfassender Überblick	5
2. Rahmenkonzept für interprofessionelle Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit (Teil 1).....	7
2.1 Hintergrund	7
2.2 Entwicklungsprozess	10
2.3 Rahmenkonzept für interprofessionelle Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit	11
2.3.1 Unterstützungsmaßnahmen interprofessioneller Ausbildung	13
2.3.2 Individuelle Lernvoraussetzungen	15
2.3.3 Erkennen (Noticing)	18
2.3.4 Prozess beobachtbarer kollaborativer Aktivitäten	19
2.3.5 Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren	21
2.3.6 Ergebnisse kollaborativer Aktivitäten	22
2.4 Schlussfolgerungen zu Teil 1	23
3. Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)	24



3.1	Hintergrund	24
3.2	Entlassungsmanagement	25
3.2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	26
3.2.2	Forschungsstand Entlassungsmanagement	28
3.2.3	Entlassungsmanagement als Gegenstand der Ausbildung	32
3.3	Problemstellung und Forschungsfragen	33
3.4	Instrument	37
3.4.1	Itemerstellung	37
3.4.2	Itemaufteilung	38
3.4.3	Itemqualität	38
3.5	Methode	40
3.5.1	Design	40
3.5.2	Ethik	40
3.5.3	Sampling-Strategie	40
3.5.4	Datenanalyse	42
3.6	Ergebnisse Itemerstellung	45
3.6.1	Itemaufteilung und Itemauswahl	45
3.6.2	Itemqualität (qualitative Analyse)	46
3.7	Ergebnisse Fragebogenerhebung	49
3.7.1	Stichprobenbeschreibung	49
3.7.2	Ergebnisse RQ1	51
3.7.3	Ergebnisse RQ2	54
3.7.4	Ergebnisse RQ3	58
3.7.5	Ergebnisse RQ4	60
3.8	Diskussion	63
3.9	Schlussfolgerungen zu Teil 2	69
4.	Entwicklung einer Entrustable Professional Activity (EPA): Interprofessionelle Patientenübergabe für Pflegefachkräfte (Teil 3)	71
4.1	Hintergrund	71
4.1.1	Forschungsstand interprofessionelle Patientenübergabe	73
4.1.2	Interprofessionelle Patientenübergabe als Gegenstand der Ausbildung	74
4.1.3	Entrustable Professional Activities (EPA)	77
4.2	Problemstellung und Forschungsfragen	85
4.3	Material und Methoden	87



4.3.1	Forschungsdesign.....	87
4.3.2	Sampling- und Rekrutierungsstrategie.....	88
4.3.3	Ethik.....	89
4.3.4	Erhebungsmethode und Durchführung der Datenerhebung.....	89
4.3.5	Datenverarbeitung.....	91
4.3.6	Datenanalyse.....	91
4.3.7	Gütekriterien.....	96
4.4	Ergebnisse.....	98
4.4.1	Stichprobenbeschreibung.....	98
4.4.2	Ergebnisse der Datenanalyse.....	99
4.4.3	Ergebnisse der Konsensrunde.....	111
4.4.4	EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen.....	112
4.5	Diskussion.....	116
4.6	Schlussfolgerungen zu Teil 3.....	121
5.	Zusammenfassende Diskussion.....	122
5.1	Teil 1: Rahmenkonzept für interprofessionelle Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit.....	122
5.1.1	Limitationen.....	122
5.1.2	Implikationen für die weitere Forschung.....	123
5.2	Teil 2: Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede in der Entlassungsplanung.....	125
5.2.1	Limitationen.....	126
5.2.2	Implikationen für die weitere Forschung.....	127
5.3	Teil 3: EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen.....	128
5.3.1	Limitationen.....	130
5.3.2	Implikationen für die weitere Forschung.....	131
6.	Literaturverzeichnis.....	132
	Anhang.....	149
	Anhang A	149
	Anhang B	159
	Danksagung.....	187
	Affidavit.....	188



Publikationsliste 189



Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem steht aufgrund des demographischen Wandels vor einschneidenden Veränderungen. Zur Sicherstellung und Förderung der Patientensicherheit sind neue Versorgungskonzepte notwendig. Dies soll unter anderem durch eine Stärkung des kompetenzorientierten Lehrens und Lernens mit interprofessionellen Inhalten sowie durch eine verstärkte interprofessionelle Praxisorientierung erreicht werden. Als Grundlage für die interprofessionelle Ausbildung werden mehrere, vor allem gesundheitspolitisch motivierte Kompetenzrahmenmodelle herangezogen. In der interprofessionellen Ausbildung fehlt jedoch bislang noch immer ein Rahmenkonzept, das es ermöglicht, kollaborative Problemlösungsprozesse über verschiedene Berufe in der Gesundheitsversorgung hinweg abzubilden. Deshalb schlagen wir in Teil eins dieser Arbeit ein solches Rahmenkonzept zur Darstellung und Operationalisierung von kollaborativen Problemlösefähigkeiten für den Kontext der interprofessionellen Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit vor.

Aufbauend auf dem Rahmenkonzept in Teil eins konzentrieren wir uns auf zwei zentrale Schnittstellen im Gesundheitswesen, an denen es typischerweise zu interprofessioneller Zusammenarbeit kommt: einerseits das in Teil zwei besprochene Entlassungsmanagement eines Patienten auf einer Krankenhausstation und andererseits in Teil drei die dafür notwendige interprofessionelle Patientenübergabe zwischen der professionellen Pflege und der Ärzteschaft.

Teil zwei der Arbeit fokussiert auf die Wissensbasis der oben genannten Gesundheitsberufe im Entlassungsmanagement. Ein Test zur Erfassung des deklarativen und strategischen Wissens zum Entlassungsmanagement wurde auf Basis von mono- und teils auch interprofessionellen Leitlinien zum Entlassungsmanagement entwickelt und anschließend von einer Expert*innengruppe aus Pflegefachkräften, Ärzt*innen und klinischen Sozialberater*innen inhaltlich validiert. Der Wissenstest umfasst insgesamt 16 Items und deckt unterschiedliche Wissensdimensionen des Entlassungsmanagements ab. Im Rahmen einer quantitativen Studie bearbeiteten 89 Pflegefachkräfte und 48 Ärzt*innen den Wissenstest. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte zum einen deskriptiv und zum anderen mittels Varianzanalysen (RM-ANOVA; mixed-ANOVAs). In der deskriptiven Auswertung zeigte sich, dass die untersuchten Berufsgruppen insgesamt über befriedigendes (Ärzt*innen) bis ausreichendes (Pflegefachkräften) Wissen



zum Entlassungsmanagement verfügen. Bezüglich des Unterschieds hinsichtlich deklarativen und strategischen Wissen über die Berufsgruppen hinweg zeigte sich, dass sich die Teilnehmenden im moderaten bis starken Maße unterschieden. Allerdings konnte kein Effekt bezüglich der beiden Berufsgruppen (Pflegefachkräfte vs. Ärzt*innen) hinsichtlich ihres deklarativen und strategischen Wissens und den unterschiedlichen Wissensdimensionen festgestellt werden. Ebenso zeigte sich, dass sich die Teilnehmenden mit unterschiedlicher Berufserfahrung nicht hinsichtlich ihres deklarativen Wissens in den unterschiedlichen Wissensdimensionen unterschieden. Deutlich wurde jedoch, dass die Teilnehmenden mit unterschiedlicher Berufserfahrung in puncto strategischem Wissen in den unterschiedlichen Wissensdimensionen signifikante Unterschiede aufwiesen.

Eine wesentliche Funktion des Entlassungsmanagements liegt darin, die Beobachtungen, Bewertungen und Handlungen aller involvierten Berufsgruppen zu sammeln und auszuwerten. Vor diesem Hintergrund schlagen wir in Teil drei dieser Arbeit ein Lehrinstrument zur interprofessionellen Patientenübergabe für Pflegefachkräfte vor. Das Instrument orientiert sich an dem Konzept der Entrustable Professional Activities (EPA) nach ten Cate. Zur Entwicklung einer EPA für die interprofessionelle Patientenübergabe wurde zunächst eine Interviewstudie durchgeführt. Ziel war es, die Inhalte der EPA sowohl aus Perspektive der Praxis als auch der Theorie zu entwickeln. Zu diesem Zweck wurden 20 Interviews mit praktizierenden Pflegefachkräften und Ärzt*innen geführt. Die Befragten wurden gebeten, den Arbeitsprozess der Patientenübergabe Schritt für Schritt zu beschreiben. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach dem gängigen Ablaufschema der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Analysen konnte eine vorläufige EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen für Pflegefachkräfte entwickelt werden, die schließlich im Rahmen einer Konsensrunde mit erfahrenen Pflegefachkräften und Ärzt*innen validiert wurde. Mit der von uns entwickelten EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen haben wir eine der ersten EPAs für den professionellen Pflegeberuf in Deutschland vorgelegt. Zugleich lehnt sich unsere EPA an ein bestehendes Lehrinstrument aus dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) an und kann damit unmittelbar in der mono- und interprofessionellen Ausbildung sowie in der Praxis eingesetzt werden.



Abstract

The German healthcare system is facing significant changes due to demographic shifts. New care concepts are necessary to ensure and promote patient safety. This is intended to be achieved through strengthening competency-based teaching and learning with interprofessional teaching content, as well as through enhanced interprofessional practical orientation. Several competence framework models, mainly motivated by health policy, are used as the basis for interprofessional education. However, there is still a lack of a conceptual framework in interprofessional education that enables collaborative problem-solving processes across different healthcare professions.

Therefore, in Part 1 of this thesis, we propose a conceptual framework for representing and operationalising collaborative problem-solving skills in the context of interprofessional education and collaboration in healthcare. Building on the conceptual framework in Part 1, we focus on two key interfaces in healthcare where interprofessional collaboration typically occurs: (2) the discharge planning of a patient from the hospital ward, and (3) the required interprofessional patient handover between nurses and physicians.

Part 2 of the thesis focuses on the knowledge base of the aforementioned healthcare professionals in discharge planning. We developed a test to assess declarative and strategic knowledge of discharge planning based on mono- and partly interprofessional guidelines. An expert group of nurses, physicians and clinical social workers validated the content of the knowledge test. The test consists of 16 items covering different knowledge dimensions of discharge planning. In a quantitative study, 89 nurses and 48 physicians completed the knowledge test. We analysed the collected data descriptively and using analysis of variance (RM-ANOVA; mixed-ANOVAs). The descriptive analysis showed that both professional groups had satisfactory (physicians) to sufficient (nurses) knowledge of discharge planning. Regarding the difference in declarative and strategic knowledge across professional groups, it was observed that the participants differed to a moderate to strong extent. However, no effect was found regarding the professional groups (nurses vs. physicians) in terms of their declarative and strategic knowledge and the different knowledge dimensions. Similarly, it was observed that participants with different professional experience did not differ in terms of their declarative knowledge across different knowledge dimensions. However, participants with different professional experience did differ in terms of their strategic knowledge across different knowledge dimensions.



An essential function of discharge planning is to collect and evaluate the observations, assessments, and actions of all involved professional groups. In Part 3 of this thesis, we propose a teaching tool for interprofessional patient handover for nurses. The tool is based on the concept of Entrustable Professional Activities (EPA) by ten Cate. To develop an EPA for interprofessional patient handover, we conducted an interview study. The aim was to develop the contents of the EPA from both a practical and theoretical perspective. We conducted 20 interviews with nurses and physicians, who described the interprofessional patient handover process step by step. The interviews were analyzed using the common procedure of content-structuring qualitative content analysis according to Kuckartz. Based on the analysis results, we developed a preliminary EPA for interprofessional patient handover for nurses, which we subsequently validated through a consensus round with experienced nurses and physicians. Our developed EPA Performing and/or receiving interprofessional patient handover is one of the first EPAs for nurses in Germany. It is based on an existing educational instrument from the National Competence-based Learning Objective Catalogue Medicine and can therefore be directly used in mono- and interprofessional education, as well as in practice.



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Wissensdimensionen und Fragebogenitems zum Wissenstest Entlassungsmanagement	46
Tabelle 2	Durchschnittliche Schwierigkeits- und Qualitätseinschätzung der Expert*innen pro Item	47
Tabelle 3	Berufserfahrung der Stichprobe	50
Tabelle 4	Organisationseinheiten der Stichprobe	50
Tabelle 5	Itemkennwerte deklaratives Wissen Ärzt*innen und Pflegefachkräfte	52
Tabelle 6	Itemkennwerte strategisches Wissen Ärzt*innen und Pflegefachkräfte	53
Tabelle 7	Mittelwerte, Standardabweichung und bivariate Korrelationen aller Skalen	54
Tabelle 8	Überblick über Themenbereiche des Interviewleitfadens mit Subthemen	90
Tabelle 9	Beispiel der qualitativen kategorienbasierten Analyse der Subkategorie „Definition IPÜ“	94
Tabelle 10	Liste der relevanten Haupt- und Subkategorien	99
Tabelle 11	EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen	112



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Rahmenkonzept für interprofessionelle Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit	12
Abbildung 2	Deklarative Wissensunterschiede nach Wissensdimensionen	56
Abbildung 3	Strategische Wissensunterschiede nach Wissensdimensionen	58
Abbildung 4	Deklaratives Wissen nach Wissensdimensionen und Berufsgruppen	59
Abbildung 5	Strategisches Wissen nach Wissensdimensionen und Berufsgruppen	60
Abbildung 6	Deklaratives Wissen nach Wissensdimensionen, Berufserfahrungsstufen und Berufsgruppen	61
Abbildung 7	Strategisches Wissen nach Wissensdimensionen, Berufserfahrungsstufen und Berufsgruppen	62
Abbildung 8	Strategisches Wissen nach Berufserfahrung und Wissensdimensionen	62
Abbildung 9	EPA-Strukturraster nach ten Cate und Taylor	79
Abbildung 10	qualitative Analyseschritte mit kategorienbasierter Analyse der Haupt- und Subkategorien nach Kuckartz	93



Abkürzungsverzeichnis

CA	Collaborative Activities /Kollaborative Aktivitäten
CanMeds	Canadian Medical Education Directives for Specialists
DFG	Deutschen Forschungsgemeinschaft
DGP	Deutschen Gesellschaft für Psychologie
DNQP	Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
GKP	Gesundheits- und Krankenpflege
EPA	Entrustable Professional Activities/Anvertraubare Professionelle Aktivitäten
EBD	Entrustment-based-discussion
EQual	Evaluate Entrustable Professional Activities for Quality
ICP	Interprofessional Collaborative Practice/Interprofessionelle kollaborative Praxis
IPE	Interprofessional Education/Interprofessionelle Ausbildung
ILEGRA	Graduiertenkollegs interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
NKLM	Nationaler Kompetenzorientierter Lernzielkatalog der Medizin
MIPA	Münchner Interprofessionellen Ausbildungsstation
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
WHO	World Health Organisation



1. Einleitung

Die Patientensicherheit ist Aufgabe aller Gesundheitsberufe in der Gesundheitsversorgung. Unter Patientensicherheit versteht man im Allgemeinen die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse (Kohn et al., 2000), die primär auf Diagnostik und Pflege zurückgehen und nicht auf die jeweilige Krankheit (World Health Organization, 2009).

In Deutschland existiert bislang keine einheitliche Bundesstatistik zu Behandlungsfehlern und Behandlungsfehlervorwürfen. Aussagekräftig sind allerdings die Statistiken des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Diese beruhen auf der Auswertung der Behandlungsfehlergutachten, die Patient*innen eingereicht haben. Im Jahr 2020 wurden demnach 14.000 Behandlungsfehlergutachten erstellt. Bei 25,3 Prozent der überprüften Fälle lagen tatsächliche Behandlungsfehler vor (Medizinischer Dienst Bund, 2020).

Betroffen sind Patient*innen in der Patientenversorgung nach Angaben des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit unter anderem von nosokomialen Infektionen, von Diagnostik- und Therapiefehlern und vor allem von Informationsverlusten an den zahlreichen Schnittstellen der Versorgung. Dies alles kann zu folgenschweren Komplikationen führen, bis hin zum Tod (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2014). Viele unerwünschte Ereignisse entstehen aus Fehlern im Verlauf komplexer und arbeitsteiliger Prozesse; diese Fehler beruhen meist auf einer ineffizienten Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufen. Kommunikationsdefizite und Informationsverluste durch schlechte, unstrukturierte oder komplett fehlende Informationstransfers bedeuten ein reales Risiko für die Patientensicherheit. Sie werden bei fast zwei Dritteln aller Fehler als Ursache genannt (Abdellatif et al., 2007; Cheung et al., 2009; Dinius et al., 2021; Dinius et al., 2020).

1.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Ausbildung

In den vergangenen Jahren wurden in Deutschland zahlreiche Initiativen und Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit angegangen. Neben diesen gilt die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen als Schlüsselement für eine patientensichere und patientenzentrierte Versorgung (Robert Bosch Stiftung, 2011;



Walkenhorst et al., 2015). Das Konzept der interprofessionellen kollaborativen Zusammenarbeit (ICP) formuliert als Hauptziel, die bestmögliche Versorgungsqualität für Patient*innen sicherzustellen (Reeves et al., 2010).

“[Interprofessional] Collaborative practice [(ICP)] in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings“ (World Health Organization, 2010, S. 13).

Geprägt ist ICP durch eine hohe Identifizierung mit dem eigenen Team und eine enge Vernetzung zwischen den beteiligten Professionen. Zu den Dimensionen von ICP gehören zudem klare Teamziele, eine gemeinsame Teamidentität, gemeinsames Engagement des Teams und eine klare Rollenverteilung (Reeves et al., 2010).

Notwendige Voraussetzung ist hierfür eine interprofessionelle Ausbildung der zukünftigen Teammitglieder*innen (Interprofessional Education - IPE). Diese findet immer dann statt, wenn sich Auszubildende, Studierende oder Berufsangehörige aus zwei oder mehr Professionen zusammenfinden, um mit-, von- und übereinander zu lernen und so ihre Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung optimieren (World Health Organization, 2010). Interprofessionelles Lernen und Lehren entsteht, wie Mitzkat et al. (2016) definieren, durch gemeinsames Lernen zwischen Berufsangehörigen aus zwei oder mehr verschiedenen Professionen deren übergeordnetes Ziel darin besteht, durch bessere Zusammenarbeit in der Berufspraxis die Versorgungs- und Ergebnisqualität zu verbessern.

ICP und IPE sind interaktive und problemlösungsorientierte Arbeits- und Lernprozesse. Zudem betrachten wir ICP und die dafür notwendige IPE als einen Sonderfall von Zusammenarbeit, die auch außerhalb des Gesundheitswesens stattfindet.

1.2 Historische Entwicklung interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit

1973 empfahl der WHO-Report „Continuing Education for Physicians“ zum ersten Mal, interprofessionelle Seminare in die medizinischen und pflegerischen Curricula aufzunehmen. Ziel war es, ein umfassenderes Verständnis zwischen den Gesundheitsberufen zu entwickeln (WHO Expert Committee on Continuing Education for Physicians & World Health Organization, 1973).



Mit dem 1988 erschienenen Bericht „Learning together to work together for health“ (World Health Organization, 1988) erhielt die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit international große Aufmerksamkeit und eine erste Förderung wurde initialisiert. Der Report forderte dazu auf, professionsspezifische Ausbildungs- und Studiengänge mit interprofessionellen Modulen zu ergänzen.

In Deutschland fand der Ansatz der Interprofessionalität zunächst kaum Beachtung. Erst viele Jahre nach den WHO Publikationen, setzte sich, mit den Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ (Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, 2007) und „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, 2009), erstmals eine zentrale deutsche Wissenschaftsorganisation für mehr interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit ein.

Ein weiterer Faktor für den Eingang der Interprofessionalität in den deutschen Wissenschaftsdiskurs war das 2010 erschienene WHO Paper „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ (World Health Organization, 2010) und vor allem die Veröffentlichung des „Memorandum zur Kooperation der Gesundheitsberufe“ der Robert Bosch Stiftung (2011). Die Berichte des Wissenschaftsrates von 2012 und 2014 unterstrichen nochmals die Notwendigkeit einer Intensivierung der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit (Wissenschaftsrat, 2012, 2014). Mit dem Positionspapier der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ positionierte sich zudem erstmals eine zentrale Dachorganisation der medizinischen Ausbildung in Deutschland zu Gunsten einer Steigerung der Interprofessionalität im Medizinstudium (Walkenhorst et al., 2015).



1.3 Aktuelle Entwicklungen interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit in Deutschland

Ausgangspunkt der derzeitigen Entwicklungen ist die 2015 von der Robert Bosch Stiftung geförderte Forschungsreihe „Operation Team“, mit der eine fundierte Aufbereitung interprofessioneller Themengebiete im deutschsprachigen Forschungsraum erfolgte (Robert Bosch Stiftung, 2018). Aufgrund der mit „Operation Team“ initiierten Projekte konnten zahlreiche Lehrprojekte teilweise oder in Gänze curricular verankert werden (Cichon & Klapper, 2018). Ein Trend hin zu vermehrten IPE-Lehrangeboten ist deutlich zu erkennen (Ewers et al., 2019).

Unter einer weiteren Förderlinie der Robert Bosch Stiftung entstand 2018 das Graduiertenkolleg der Universität Osnabrück und des LMU Klinikums München (Ludwig-Maximilians-Universität München) „Interprofessionelles Lehren in den Gesundheitsberufen“ (ILEGRA), in dem 16 Dissertationsprojekte rund um die IPE-Thematiken Lehre, Prüfung und Evaluation gefördert werden. National wie international ist ILEGRA das erste interprofessionelle Promotionskolleg (Kaap-Fröhlich et al., 2022).

Die Auswirkungen dieser Bemühungen und Entwicklungen zeigen sich deutlich in den Ziel- und Kompetenzbeschreibungen zur Regulation der Ausbildungsberufe in den Gesundheitsberufen (Kaap-Fröhlich et al., 2022). Interprofessionalität als Lehrthematik taucht nun häufiger auf, zum Beispiel in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Pflegeberufe (PflAPrV, 2018), im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin 2.0 (NKLM, 2021) oder in der neu geplanten ärztlichen Approbationsordnung (Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung. Referentenentwurf, 2020/vom 17.11.2020). Damit existieren in Deutschland verbindliche Richtlinien zur interprofessionellen Ausbildung in den jeweiligen Verordnungen, unter anderem in Medizin und Pflege. Hieraus resultierte jedoch bislang kein flächendeckendes Konzept zur Umsetzung und Implementierung interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit (Kaap-Fröhlich et al., 2022).

In aktuellen Studien besteht der Konsens, dass interprofessionelle Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen vorangetrieben werden muss, um Behandlungsfehler zu minimieren, die Patientensicherheit zu steigern und die Arbeitsbedingungen für alle Beteiligten zu verbessern (Dinius et al., 2021; Dinius et al., 2020; Reeves et al., 2016). Einig sind sich die Forschenden darin, dass interprofessionelle Bildungsmaßnahmen die



Wahrnehmung der Lernenden und kooperative Kenntnisse und Fähigkeiten die Praxis verbessern können (Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2010).

Die meisten internationalen Reviews beziehen sich auf die Evidenz und Evaluation von IPE. Diese zeigen vielversprechende und teilweise überzeugende Befunde auf, die nahelegen, dass IPE zu einer besseren Patientenversorgung und Patientenzufriedenheit führen kann (Cox et al., 2016; Kangas et al., 2018; Reeves et al., 2013; Reeves et al., 2016;). Weitere Reviews sowie eine Metaanalyse zeigen positive Effekte von IPE auf interprofessionelles Verhalten, beim Vorhandensein von Wissen und Fähigkeiten und hinsichtlich kollaborativer Verhaltensänderung der Lernenden im klinischen Team (Spaulding et al., 2021; Visser et al., 2017; Wang et al., 2019).

1.4 Zusammenfassender Überblick

In den vergangenen 20 Jahren setzten sich vermehrt Organisationen aus dem englischsprachigen Raum für die Förderung interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit ein. Mit dem Fokus auf die kompetenzorientierte Lehre wurden international Kompetenzrahmenmodelle zu interprofessionellen Kompetenzen entwickelt (beispielsweise IPEC 2016 Interprofessional Capability Framework Australia 2011; CIHC 2010; Interprofessional Capability Framework UK 2004;) (Brewer & Jones, 2013; Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011; Walsh et al., 2005). Diese Kompetenzrahmenmodelle adressieren sowohl die interprofessionelle Lehre als auch die interprofessionelle Versorgungspraxis. Sie formulieren übergeordnete Kompetenzziele für das erfolgreiche interprofessionelle Arbeiten. Sie sollen Lehrenden damit eine Planungsunterstützung geben, um ihren Studierenden oder Auszubildenden Kompetenzfacetten zu vermitteln, damit diese später in Teams zu einer effektiven Gesundheitsversorgung beitragen. Im Vordergrund steht insbesondere die Kompetenzentwicklung hinsichtlich Ethik und Werten, bei Teamarbeit, Führungsqualität, Konfliktfähigkeit, Kommunikationsweise, gegenseitiger Wertschätzung, Rollenklarheit sowie der Patientenzentrierung (Thistlethwaite et al., 2014).

Es gibt bislang kein Rahmenkonzept in deutscher Sprache zu interprofessionellen Kompetenzen für die Ausbildung (siehe auch Kaap-Fröhlich et al., 2022). In dieser Arbeit schlagen wir daher in **Teil eins** erstmalig ein deutschsprachiges Rahmenkonzept mit operationalisierten Variablen und beobachtbaren Aktivitäten zu IPE und ICP vor.



Aufbauend auf das Rahmenkonzept greifen wir zwei zentrale Schnittstellen interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen heraus, die die Patientensicherheit nachhaltig fördern und sicherstellen können: (1) das Entlassungsmanagement eines Patienten auf einer Krankenhausstation und (2) die dafür notwendige interprofessionelle Patientenübergabe zwischen den Berufen der professionellen Pflege und der Ärzteschaft.

Teil zwei fokussiert die notwendige Wissensbasis der oben genannten Gesundheitsberufe im Entlassungsmanagement, die notwendig ist, um eine sichere Entlassung eines*er Patienten*in zu gewährleisten (siehe auch Beyer et al., 2022; Wingenfeld, 2020). „Für die komplexen und vom Umfang zunehmenden Aufgaben der Entlassungsplanung werden alle berufsspezifischen Kompetenzen benötigt“ (Vogelbusch & Töpfer, 2017 S. 335). Allerdings sind die notwendigen berufsspezifischen Kompetenzen und die Aufgabenverteilung in der Planung innerhalb des Entlassungsmanagements weitestgehend unklar (siehe auch Lingnau et al., 2021; Pinelli et al., 2017; Stahl & Nadj-Kittler, 2014; Vogelbusch & Töpfer, 2017). Bislang gibt es jedoch kein Instrument zur interprofessionellen Bewertung von Wissen und Fähigkeiten sowie Aufgabenzuschreibungen im Entlassungsmanagement. Unser Ziel ist es, ein solches Instrument zu entwickeln und einzusetzen. Dieses stellen wir im zweiten Teil dieser Arbeit vor.

Eine zentrale Aufgabe des Entlassungsmanagements besteht darin, „die Beobachtungen, Einschätzungen und Maßnahmen aller Beteiligten zusammenzuführen und auszuwerten“ (Wingenfeld, 2020, S. 57). Die interprofessionelle Patientenübergabe gilt hierbei als zentrales Instrument innerhalb des Entlassungsmanagements (Knox et al., 2017; Rosenthal et al., 2017; Wingenfeld et al., 2020). Um eine interprofessionelle Patientenübergabe erfolgreich zu gestalten, ist es erforderlich, dass die beteiligten Berufsgruppen ein gemeinsames Verständnis (Scotten et al., 2015) und Kooperationskript dafür entwickeln. Idealerweise sollte dieses Verständnis gemeinsam erworben werden (siehe auch Romanow, 2002). Hierfür schlagen wir in **Teil drei** dieser Arbeit ein Lehrinstrument zur interprofessionellen Patientenübergabe für den Pflegeberuf vor. Es lehnt sich an ein bestehendes Lehrinstrument aus dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM, 2021) an und kann somit in der mono- und interprofessionellen Ausbildung und Praxis eingesetzt werden.



2. Rahmenkonzept für interprofessionelle Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit (Teil 1)

2.1 Hintergrund

Wie bereits in Abschnitt 1.4 erwähnt, sind auf internationaler Ebene in der interprofessionellen Ausbildung bereits zahlreiche Kompetenzrahmenmodelle etabliert. Adressaten dieser sind die interprofessionelle Lehre und Versorgungspraxis. Die Kompetenzrahmenmodelle formulieren Kompetenzziele für das erfolgreiche interprofessionelle Arbeiten.

Es gibt bislang kein Rahmenkonzept in deutscher Sprache zu interprofessionellen Kompetenzen für die Ausbildung (siehe auch Kaap-Fröhlich et al., 2022). Darüber hinaus existiert explizit kein Rahmenkonzept, das kollaborative Aktivitäten zur Verbesserung interprofessioneller Problemlösefähigkeiten in der Ausbildung und der Gesundheitsversorgung konzeptualisiert. Ein solches Rahmenkonzept sollte kontextbezogene, personenbezogene, prozessbezogene und ergebnisbezogene Variablen definieren, die für interprofessionelles Problemlösen in der Gesundheitsversorgung relevant sind. Gleichzeitig sollte es sich vor allem auf beobachtbare Aktivitäten stützen, die eine Operationalisierung interprofessioneller Problemlösefähigkeiten ermöglichen. Diese Definitionen und Operationalisierungen würden nicht nur die Messung und Förderung kollaborativer Problemlösefähigkeiten im Kontext empirischer Studien ermöglichen, sondern auch eine Integration von Studienergebnissen über verschiedene IPE- und ICP-Kontexte hinweg.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir ein neues Rahmenkonzept vor, das es ermöglicht, kollaborative Problemlösungsfähigkeiten im Kontext der interprofessionellen Ausbildung im Gesundheitswesen darzustellen und zu operationalisieren (siehe Abbildung 1).

Unser Rahmenkonzept verfolgt folgende Ziele:

- Identifizierung der für eine erfolgreiche interprofessionelle Interaktion bedeutsamen Komponenten und deren Zusammenhänge im Untersuchungsfeld ICP und IPE.
- Herstellen einer empirischen Überprüfbarkeit des Untersuchungsfelds ICP und IPE. Hierfür werden beobachtbare Aktivitäten operationalisiert und damit einer Analyse zugänglich gemacht; dies dient als Voraussetzung für eine Förderung



von Problemlösungsfähigkeiten und -kompetenzen im Zusammenhang mit ICP und IPE.

Dieses Rahmenkonzept richtet sich an alle Bildungswissenschaftler*innen im Themenfeld IPE und orientiert sich an drei theoretischen Strängen:

(1) Der erste Orientierungsstrang ist das interdisziplinäre Rahmenkonzept zum Erwerb diagnostischer Kompetenzen in Medizin und Lehramt (Heitzmann et al., 2019). Dieses beruht auf der Grundannahme, dass das eigene Handeln eine wichtige Voraussetzung für den Erwerb von Kompetenzen ist (Heitzmann et al., 2019). Wir schlagen vor, auf der Basis dieses Rahmenkonzeptes interprofessionelle kollaborative Aktivitäten und Problemlöseaktivitäten zu konzeptualisieren, wobei sowohl ergebnis- als auch prozessbezogene Indikatoren miteinbezogen werden. Hierbei beziehen wir eine große Spannweite individueller Voraussetzungen im Sinne moderierender Effekte auf die kollaborativen Aktivitäten (CA) mit ein: vom konzeptuellen und prozeduralen Vorwissen, von grundlegenden kollaborativen Fähigkeiten bis hin zur professionellen Identität und Rollenreflexion der Lernenden. Weiterhin finden Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren realer Settings mit ihren Einflüssen auf die CA Beachtung.

(2) Der zweite Orientierungsstrang des Rahmenkonzeptes richtet sich an der zentralen Annahme aus, dass das Ausmaß, in dem interprofessionelle kollaborative Zusammenarbeit in bestimmten Situationen vorhanden ist, von den bestehenden Denk- und Handlungsprozessen der beteiligten Personen abhängt. Hierzu gehört einerseits das Wissen der beteiligten Gesundheitsberufe über mögliche Ursachen und Symptome von Patientenerkrankungen und andererseits die Art des Wissensaustausches zwischen den Akteuren. Diese kognitiven Strukturen und Prozesse sind in der Literatur als *Illness Scripts* beschrieben worden (Kiesewetter et al., 2016). Die *Illness Script Theorie* ist in der Forscher*innengemeinschaft weitestgehend anerkannt. Sie versucht, das Diagnoseverhalten von Ärzt*innen zu erklären. Analog dazu lässt sich das pflegerische Wissen von Pflegefachkräften über Patientenprobleme ebenso in Skripten beschreiben, ein Vorgehen, das zunehmend Anhänger*innen findet (Vreugdenhil et al., 2022).

Nach der *Illness Scripts Theorie* wird medizinisches oder pflegerisches Wissen in so genannten Krankheitskripten (Illness Scripts) organisiert. Diese Skripte bestehen auf der Grundlage von Krankheitsbildern der zugrundeliegenden pathophysiologischen Prozesse, der Symptome sowie deren Therapie- und Behandlungs- sowie Pflegeverläufe.



Mit zunehmender medizinischer, pflegerischer Erfahrung entwickelt sich somit eine immer effizientere Denk- und Arbeitsorganisation der Ärzt*innen und Pflegefachkräften, die es erlaubt, die Anzeichen, Symptome und Verläufe eines Patienten mit der jeweiligen Krankheit in Beziehung zu setzen. So ermöglichen *Illness Scripts* eine genaue und schnellere Diagnose auf Basis wiederkehrender Mustern (Fischer et al., 2013).

Komplementär zu den *Illness Scripts* beschreibt die Literatur (Fischer et al., 2013; Kieseewetter et al., 2016) internale und externale Kooperationskripts. Als internale Kooperationskripts kann das aktuelle Wissen eines Individuums um implizite und explizite Regeln für eine effektive und effiziente kollaborative Zusammenarbeit verstanden werden. Als externale Kooperationskripts können all die Skripts verstanden werden, die von außen an den Lernenden herangetragen werden, weil sie zumindest zu Beginn einer kollaborativen Lernsituation nicht in den kognitiven Systemen der Lernenden repräsentiert sind, sondern in deren äußerer Umgebung (Kollar et al., 2007) und erst verinnerlicht werden, je mehr die Lernenden in Übereinstimmung mit den Inhalten des Skripts handeln (Kieseewetter et al., 2015; Kollar et al., 2007).

Generell liegen zum Einsatz von Kooperationskripts im Feld der medizinischen Ausbildung (Zottmann et al., 2018) sowie im Kontext des interprofessionellen Lernens bislang nur wenige empirische Studien vor. Jedoch liegt es nahe, im interprofessionellen Lernkontext bereits vorhandene internale Kooperationskripts von Gesundheitspersonen zu berücksichtigen. Praktizierende wie Lernende besitzen bereits Fähigkeiten hinsichtlich Steuerungs- und Darstellungsverfahren von interprofessionellen Aktivitäten aus verschiedensten anderen kooperativen Kontexten. Posenau und Peters (2016) geben diesbezüglich zu bedenken, dass die vorab erlernten kommunikativen Methoden aus konversationsanalytischer Perspektive sich nicht von interprofessionellen Interaktionen unterscheiden. Ferner erläutern sie, dass es sich bei der Aneignung kommunikativer Kompetenzen im interprofessionellen Lehr-Lernsetting nicht um ein Neulernen, sondern um ein Umlernen handelt (Posenau & Peters, 2016).

(3) Der dritte Strang, an dem sich das Rahmenkonzept orientiert, ist der interprofessionelle Interaktionsprozess in der Praxis. Interprofessionelles Handeln geschieht stets in sozialen interaktiven kommunikativen Situationen, an der mindestens zwei Gesundheitsprofessionen beteiligt sind. Interprofessionelle Interaktionen sind gekennzeichnet von verschiedensten beruflichen Werdegängen, Verantwortungsverteilungen und meist unterschiedlichen Herangehensweisen an Versorgungsleistungen. Die Akteure sind auf die



Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppe angewiesen, um die bestmögliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Die Kompetenzen der anderen Gruppen müssen dafür in den eigenen Versorgungsplan integriert und ein gemeinsamer Informationsstand hergestellt werden. Das Initiieren von Gesprächen in Form von Fallbesprechungen, Patientenübergaben oder Visiten (Robert Bosch Stiftung, 2018), in denen die divergenten Denk- und Handlungsprozesse aufeinandertreffen ist meist das Mittel der Wahl (Posenau & Peters, 2016). Dies erfordert von allen Beteiligten ein hohes Maß an kollaborativen Problemlösefähigkeiten (Radkowsch et al., 2020).

Liu et al. (2016) untersuchten kollaborative Problemlösefähigkeiten in Gruppen und unterteilten dabei die kollaborativen Aktivitäten in soziale und kognitive Fähigkeiten. Diesen Überlegungen folgend, verstehen wir unter einer kollaborativen Problemlösefähigkeit das Vermögen einer Person, sich effektiv an einem Prozess zu beteiligen, bei dem zwei oder mehr Beteiligte versuchen, ein Problem zu lösen. Die Personen bündeln also ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und Bemühungen, um zu einer Lösung zu finden. Liu et al. (2016) stellen hierbei vier Problemlöseaktivitäten in den Vordergrund, welche in unser Rahmenkonzept Eingang gefunden haben: (1) Ideenaustausch; (2) Aushandlung; (3) Regulierung; (4) Aufrechterhaltung der Kommunikation.

2.2 Entwicklungsprozess

Das Rahmenkonzept wurde von dem Autor*innenteam im Kontext des Graduiertenkollegs „Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen“ (ILEGRA) und auf Basis der oben genannten theoretischen Bezüge entwickelt.

Das Autor*innenteam bestand aus einem interprofessionell zusammengesetzten Expert*innenkreis, bestehend aus einem Arzt (Martin Fischer), zwei Pflegefachkräften mit bildungswissenschaftlichem Hintergrund (Birgit Wershofen, Matthias Witt) und zwei Learning-Science-Experten (Jan Zottmann, Frank Fischer) der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) und dem dazugehörigem LMU Klinikum. Neben den zahlreichen Treffen des Entwicklungsteams wurde mit den ILEGRA Kollegiat*innen, dem wissenschaftlichen Betreuer*innenstab der LMU München und der Universität Osnabrück sowie einem international besetzten Advisory Board diverse Diskussionsrunden zur inhaltlichen Konzeption des Rahmenkonzeptes abgehalten. Im Anschluss erfolgte mit ausgewählten Expert*innen des Advisory Bords ein iteratives schriftliches Umlaufverfahren.



2.3 Rahmenkonzept für interprofessionelle Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit

Grundlegend stellt das Rahmenkonzept (siehe Abbildung 1) einen interprofessionellen Lern- und Interaktionsprozess (Interprofessional Education) zweier unterschiedlicher Gesundheitspersonen (Person A und B) mit unterschiedlichen individuellen Lernvoraussetzungen (Heitzmann et al., 2019) dar. Diese Personen erkennen, dass ein interprofessionell ausgelegtes Problem (Noticing) (Goodwin, 1994; Seidel & Stürmer, 2014) besteht.

Das Rahmenkonzept bezieht sowohl den Lehrkontext als auch dessen Rahmenbedingungen (Action-modifying context factors), in denen der Lehr- und Interaktionsprozess situiert ist, mit ein. Damit folgen wir den Überlegungen von Biggs et al. (2001) und Heitzmann et al., dass Lernvoraussetzungen mit dem Lehrkontext während der Lernaktivitäten interagieren (Biggs et al., 2001; Heitzmann et al., 2019). Kernstück des Rahmenkonzeptes sind die beobachtbaren kollaborativen Aktivitäten (Observable collaborative activities). Zugleich sieht das Rahmenkonzept die Erfassung beziehungsweise Messung der Ergebnisse kollaborativer interprofessioneller Aktivitäten (Outcomes of interprofessional education and collaboration) vor (siehe auch Liu et al., 2016).

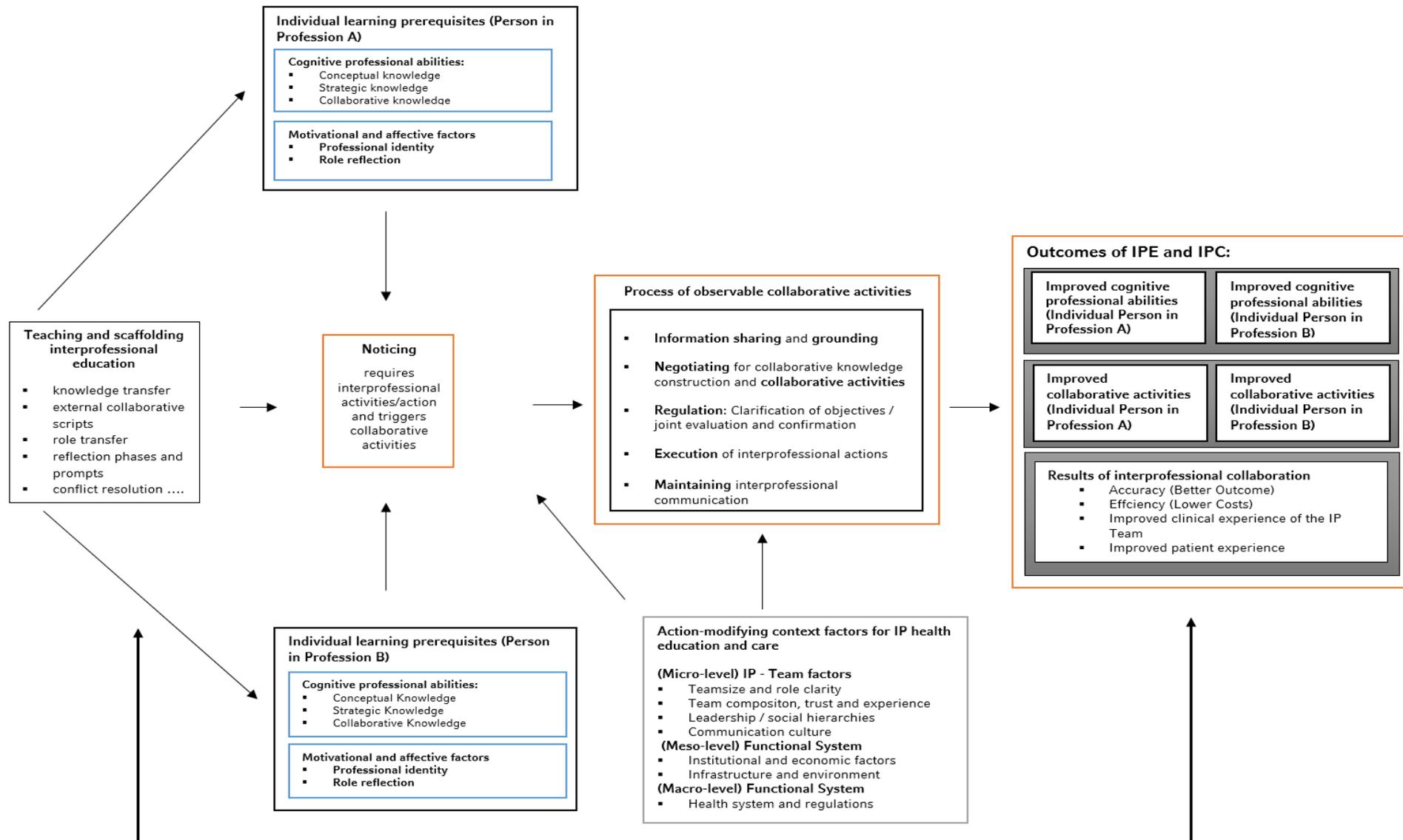
In den folgenden Abschnitten werden die inhaltlichen Kernaspekte des Rahmenkonzeptes erläutert und forschungspragmatische Ansätze skizziert.



Rahmenkonzept für interprofessionelle Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit (Teil 1)

Abbildung 1

Rahmenkonzept für interprofessionelle Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit



2.3.1 Unterstützungsmaßnahmen interprofessioneller Ausbildung

Lernende wie Praktizierende aller Gesundheitsberufe sammeln und bewerten zahlreiche klinische Informationen, um Entscheidungen über die Patientenbehandlung zu treffen. Hierbei verfolgen die Lernenden wie Praktizierenden einen analytischen Ansatz, welcher als *Clinical Reasoning* (Elstein et al., 2002) bezeichnet wird. Darunter werden alle kognitiven Prozesse verstanden, die diesen Entscheidungen zugrunde liegen (Elstein et al., 2002). Unter *Clinical Reasoning* werden zudem *Medical Problem Solving* und *Medical Decision Making* subsumiert. Laut Kieswetter et al. (2013) lässt sich der klinische Problemlöseprozess wie folgt beschreiben: (1) Informationen sammeln; (2) Informationen abschätzen; (3) Differentialdiagnosen benennen; (4) neue Informationen sammeln; (5) eine innere Repräsentation erarbeiten; (6) die gewonnenen Differentialdiagnosen gewichten und überprüfen; (7) eine Entscheidung über weitere Schritte treffen.

Im interprofessionellen Kontext kann das kollaborative *Clinical Reasoning* zu einem gemeinsamen mentalen Modell über die Probleme der Patient*innen und deren weiteren Versorgung führen. Dies beinhaltet die interprofessionelle Gegenüberstellung verschiedener Diagnosestellungen, das Festlegen des Versorgungsprozesses, die Konzeption der Patientenüberwachung, die Erläuterung von Behandlungsoptionen und die Kommunikation im Team. Visser et al. (2020) schlussfolgern hieraus, dass Lernende unterschiedlicher Gesundheitsberufe, die gemeinsam Behandlungspläne diskutieren, in ihrem eigenen Lernprozess des *Clinical Reasoning* vielschichtiger profitieren würden. Denn Lernende müssten ihre Gedanken strukturieren (kognitive Ebene) und Lernenden anderer Berufsgruppen erklären, deren Fragen beantworten und Feedback geben (metakognitive Ebene), um eine gemeinsame Wissensbasis schaffen zu können.

Die Lehr-/Lernforschung im Allgemeinen und im Ausbildungsbereich der Medizin und der professionellen Pflege im Speziellen hat allerdings gezeigt, dass für das Lernen (Erwerb von Wissen und Fähigkeiten) anhand von anspruchsvollen Problemstellungen in komplexen Lernszenarien eine zusätzliche instruktionale Unterstützung erforderlich ist (Fischer et al., 2013; Heitzmann et al., 2019; Kerres et al., 2019; Zottmann et al., 2018). Dies bedeutet unter anderem, dass Lernbegleiter*innen Bedingungen für die kognitive



und metakognitive Ebene schaffen müssen, indem sie die Lernenden durch instruktionale Unterstützung in Form von Fragen oder Hinweisen zum Nachdenken und Überdenken getroffener Entscheidungen anregen.

Das Rahmenkonzept umfasst daher verschiedene Unterstützungsmaßnahmen im Kontext des Lehrens und Lernens. Diese fungieren als wichtige zusätzliche Faktoren, die die beobachtbaren kollaborativen Aktivitäten beeinflussen oder moderieren können. Der Fokus liegt dabei auf Wissenstransfer, externalen Kooperationskripten, Rollentransfer, Reflexionsphasen und -aufforderungen sowie Konfliktlösungsansätzen. Diese Begriffe werden im Folgenden unter *Scaffolding* (Wood et al., 1976) subsumiert.

Zentraler Aspekt des Scaffolding ist die Unterstützung der Lernenden durch die Lenkung ihrer Aufmerksamkeit während der Bearbeitung einer Aufgabe. Dies geschieht durch Hinweise, Falldarstellungen und Prompts. Ein wesentliches Merkmal des Scaffolding ist, die kontinuierliche Adaption der Unterstützung an den Lernfortschritt (Wood et al., 1976). Dabei gilt es, die Lernenden so lange zu unterstützen, bis sie über die Zielkompetenzen verfügen. Die Zurücknahme des Scaffolding (Fading out) ist bislang nur wenig erforscht (Wecker & Fischer, 2011). Zu Scaffolding gehört ferner, den Umgang mit Misserfolg zu erleichtern sowie wichtige Lernschritte kleinteilig aufzuzeigen (Wood et al., 1976).

Es liegen mehrere empirische Untersuchungen vor, die die Wirksamkeit von Scaffolding hinsichtlich des Wissenstransfers belegen. So wurden für kollaborative Problemlösescenarien unterschiedlichste Arten des sozio-kognitiven Scaffolding entwickelt, zum Beispiel in Form externaler Kooperationskripte (Fischer et al., 2013; Zottmann et al., 2018). Laut Zottmann und Kollegen (2018) können externale Kooperationskripte den Lernprozess durch instruktionale Erklärungen unterstützen, in denen kollaborative Aktivitäten sequenziert werden. Externale Kooperationskripts weisen drei Merkmale auf: Lehrende geben (a) bestimmte Aktivitäten und (b) den Zeitpunkt ihrer Durchführung vor und legen (c) Kollaborationsrollen und Interaktionstätigkeiten fest (Kollar et al., 2007).

Externale Kooperationskripts wurden sowohl in Präsenz als auch für computervermittelte Settings entwickelt. Sie waren größtenteils erfolgreich in Bezug auf die Verbesserung von Kollaborationsprozessen und individuellen Lernergebnissen (Kollar et al., 2007). Zudem fördern Skripte kollaborative Aktivitäten wie den Austausch von Ideen,



das Zulassen von Fragen oder den Aushandlungsprozess zwischen den Lernpartner*innen. Ferner unterstützen Kooperationskripte die individuelle vertiefende Informationsverarbeitung der Lernenden.

Darüber hinaus zeigt die Verwendung von Kooperationskripten wie beispielsweise das Patientenübergabe-Tool SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) und deren Derivaten in der Versorgungspraxis vielversprechende positive Ergebnisse auf. Das SBAR-Tool ist ein Schema zur Strukturierung von Kommunikationsabläufen zum Zweck des Patientenaustauschs (Foster & Manser, 2012; von Dossow & Zwißler, 2016). Mittels des SBAR-Tools lässt sich ein gemeinsamer und strukturierter Austausch für die Patientenübergabe wesentlicher Informationen schaffen. SBAR ordnet die Patienteninformationen, erinnert an wichtige Inhalte und Details, die sonst vielleicht untergehen und reduziert Gedankensprünge sowie Auslassungen. Damit ist das Tool in einem komplexen System eine entscheidende Voraussetzung für die Patientensicherheit (Foster & Manser, 2012; von Dossow & Zwißler, 2016). SBAR wird von der WHO empfohlen (Charité - Universitätsmedizin Berlin, 2018). Bisher liegen kaum systematische Untersuchungen zur Frage vor, welche Formen des Scaffolding in der interprofessionellen Ausbildung zur Förderung interprofessioneller Kompetenzen geeignet sind (Visser et al., 2017).

2.3.2 Individuelle Lernvoraussetzungen

In jeder interprofessionellen Interaktion kommen mindestens zwei Personen aus verschiedenen Gesundheitsberufen zusammen (Barr et al., 2016). Das Rahmenkonzept bezieht daher die individuellen Lernvoraussetzungen zweier Personen A und B als zentralen Punkt mit ein. Im Kontext von Lehre und Lernen wird Wissen als mentale Repräsentation von Informationen verstanden (Tenorth & Tippelt, 2007). *Unter kognitiven professionellen Fähigkeiten* (professional cognitive abilities) umfasst das Rahmenkonzept konzeptuelles und prozedurales sowie kollaboratives Wissen (Förtsch et al., 2018). *Unter Motivationale und affektive Faktoren* (Motivational and affective factors) wie beispielsweise Interesse und Engagement bezieht das Rahmenkonzept die *professionelle Identität* (Professional identity) und dazu interdependent *die Rollenreflexion* (Role reflection) mit ein.



Ein umfassendes Forschungsprogramm zur interprofessionellen Ausbildung und deren instruktionalen Förderansätzen zur Entwicklung interprofessioneller Aktivitäten muss sich mit der Frage auseinandersetzen, in welcher Weise und in welchem Umfang diese die Ergebnisse interprofessioneller Ausbildung beeinflussen. Der Nutzen der Identifizierung der Abhängigkeiten von Instruktionseffekten von bereits bestehenden interindividuellen Unterschieden zwischen den Lernenden liegt nahe. Die systematische Einbeziehung dieser Faktoren geht der Frage nach, für wen bestimmte Instruktionsdesigns wahrscheinlich effektiv sind. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die moderierenden Effekte individueller Lernvoraussetzungen können somit dazu beitragen, (interprofessionelle) simulationsbasierte Lernumgebungen adaptiver und personalisierter zu gestalten (Heitzmann et al., 2019).

Im Folgenden schlagen wir daher einige vielversprechende kognitive, affektive und persönlichkeitsbezogene Moderatoren für Lernvoraussetzungen vor. Diese können als Ausgangspunkt für eine systematischere Forschung hinsichtlich der Effektivität interprofessionellem Lernen mit und ohne zusätzliche instruktionalen Unterstützung dienen.

2.3.2.1 Kognitive professionelle Fähigkeiten

Die Grundlage des Wissenserwerbs liegt in der Bildung von Konzepten und Kontexten in einem spezifischen Lernbereich, wie zum Beispiel Medizin oder Pflege. Im Gegensatz zu diesem konzeptuellen Wissen, das auch als faktisches Wissen bezeichnet werden kann, konzentriert sich prozedurales Wissen auf den Ablauf und die Schritte, die bei der klinischen Problemlösung zu befolgen sind. Prozedurales Wissen umfasst sowohl strategisches Wissen (über typische Problemlösungsstrategien) als auch bedingtes Wissen (über Bedingungen für die Anwendung von konzeptuellem und strategischem Wissen) (Förtsch et al., 2018; Schmidmaier et al., 2013).

Neben den individuellen kognitiven Strukturen der Lernenden ist kollaboratives Wissen ein wesentlicher Bestandteil kognitiver professioneller Fähigkeiten in unserem Rahmenkonzept. Kollaboratives Wissen umfasst kognitive Aktivitäten (z. B. erklären, hinterfragen, zusammenfassen), metakognitive Aktivitäten (z. B. beobachten, regulieren, Argumente formulieren) sowie soziale Aktivitäten (z. B. abwechseln, zuhören) (Fischer et al., 2013). Obwohl kollaborative Praxis in klinischen Settings üblich ist, gibt es nur wenig



empirische Forschung zu der Frage, wie die dafür erforderlichen Fähigkeiten analysiert und gefördert werden können (Spaulding et al., 2021).

Eine andere Sichtweise auf die professionelle Wissensbasis im Gesundheitswesen unterscheidet zwischen biomedizinischem und klinischem Wissen (Boshuizen, 1992; van de Wiel et al., 2000). Biomedizinisches Wissen umfasst Wissen über pathologische, physiologische sowie psychosoziale Aspekte. Klinisches Wissen hingegen umfasst Symptome, Symptommuster und Krankheitsbilder, typische Krankheitsverläufe sowie geeignete therapeutische Verfahren. Während das biopsychosoziale Modell der Medizin von Engel (1980) immer noch relevant ist, gibt es inzwischen Forderungen nach einer Erweiterung dieses Modells, die alle Perspektiven des Gesundheitssystems abbildet (Wade & Halligan, 2017). Aus einer interprofessionellen Perspektive sollte eine sinnvolle Erweiterung dieses Modells zum Beispiel Perspektiven und Werte aller Gesundheitsberufe umfassen, die zur Gesundheit und Patientenversorgung beitragen. Eine Konsequenz der interprofessionellen Ausbildung könnte beispielsweise sein, dass Ärzt*innen die Bedeutung sozialer und kultureller Faktoren für Gesundheit und Krankheit aus mehreren professionellen Perspektiven besser verstehen und ihre Bedeutung im Versorgungsprozess anerkennen (Richter & Hurrelmann, 2016).

2.3.2.2 Motivationale und affektive Faktoren

Unser Rahmenkonzept geht systematisch auf die individuellen Lernvoraussetzungen ein. Dazu gehören auch motivationale und affektive Faktoren wie Interesse, Engagement, Verhalten zur Thematik. Das Rahmenkonzept berücksichtigt zudem den Einfluss der Identitätsentwicklung einzelner Professionen, die in der interprofessionellen Forschung heterogen diskutiert wird. Hierbei geht es um die Frage, ob Interprofessionalität in bestehende professionsspezifische Identitäten integriert wird, oder ob Subidentitäten, duale Identitäten oder Multiidentitäten generiert werden (Thistlethwaite et al., 2016; Tong et al., 2020). Ferner scheint es wahrscheinlich, dass die berufliche Identitätsentwicklung und die *Rollenreflexion* (Tong et al., 2020) starken Einfluss auf die interprofessionelle Ausbildung ausüben. Durch die Übernahme von Rollen kann die Perspektive auf die gesamte Aufgabe auf die wichtigsten Lernpunkte fokussiert werden. Typisch bei interprofessionellen Begegnungen sind die Rollen der zusammenarbeitenden Gesundheits-



fachkräfte und die Rolle der Patient*innen. Eine systematische Rollenreflexion ermöglicht neue Perspektiven und neues Lernen. Es gibt jedoch unserer Kenntnis nach bislang keine systematische Forschung, die die potenziell moderierenden Effekte von *motivationalen und affektiven Faktoren* auf die Entwicklung von interprofessioneller Aktivitäten beim interprofessionellen Lernen untersucht hat.

2.3.3 Erkennen (Noticing)

Das dritte Element des Rahmenkonzeptes beschreibt den Initialisierungsprozess, der die Erkenntnis bedingt, einen Patientenbedarf nicht ohne den anderen Gesundheitsberuf adressieren oder lösen zu können. Hierbei bezieht sich das Rahmenkonzept auf die Erkenntnis von Seidel und Stürmer (2014) und Goodwin (1994) aus der Lehrer*innenbildungsforschung. Dort wird Erkennen (*Noticing*) als Prozess beschrieben, der Lehrer*innen auf Ereignisse im Klassenzimmer achten lässt, die für Lehren und Lernen von Bedeutung sind. Den Autor*innen zufolge dienen diese Situationen als erster Indikator für die Aktivierung von spezifischem Lehrer*innenwissen. Auf den klinischen Kontext übertragen kann Noticing als Auslöser verstanden werden, der eine interprofessionelle Interaktion initiiert. Noticing kann somit als Auslöser (Trigger) kollaborativer kognitiver Aktivitäten interpretiert werden. Das Erkennen (*Noticing*) ist somit nach unserem Verständnis der erste Schritt jeder interprofessionellen Interaktion oder Kooperation, wenn erkannt wird, dass die spezifischen Bedürfnisse eines/einer Patient*in eine Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen erfordern.

Dieser Annahmen folgend aktiviert das *Triggering* bei den beteiligten Personen die Illness Scripts und die dazu komplementären internalen Kooperationskripte (Fischer et al., 2013). Das Zusammenspiel der einzelnen Beteiligten in diesen Situationen hängt damit wiederum von ihren Gedächtnisstrukturen ab, welche sich wiederum auf die jeweiligen Gedächtnisstrukturen (Erinnerungen) einer bestimmten sozialen Situation (etwa der interprofessionellen Patientenübergabe) beziehen. Diese Gedächtnisstrukturen können dann ihrerseits als internale Kooperationskripte konzipiert werden, auf die die Beteiligten je nach Situation zurückgreifen können (Fischer et al., 2013), so zum Beispiel, wie Wissen über einen Patienten mittels einer erlernten Gesprächsstruktur geteilt werden kann.



2.3.4 Prozess beobachtbarer kollaborativer Aktivitäten

Im Mittelpunkt des Rahmenkonzeptes steht der *Prozess der beobachtbaren kollaborativen Aktivitäten*. Hierbei nutzen wir grundlegende wissenschaftliche Vorarbeiten von Liu et al. (2016). Diesen folgend konzentriert sich unser Rahmenkonzept auf messbare kognitive und soziale Fähigkeiten von Individuen. Liu et al. postulieren, dass kooperative Lernszenarien eine stärkere Integration von Wissen fördern und so zu besseren Leistungen von Lernenden führen können. Sie entwerfen hierzu ein Modell, das eine Matrix individueller kognitiver und sozialer Fähigkeiten beinhaltet, die an der kollaborativen Problemlösung beteiligt sind und zugleich Grundlage für die Bewertung von kollaborativen Problemlösungen für ein Individuum sein können (Liu et al., 2016). Die Annahmen von Liu et al. (2016) fußen auf Forschungsarbeiten aus den Bereichen des computergestützten kollaborativen Lernens (Cress et al., 2021). Ebenso stützen sich Liu et al. auf Annahmen des PISA 2015 Collaborative Problem Solving Framework (Hao et al., 2016). Das Modell von Liu und Kollegen berücksichtigt zudem individuelle kognitive Voraussetzungen und ordnet ihnen die folgenden sozialen Fähigkeiten zu: *Ideenaustausch; Aushandlung; Regulierung von Problemlöseaktivitäten und Aufrechterhaltung der Kommunikation*¹ (Hao et al., 2016; Liu et al., 2016). Um auch die klinische Praxis zu berücksichtigen, fügen wir dem Rahmenkonzept eine praxisorientierte Aktivität *Durchführung interprofessioneller Aktivitäten* hinzu.

2.3.4.1 Ideenaustausch und gemeinsamer Wissenshintergrund

Die Aktivität *Ideenaustausch* (Information sharing) besteht darin, dass einzelne Gruppenmitglieder divergierende Ideen in ein gemeinsames Gespräch einbringen oder auf relevante lösungsorientierte Ressourcen hinweisen (z. B. interprofessionelle Patientenübergabe) (Liu et al., 2016). Wichtig erscheint uns jedoch nicht nur das reine Teilen von Informationen, sondern auch, dass sich die Kommunikationspartner um ein wechselsei-

¹ Diese vier Hauptaktivitäten stehen im Fokus unseres Rahmenkonzeptes. Ferner stehen von Liu und Kollegen 33 validierte Unterkategorien kollaborativer Problemlöseaktivitäten zur Verfügung. Weitere Einzelheiten über die Codes finden sich in (Liu et al., 2016; Hao et al., 2016).



tiges Verständnis bemühen. Clark (1996) beschreibt dies als Grundlage des gegenseitigen Verständnisses, den sogenannten *gemeinsamen Wissenshintergrund* (Common Ground) (Clark 1996 in Flemming, 2015).

2.3.4.2 Aushandlung

Unter *Aushandlung* (Negotiating) verstehen sich im Rahmenkonzept Gespräche über die kollaborative Wissenskonstruktion des Teams durch den Vergleich alternativer Ideen und die Präsentation von Beweisen und Begründungen für ein Argument. Zu den Unterkategorien dieser Aktivität gehören unter anderem die Nachfrage und Bitte um Klärung, die Ausarbeitung oder Neuformulierung der Ideen der Gesprächspartner, die Identifizierung von Wissenslücken und die Überarbeitung beziehungsweise Neuformulierung der eigenen Idee (Liu et al., 2016).

2.3.4.3 Regulierung von Problemlöseaktivitäten

Als *Regulierung von Problemlöseaktivitäten* (Regulation) fungieren Gespräche über die Zielklärung, Überwachung, Bewertung und Bestätigung des Teamverständnisses bei der Problemlösung. Diese Kategorie des Rahmenkonzeptes konzentriert sich auf den Aspekt der kollaborativen Regulierung der Teamgespräche. Sie umfasst Unterkategorien wie das Identifizieren von Zielen, die Bewertung der Teamarbeit und die Überprüfung des gegenseitigen Verständnisses hinsichtlich der gemeinsam getroffenen Ziele (Liu et al., 2016). In der klinischen Praxis würde dies bedeuten, dass sich das interprofessionelle Team auf einen gemeinsamen Behandlungsplan für einen/eine Patient*in oder eine Patientengruppe einigt.

2.3.4.4 Durchführung von interprofessioneller Aktivitäten

Wichtigstes Merkmal eines interprofessionell handlungsleitenden Austauschs ist der Gesprächszweck, in unserem Falle die patientenorientierte Perspektive, mit dem Ziel, die Versorgungsleistung zu optimieren (Barr et al., 2016). Die *Durchführung interprofessioneller Aktivitäten* (Execution of interprofessional actions) fokussiert daher auf die Ausführung der eigentlichen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen Tätigkeit, in der eine Zusammenarbeit notwendig ist. In der jüngsten Vergangenheit wurden verschiedene Instrumente zur Beurteilung der Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams



entwickelt und überprüft, wie beispielsweise in den Arbeiten von Bain et al. (2014), Havyer et al. (2016) und Sicks et al. (2022) dargestellt.

2.3.4.5 Aufrechterhaltung der Kommunikation

Die *Aufrechterhaltung der Kommunikation* (Maintaining communication) beinhaltet alle Aktivitäten, die sich auf das Gesprächsklima beziehen – also einer effizienten Kommunikation zwischen Person A und B oder in Gruppen dienen. Hierzu zählt auch die Vermeidung irrelevanter sozialer Kommunikation (sog. Hidden Effects) (Liu et al., 2016).

2.3.5 Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren

Das Rahmenkonzept berücksichtigt handlungsbeeinflussende *Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren* (Action-modifying context factors) als potenzielle Moderatoren interprofessioneller Kooperation. Die Literatur schlägt hierzu eine breite Palette an Faktoren vor, die die Effektivität und Effizienz interprofessioneller kollaborativer Praxis beeinflussen (Atzeni et al., 2017; Oandasan & Reeves, 2005; Walkenhorst et al., 2015). Allerdings ist die Evidenzbasis für viele dieser Faktoren bislang unzureichend (Zwarenstein et al., 2009). Unser Rahmenkonzept baut auf dem Review von Mulvale et al. (2016) auf, der eine Reihe von Studien identifizierte, die Zusammenhänge zwischen kollaborativen Prozessen in der interprofessionellen Praxis und strukturellen und prozessbezogenen Faktoren gemessen haben. Auf dieser Grundlage trennt das Rahmenkonzept die Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren in Team- (Mikroebene), Organisations- (Mesoebene) und Funktionsfaktoren (Makroebene). Innerhalb der jeweiligen Ebenen konzentrieren wir uns auf die Kontext- und Prozessfaktoren, welche unserer Auffassung nach mit den CA verbunden sind.

Unter der Mikroebene subsumieren wir formelle und informelle Prozesse, die ein Team beeinflussen können: *Teamgröße* (Teamsize), *Teamzusammensetzungen* (Teamcomposition) und *Vertrauen* (Trust) zwischen den Teammitgliedern sowie *Erfahrungen* (Experience) des Teams mit interprofessioneller Zusammenarbeit. Ebenso berücksichtigen wir die *Führungsebene* (Leadership) und *soziale hierarchische Strukturen* (Social hierarchies) sowie die *Kommunikationskultur* (Communication culture) (Posenau & Peters, 2016; Sheffer-Hilel et al., 2023).



Die Mesoebene bezieht *institutionelle* und *ökonomische Faktoren* (Institutional and economic factors), die *Infrastruktur* und *Umgebung* (Infrastructure and Environment), sowie die *Unternehmenskultur* (Organisational Culture) mit ein. Die Makroebene berücksichtigt das *Gesundheitssystem* (Health System) und dessen *Gesetzgebung* (Regulation), die es sowohl auf bildungsplanerischer als auch auf organisatorischer Seite zu beachten gilt (Mulvale et al., 2016).

2.3.6 Ergebnisse kollaborativer Aktivitäten

Wie bei Heitzmann et al. (2019) und Liu et al. (2016) sieht unser Rahmenkonzept die Erfassung beziehungsweise Messung der Ergebnisse interprofessioneller Ausbildung und Kollaboration (Outcomes of interprofessional education and collaboration) vor.

Es gibt gängige professionsspezifische Bewertungsverfahren von konzeptuellen und prozeduralen Wissen (Improve Cognitive professional Abilities), doch erscheint es uns notwendig, diese um die Messbarkeit kollaborativer Aktivitäten zu erweitern (siehe auch Sicks et al., 2022). Kollaborative Prüfungsformate sollten laut vorherrschender Meinung die Leistung des Einzelnen separat zur Teamleistung bewerten (Improve collaborative Activities) (siehe auch ten Cate & Pool, 2020). Dies bedeutet, dass Prüfungsformate in der Lage sein müssen, den kollaborativen Prozess des Einzelnen innerhalb eines Teams zu messen.

Grundlegend kann die Qualität interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit nicht allein mit einem Fragebogen oder einer eindimensionalen Evaluation dargestellt werden, da es sich um ein komplexes mehrschichtiges Konstrukt handelt (Kaap-Fröhlich et al., 2022). Neben der Evaluation oder Überprüfung ganzer Teams und deren Performance ist die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit dringend darauf angewiesen, dass die interprofessionelle Forschungsgemeinschaft stabile und robuste Outcome-Kriterien (Results of interprofessional collaboration) für ihre Zusammenarbeit entwickelt, um die direkte Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen IPE und generellen Versorgungssystemergebnissen aufzuzeigen (Cox et al., 2016) .

Angelehnt an den *Quadruple Aims* (Bodenheimer & Sinsky, 2014) – inzwischen weitestgehend als Kompass für die Optimierung der Gesundheitsversorgung und als Standar-



messkriterium interprofessionaler Zusammenarbeit anerkannt – schlagen wir daher vielversprechende Outcome-Kriterien zur Messung interprofessioneller Zusammenarbeit vor (Guck et al., 2021): (a) Akkuratheit (Accuracy) (Better Outcome); (b) Effizienz (Efficiency) (lower costs) (c) verbesserte Arbeitszufriedenheit interprofessioneller Teams (Improved clinical experience of the IP Team); (d) verbesserte Patientenerfahrung (Improved patient experience).

2.4 Schlussfolgerungen zu Teil 1

Das Rahmenkonzept wurde vor dem Hintergrund verschiedener theoretischer Überlegungen und Ansätze entwickelt. Unserer Ansicht nach spiegelt es den Prozess interprofessioneller Kooperation im klinischen Kontext in angemessener Form wider. Das Rahmenkonzept operationalisiert kontextbezogene, personenbezogene, prozessbezogene und ergebnisbezogene Variablen (Biggs et al., 2001), um den beobachtbaren Teil von ICP zu erfassen. Darüber hinaus kann es auch Ausgangslage für eine Überprüfung der individuellen Lernvoraussetzungen für verschiedene Bereiche der interprofessionellen Gesundheitsversorgung (z. B. Entlassungsmanagement; siehe Teil 2) darstellen. Zugleich schlägt das Rahmenkonzept eine professionsspezifische Überprüfung von interprofessionellen kollaborativen Aktivitäten vor (z. B. interprofessionelle Patientenübergabe; siehe Teil 3). Diese professionsspezifische Überprüfung ist aus unserer Sicht notwendige Voraussetzung für die Förderung von IPE und ICP.



3. Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

3.1 Hintergrund

Wie bereits beschrieben (siehe auch Abschnitt 2.3.6), sieht das Rahmenkonzept die Erfassung und Messung der Ergebnisse von IPE und ICP vor, die beide komplexe und vielschichtige Konstrukte sind (Kaap-Fröhlich et al., 2022). In der Forschung wird ein dringender Bedarf an Instrumenten zur Erfassung ganzer Teams und ihrer Leistung gesehen, um kausale Zusammenhänge zwischen IPE, ICP und den Gesamtergebnissen des Gesundheitssystems nachweisen zu können (siehe auch Cox et al., 2016). Neben den derzeit verfügbaren Messinstrumenten für interprofessionelle kollaborative Aktivitäten (z. B. ISVS; UWE-IP) (Ehlers et al., 2017; Mahler et al., 2017) werden jedoch auch Instrumente benötigt, die explizit das berufsspezifische konzeptuelle und prozedurale Wissen (Improve Cognitive Professional Abilities) innerhalb eines interprofessionellen Aufgabenfeldes messen, um die Ausgangslage für mögliche Interventionen in den Prozessen der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erkennen, um wiederum kollaborative Aktivitäten in der mono- und interprofessionellen Aus-, Fort- und Weiterbildung planen, fördern und überprüfen zu können.

Im zweiten Teil der Arbeit liegt der Fokus daher auf der vertiefenden Untersuchung der individuellen Lernvoraussetzungen von Pflegefachkräften und Ärzt*innen auf Basis des vorgeschlagenen Rahmenkonzepts (siehe auch Abschnitt 2.3.2). Dazu wurde ein Aufgabenfeld ausgewählt, das als eines der wichtigsten Schnittstellen interprofessioneller Zusammenarbeit gilt: das Entlassungsmanagement (siehe auch SGB V § 39 Abs. 1a; Robert Bosch Stiftung, 2011).

Es gibt zwar viele mono- und teils auch interprofessionelle Leitlinien (DNQP; DVSG) (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2019; DVSG, 2019) für das Entlassungsmanagement, jedoch kein Instrument zur interprofessionellen Bewertung von Wissen und Fähigkeiten für dieses. Ein solches zu entwickeln und einzusetzen war unser Ziel.



Das klinische Entlassungsmanagement in Deutschland beschreibt der Gesetzgeber als interprofessionelle Aufgabe (§ 39 Abs. 1a SGB V). Das Entlassungsmanagement erfordert die Zusammenarbeit von Ärzt*innen, Pflegefachkräften, klinischen Sozialberater*innen und weiteren Gesundheitsprofessionen (Lingnau et al., 2021), deren Qualität hierbei direkten Einfluss auf die Patientenversorgung hat und unerwünschter Ereignisse reduzieren kann (Coffey et al., 2019; Gonçalves-Bradley et al., 2016; 2022; Patel et al., 2019).

3.2 Entlassungsmanagement

Das Bundesministerium für Gesundheit definiert das Entlassungsmanagement als „Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung“ (gem. § 39 Abs. 1a SGB V).

Eine weitere in Deutschland weit verbreitete Definition spezifiziert den Patientenentlassungsprozess wie folgt: Entlassungsmanagement ist demnach „die zielgerichtete und systematische Überleitung aus dem Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Nachbehandlung“ (Vogelbusch & Hannemann, 2017, S. 12).

Die Nomenklatur des Begriffs Entlassungsmanagement ist nicht eindeutig. Bislang hat sich nach Wingenfeld (2020) noch kein passender Begriff etabliert. Im englischsprachigen Raum wird Entlassungsmanagement meist unter dem Begriff „discharge planning“ subsumiert. Im deutschen Sprachgebrauch wird der Begriff Entlassungsplanung überwiegend synonym mit Entlassungsmanagement verwendet (Wingenfeld, 2020). In dieser Arbeit werden beide Begriffe, Entlassungsplanung und Entlassungsmanagement, verwendet. Unter Entlassungsplanung wird in dieser Arbeit der stationäre Prozess der Planung und Vorbereitung der Entlassung eines/einer Patient*in aus dem Krankenhaus verstanden. Im Gegensatz dazu geht der Begriff Entlassungsmanagement über die Entlassungsplanung hinaus. Es verfolgt einen umfassenderen Ansatz, um einen reibungslosen Übergang des Patienten von der stationären Versorgung in die nachstationäre Phase zu gewährleisten (siehe auch Wingenfeld, 2020).

Zusätzlich wird in dieser Arbeit zwischen direktem und indirektem Entlassungsmanagement unterschieden. Das direkte Entlassungsmanagement bezieht alle primären Prozesse ein, die auf den Krankenstationen vollzogen und vom pflegerischen und medizinischen Personal geleistet werden. Das indirekte Entlassungsmanagement beschreibt alle



Aktivitäten, die das direkte Entlassungsmanagement unterstützen und liegt meist im Zuständigkeitsbereich eines oder mehrerer klinischen Sozialarbeiter*innen in einer dafür eingerichteten Abteilung (Matschke, 2010).

Zusammengefasst kann das Entlassungsmanagement als Prozess verstanden werden, der die Überleitung von Patient*innen innerhalb des Krankenhauses sowie Sektor übergreifend regelt (siehe auch Wingefeld, 2020). Im Idealfall handelt es sich hierbei um individuelle Maßnahmenempfehlungen in Bezug auf die Entlassungsplanung für die jeweiligen Patient*innen, beispielsweise für die ambulante Nachsorge oder für die Einrichtung in der Langzeitpflege (siehe auch Wingefeld, 2020). Mögliche Beteiligte am Entlassungsmanagement sind: Pflegefachkräfte, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Patient*innen, Familienangehörige, Ärzt*innen, Ergo- und Physiotherapeuten*innen, Case Manager*innen, Hausärzt*innen, ambulante Pflegefachkräfte und manchmal auch Versicherungsgesellschaften (siehe auch Lingnau et al., 2021).

3.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) ist das Entlassungsmanagement innerhalb der Gesetze zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39 Abs. 1a SGB V) angesiedelt. Hiernach umfasst die Krankenhausversorgung ein Entlassungsmanagement zur „Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ (§ 39 Abs. 1a SGB V). Ziel ist es, die Weiterbehandlung der Versicherten nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen. Mit der Novellierung des GKV-Versorgungstärkungsgesetzes (gem. § 39 Abs. 1a SGB V, GKV-VSG, 2015) wurden die dahin begrenzten Möglichkeiten der Kliniken deutlich ausgeweitet. Diese können nun Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen. Patient*innen können darüber hinaus eine Krankschreibung für bis zu sieben Tage erhalten (§ 39 Abs. 1a SGB V; Lingnau et al., 2021).

Die Ausgestaltung des Versorgungsrechts wird unter Berücksichtigung der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gesundheit (§ 39 Abs. 1a SGB V) festgelegt. Die Ausgestaltung ist im Rahmenvertrag über das Entlassungsmanagement (hier wird der Begriff Entlassmanagement verwendet) beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung verankert. Geschlossen wird dieser Rahmenvertrag



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

zwischen dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen und Pflegekassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. Die erste Fassung ist auf den 1. Oktober 2017 datiert, seither ist der Rahmenvertrag für die Krankenhäuser verbindlich durchzuführen. Krankenhäuser sollen hiernach in einem interprofessionellen Team frühzeitig einen nahtlosen Übergang in nachfolgende Versorgungsbereiche planen und ausgestalten:

Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege). Multidisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltet für die Belange dieses Vertrages die Zusammenarbeit von Ärzten/psychologischen Psychotherapeuten, Pflegepersonal, Sozialdienst, Krankenhaus-apothekern und weiteren am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden. (Rahmenvertrag Entlassmanagement, 2023 Nr. 10 vom 01.07.2023).

Laut Rahmenvertrag müssen Krankenhäuser folgende Versorgungsschwerpunkte erfüllen:

- patientenindividuelle Bedarfserhebung für die Anschlussversorgung (initiales Assessment),
- Feststellung komplexer Versorgungsbedarfe mittels differenzierter Assessments,
- Bereitstellen von Anschlussmedikationen und Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit (falls erforderlich),
- Festlegung verordnungs- beziehungsweise veranlassungsfähiger Leistungen (z. B. Kurzzeitpflege oder Haushaltshilfe),
- bei Bedarf Kontaktaufnahme mit Kranken- beziehungsweise Pflegekasse, insbesondere bei Versorgungsbedarfen in der ambulanten wie teil- beziehungsweise langzeitstationären Pflege (Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung),
- Kontaktaufnahme zu notwendigen Leistungserbringern (Vertragsärzt*innen, Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) zur nahtlosen Weiterversorgung (Rahmenvertrag Entlassmanagement, 2023 Nr. 10 vom 01.07.2023).



3.2.2 Forschungsstand Entlassungsmanagement

Effekte des Entlassungsmanagements sind aufgrund der Prozesskomplexität und der zahlreichen beteiligten Berufsgruppen schwer zu bewerten (Mabire et al., 2018). Die vorhandene Studienlage zeigt eine erhebliche Heterogenität zwischen den Studien, sowohl in Bezug auf die Umsetzung der Entlassungsmanagementinterventionen als auch auf die gewählten Designs (Gonçalves-Bradley et al., 2022; Hunt-O'Connor et al., 2021; Coffey et al., 2019). Die Qualität der Entlassungsmanagementinterventionen wird meist mit einer geringeren Verweildauer und Wiederaufnahmequote eines Patienten korreliert. Die gesichteten Studien kommen hinsichtlich des Einflusses des direkten und indirekten Entlassungsmanagements auf die Patientenverweildauer und Wiederaufnahmequote eines Patienten in ein Krankenhaus zu unterschiedlichen Ergebnissen. Beispielweise berichtet Couturier et al. (2016) und Hunt-O'Connor et al. (2021), dass es keinen konsistenten statistischen Zusammenhang zwischen Entlassungsplanung und der Wiederaufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus gibt. Hingegen führen Gonçalves-Bradley et al. (2022) aus, dass ein personalisierter Entlassungsplan zu einer geringfügigen Verringerung der Patientenverweildauer und der Wiederaufnahmequote führt.

Die meisten gesichteten Studien und Übersichtsarbeiten konzentrieren sich auf Maßnahmen zur Patientenaufklärung im Rahmen der Entlassungsplanung sowie auf durchgeführte Entlassungsmanagementinterventionen innerhalb des Krankenhauses. Diese Maßnahmen umfassen unter anderem multiprofessionelle Visiten, Rehabilitationsmaßnahmen und pharmakologische Beratung. Weitere Studien untersuchen Interventionen im Rahmen der Nachsorge, wie beispielsweise telefonische Nachbetreuung und Entlassungsbriefe. Alle Interventionen zielen darauf ab, eine rechtzeitige Entlassung zu ermöglichen und einen effektiven Übergang vom Krankenhaus nach Hause oder in eine ambulante beziehungsweise langzeitstationäre Versorgung zu vollziehen (Coffey et al., 2019; Couturier et al., 2016; Gonçalves-Bradley et al., 2022; Patel et al., 2019).

Im Folgenden werden herausgearbeitete Auswirkungen von Schlüsselkomponenten aktueller Versorgungsaspekte und Trends innerhalb des direkten Entlassungsmanagements beschrieben.



Interprofessionelle Zusammenarbeit: Teambasierte Entlassungsmanagementinterventionen zwischen den beteiligten Berufsgruppen können zu einem erfolgreichen direkten Entlassungsmanagement beitragen (Coffey et al., 2019; Emes et al., 2018; Patel et al., 2019; Zwarenstein & Bryant, 2000). Beispielsweise zeigen die in einer Metaanalyse eingeschlossenen Studien, dass eine reine pflegerische Entlassungsplanung weder die Wiederaufnahmequote verringert noch die Lebensqualität der Patient*innen verbessert (Mabire et al., 2018). Hingegen zeigen Ergebnisse einer Untersuchung zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Pflegefachkräften im Krankenhaus, dass tägliche multidisziplinäre Visiten, an denen alle beteiligten Berufsgruppen teilnehmen, positive Effekte auf verschiedene Aspekte hatten. Dazu gehören eine verkürzte durchschnittliche Krankenhausverweildauer, eine Kostenreduktion sowie eine gesteigerte Mitarbeiterzufriedenheit (Zwarenstein & Bryant, 2000). Dennoch zeigt sich, dass die Kommunikation innerhalb des direkten Entlassungsmanagements zwischen den Berufsgruppen weiterhin fehlerbelastet und die Patientensicherheit gefährdet ist (Lobchuk et al., 2021; O'Leary et al., 2010; Rosenthal et al., 2017).

Hinzu kommt, dass der Übergang vom stationären zum ambulanten Sektor als besonders fehleranfällige Schnittstelle gilt (Gonçalves-Bradley et al., 2016; Stahl & Nadj-Kittler, 2014), da die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Aufgabenfeld der Entlassungsplanung innerhalb des direkten Entlassungsmanagements zwischen den Berufsgruppen im klinischen Setting häufig unklar sind (Goldman et al., 2016). Goldman et al. weisen darauf hin, dass sich die Existenz der medizinisch dominierten Arbeitsteilung negativ auf den Gesamtprozess der Entlassungsplanung innerhalb des direkten Entlassungsmanagements auswirken könnte. Gezielte Interventionen zur Stärkung der ICP innerhalb des direkten Entlassungsmanagements könnten die Patientensicherheit fördern (Goldman et al., 2015, 2016).

Interprofessionelle Ausbildung: Interprofessionelle Trainings können zu einer Verringerung von Wiederaufnahmen führen sowie die Zufriedenheit der Patient*innen und Angehörigen steigern (Reeves et al., 2013). So zeigt eine Studie, die auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation durchgeführt wurde, dass sich Patient*innen im Vergleich zur Kontrollgruppe (reguläre Station) hinsichtlich von Nachsorgeaspekten besser versorgt fühlten (Hallin et al., 2011).



Patientenzentrierung: Eine für den Patienten personalisierter Entlassungsplan kann wahrscheinlich zu einer geringfügigen Verringerung der Verweildauer führen und senkt das Risiko einer ungeplanten Wiederaufnahme (Gonçalves-Bradley et al., 2022; Leinert et al., 2022). Zudem führt eine personalisierte Entlassungsplanung zu einer höheren Zufriedenheit der Patient*innen und der Klinikmitarbeitenden. Ob ein personalisierter Entlassungsplan im Vergleich zu einer regulären Versorgung die allgemeinen Kosten senkt bleibt aufgrund einer spärlichen Evidenzlage fraglich (Gonçalves-Bradley et al., 2022).

Frühzeitige Planung und Durchführung: Die aktuelle Forschungslage legt nahe, dass die Planung der Entlassung so früh wie möglich beginnen sollte, um schon bei der Aufnahme des Patienten genügend Zeit für die Koordinierung aller erforderlichen Ressourcen und Dienstleistungen zu haben (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2019; Fox et al., 2013; Wingenfeld, 2020). Im Vergleich zur üblichen Versorgung führt eine frühzeitige Entlassungsplanung zu weniger Wiederaufnahmen bei Patient*innen (Fox et al., 2013). Dennoch zeigt eine von Lingnau et al. (2021) in Deutschland durchgeführte Bestandsaufnahme, dass fehlende Standards zur Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (insbesondere des initialen Assessments) und Mängel in der strukturierten Informationsweitergabe zu den am häufigsten erkannten Defiziten bei der Durchführung innerhalb des direkten und indirekten Entlassungsmanagements gehören. Zudem beginnt die Entlassungsplanung meist erst am Entlassungstag und damit zu spät. Ebenso verläuft die Entlassung unkoordiniert und nicht umfangreich genug. Krankenhäuser und Krankenkassen klagen wechselseitig über eine schwierige Erreichbarkeit der jeweiligen Verantwortlichen. Hinzu kommen unklare oder unterschiedliche personelle Zuständigkeiten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Mit dieser Problematik einher gehen zudem Informationsverluste, Abstimmungsprobleme in der Entlassungsplanung und Verzögerungen im Entlassungsprozess. Laut Lingnau et al. (2021) führt dies bei 7,3 Prozent der Krankenhausfälle zu ungeplanten Wiederaufnahmen.

Digitale Technologien: Kommunikationstechnologien nehmen innerhalb des direkten und indirekten Entlassungsmanagements eine immer stärkere Rolle ein. Dies umfasst elektronische Gesundheitsakten (Rashid et al., 2022), Telemedizin (Noel et al., 2020) und andere digitale Tools, die dazu beitragen können, die Kommunikation und Koordination der Patientenversorgung zu verbessern und sicherzustellen (z. B. telefonische



Nachbetreuung; Coffey et al., 2019). Beispielweise zeigen erste Ergebnisse einer Kombination aus Videoinstruktion und schriftlicher Anweisungen vielversprechende Ergebnisse auf (Hoek et al., 2020).

Nachsorge: Es zeigt sich, dass das indirekte und direkte Entlassungsmanagement im Krankenhaus über die eigentliche Entlassung hinausgehen sollte, einschließlich der Organisation der erforderlichen Nachsorge und der Sicherstellung der Patientenversorgung (Coffey et al., 2019; Gonçalves-Bradley et al., 2022). Multiprofessionelle Interventionen, die nach der Entlassung zu Hause durchgeführt werden, reduzieren die Wiederaufnahme eines Patienten nach der Krankenhauserkrankung und tragen zur Zufriedenheit der Patienten*innen bei. Integrierte Systeme zwischen Krankenhaus und ambulanter beziehungsweise langzeitstationärer Versorgungsstrukturen und individualisiert fortgeführte Entlassungsplanungen, reduzieren laut Studienlage unerwünschte Wiederaufnahmen (Coffey et al., 2019).

Die im Rahmenvertrag geforderte reibungslose Überleitung von Patient*innen in die Nachsorge ist in Deutschland bisher nicht flächendeckend gewährleistet (Lingnau et al., 2021). Um dieser Problemlage zu begegnen, haben Expertengremien professionell Pfleger*innen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2019), klinischer Sozialarbeiter*innen (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2019) als auch der Ärzteschaft (NKLM, 2021) Standards beziehungsweise Kompetenzen zur Entlassungsplanung innerhalb des direkten und indirekten Entlassungsmanagements definiert.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat bereits 2004 den Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ als zweiten nationalen Expertenstandard veröffentlicht, der die wichtigsten Anforderungen an Struktur, Prozess und Ergebnis des Entlassungsmanagements festlegt. Den klinisch tätigen Pflegefachkräften wird im Expertenstandard eine elementare Rolle innerhalb der Entlassungsplanung innerhalb des direkten Entlassungsmanagements zugeschrieben (Wingenfeld, 2020). Der Expertenstandard soll von Pflegefachkräften in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen angewendet werden. Ferner gibt der DNQP Prozessziele heraus, die als Orientierungsrahmen für die pflegerische Ausbildung dienen können und bereits in der Praxis verwendet werden (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege,



2019). 55,9 Prozent aller deutschen Krankenhäuser verwenden oder orientieren sich an diesem Standard für das hauseigene Entlassungsmanagement (Blum et al., 2018).

Die deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) definiert Aufgaben der klinischen Sozialarbeit. Dazu gehören unter anderem die Organisation der ambulanten, stationären und rehabilitativen Nachsorge nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (Blum et al., 2018). Die Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG bezüglich klinischer Sozialarbeit findet sich in 10,6 Prozent aller Krankenhäuser als Standardgrundlage wieder (Blum et al., 2018).

Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 1.0 und 2.0 beschreibt Kompetenzbereiche, Wissen und Fähigkeiten von Medizinstudierenden, die zu einer Entlassungsplanung notwendig sind (NKLM, 2021).

3.2.3 Entlassungsmanagement als Gegenstand der Ausbildung

Grundlegend kann festgehalten werden, dass das Lernen im Bereich des direkten Entlassungsmanagements sowohl während als auch nach der Ausbildungsphase meist auf „Learning by doing“ (Greysen, Schiliro, Curry et al., 2012, S. 1188) beschränkt ist. Studien fordern, dass die Thematik Entlassungsmanagement häufiger in der mono- wie interprofessionellen Aus-, Fort- und Weiterbildung angeboten werden muss (Bray-Hall et al., 2010; Greysen, Schiliro, Curry et al., 2012; McBryde et al., 2016).

Wie ausgeprägt die Thematik Entlassungsmanagement in deutschen medizinischen Fakultäten unterrichtet wird, lässt sich derzeit nicht verlässlich klären. Die Thematik findet Eingang im NKLM 2.0 (2021). Sie soll vermehrt in fakultätsinternen Prüfungen auftauchen und im mündlichen dritten Abschnitt der Staatsexamina am ersten Tag geprüft werden (Jünger, 2018).

In den Lehrplänen und Ausbildungsplänen für die Berufsfachschule für Pflege wird die Thematik je nach Ausbildungsjahr behandelt. Als Lerninhalt wird explizit der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege genannt (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2020). Die notwendigen Kompetenzen, die für die Ausübung von Pflegeaufgaben erforderlich sind, sind im Lehrplan für die generalistische Pflegeausbildung aufgeführt. Grundlage für die Lehrpläne und Ausbildungspläne in der Pflege ist die "Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe" (PflAPrV,



2018). Die Thematik Entlassungsmanagement ist in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und in dem Lehrplan für Pflegeberufe im Kompetenzbereich I „Pflegetheorie und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren“ (§ 9 Absatz 1 Satz 2, Anlage 2, PflAPrV, 2018) verortet. Die Kompetenz wird im Abschnitt I.1.h wie folgt spezifiziert: Absolvent*innen „stimmen die Pflegeprozessgestaltung auf die unterschiedlichen ambulanten und stationären Versorgungskontexte ab“ (§ 9 Absatz 1 Satz 2, Anlage 2, PflAPrV, 2018).

3.3 Problemstellung und Forschungsfragen

Die Forschung zum direkten und indirekten Entlassungsmanagement zeigt, dass Schnittstellenprobleme in der Kommunikation und Koordination zwischen den beteiligten Gesundheits- und Sozialberufen ein Risiko für Qualität und Patientensicherheit darstellen (Lobchuk et al., 2021; Scotten et al., 2015; Stahl & Nadj-Kittler, 2014).

Gesundheitspolitische und wissenschaftliche Akteure empfehlen daher eine Vielzahl von Interventionen zur Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation (Patel et al., 2019; Robert Bosch Stiftung, 2011; Scotten et al., 2014), darunter spezifische Informations- und Kommunikationstechnologien (Dittrich et al., 2020) sowie Checklisten und Austauschmöglichkeiten (Knox et al., 2017). Trotz zahlreicher Übersichtsarbeiten zum direkten und indirekten Entlassungsmanagement äußern viele Autor*innen Bedenken hinsichtlich der Robustheit und Reproduzierbarkeit von Entlassungsmanagementinterventionen und der Methoden zur Bewertung ihrer Wirksamkeit (Hunt-O'Connor et al., 2021; Gonçalves-Bradley et al., 2022; Mabire et al., 2018).

Die Autor*innen sind sich einig, dass das direkte und indirekte Entlassungsmanagement ein Prozess, also keine isolierte Maßnahme, sondern „eine Abfolge mehrerer Handlungsschritte“ (Wingenfeld, 2020, S. 9) ist und eine interprofessionelle Zusammenarbeit der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen voraussetzt (Vogelbusch & Töpfer, 2017; Wingenfeld, 2020). Eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit setzt wiederum voraus, dass die beteiligten Berufsgruppen die Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten der jeweils anderen Berufsgruppe kennen und ihr berufsspezifisches Wissen und ihre Perspektiven bewusst austauschen (Cadel et al., 2022; Macdo-



nald et al., 2010; Robert Bosch Stiftung, 2011; Spaulding et al., 2021). Im interprofessionellen Aufgabenfeld des direkten Entlassungsmanagements fehlen jedoch unter anderem Standards zur Identifikation von "Patienten mit ... erhöhte[m] poststationären Bedarf" (Lingnau et al., 2021, S. 86) und es mangelt an einem strukturierten Informationsfluss zwischen den Berufsgruppen. Auch die Entlassung erfolgt laut Lingnau et al. "unkoordiniert und nicht umfangreich genug" (2021, S. 86). Gleichzeitig fehlt es den beteiligten Berufsgruppen an Verständnis und Wissen über die Rollen und Aufgaben der anderen (Goldman et al., 2016; Pinelli et al., 2017; Vogelbusch & Töpfer, 2017). Berufsspezifisches Wissen und Perspektiven werden zu selten strukturiert ausgetauscht (Cadel et al., 2022; Scotten et al., 2015). Noch immer werden Patient*innen mit widersprüchlichen Informationen von Ärztinnen und Ärzten und/oder Pflegefachkräften konfrontiert und verlassen das Krankenhaus, ohne ausreichend und verständlich über verordnete Medikamente, notwendige Nachuntersuchungen oder andere wichtige Informationen aufgeklärt worden zu sein (Stahl & Nadj-Kittler, 2014). Eine systematische Übersichtsarbeit zum Wissen und zur Wahrnehmung von Pflegefachkräften in Bezug auf die Entlassungsplanung in Akutkrankenhäusern zeigt darüber hinaus, dass Pflegefachkräfte besser als andere Gesundheitsberufe qualifiziert sein sollten, Entlassungsplanungen durchzuführen, ihr Wissen zur Entlassungsplanung jedoch defizitär ist (Hayajneh et al., 2020). Als Hauptursachen für dieses Wissensdefizit wurden Zeitmangel und mangelndes institutionelles Interesse an der Durchführung des direkten Entlassungsmanagements durch Pflegefachkräfte genannt. Darüber hinaus wird in dem Review berichtet, dass die Anzahl der Jahre der Berufserfahrung von Pflegekräften einen positiven Einfluss auf die Patientenergebnisse in Bezug auf die Entlassungsplanung hat (Hayajneh et al., 2020).

Vor diesem Hintergrund liegt die Vermutung nahe, dass es den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen auch in Deutschland in verschiedenen Dimensionen an Wissen mangelt. Unter anderem fehlt es an Wissen über Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im interprofessionellen Aufgabenfeld des direkten Entlassungsmanagements (Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung) (Vogelbusch & Töpfer, 2017). Darüber hinaus ist eine effiziente Abstimmung notwendig (Wissen zu zeitlichen Aspekten) (Lingnau et al., 2021). Zusätzlich sollten zum Beispiel Pflegefachkräfte über ein „umfangreiches



Wissen über das Versicherungs- und Sozialsystem sowie über sämtliche Versorgungsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich“ (Wingenfeld, 2020, S. 111) verfügen (Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten). Ebenso sollten Pflegefachkräfte den „Versorgungsalltag anderer Einrichtungen“ (Wingenfeld, 2020, S. 111) kennen und die „Handlungsmöglichkeiten und -grenzen der an der Weiterversorgung beteiligten Einrichtungen und Personen“ (Wingenfeld, 2020, S. 112) einschätzen können (Wissen zur Nachsorge). Ärztinnen und Ärzte sollten unter anderem einschätzen können, für welche Aufgaben klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und andere Gesundheitsberufe qualifiziert sind (Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung) (Garth et al., 2018) und Kenntnisse über Rehabilitationsmöglichkeiten und -einrichtungen besitzen (Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten) (Beyer et al., 2022).

Ohne dieses Wissen in diesen Dimensionen kann eine Entlassungsplanung im Rahmen des direkten Entlassungsmanagements nicht im Sinne einer sicheren Patientenversorgung umgesetzt werden. Hinzu kommt, dass aufgrund der zunehmenden Komplexität der Aufgaben innerhalb des direkten Entlassungsmanagements alle berufsspezifischen Kompetenzen bei deren Bewältigung benötigt werden (Vogelbusch & Töpfer, 2017). Je nach Bedarf der Patient*innen variieren die Verantwortlichkeiten und die Beteiligung der Berufe am Prozess des direkten Entlassungsmanagements. Damit variieren auch die Aufgabenschwerpunkte der Berufe innerhalb des direkten Entlassungsmanagement (Vogelbusch & Hannemann, 2017). Vor diesem Hintergrund erfordert die Koordination des direkten Entlassungsmanagements die kontinuierliche Einbeziehung aller konzeptuellen und prozeduralen Wissensbasen der beteiligten Gesundheitsberufe, damit alltägliche Interaktionen (siehe auch Wingenfeld, 2020) und ein reibungsloser und effektiver Ablauf des direkten Entlassungsmanagements gelingen können (siehe auch Vogelbusch & Töpfer, 2017).

Bislang ist jedoch unklar, auf welche konzeptuellen und prozeduralen Wissensbasen die beteiligten Gesundheitsberufe zurückgreifen, worin sich diese berufsspezifisch unterscheiden und inwieweit weitere berufsübergreifende Wissensdefizite und Kompetenzbereiche im Aufgabenfeld des direkten Entlassungsmanagements bestehen. Erkenntnisse hierüber könnten etwa bei der Entwicklung von Verfahrensanweisungen helfen (siehe auch Vogelbusch & Töpfer, 2017), die festlegen, welche Berufsgruppe im Sinne einer



Arbeitsteilung für welche Aufgaben im direkten Entlassungsmanagement zuständig ist (siehe auch Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, 2007).

Wie im Rahmenkonzept eingeführt, wird Wissen oft in drei Kategorien eingeteilt (siehe auch Abschnitt 2.3.2.1): Konzeptuelles Wissen (Wissen „Was“), prozedurales Wissen (Wissen „Wie“) und bedingtes Wissen (Wissen „Warum“). Das konzeptuelle Wissen bezieht sich auf deklarative Fakten, während strategisches Wissen und bedingtes Wissen prozedurales Wissen ausmachen (Förtsch et al., 2018; Schmidmaier et al., 2013). Wir fokussieren in dieser Arbeit die handlungsorientierten Wissensarten, um explizit Erkenntnisse über Ablaufprozesse und Handlungsprozesse zu gewinnen: Deklaratives Wissen und das strategische Wissen, als Teil des prozeduralen Wissens.

Wissensdimensionen im Kontext der vorliegenden Studie beziehen sich auf das jeweilige Wissen, das am direkten Entlassungsmanagement beteiligte Personen benötigen, um eine bestimmte Aufgabe innerhalb der Entlassungsplanung innerhalb des direkten Entlassungsmanagements zu bewältigen. Die Aufgabengebiete reichen von der zeitlichen Planung und Koordination der Entlassung über versicherungsrechtliche Fragen bis hin zur Nachsorge nach der Entlassung. In dieser Arbeit unterscheiden wir daher das Wissen zum Entlassungsmanagement in vier Dimensionen: (1) Wissen zu zeitlichen Aspekten, (2) Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung, (3) Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten und (4) Wissen zur Nachsorge (siehe Tabelle 1).

Hieraus ergeben sich folgende Forschungsfragen (RQ) und Hypothesen (H):

1. Wie schwierig sind die deklarativen und strategischen Fragen der einzelnen Wissensdimensionen zum direkten Entlassungsmanagement für Pflegefachkräfte und Ärzt*innen? (RQ1)

2. Unterscheidet sich das deklarative und strategische Wissen zum direkten Entlassungsmanagement zwischen den einzelnen Wissensdimensionen? (RQ2)

H1 = Es gibt professionsübergreifend Unterschiede bezüglich der Ausprägung des Wissens in den verschiedenen Wissensdimensionen.

3. Inwiefern unterscheiden sich das deklarative und strategische Wissen zwischen Pflegefachkräften und Ärzt*innen bezüglich der Wissensdimensionen? (RQ3)



H2 = Ärzt*innen und Pflegefachkräfte unterscheiden sich hinsichtlich des deklarativen und strategischen Wissens bezüglich der Ausprägung des Wissens in den verschiedenen Wissensdimensionen.

4. Inwiefern beeinflusst die Berufserfahrung von Ärzt*innen und Pflegefachkräften das deklarative und strategische Wissen bezüglich der Wissensdimensionen? (RQ4)

H3 = Die Berufserfahrung wirkt sich sowohl für Pflegefachkräfte als auch für Ärzt*innen positiv auf das deklarative und strategische Wissen bezüglich der Ausprägung des Wissens in den verschiedenen Wissensdimensionen aus.

3.4 Instrument

3.4.1 Itemerstellung

Auf Basis des deutschen Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2019), des NKLM (NKLM, 2021), der Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG hinsichtlich der klinischen Sozialarbeit (DVSG, 2019), des Rahmenvertrages Entlassungsmanagement (Rahmenvertrag Entlassmanagement, 2021 Nr. 5 vom 31.03.2021) und einer erweiterten Literaturrecherche entwickelten wir einen Test zur Erfassung des deklarativen und strategischen Wissens zum direkten Entlassungsmanagement. Unsere interprofessionelle Forschungsgruppe bestand aus einer Pflegefachkraft, einem Arzt und dem Autor dieser Arbeit.

Zusätzlich wurden Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche herangezogen. Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Pubmed via Medline, CINAHL, via EBSCOhost und der deutschsprachigen Datenbank LIVIO. Die Ergebnisse basieren auf ein von uns parallel durchgeführtem Scoping Reviews zur Kommunikation innerhalb des Aufgabenfeldes der Entlassungsplanung, das andernorts veröffentlicht wird.

Die Forschungsgruppe identifizierte Teilkompetenzen des direkten Entlassungsmanagements unter besonderer Berücksichtigung der Beiträge der einzelnen Berufsgruppen. Alle Items wurden durch die Forschungsgruppe entwickelt. Bei der Konstruktion wurde darauf geachtet, dass die Items sehr spezifisch für das direkte Entlassungsmanagement



sind und eine hohe Praxisrelevanz aufweisen. So sollten Deckeneffekte vermieden werden. Die ausgewählten Items wurden in ein vorläufiges Fragebogenformat aufgenommen und innerhalb der Forschungsgruppe validiert. Diese ging hierbei der Frage nach, ob der Inhalt der Items praxisbezogen, thematisch passend und eine hohe interprofessionelle Überschneidung aufwies. Die einzelnen Items wurden von der Forschungsgruppe nach Aufgabenschwierigkeit bewertet, inhaltlich und sprachlich diskutiert und geprüft.

3.4.2 Itemaufteilung

Das direkte Entlassungsmanagement umfasst zahlreiche verschiedene Aufgabengebiete (in dieser Arbeit als Wissensdimensionen operationalisiert), in denen Ärzt*innen und Pflegefachkräfte professionell agieren müssen. Domänenwissen wird als der Bereich des Wissens definiert, den Individuen über ein bestimmtes Studiengebiet haben (Alexander, 1992). Dieses enthält konzeptuelles und prozedurales Wissen und umfasst oft eine Vielzahl von nicht zusammenhängenden Aspekten oder Bereichen, welche nicht eindimensional gemessen werden können.

Zur Itemaufteilung wurden die in der Literaturrecherche gefundenen Studien kategorisiert. Die Items wurden nach inhaltlichen Überschneidungen und Alleinstellungsmerkmalen von der Forschungsgruppe überprüft, geclustert und nach interner Diskussion auf Basis der gefundenen Studien nach Wissensdimensionen aufgeteilt.

3.4.3 Itemqualität

Nach der Integration der vorab geprüften Items in ein vorläufiges Fragebogenformat führten wir mit klinischen Expert*innen eine Inhaltsvalidierung des Wissenstests durch.

Es wurden Expert*innen gesucht, die einen gesundheitsbezogenen und engen beruflichen Hintergrund zur Thematik Entlassungsmanagement aufwiesen.

Die Validierung erfolgte mittels semistrukturierter Interviews. Die Interviews wurden für 60 Minuten angesetzt und an beiden Standorten des LMU Klinikums durchgeführt. Alle Interviews wurden außerhalb der Arbeitszeit der Teilnehmenden geführt. Die Interviews wurden per Aufnahmegerät (Olympus WS 853) aufgezeichnet und anschließend anhand der Audioaufnahmen ausgewertet.



Die Expert*innen wurden gebeten den Wissenstest auszufüllen und dabei die Methode des *lauten Denkens* nach Leighton (2017) zu nutzen. Diese Methode sollte es uns ermöglichen, Einblicke in die mentalen Prozesse der Expert*innen zu erhalten. Indem die Expert*innen ihre Gedanken laut äußerten, erhofften wir uns Rückschlüsse auf Eindrücke, Gefühle und Absichten bezüglich des Wissenstests zu erhalten. Hierfür wurden die Expert*innen gebeten, ihre Gedanken direkt (Introspektion) und nach Beantwortung (Retrospektion) der Fragestellung laut zu äußern.

Anschließend wurden die Expert*innen zu allen Items folgendes gefragt: (1) Inwiefern sind diese semantisch eindeutig; (2) inwiefern weisen die Items relevante, aber klar identifizierbare Distraktoren auf; (3) können Antworten aus vorherigen Fragen erschlossen werden; (4) können Antworten mittels Ausschlussverfahren ermittelt werden; (5) sind die Items für die tägliche Praxis relevant und authentisch. Jedes Item wurde separat bewertet. Das Gesamtergebnis je Item wurde dann aus der Summe aller vergebenen Punkte ermittelt. Insgesamt konnte die Qualität eines Items somit maximal 30 Punkte (sechs Expert*innen mal 5 Faktoren) erreichen.

Währenddessen und im Anschluss stellten wir noch grundlegende Fragen zum Verständnis, zu den Antwortoptionen und zur Praxisrelevanz des durchgeführten Wissenstests.

Zusätzlich wurde der Schwierigkeitsgrad der Fragen durch die Expert*innen auf einer zehnstufigen Skala von 0 bis 1 (0 = sehr schwer; 1 = für sehr leicht) eingeschätzt. Expert*innen sind laut Olson (2010) geeignet, Fragen zu erkennen, die Probleme mit der Datenqualität aufweisen, auch wenn die einzelnen Expert*innen die Probleme unterschiedlich bewerten. Damit sollte zusätzlich eine Auswahl von Items ermöglicht werden, die unterschiedliche Schwierigkeiten abbilden (Möltner et al., 2006). Als Richtwert für die empirisch ermittelte Aufgabenschwierigkeit wird in der Literatur ein Wert von 0,4 bis 0,8 empfohlen (Möltner et al., 2006). Da es keine abweichenden Empfehlungen für Expert*innenurteile gibt und alle Expert*innen mit empirisch erwartbaren Schwierigkeitswerten vertraut sind, wurde dieser Richtwert auch auf die Einschätzung der Expert*innen übertragen.

In einem zweiten Bewertungsschritt wurden die zufällig angeordneten Items von weiteren Expert*innen direkt auf der Online Plattform [soscisurvey.de](https://www.soscisurvey.de) (Leiner, 2019) inhaltlich



validiert. Im freien Textfeld der Kommentarfunktion von soscisurvey.de (Leiner, 2019) konnten Anmerkungen notiert werden.

3.5 Methode

3.5.1 Design

Es wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt. Der Fragenbogen gliederte sich in vier Abschnitte: (1) Abfrage von soziodemographischen Daten; (2) Selbsteinschätzung und Aufgaben- und Rollenverteilung; (3) Wissenstest; (4) Fragen zur Fremdeinschätzung und zur eigenen Kompetenzeinschätzung. In dieser Arbeit werden nur die soziodemographischen Daten und die Ergebnisse des Wissenstests zum direkten Entlassungsmanagement berichtet.

Der Fragebogen wurde über das Onlineportal www.soscisurvey.de (Leiner, 2019) erstellt und den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt. Der Erhebungszeitraum belief sich auf fünf Monate (Oktober 2021 bis Februar 2022). Der Wissenstest dient als Messinstrument zur Ermittlung des Wissensstands der Teilnehmenden.

3.5.2 Ethik

Eine Unbedenklichkeitserklärung (Projekt Nr. 21-0764KB) der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) liegt vor. Zu keiner Zeit wurden Daten oder Informationen von Patient*innen erhoben oder verarbeitet. Zahlungen oder anderweitige Vereinbarungen mit Teilnehmenden wurden nicht durchgeführt. Die Daten dieser Arbeit wurden im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten ILEGRA Graduiertenkollegs erhoben.

3.5.3 Sampling-Strategie

Stichprobengröße

Um die Zielstichprobe für eine Varianzanalyse mit zwei Zwischensubjektfaktoren und einem Innersubjektfaktor zu bestimmen, wurden Power-Analysen durchgeführt.



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Die zwei Zwischensubjektfaktoren bestanden aus einmal zwei Ebenen (Berufsgruppe: Pflegefachkräfte; Ärzt*innen) und einmal fünf Ebenen (Berufserfahrung: 0-3 Jahre; 4-6 Jahre; 7-9 Jahre; 10-12 Jahre; mehr als 12 Jahre).

Der Innersubjektfaktor bestand aus vier Ebenen (den Wissensdimensionen die alle für jede Versuchsperson erhoben wurden): Wissen zu zeitlichen Aspekten (ZA); Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (ZU); Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten (VE); Wissen zur Nachsorge (NA).

Ziel war es, eine Teststärke von 80 Prozent und ein Signifikanzniveau (Alpha) von 5 Prozent zu erreichen. Es wurde keine Korrelation zwischen den Ebenen des abhängigen Faktors angenommen.

Die Berechnungen wurden unter Verwendung der Software G*Power durchgeführt (Version 3.1.9.7) (Faul et al., 2009). Dabei wurde mangels bestehender Vorarbeiten eine mittlere Effektgröße (f) von 0,25 angenommen. Die Ergebnisse der Power-Analyse ergaben, dass eine Zielstichprobe von mindestens 110 Teilnehmenden erforderlich ist, um die gewünschte Teststärke zu erreichen.

Zielgruppenbeschreibung

Zielgruppe dieser Studie waren leitende und nichtleitende Pflegefachkräfte sowie leitende und nichtleitende Ärzt*innen. In die Studie wurden alle Altersklassen, Erfahrungsstufen und alle ärztlichen wie pflegerischen Berufszugehörigkeiten und Organisationseinheiten eingeschlossen. Auszubildende sowie Studierende wurden ausgeschlossen.

Teilnehmerrekrutierung

Die potenziell Teilnehmenden wurden per Mail und WhatsApp über den gesamten D-A-CH-Raum angeschrieben und gebeten, an der Studie teilzunehmen. Weitere potenziell Teilnehmende wurden über geschlossene Facebook-Gruppen angesprochen. Die meisten Teilnehmenden wurden über Ansprechpartner*innen des LMU Klinikums angeschrieben. Der E-Mail wurde eine Kurzbeschreibung der Studie beigefügt (siehe Anhang A: Einladung zur Studienteilnahme).



3.5.4 Datenanalyse

Zur Beantwortung von RQ1 haben wir das Wissen der Teilnehmenden deskriptiv beschrieben, indem Mittelwerte, Standardabweichung und bivariate Korrelationen aller Items und Skalen berechnet wurden. Alle Items zur selben Wissensdimension wurden zu einem Mittelwert zusammengefasst, sodass alle Skalen unabhängig von der Anzahl der Items der Skala denselben Wertebereich abdecken (0-1).

Zur statistischen Absicherung des Unterschieds hinsichtlich deklarativen und strategischen Wissens über die Berufsgruppen hinweg (RQ2) haben wir je eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor (RM-ANOVA) berechnet. Der abhängige Faktor (Wissensdimensionen) hatte vier Ausprägungen (ZA; ZU; VE; NA). Jede Wissensdimension wurde für alle Teilnehmenden erfasst.

Zur Beantwortung von RQ3 haben wir die Varianzanalyse aus RQ2 um den Faktor Berufsgruppen (Pflegefachkräfte vs. Ärzt*innen) erweitert. Die Teilnehmenden hatten auf diesem unabhängigen Faktor nur einen Wert (mixed-ANOVA).

Zur Beantwortung von RQ4 haben wir die Varianzanalyse aus RQ3 um den Faktor Berufserfahrung erweitert. Dieser Faktor hatte fünf Ausprägungen (Berufserfahrung: 0-3 Jahre; 4-6 Jahre; 7-9 Jahre; 10-12 Jahre; und mehr als 12 Jahre). Die Teilnehmenden hatten auf diesem unabhängigen Faktor nur einen Wert (mixed-ANOVA).

Für alle statistisch signifikanten Varianzanalysen wurden Tukey korrigierte post-hoc Analysen berechnet, um paarweise Vergleiche vorzunehmen. Dabei wurden nur solche paarweisen Vergleiche interpretiert, für die signifikante Haupteffekte oder Interaktionen vorlagen. Der Alphafehler wurde auf 5 Prozent festgesetzt. Die Voraussetzung der Normalverteilung der abhängigen Variablen, kann für alle Analysen als verletzt angesehen werden, da die Skalen aus testökonomischen Gründen eher kurzgehalten wurden und dadurch höchstens Ordinalskalen-Niveau erreichen (im Falle von strategischen Wissen zu Wissen zu zeitlichen Aspekten (ZAS) und Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten (VES) sogar mit nur zwei möglichen Ausprägungen). ANOVAs haben sich allerdings als sehr robust gegenüber dieser Annahmensverletzung erwiesen (siehe auch D'agostino, 1972; Knoke, 1976; Lunney, 1970).

Zur Datenauswertung wurde das Programm JAMOVI (2021) verwendet.



Wissen als formatives Konstrukt

Angelehnt an Stadler et al. (2021) und Steger et al. (2022) wollen wir in diesem Abschnitt das Argument vorbringen, warum für die Wissensskalen keine internen Konsistenzen (wie z. B. Alpha-Koeffizienten nach Cronbach (1951)) berechnet werden können.

In Wissenstests misst man latente Konstrukte. Diese Konstrukte sind nicht direkt beobachtbar und können nur mithilfe manifester Aufgaben erhoben werden (Bollen, 2002; Fluck, 2020). Die Kompetenz einer Pflegefachkraft, den Entlassungsprozess zu planen und durchzuführen, ist somit nicht direkt messbar. Hingegen ist die Fähigkeit einer Pflegefachkraft, bestimmte Aufgaben innerhalb des direkten Entlassungsmanagements lösen zu können, sehr wohl messbar. Das Ergebnis erlaubt uns Rückschlüsse auf die Kompetenz der Pflegefachkraft. Dies ließe sich mittels Messmodellen abbilden (Bollen, 2002).

Ein Messmodell modelliert den Zusammenhang zwischen latentem Konstrukt und Aufgabenvariablen (Bollen, 2002). Das reflektive Messmodell, welches das am häufigsten verwendete Messmodell darstellt, fußt auf der Grundannahme, dass das Antwortverhalten der Teilnehmenden in Bezug auf einzelne Items durch die Ausprägung der Teilnehmenden in dem latenten Konstrukt bestimmt wird. Eine Person mit hoher Fähigkeit (latentes Konstrukt) würde also mehr Aufgaben richtig beantworten als eine Person mit geringerer Fähigkeit, da alle Aufgaben dieselbe Fähigkeit abbilden (reflektieren). Das heißt, dass in reflektiven Modellen die Aufgaben die abhängigen Variablen darstellen und sich die Antworten auf ein Item durch das dem Item zugrundeliegende latente Konstrukt erklären lassen (Fluck, 2020)

Neben dem reflektiven Messmodell gibt es jedoch noch eine weitere Methode, den Zusammenhang zwischen Konstrukt und Aufgaben zu erfassen. Bei formativen Messmodellen wird die Beziehung zwischen Konstrukt und Aufgabe, nicht unabhängig von der Aufgabe betrachtet, sondern das Konstrukt wird erst durch die Aufgaben geformt. Formative Modelle gehen also davon aus, dass manifeste Beobachtungen ein latentes Konstrukt bilden oder die darin auftretenden Veränderungen verursachen. So verändert sich zum Beispiel das gemessene Fachwissen dadurch, welche konkreten Fragen gestellt werden. Durch unterschiedliche Fragen wird ein anderes „Wissenskonstrukt“ gemessen. Dies hat Auswirkungen sowohl auf die Bewertung als auch auf die Modellierung von Fachwissen (Bollen & Lennox, 1991).



Laut Taber (2018) und Stadler et al. (2021) wird in der wissenschaftlichen Praxis Domänenwissen selten als formatives Konstrukt bewertet oder modelliert, obwohl Domänenwissen meistens theoretisch als formatives Konstrukt beschrieben wird (geformt durch die manifesten Beobachtungen). In dieser Arbeit wird angenommen, dass das Wissen zum direkten Entlassungsmanagement ein formatives Konstrukt ist, das sich über die gewählten Indikatoren definiert. Hieraus ergibt sich, dass für unseren Wissenstest die klassische Vorgehensweise zur Konstruktvalidierung (z. B. Cronbachs Alpha) nur bedingt geeignet ist (Steger et al., 2022). Die interne Konsistenz (Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Items eines Tests) wird in der Regel für die Entwicklung von Skalen zur Messung von Einstellungen und anderen affektiven Konstrukten angegeben. Häufig wird Cronbachs Alpha als Indikator für die Testqualität genannt. Allerdings setzt Alpha als Indikator für die Instrumentenqualität ein reflektives Konstrukt voraus. Wie oben erklärt, ist diese Annahme für Domänenwissen in der Regel nicht gültig (Stadler et al., 2021). Deshalb verzichten wir in dieser Arbeit auf die Berechnung der internen Konsistenz (z. B. Cronbachs Alpha) und berichten Itemtrennschärfen nur der Vollständigkeit halber. Stattdessen berichten wir die Variance Inflation Faktoren (VIF) aller Items. Diese geben an, wie hoch die Redundanz der einzelnen Items ist. Da das gemessene Wissen durch die gewählten Aufgaben gebildet wird, sollte aus testökonomischen Überlegungen auf redundante Aufgaben verzichtet werden. Gleichzeitig zeigt eine geringe Redundanz der Aufgaben eine hohe Konstruktdeckung, was gerade bei Tests des Domänenwissens von Vorteil ist (es gilt zu vermeiden nur einen spezifischen Bereich der Domäne abzudecken). Der VIF sollte bei keinem Item über 3,5 liegen (Diamantopoulos & Sigauw, 2006; Diamantopoulos & Winklhofer, 2001). Eberl (Eberl, 2004 in Fluck, 2020) schlägt außerdem vor, auf weitere Validierungskriterien für formative Messmodelle, wie Befragung durch Expert*innen, zurückzugreifen (siehe auch Abschnitt 3.4.3).



3.6 Ergebnisse Itemerstellung

3.6.1 Itemaufteilung und Itemauswahl

In der durchgeführten Literaturrecherche und der herangezogenen Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche ließen sich interprofessionelle Arbeits- und Lernschwerpunkte innerhalb des direkten Entlassungsmanagements herauskristallisieren:

- *professionsübergreifende Zusammenarbeit und Kommunikation* (Dyrstad & Storm, 2017; Greysen, Schiliro, Curry et al., 2012; Hallin et al., 2011),
- *Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung* (Anderson & Thorpe, 2010; Greysen, Schiliro, Horwitz et al., 2012),
- *gemeinsame Wissensbasis und Entscheidungsfindung* (Anderson & Thorpe, 2010; McBryde et al., 2016; Moll et al., 2019; Wen et al., 2019),
- *Rechtliche, finanzielle und versicherungstechnische Voraussetzungen* (Balogun et al., 2015),
- *Nachsorgeplanung* (Balogun et al., 2015; McBryde et al., 2016).

Auf Grundlage der Literaturrecherche sowie der analysierten nationalen monoprofessionellen Leitlinien (DNQP; DVSG) (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2019; DVSG, 2019), des Rahmenvertrages zum Entlassungsmanagement (Rahmenvertrag Entlassmanagement, 2021 Nr. 5 vom 31.03.2021) und unter Berücksichtigung der entwickelten Items unterteilten wir die Items nach interner Diskussion in vier Wissensdimensionen: (1) Wissen zu zeitlichen Aspekten, (2) Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung, (3) Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten und (4) Wissen zur Nachsorge (siehe Tabelle 1).

Es wurden 21 Items entwickelt, welche sowohl deklaratives als auch strategisches Wissen zum direkten Entlassungsmanagement abbilden. In Anlehnung an den Artikel von Kopp et al. (2006) wurden Key-Feature-Probleme hinzugenommen, da das reine Fachwissen nicht automatisch zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führt. Die beteiligten Gesundheitsberufe müssen auch in klinisch geprägten Situationen entsprechendes Wissen anwenden können. Es wurden fünf Items aus dem Fragebogen entfernt, da diese nicht in einer der vier Wissensdimensionen integriert werden konnten. Die Tabelle Itemauswahl in Anhang A enthält die Beweggründe zur Streichung.



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Insgesamt wurden 16 Items ausgewählt, neun zum deklarativen, sieben zum strategischen Wissen. Für jede Multiple-Choice-Frage gibt es fünf bis sieben Antwortoptionen, von denen jeweils eine korrekt ist. Für jede richtige Antwort wurde ein Punkt vergeben. Jede falsche Antwort wurde mit null Punkten gewertet. Wurde keine Antwortoption ausgewählt, wurde dies als falsche Antwort gewertet.

Tabelle 1 zeigt die Wissensdimensionen und Items zum Wissenstest Entlassungsmanagement. Alle Fragebogenitems sind im Anhang A Fragebogen Wissenstest Entlassungsmanagement ausformuliert einsehbar.

Tabelle 1

Wissensdimensionen und Fragebogenitems zum Wissenstest Entlassungsmanagement

Wissensdimensionen	Abkürzung	Items zu deklarativem Wissen	Items zu strategischem Wissen
Wissen zu zeitlichen Aspekten (drei Items)	ZA	1) Beginn Entlassungsplanung (ZA1D) 2) Evaluation Entlassungsprozess (ZA2D)	1) Terminierung Entlassungsgespräch (ZA3S)
Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (fünf Items)	ZU	3) Risikoeinschätzung (ZU1D) 4) Beteiligung klinischen Sozialdienst (ZU2D)	2) Inhalt Entlassungsgespräch (Arztwissen) (ZU3S) 3) Inhalt Entlassungsgespräch (Pflegerwissen) (ZU4S) 4) Pflegegradschnelleinstufung (ZU5S)
Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten (vier Items)	VE	5) Anspruch auf Pflegeleistung (VE1D) 6) Antrag Anschlussheilbehandlung (VE2D) 7) Pflegegrade (VE3D)	5) Haushaltshilfe (VE4S)
Wissen zur Nachsorge (vier Items)	NA	8) Pflegeüberleitungsbogen (NA1D) 9) Arztbrief (NA2D)	6) Kurzzeitpflege (NA3S) 7) Rezept (NA4S)

3.6.2 Itemqualität (qualitative Analyse)

Es wurden sechs Expert*innen ausgewählt. Die Expertengruppe bestand aus zwei männlichen Oberärzten mit über 20 Jahren Berufserfahrung, einer langjährig erfahrenen Pflegefachkraft mit gerontologischer Fachweiterbildung und über 20 Jahren Berufserfah-



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

rung, einer Pflegefachkraft mit Bachelorabschluss Pflege und über vier Jahren Berufserfahrung, sowie zwei Sozialberater*innen mit über 15 Jahren Berufserfahrung in leitenden Positionen.

Die Beurteilung der Qualität der Items durch die Expert*innen wurde nachträglich anhand der Tonbandaufnahmen analysiert. Es wurde jedes einzelne Item bewertet. Anschließend wurde das Gesamtergebnis je Item aus der Summe aller vergebenen Punkte ermittelt. Ausgeschlossen werden sollten Items, die weniger Zustimmung als 80 Prozent erhalten. Dies war jedoch nicht der Fall und keines der 16 Items musste ausgeschlossen werden (siehe Tabelle 2). Während der Interviews konnten zudem viele Anmerkungen erhoben und in die Fragestellung integriert werden. Beispielsweise wurde bei Item Haushaltshilfe (VE4S) aus einer Oberschenkelhalsfraktur eine starke Hüftprellung. Zusätzlich zu der qualitativen Auswertung wurde der Schwierigkeitsgrad der Fragen durch die Expert*innen auf einer Skala von 0 bis 1 eingeschätzt. Die Itemschwierigkeiten entsprachen den von Möltner et al. (2006) empfohlenen Richtwerten (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Durchschnittliche Schwierigkeits- und Qualitätseinschätzung der Expert*innen pro Item

Item	Schwierigkeitseinschätzung der Expert*innen		Qualitätseinschätzung pro Item
	<i>M</i>	<i>SD</i>	
	(<i>N</i> = 6)		
			<i>Punkte</i>
Zeitliche Aspekte			
Beginn Entlassungsplanung (ZA1D)	0.67	0.27	27
Evaluation Entlassungsplanung (ZA2D)	0.48	0.29	27
Terminierung Entlassungsgespräch (ZA3S)	0.75	0.16	28
Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung			
Risikoeinschätzung (ZU1D)	0.73	0.21	30
Beteiligung klinischer Sozialdienst (ZU2D)	0.67	0.27	30
Inhalt Entlassungsgespräch (Arztwissen) (ZU3S)	0.43	0.21	25
Inhalt Entlassungsgespräch (Pflegetwissen) (ZU4S)	0.52	0.26	26



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Pflegegradschnelleinstufung (ZU5S)	0.82	0.12	30
Versicherungsrechtliche Aspekte			
Anspruch auf Pflegeleistung (VE1D)	0.48	0.30	27
Antrag AHB (VE2D)	0.65	0.23	30
Pflegegrade (VE3D)	0.57	0.12	30
Haushaltshilfe (VE4S)	0.52	0.30	25
Nachsorge			
Pflegeüberleitungsbogen (NA1D)	0.72	0.23	27
Arztbrief (NA2D)	0.88	0.04	30
Kurzzeitpflege (NA3S)	0.68	0.20	27
Rezept (NA4S)	0.50	0.29	27

Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge; D deklaratives Wissen; S strategisches Wissen.

In einem zweiten Bewertungsschritt wurden alle Items von weiteren fünf Expert*innen (zwei Ärzt*innen; eine Pflegefachkraft; ein Bildungswissenschaftler) direkt auf der Online-Plattform [soscisurvey.de](https://www.soscisurvey.de) (Leiner, 2019) inhaltlich validiert. Die Expert*innen wiesen einen beruflichen Hintergrund aus dem Gesundheitswesen und aus der medizindidaktischen Forschung auf und waren mindestens zehn Jahre in einem oder beiden Bereichen tätig. Die Anmerkungen wurden nach Diskussion innerhalb der Forschungsgruppe direkt in [soscisurvey.de](https://www.soscisurvey.de) eingespeist. Einzelne Items und Distraktoren wurden in diesem Prozess sprachlich modifiziert. Inhaltliche Veränderungen wurden nicht vorgenommen.



3.7 Ergebnisse Fragebogenerhebung

3.7.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 835 Pflegefachkräfte und Ärzt*innen innerhalb des deutschsprachigen D-A-CH-Raums per Mail angeschrieben. Weitere Teilnehmende wurden über geschlossene Facebook-Gruppen angesprochen (Rücklauf bis 12.12.21: sieben Teilnehmende).

Der Rücklauf lag mit 33 Prozent in einem hohen Bereich des bei Online-Surveys üblichen Rahmens. Es konnten 678 Klicks² auf der Erhebungsplattform aufgezeichnet werden. 276 Teilnehmende haben die Fragebogenstudie begonnen. Insgesamt konnten 137 vollständige Datensätze gewonnen werden (89 Pflegefachkräfte, 48 Ärzt*innen). Während des ersten Teils der Datenerhebung ((1) Abfrage von soziodemographischen Daten; (2) Selbsteinschätzung und Aufgaben- und Rollenverteilung) zeigte sich eine hohe Abbruchrate. Während des Wissenstests war die Abbruchrate allerdings nur noch marginal.

70 Prozent der Teilnehmenden waren weiblich. 28 Prozent der Teilnehmenden waren männlich. Eine Person gab das Geschlechtsmerkmal divers an. Das Alter der Teilnehmenden wies einen Mittelwert von 35 Jahren ($SD = 10.39$) auf.

Die Berufserfahrung der Teilnehmenden lag im Median bei sechs bis sieben Jahren, wobei sich die Berufserfahrung zwischen den Professionen nicht unterschied. Die Kategorienbildung für die Umfrage bezüglich der Erfahrung erfolgte für Pflegefachkräfte primär nach dem Expertise-Modell von Benner et al. (1996), welches wiederum auf Dreyfus & Dreyfus (1986) basiert. Zusammengefasst bei Dunphy & Williamson (2004) ergeben sich hieraus folgende Kategorien: Novize (1. Berufsjahr), fortgeschrittener Anfänger (2.-3. Berufsjahr), kompetenter Anwender (ab dem 3. Berufsjahr) und Experte (zeitlich nicht festgelegt, abhängig vom erreichten Kompetenzlevel). Für den Arztberuf wird die Kategorisierung anhand der Vorgaben der Musterweiterbildungsordnung in Deutschland vorgenommen (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern [Bundesärztekammer], 2022). Hierbei werden überwiegend Weiterbildungszeiten von sechs Jahren festgelegt.

² Einschließlich versehentlicher doppelter Klicks, Aufrufe durch Suchmaschinen etc.



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Zur Homogenisierung mit den Kategorien der Pflegefachkräfte erfolgte eine pragmatische weitere Unterteilung der Ärzt*innen; es erschien zweckmäßig, die (oben genannte) Dreijahreslogik beizubehalten.

Tabelle 3 zeigt die angegebene Berufserfahrung der Teilnehmenden.

Tabelle 3

Berufserfahrung der Stichprobe

Berufserfahrung	Teilnehmer*innen
0-3 Jahre	47
4-6 Jahre	21
7-9 Jahre	11
10-12 Jahre	8
> 12 Jahre	50

Die Stichprobe wies zudem eine hohe Bandbreite von klinischen Organisationseinheiten (Disziplinen) auf (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

Organisationseinheiten der Stichprobe

Organisationseinheit	Teilnehmer*innen
Innere Medizin	32
Chirurgie	22
Psychiatrie	9
Pädiatrie	17
Radiologie	1
Allgemeinmedizin	2
Anästhesie	9



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Geriatrie	6
Neurologie	4
Sonstiges	34

Von den rekrutierten Pflegekräften waren 22 Teilnehmende in leitender Funktion auf einer Station tätig. 18 Teilnehmende waren als Praxisanleitende tätig. Elf Teilnehmende gaben an, eine Fachweiterbildung abgeschlossen zu haben. Insgesamt 24 Teilnehmende hatten einen Bachelorabschluss mit pflegewissenschaftlichen Bezug. Vier waren Pflegefachkräfte, ohne derzeit direkt zu pflegen. Fünf waren in einer Lehrtätigkeit der Pflege beschäftigt, und fünf Pflegefachkräfte machten keine weiteren Angaben.

Bei der Ärzteschaft stellte die größte Gruppe Ärzt*innen in Assistenzarztzeit ($N = 26$). Acht Fachärzt*innen und acht Oberärzt*innen konnten für die Befragung gewonnen werden sowie fünf leitende Oberärzt*innen. Ein Chefarzt wurde registriert.

3.7.2 Ergebnisse RQ1

Zur Analyse der Schwierigkeiten des Wissenstests wurden die deskriptiven Statistiken aller Items und Skalen zu den Wissensdimensionen berechnet.

Itemvergleich Ärzt*innen und Pflegefachkräfte (deklaratives Wissen)

Tabelle 5 zeigt die Itemschwierigkeit (definiert als die Summe aller richtigen Antworten geteilt durch die Anzahl der möglichen Antworten; Döring & Bortz, 2016), die berechnete Itemtrennschärfe (r_{IT}) und den Variance Inflation Factor (VIF) für alle Items.

Es zeigte sich, dass Ärzt*innen und Pflegefachkräfte in ihrem Antwortverhalten im Bereich des deklarativen Wissens kaum Unterschiede aufwiesen. In der Wissensdimension „Wissen zur Nachsorge (NA)“ unter dem Item VE2D (AHB Antrag) schnitten Ärzt*innen ($M_{\text{Ärzt*innen}} = 0.46$) ($N = 48$) im Vergleich zur professionellen Pflege ($N = 89$) besser ab ($M_{\text{Pflegefachkräfte}} = 0.25$).



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Tabelle 5

Itemkennwerte deklaratives Wissen Ärzt*innen und Pflegefachkräfte

Items zu deklarativem Wissen	Gesamt			Pflegefach-	Ärzt*innen
	M	r_{IT}	VIF	kräfte	
	N = 137			N = 89	N = 48
	M	r_{IT}	VIF	M	M
ZA1D	0.44	.21	1.12	0.39	0.52
ZA2D	0.24	.13	1.03	0.26	0.20
ZU1D	0.64	.05	1.08	0.62	0.69
ZU2D	0.63	-.06	1.04	0.63	0.64
VE1D	0.42	.22	1.12	0.42	0.43
VE2D	0.32	.15	1.04	0.25	0.46
VE3D	0.65	.20	1.12	0.66	0.62
NA1D	0.82	.10	1.10	0.84	0.78
NA2D	0.96	.16	1.06	0.94	0.98

Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge; D deklaratives Wissen.

Itemvergleich Ärzt*innen und Pflegefachkräfte (strategisches Wissen)

Tabelle 6 zeigt die Itemschwierigkeit (definiert als die Summe aller richtigen Antworten geteilt durch die Anzahl der möglichen Antworten; Döring & Bortz, 2016), die berechnete Itemtrennschärfe (r_{IT}) und den Variance Inflation Factor (VIF) für alle Items.

Es zeigte sich, dass Ärzt*innen und Pflegefachkräfte in ihrem Antwortverhalten im Bereich des strategischen Wissens Unterschiede aufwiesen. In der Wissensdimension „Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (ZU)“ unter dem Item Inhalt Entlassungsgespräch Pflegewissen (ZU4S) schnitten Ärzt*innen ($N = 48$) im Vergleich zur professionellen Pflege ($N = 89$) besser ab ($M_{\text{Pflegefachkräfte}} = 0.44$), ($M_{\text{Ärzt*innen}} = 0.71$). Unter der



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

gleichen Wissensdimension im Item Pflegegradschnelleinstufung (ZU5S) lässt sich ebenso ein Wissensunterschied festhalten ($M_{\text{Pflegefachkräfte}} = 0.67$), ($M_{\text{Ärzt*innen}} = 0.88$).

Tabelle 6

Itemkennwerte strategisches Wissen Ärzt*innen und Pflegefachkräfte

Items zu strategischem Wissen	Gesamt			Pflegefach-	Ärzt*innen
	N = 137			kräfte	N = 48
	M	r _{IT}	VIF	M	M
ZA3S	0.74	.00	1.03	0.76	0.71
ZU3S	0.80	.08	1.08	0.75	0.88
ZU4S	0.53	.04	1.06	0.44	0.71
ZU5S	0.74	.14	1.05	0.67	0.88
VE4S	0.45	.13	1.04	0.42	0.52
NA3S	0.69	.07	1.06	0.67	0.71
NA4S	0.50	.06	1.03	0.51	0.50

Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge; S strategisches Wissen.

Tabelle 7 zeigt Mittelwerte, Standardabweichung und bivariate Korrelationen aller Skalen. Es zeigte sich, dass sich die Leistungen in den verschiedenen Wissensdimensionen deskriptiv stark unterscheiden. So waren beispielsweise Aufgaben aus der deklarativen Wissensdimension „Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (ZU)“ im Mittel erheblich schwerer als Aufgaben aus der deklarativen Wissensdimension „Wissen zur Nachsorge (NA)“. Die bivariaten Korrelationen der Skalen waren sowohl für Pflegefachkräfte als auch für Ärzt*innen generell niedrig. Dies bedeutet, dass das Wissen zu einer Wissensdimension nicht zwingend mit Wissen zu einer anderen Wissensdimension einhergeht.



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Tabelle 7

Mittelwerte, Standardabweichung und bivariate Korrelationen aller Skalen

Wis- sensi- mensi- onen	Pflegefach- kräfte		Ärzt*innen		ZAD	ZUD	VED	NAD	ZAS	ZUS	VES	NAS
	M	SD	M	SD								
ZAD	0.33	0.35	0.36	0.31	-	.268	.136	.060	.092	.357	.053	.268
ZUD	0.62	0.30	0.67	0.35	.126	-	-.106	-.070	-.022	.035	-.202	-.055
VED	0.44	0.31	0.51	0.32	.246	-.023	-	.314	.158	.285	-.044	-.154
NAD	0.90	0.24	0.88	0.22	.013	.027	.104	-	.053	-.042	.024	-.033
ZAS	0.76	0.43	0.71	0.46	-.204	.008	-.146	-.026	-	.033	.210	.120
ZUS	0.62	0.27	0.82	0.20	-.106	-.047	.120	.216	.072	-	-.033	-.029
VES	0.42	0.50	0.52	0.51	.162	.296	.072	-.005	-.014	.086	-	.215
NAS	0.59	0.32	0.604	0.371	.171	.179	.130	.163	-.220	.273	.013	-

Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge; D deklaratives Wissen; S strategisches Wissen. Die Korrelationen für die Pflegefachkräfte werden unterhalb der Diagonale dargestellt. Die Korrelation für die Ärzt*innen werden oberhalb der Diagonale dargestellt.

3.7.3 Ergebnisse RQ2

Um RQ2 beantworten zu können, haben wir bezüglich des Unterschieds hinsichtlich des deklarativen und strategischen Wissens über die Berufsgruppen hinweg (RQ2) je eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor (RM-ANOVA) berechnet.

Deklaratives Wissen:

Für das deklarative Wissen wurde ein signifikanter Within-Subjects-Effekt des Faktors Wissensdimensionen festgestellt ($F(3, 408) = 92.3, p < .001, \eta^2 = 0.316$). Dies deutet



darauf hin, dass sich das deklarative Wissen der Teilnehmenden moderaten bis starken Maße hinsichtlich der unterschiedlichen Wissensdimensionen unterscheidet.

Die Post-Hoc-Vergleiche wurden durchgeführt, um die Unterschiede zwischen den Wissensdimensionen genauer zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Wissensdimensionen.

Der Vergleich zwischen „ZA“ und „ZU“ ergab eine mittlere Differenz von -0.299 (SE = 0.0357, $t = -8.39$, $df = 136$, $p < .001$). Dies deutet darauf hin, dass die Teilnehmenden signifikant mehr Wissen zu „ZU“ als zu „ZA“ besaßen.

Ein weiterer Vergleich zwischen „ZA“ und „VE“ ergab eine mittlere Differenz von -0.125 (SE = 0.0347, $t = -3.61$, $df = 136$, $p = 0.002$). Auch hier wurde ein signifikanter Unterschied festgestellt, wobei die Teilnehmenden mehr Wissen zu „VE“ als zu „ZA“ aufwiesen.

Der Vergleich zwischen „ZA“ und „NA“ zeigte eine mittlere Differenz von -0.547 (SE = 0.0343, $t = -15.95$, $df = 136$, $p < .001$). Dieser Vergleich deutet auf einen deutlichen und signifikanten Unterschied zwischen den Wissensdimensionen „ZA“ und „NA“ hin, wobei die Teilnehmenden mehr Wissen zu „NA“ als zu „ZA“ besaßen.

Der Vergleich zwischen „ZU“ und „VE“ ergab eine mittlere Differenz von 0.174 (SE = 0.0393, $t = 4.42$, $df = 136$, $p < .001$). Dies deutet darauf hin, dass die Teilnehmenden signifikant mehr Wissen zu „ZU“ als zu „VE“ besaßen. Es lässt sich darauf schließen, dass die Wissensdimension „ZU“ im Vergleich zur Wissensdimension „VE“ höhere Werte aufweist.

Ebenso wurde ein signifikanter Unterschied zwischen „ZU“ und „NA“ festgestellt, mit einer mittleren Differenz von -0.248 (SE = 0.0340, $t = -7.30$, $df = 136$, $p < .001$). Dies deutet darauf hin, dass die Teilnehmenden signifikant mehr Wissen zu „NA“ als zu „ZU“ besaßen. Die Wissensdimension „NA“ scheint also im Vergleich zur Wissensdimension „ZU“ stärker ausgeprägt zu sein.

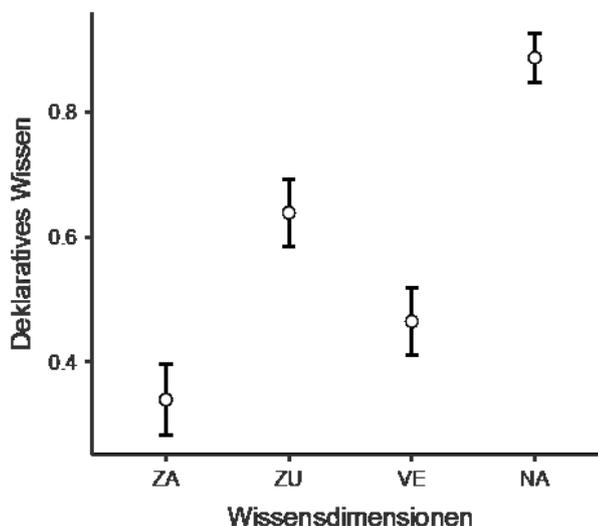
Bei dem Vergleich zwischen „VE“ und „NA“ wurde eine mittlere Differenz von -0.422 (SE = 0.0308, $t = -13.69$, $df = 136$, $p < .001$) gefunden. Hier lässt sich ableiten, dass die Teilnehmenden signifikant mehr Wissen zu „NA“ als zu „VE“ besaßen. Die Wissensdimension „NA“ scheint im Vergleich zur Wissensdimension „VE“ ausgeprägter zu sein.



Alle Wissensunterschiede hinsichtlich der Wissensdimensionen werden in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2

Deklarative Wissensunterschiede nach Wissensdimensionen



Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge.

Strategisches Wissen:

Für das strategische Wissen wurde ein signifikanter Within-Subject-Effekt des Faktors Wissensdimensionen festgestellt ($F(3, 405) = 13.31, p < .001, \eta^2 = 0.065$). Dies deutet darauf hin, dass sich das strategische Wissen der Teilnehmenden in moderatem Maße hinsichtlich der unterschiedlichen Wissensdimensionen unterscheidet.

Post-Hoc-Vergleiche wurden durchgeführt, um die Unterschiede zwischen den Wissensdimensionen genauer zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Wissensdimensionen.

Der Vergleich zwischen „ZA“ und „VE“ zeigte eine mittlere Differenz von 0.2920 (SE = 0.0550, $t = 5.31, df = 136, p < .001$). Dies deutet darauf hin, dass das strategische Wissen der Teilnehmenden bezüglich der Wissensdimension „ZA“ im Durchschnitt höher ist als das strategische Wissen bezüglich der Wissensdimension „VE“. Ebenso wurde ein signifikanter Unterschied zwischen „ZA“ und „NA“ festgestellt, mit einer mittleren Differenz von 0.1496 (SE = 0.0490, $t = 3.06, df = 136, p = 0.014$). Hieraus lässt sich schließen,



dass die Teilnehmenden signifikant mehr strategisches Wissen zu „ZA“ als zu „NA“ besaßen.

Der Vergleich zwischen „ZU“ und „VE“ ergab eine mittlere Differenz von 0.2384 (SE = 0.0465, $t = 5.13$, $df = 136$, $p < .001$), was darauf hinweist, dass das strategische Wissen bezüglich der Wissensdimension „ZU“ im Durchschnitt höher ist als das strategische Wissen bezüglich der Wissensdimension „VE“.

Ebenso wurde ein signifikanter Unterschied zwischen „ZU“ und „NA“ festgestellt, mit einer mittleren Differenz von 0.0961 (SE = 0.0332, $t = 2.90$, $df = 136$, $p = 0.022$). Dies deutet darauf hin, dass die Teilnehmenden signifikant mehr strategisches Wissen zu „ZU“ als zu „NA“ besaßen. Die Wissensdimension „ZU“ scheint also im Vergleich zur Wissensdimension „NA“ stärker ausgeprägt zu sein.

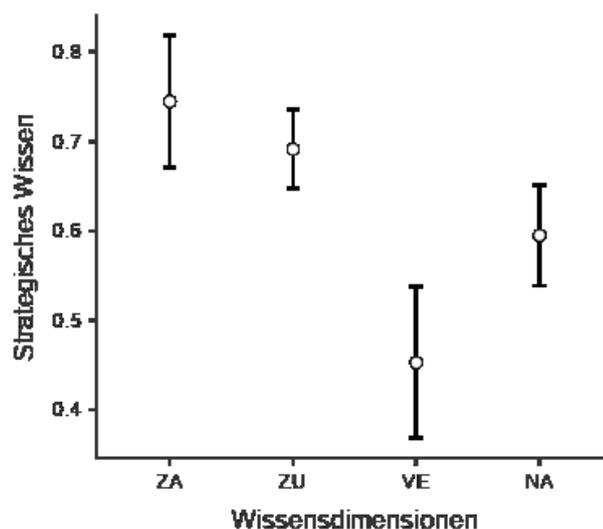
Beim Vergleich zwischen „VE“ und „NA“ wurde eine mittlere Differenz von -0.1423 (SE = 0.0491, $t = -2.90$, $df = 136$, $p = 0.023$) gefunden. Es lässt sich hieraus ableiten, dass das strategische Wissen der Teilnehmenden in Bezug auf die Wissensdimension „VE“ im Durchschnitt niedriger ist als das Wissen in Bezug auf die Wissensdimension „NA“.

Alle Wissensunterschiede hinsichtlich der Wissensdimensionen werden in Abbildung 3 dargestellt.



Abbildung 3

Strategische Wissensunterschiede nach Wissensdimensionen



Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge.

3.7.4 Ergebnisse RQ3

Deklaratives Wissen:

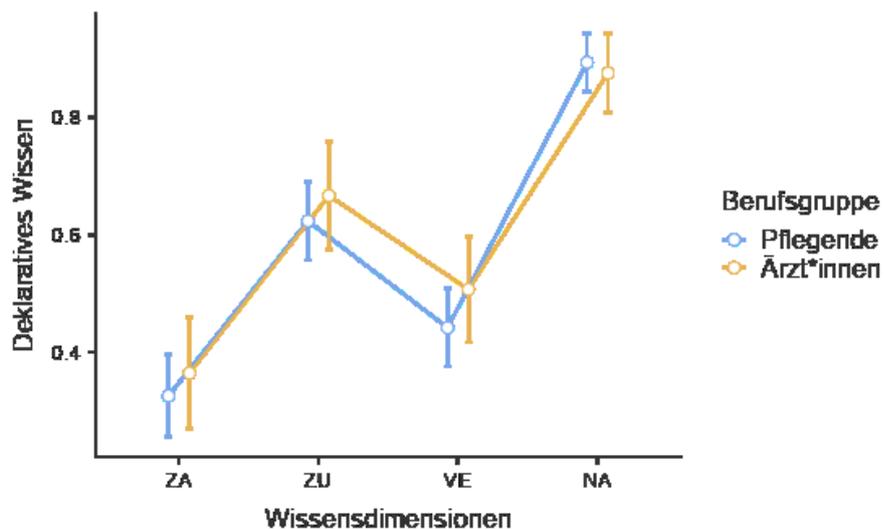
Die beiden Berufsgruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich ihres deklarativen Wissens in den unterschiedlichen Wissensdimensionen. Entsprechend war der Interaktionseffekt aus Berufsgruppe und Wissensdimensionen nicht statistisch signifikant ($F(3, 405) = 0.469, p = 0.704, \eta^2 = 0.002$).

Abbildung 4 illustriert die Interaktion zwischen den Berufsgruppen und den Wissensdimensionen hinsichtlich des deklarativen Wissens.



Abbildung 4

Deklaratives Wissen nach Wissensdimensionen und Berufsgruppen



Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge.

Strategisches Wissen:

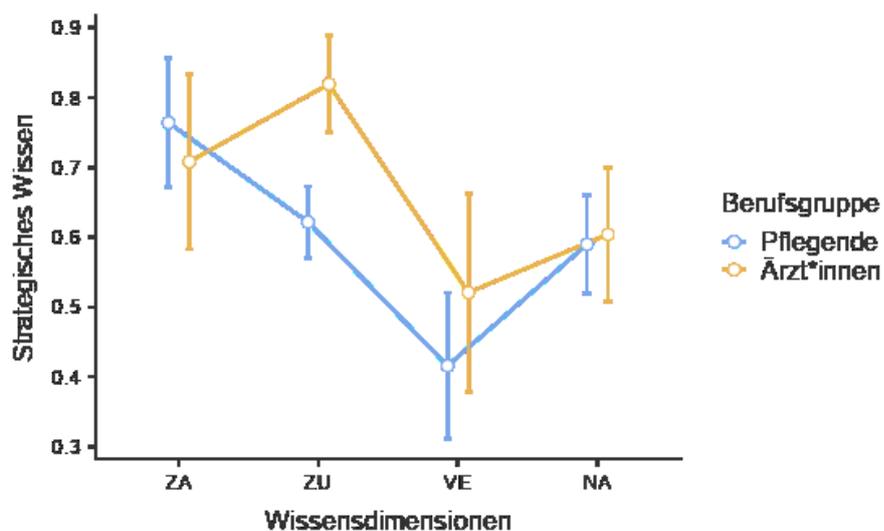
Die beiden Berufsgruppen unterschieden sich nicht statistisch signifikant hinsichtlich ihres strategischen Wissens in den unterschiedlichen Wissensdimensionen ($F(3, 405) = 2.59, p = 0.052, \eta^2 = 0.013$). Es gab aber einen tendenziellen Unterschied im Wissen zu „ZU“, wobei die Ärzt*innen mehr Wissen besaßen als die Pflegefachkräfte ($p < .001$).

Abbildung 5 illustriert die Interaktion zwischen den Berufsgruppen und den Wissensdimensionen hinsichtlich des strategischen Wissens.



Abbildung 5

Strategisches Wissen nach Wissensdimensionen und Berufsgruppen



Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge.

3.7.5 Ergebnisse RQ4

Um RQ4 beantworten zu können, haben wir die Varianzanalyse aus RQ3 um den Faktor Berufserfahrung erweitert. Dieser Faktor hatte fünf Ausprägungen (Berufserfahrung; 0-3 Jahre, 4-6 Jahre, 7-9 Jahre, 10-12 Jahre, und mehr als 12 Jahre). Die Teilnehmenden hatten auf diesen unabhängigen Faktor nur einen Wert.

Deklaratives Wissen

Die Teilnehmenden mit unterschiedlicher Berufserfahrung unterschieden sich nicht hinsichtlich ihres deklarativen Wissen in den unterschiedlichen Wissensdimensionen ($F(12, 381) = 1.454, p = .139, \eta^2 = 0.016$).

Die dreifache Wechselwirkung zwischen den Wissensdimensionen, der Berufsgruppe und der Berufserfahrung war nicht signifikant ($F(12, 381) = 1.711, p = .062, \eta^2 = 0.019$). Dies bedeutet, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich des Effekts der Berufserfahrung auf das deklarative Wissen gab.

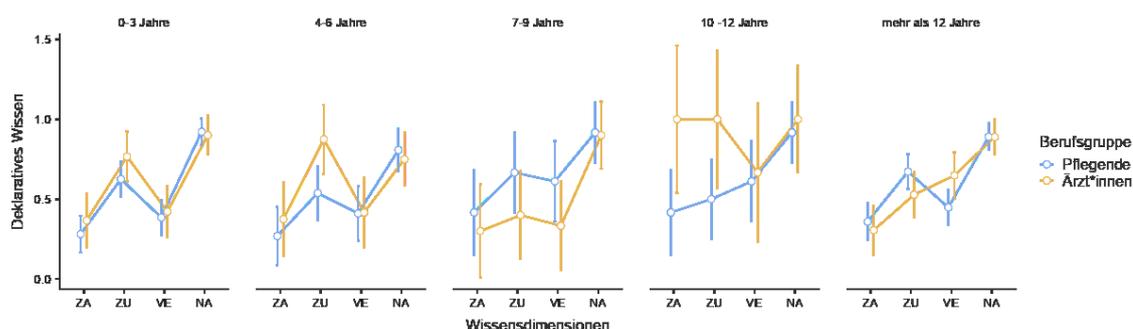


Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Abbildung 6 zeigt die unterschiedlichen Berufserfahrungsstufen in den unterschiedlichen Wissensdimensionen hinsichtlich des deklarativen Wissens. Die deskriptiven Unterschiede bei der Substichprobe mit 10-12 Jahren Erfahrung waren statistisch nicht signifikant, was an der kleinen Stichprobe ($N = 8$) liegen kann.

Abbildung 6

Deklaratives Wissen nach Wissensdimensionen, Berufserfahrungsstufen und Berufsgruppen



Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge.

Strategisches Wissen

Die Teilnehmenden mit unterschiedlicher Berufserfahrung unterschieden sich hinsichtlich ihres strategischen Wissen in den unterschiedlichen Wissensdimensionen ($F(3, 381) = 1.67, p = .035, \eta^2 = 0.021$).

Die dreifache Wechselwirkung zwischen den Wissensdimensionen, der Berufsgruppe und der Berufserfahrung in Jahren war nicht signifikant ($F(12, 381) = 1.59, p = .092, \eta^2 = 0.020$). Dies bedeutet, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich des Effekts der Berufserfahrung auf das strategische Wissen gab.

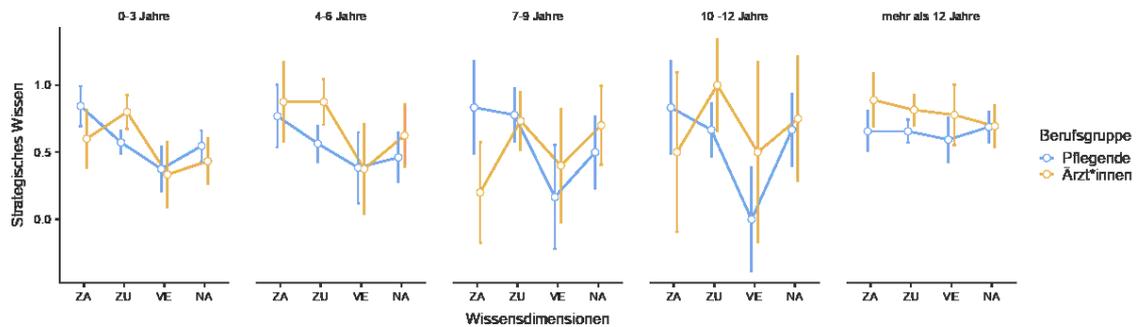
Abbildung 7 zeigt die unterschiedlichen Berufserfahrungsstufen in den unterschiedlichen Wissensdimensionen hinsichtlich des strategischen Wissens.



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Abbildung 7

Strategisches Wissen nach Wissensdimensionen, Berufserfahrungsstufen und Berufsgruppen

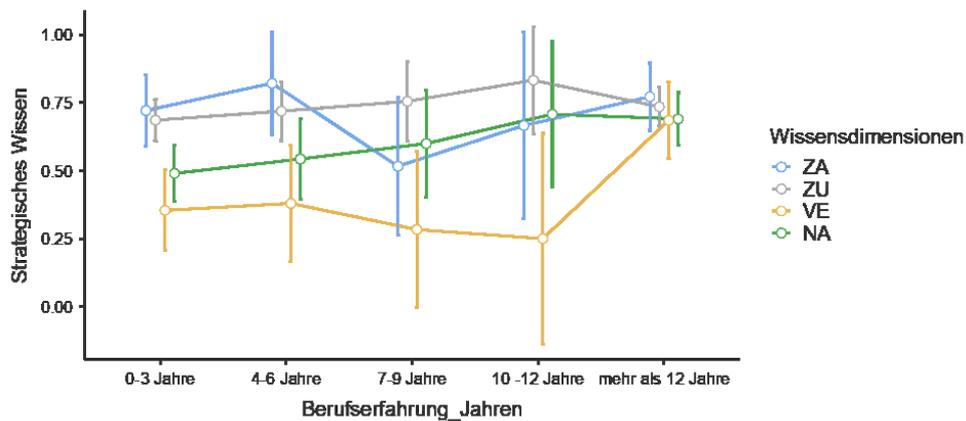


Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge.

Post-Hoc-Vergleiche wurden durchgeführt, um die Ergebnisse bei den sich die Teilnehmenden verschiedener Erfahrungsgruppen auf derselben Wissensdimension unterscheiden. Tendenziell lässt sich erkennen, dass eine höhere Berufserfahrung besonders in den Wissensdimensionen „ZA“ und „ZU“ zu einem höheren strategischen Wissen führt (siehe Abbildung 8). Aufgrund der hohen Anzahl von paarweisen Vergleichen unterscheiden sich bei Tukey-Korrektur allerdings keine der Erfahrungsgruppen innerhalb einer Wissensdimension signifikant untereinander (siehe auch Barnett et al., 2022).

Abbildung 8

Strategisches Wissen nach Berufserfahrung und Wissensdimensionen



Notiz: ZA Wissen zu zeitlichen Aspekten; ZU Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung; VE Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten; NA Wissen zur Nachsorge.



3.8 Diskussion

Ziel dieser Studie war es, die spezifischen deklarativen und strategischen Wissensbasen der verschiedenen Gesundheitsberufe zu identifizieren, um professionsspezifische Unterschiede aufzudecken. Darüber hinaus strebten wir an, bereichsübergreifende Wissensdefizite und Kompetenzbereiche im Bereich des direkten Entlassungsmanagements zu ermitteln und zu verstehen.

Hierbei hatten wir vier Forschungsfragen. In RQ1 war es unser Ziel, den Wissenstand der Teilnehmenden hinsichtlich der Wissensdimensionen und der einzelnen Items deskriptiv zu erfassen. In RQ2 beabsichtigten wir, das deklarative und strategische Wissen zum direkten Entlassungsmanagement zwischen den Wissensdimensionen zu untersuchen. Hierbei prüften wir die Hypothese, ob es professionsübergreifende Unterschiede in Bezug auf die Wissensdimensionen gibt. In RQ3 prüften wir, ob es zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich der Wissensdimensionen Unterschiede gibt. Die Prüfung der Hypothese, dass sich Ärzt*innen und Pflegefachkräfte in Bezug auf ihr deklaratives und strategisches Wissen unterscheiden, war hierbei zentral. RQ4 untersuchte schließlich den Einfluss der Berufserfahrung auf das deklarative und strategische Wissen in Bezug auf die Wissensdimensionen. Es galt, die Hypothese zu prüfen, ob Berufserfahrung sowohl für Pflegefachkräfte als auch für Ärzt*innen einen positiven Einfluss auf ihr deklaratives und strategisches Wissen im Bereich des direkten Entlassungsmanagements hat.

Den entwickelten Wissenstest zum direkten Entlassungsmanagement haben wir in vier Wissensdimensionen unterteilt: (1) Wissen zu zeitlichen Aspekten (ZA), (2) Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (ZU), (3) Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten (VE) und (4) Wissen zur Nachsorge (NA). Das sich hieraus ergebene latente Konstrukt des Domänenwissens über das direkte Entlassungsmanagement wird durch diese Definition gebildet. Die Wahl anderer Dimensionen würde das angenommene latente Konstrukt verändern. Ebenso ist die kausale Richtung durch das Modell impliziert, da die manifesten Aufgaben das latente Konstrukt bilden. So würde beispielweise eine Unterrichtseinheit zu versicherungsrechtlichen Aspekten das Fachwissen einer Pflegefachkraft über das direkte Entlassungsmanagement erhöhen, aber nicht unbedingt das Wissen zur Nachsorge. Daher kann das Fachwissen einer Pflegefachkraft oder einer



Ärztin über das direkte Entlassungsmanagement als formatives Konstrukt betrachtet werden. Dies gilt es bei zukünftiger Forschung zu beachten.

Entlassungsmanagement als mehrdimensionale interprofessionelle Aufgabe

(RQ1) Es zeigte sich kein auffallend niedriges Niveau im deklarativen und strategischen Wissen zum direkten Entlassungsmanagement bei Ärzt*innen und Pflegefachkräften. Deklaratives und strategisches Wissen zum direkten Entlassungsmanagement ist in dieser Studie innerhalb der Berufsgruppen eher homogen und bis auf einzelne Ausreißer auf einem relativ gleichen Niveau verteilt. Beide Berufsgruppen weisen beim deklarativen und strategischen Wissen ein befriedigendes bis ausreichendes Wissen auf. Dennoch konnten deutliche Wissensdefizite, aber auch Wissensressourcen entdeckt werden.

Es konnten deklarative Wissensdefizite beim Beginn und bei der Evaluation der Entlassungsplanung (ZAD), beim Leistungsanspruch auf Pflegeversicherung und beim Anschlussheilbehandlung (AHB-Antrag) (VED) festgestellt werden. Es ist fraglich, ob ein befriedigendes bis ausreichendes Wissen in diesem vulnerablen Feld den Ansprüchen eines erfolgreichen direkten Entlassungsmanagements gerecht werden kann. Bei einer Bestehensgrenze von 60 Prozent wären mehr als 57 Prozent der Gesamtstichprobe durchgefallen (Möltner et al., 2006). Im Sinne der Patientensicherheit sehen wir hier einen starken Handlungsbedarf. Unsere Ergebnisse lassen daher für unsere Stichprobe vermuten, dass die von Lingnau et al. (2021) und Stahl & Nadj-Kittler (2014) geschilderten Problemlagen möglicherweise auf strukturelle Wissensdefizite von Ärzt*innen und Pflegefachkräften zurückzuführen sind (siehe auch Hayajneh et al., 2020).

Die Ergebnisse von RQ1 zeigen aber auch, dass ein grundlegendes Basiswissen bei beiden Berufsgruppen vorhanden ist. Das Wissen ist teilweise unterschiedlich verteilt. Hieraus ließe sich ein Argument für mehr interprofessionelles Lernen auf der Station formulieren. Beide Berufsgruppen und die Patient*innen könnten hiervon profitieren (Hallin et al., 2011). Ferner sind unsere Ergebnisse ein Argument für mehr Austauschmomente innerhalb des Stationsteams – etwa bei der interprofessionellen Patientenübergabe oder mit Fallbesprechungen, um Wissen im Sinne der Patientensicherheit gebündelt auszutauschen (siehe auch Cadel et al., 2022; Rosenthal et al., 2017). Beispielsweise könnten Sozialberater*innen Ärzt*innen und Pflegefachkräfte in versicherungs-



rechtlichen Fragen unterstützen (siehe auch Garth et al., 2018), um bestehende Wissensdefizite, etwa zu rechtlichen Fragen bei der Anschlussheilbehandlung, auszugleichen (siehe auch Beyer et al. 2022). Gleichermaßen könnten die Ergebnisse, für curriculare Anpassungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung genutzt werden (siehe auch McBryde et al., 2016; Robertson et al., 2022).

Im strategischen Wissen zeigt die gesamte Stichprobe auffällige Wissensdefizite bei der sektorenübergreifenden Verschreibung von Medikamenten (NAS) auf. Das Gesetz zur sektorenübergreifenden Verschreibung von Medikamenten, das Fachärzt*innen erlaubt, zum Zeitpunkt der Patientenentlassung bei bestehenden Versorgungslücken Arzneimittel und ausgewählte Leistungen zu verordnen (§ 39 Abs. 1a SGB V), scheint in unserer Stichprobe noch nicht allen bekannt und wird daher meist unzureichend praktisch durchgeführt.

(RQ2) Die Ergebnisse zu RQ2 in unserer Stichprobe zeigten, dass signifikante Unterschiede im deklarativen Wissen der Teilnehmenden hinsichtlich der unterschiedlichen Wissensdimensionen im direkten Entlassungsmanagement existieren. Auffällig erscheint hier, dass unabhängig von der Berufsgruppe die Wissensdimensionen „Wissen zu zeitlichen Aspekten (ZAD)“ und „Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten (VED)“ unterdurchschnittlich korrekt beantwortet wurden. Hingegen schnitten die Wissensdimensionen „Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (ZUD)“ gut sowie „Wissen zur Nachsorge (NAD)“ überdurchschnittlich gut ab. Die Daten zeigen, dass festgelegte Zeitpunkte wie beispielsweise Beginn und Evaluation (ZAD) der Entlassungsplanung nicht präsent sind und wahrscheinlich, wie in Lingnau et al. (2021) beschrieben, dadurch nicht eingehalten oder gar nicht erst durchgeführt werden. Obwohl in der Literatur ein frühzeitiger Beginn (z. B. initiales Assessment; Fox et al., 2013) oder eine Evaluation (z. B. telefonische Nachbetreuung; Coffey et al., 2019) empfohlen wird. Ebenso lässt sich festhalten, dass es unserer Stichprobe an deklarativem Wissen zu „zu versicherungsrechtlichen Aspekten (VED)“ fehlt, obwohl Wingefeld (2020) und der NKLM (2021) diese Wissensdimension für ihre jeweilige Berufsgruppen voraussetzen. In unseren Ergebnissen zeigen sich zudem keine expliziten Hinweise darauf, dass der DNQP oder die anderen oben erwähnten Standards als Wissensgrundlage dienen oder als Strukturhilfe angewendet werden (siehe auch Blum et al., 2018). Hieraus könnte wieder-



rum der Schluss gezogen werden, dass die von den Fachvertreter*innen vorgeschlagenen und von den Kliniken verwendeten Standards bei den Pflegefachkräften und Ärzt*innen wenig Beachtung finden oder dass die gegebenen strukturellen Bedingungen eine Übertragung in die Praxis erschweren bis unmöglich machen (siehe auch Hayajneh et al., 2020; Hollnagel, 2009).

Hinsichtlich des strategischen Wissens der Teilnehmenden bezüglich der unterschiedlichen Wissensdimensionen können ebenfalls signifikante Unterschiede festgestellt werden. Im Gegensatz zum deklarativen Wissen beantworten die Teilnehmenden unabhängig von der Berufsgruppe die Wissensdimension „Wissen zu zeitlichen Aspekten (ZAS)“ überdurchschnittlich gut. Die Wissensdimension „Wissen zu versicherungsrechtlichen Aspekten (VES)“ wird jedoch auch im strategischen Wissen unterdurchschnittlich richtig beantwortet. Die Wissensdimensionen „Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (ZUS)“ wurde überdurchschnittlich und „Wissen zur Nachsorge (NAS)“ durchschnittlich gut beantwortet.

Unsere Daten lassen den vorsichtigen Schluss zu, dass der bekannte ökonomische Druck und die hohen Effizienzerwartungen (Hollnagel, 2009) auf Pflegefachkräfte (siehe auch Hayajneh et al., 2020) und Ärzt*innen Arbeitsabläufe wie das initiale Assessment (Fox et al., 2013) und die notwendige Einbindung des Sozialdienstes (DVSG, 2019), negativ beeinflusst, da die Arbeitsabläufe innerhalb des direkten Entlassungsmanagements hinsichtlich „Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung“ (ZUS) in unserer Stichprobe zumindest hinreichend bekannt waren. Bestehende Wissensdefizite zu versicherungsrechtlichen Aspekten könnten darauf hindeuten, dass die im Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege herausgegeben Prozessziele (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2019) nicht ausreichend vermittelt wurden oder Fortbildungen zum Thema Entlassungsmanagement entgegen der Forderung (siehe auch Bray-Hall et al., 2010; Greysen, Schiliro, Curry et al., 2012; McBryde et al., 2016;), nicht stattfinden oder das notwendige Wissen in unserer Stichprobe zu selten abgerufen wird, da dies überwiegend vom klinischen Sozialdienst übernommen wird (DVSG, 2019).

(RQ3) Hinsichtlich der beiden Berufsgruppen bezüglich des deklarativen Wissens in den unterschiedlichen Wissensdimensionen konnte kein Unterschied festgestellt werden. Unserer Stichprobe zeigt auf, dass beide befragten Berufsgruppen die gleichen Stärken



und Schwächen hinsichtlich der deklarativen Wissensdimensionen zum Entlassungsmanagement aufweisen. Keine der beiden Berufsgruppen verfügt nach unserer Stichprobe über ausreichendes Wissen, um die im Rahmenvertrag festgelegten Versorgungsschwerpunkte (siehe auch Abschnitt 3.2.1) im Entlassungsmanagement eigenständig zu erfüllen (Rahmenvertrag Entlassmanagement, 2023 Nr. 10 vom 01.07.2023). Dies könnte sich auf die Qualität der Patientensicherheit auswirken (Coffey et al., 2019; Gonçalves-Bradley et al., 2016; 2022; Patel et al., 2019). Zudem lässt sich vorsichtig formulieren, dass die Thematik Entlassungsmanagement innerhalb der Ausbildung (siehe auch Abschnitt 3.2.3) von Ärzt*innen und Pflegefachkräften unzureichend abgedeckt ist. Interprofessionelle Schulungen könnten hierbei förderlich sein (Hallin et al., 2011; Reeves et al., 2013) und sollten von Anfang an Bestandteil curricularer Entwicklungen sein (siehe auch McBryde et al., 2016). Darüber hinaus könnte die Ausbildung im Entlassungsmanagement eine vielversprechende Gelegenheit für interprofessionelles Lernen im klinischen Umfeld bieten, da das Entlassungsmanagement einen erheblichen Einfluss auf die Patientenergebnisse hat und die wichtige Rolle der Teams in diesem Prozess deutlich macht (siehe auch Robertson et al., 2022).

Die beiden Berufsgruppen unterschieden sich ebenso nicht hinsichtlich ihres strategischen Wissen in den unterschiedlichen Wissensdimensionen. Allerdings gab es einen tendenziellen Unterschied im strategischen Wissen in der Wissensdimension „Wissen zu Zuständigkeit und Aufgabenverteilung (ZUS)“. Es kann vorsichtig interpretiert werden, dass in unserer Stichprobe die im Expertenstandard und im Rahmenvertrag geforderte multidisziplinäre Zusammenarbeit (Rahmenvertrag Entlassmanagement, 2023 Nr. 10 vom 01.07.2023) noch ausbaufähig ist. Zugleich könnte formuliert werden, dass, wie Goldman et al. (2016) berichten, in unserer Stichprobe die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten (siehe auch Macdonald et al., 2010; Spaulding et al., 2021) und das jeweilige berufsspezifische Wissen der jeweilig anderen Berufsgruppen nur unzureichend bekannt sind (siehe auch Macdonald et al., 2010; Robert Bosch Stiftung, 2011; Spaulding et al., 2021). Dies könnte die Qualität der Koordination des indirekten und direkten Entlassungsmanagements beeinflussen (siehe auch Lingnau et al., 2021). Hinzu kommt, dass im Vergleich zur Ärzteschaft Pflegefachkräfte tendenziell größere Wissensdefizite in der strategischen Wissensdimension „Wissen zu Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (ZUS)“ aufweisen. Nach Wingefeld (2020) und dem Deutsches



Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019) sollte jedoch eine Pflegefachkraft über die Kompetenz verfügen, die Koordination des Entlassungsprozesses zu übernehmen. Um dies zu gewährleisten, sollte eine Pflegefachkraft mit allen Aufgabengebieten innerhalb des direkten Entlassungsmanagements vertraut sein (z. B. Pflegegradschneleinstufung; pflegerisches Entlassungsgespräch), auch wenn sie selbst nicht immer aktiv in die bürokratischen Prozesse eingebunden ist. Darüber hinaus sollte eine Pflegefachkraft in der Lage sein, den Pflegebedarf auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus einzuschätzen und entsprechend an die zuständigen Stellen weiterzuleiten. Zusammenfassend sollte eine Pflegefachkraft in der Lage sein, relevante Prozesse im Aufgabebereich des Entlassungsmanagements zu identifizieren, zu initiieren, zu verteilen und inhaltlich zu begleiten. Dadurch gewährleistet sie oder er die Sicherheit der Patientennachsorge und fungiert als kompetente*r Ansprechpartner*in für die Patient*innen (siehe auch Wingenfeld, 2020).

(RQ4) In unseren Ergebnissen gab es keine Unterschiede im deklarativen Wissen in den verschiedenen Wissensdimensionen zwischen den Teilnehmenden mit unterschiedlicher Berufserfahrung.

Hinsichtlich des strategischen Wissens in den unterschiedlichen Wissensdimensionen zeigen die Ergebnisse, dass Ärzt*innen sowie Pflegefachkräfte mit mindestens zwölf Jahren Berufserfahrung tendenziell besser abschneiden als Kolleg*innen mit weniger Berufserfahrung. Hierfür sind verschiedene Gründe denkbar. Zum einen lässt sich vermuten, dass es einen Zusammenhang damit geben könnte, dass die Thematik Entlassungsmanagement in Ausbildung und Studium in beiden Berufsgruppen nur nachrangig bis gar nicht unterrichtet wird (siehe auch Bray-Hall et al., 2010; Greysen, Schiliro, Curry et al., 2012). Zum anderen lässt sich die Behauptung aufstellen, dass in der Hektik und unter dem Zeitdruck des Klinikalltags (siehe auch Hayajneh et al., 2020) die Einarbeitung in vielen Bereichen wie etwa beim direkten Entlassungsmanagement in beiden Berufsgruppen eher zu kurz kommt und sich daher ein Wissenszuwachs erst nach längeren Jahren Berufserfahrung bemerkbar macht (siehe auch Greysen, Schiliro, Curry et al., 2012).



3.9 Schlussfolgerungen zu Teil 2

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen ein erstes Puzzleteil vom aktuellen Wissenstand von Pflegefachkräften und Ärzt*innen zum direkten Entlassungsmanagement.

Aufgrund der begrenzten Stichprobengröße und mangelnden Repräsentativität können jedoch keine verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen für die gesamte Population von Pflegefachkräften und Ärzt*innen in Deutschland getroffen werden. Dennoch konnten wir erstmalig in Deutschland ein geeignetes empirisches Messinstrument zur Erhebung des deklarativen und strategischen Wissenstandes zum direkten Entlassungsmanagement entwickeln. Ferner sind wir nun in der Lage, berufsspezifische und interprofessionelle Defizite aufzuzeigen, und wir können auf Basis der Erkenntnisse dringend benötigte Veränderungsbedarfe (z. B. Verfahrensanweisungen; siehe auch Vogelbusch & Töpfer, 2017) herausarbeiten. Ferner könnte auch eine interprofessionelle Lehrintervention mit dem Fokus versicherungsrechtlicher Aspekte geplant und durchgeführt werden, um das von uns aufgezeigte Defizit anzugehen.

Das Wissen zum direkten Entlassungsmanagement ist trotz der Novellierung des Versorgungstärkungsgesetzes (gem. § 39 Abs. 1a SGB V, GKV-VSG, 2015) und des Rahmenvertrags Entlassungsmanagement (Rahmenvertrag Entlassmanagement, 2023 Nr. 10 vom 01.07.2023) in unserer Stichprobe zufolge noch ausbaufähig. Schlussendlich erscheint uns die Einführung einer klaren Aufgabenteilung (siehe auch Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, 2007) und klare Kommunikationswege unter den beteiligten Berufsgruppen als sinnvoll. Eine effektive interprofessionelle Kommunikation ist innerhalb des direkten Entlassungsmanagements, in der verschiedenste Professionen oft unabhängig voneinander arbeiten, jedoch komplementäre Rollen bei der Versorgung eines einzelnen Patienten innehaben, von zentraler Bedeutung (siehe auch Pinelli et al., 2017; Wingenfeld, 2020). Ein gut durchdachter Entlassungsplan ist wichtig. Ebenso wichtig ist es, diesen Plan mit den weiteren am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsberufen abzustimmen (siehe auch Wingenfeld, 2020). Eine effektive Kommunikation des Entlassungsplans kann die Qualität des direkten Entlassungsmanagements beeinflussen (Knox et al., 2017; Rosenthal et al., 2017). Dies verlangt von allen Beteiligten eine verbesserte Kooperation und Koordination, um die Patientensicherheit zu fördern.



Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung (Teil 2)

Ein lehr- und praxisorientiertes Instrument schlagen wir hierfür im nächsten Kapitel dieser Arbeit vor. Eine Möglichkeit hierzu bietet das Konzept der Entrustable Professional Activities (EPAs) (ten Cate & Taylor, 2021). Vereinfacht gesagt geht es hier um detaillierte, authentische Beschreibungen klinischer Tätigkeiten, mit denen Auszubildende in Gesundheitsberufen betraut werden können (ten Cate & Taylor, 2021).



4. Entwicklung einer Entrustable Professional Activity (EPA): Interprofessionelle Patientenübergabe für Pflegefachkräfte (Teil 3)

4.1 Hintergrund

Die Entwicklung eines Entlassungsplans in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Patient*innen und Angehörigen erfordert für Pflegefachkräfte mehr als nur die Erstellung eines individuellen Entlassungsplans. Es handelt sich vielmehr um eine komplexe Versorgungsplanung, die beratende, kommunikative und kollaborative problemlösende Fähigkeiten erfordert (siehe auch Abschnitte 2.3.3 und 2.3.4). Diese sind nicht nur für die Beratung und Schulung von Patient*innen und Angehörigen erforderlich, sondern vor allem für den Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen im Rahmen des direkten Entlassungsmanagements von entscheidender Bedeutung (Abdellatif et al., 2007). Denn Pflegefachkräfte oder Ärzt*innen können während des Versorgungsprozesses wichtige Beobachtungen machen und Probleme identifizieren, die darauf angepasste Handlungsschritte im Entlassungsprozess erfordern (Wingenfeld, 2020). Eine zentrale Aufgabe der Entlassungsplanung innerhalb des direkten Entlassungsmanagements besteht deshalb darin, „die Beobachtungen, Einschätzungen und Maßnahmen aller Beteiligten zusammenzuführen und auszuwerten“ (Wingenfeld, 2020, S. 57).

Eine standardisierte Kommunikation ist entscheidend für die Verbesserung der Patientenergebnisse und die Vermeidung von Fehlern in der Gesundheitsversorgung, insbesondere bei Entlassungsübergängen (Knox et al., 2017; Scotten et al., 2015; Rosenthal et al., 2017). Der Einsatz von standardisierten interprofessionellen Patientenübergaben kann in der Lehre und Praxis dazu beitragen, die rechtzeitige Informationsweitergabe sicherzustellen und die Patientenergebnisse im Rahmen der durchzuführenden Entlassungsmanagementinterventionen zu verbessern (Knox et al., 2017; Rosenthal et al., 2017; Wingenfeld, 2020). Dies setzt wiederum ein gemeinsames Verständnis der beteiligten Berufsgruppen (Spaulding et al., 2021) von einer interprofessionellen Patientenübergabe voraus (Scotten et al., 2015). Wenn von verschiedenen Gesundheitsberufen erwartet wird zusammenzuarbeiten und ihr Fachwissen innerhalb ihres Teams zu teilen,



ergibt es Sinn, dass ihre Ausbildung und Schulung sie auf diese Arbeitsweise vorbereiten sollte (Romanow, 2002).

Die Patientenübergabe zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal gilt generell als eines der wichtigsten Instrumente zur Gewährleistung der Patientensicherheit (Leotsakos et al., 2014; World Health Organization, 2017). Kommunikationsfehler bei dieser sind eine der Hauptursachen für letztlich vermeidbare Patientenschäden (Abdellatif et al., 2007). Die Patientenübergabe ist auch ein wesentlicher Faktor zur Aufrechterhaltung der Arbeitsabläufe in Krankenhäusern und sie trägt zu einer reibungslosen Patientenversorgung bei (Leotsakos et al., 2014; World Health Organization, 2017). Eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenübergabe ist eine erlernbare Fähigkeit (Charité - Universitätsmedizin Berlin, 2018; Leotsakos et al., 2014; Schröder et al., 2018; Thaeter et al., 2018).

Eine vielfach herangezogene Definition der British Medical Association (2004) zur Patientenübergabe spricht von einem „vorübergehenden oder dauerhaften Transfer von professioneller Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für einige oder alle Aspekte der Versorgung einer Patient*in oder einer Gruppe von Patient*innen an eine andere Person oder Gruppe“ (Hinding et al., 2019, S. 8).

Diese Definition „dient vor allem der Weiterleitung klinisch relevanter Information, um eine kontinuierliche Versorgung von Patient*innen sicherzustellen“ (Hinding et al., 2019, S. 2). Im pflegerischen Schichtsystem finden in der Regel pro Patient*in dreimal täglich Übergaben statt: immer dann, wenn Pflegefachkräfte beim Schichtwechsel die Verantwortung für Patient*innen übergeben. Dabei finden Patientenübergaben in der täglichen Praxis auf unterschiedliche Weise zum Beispiel direkt am Bett oder in rein dokumentenbasierter Form statt (Blank & Zittlau, 2017). Bei der ärztlichen Übergabe von Patient*innen handelt es sich ebenso um eine zentrale Aufgabe im klinischen Versorgungsablauf. Von der Morgenübergabe bis hin zur telefonischen Patientenübergabe gibt es auch hier zahlreiche Formen (Schröder et al., 2018; Strelow & Buggenhagen, 2018).

In der vorliegenden Arbeit wird die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen auf Basis des Rahmenkonzeptes (siehe Teil 1) aus einer diskursiven Perspektive betrachtet, da Zusammenarbeit oft in diskursiven Umgebungen stattfindet. Die interprofessionelle Patientenübergabe (IPÜ) stellt ein Paradebeispiel einer diskursiven Aktivität dar



und ist eine komplexe kollaborative Tätigkeit, bei der im Bedarfsfall nicht nur eine einseitige Informationsweitergabe ausreicht, sondern auch eine gemeinsame Informationsbasis ausgehandelt und gemeinsam Entscheidungen getroffen werden müssen, um gemeinsam ein Problem zu lösen (siehe auch Abschnitte 2.3.3; 2.3.4). Gibson et al. (2010) schlagen hierbei vier Phasen der Patientenübergabe vor: (1) Vorbereitung; (2) Zusammenkommen; (3) Dialog/Austausch; (4) Zusammenfassung.

In dieser Arbeit umfasst die IPÜ daher nicht nur eine einseitige Informationsweitergabe, sondern dient im Bedarfsfall auch als Austauschmoment zur Aushandlung einer gemeinsamen Informationsbasis sowie Entscheidung.

4.1.1 Forschungsstand interprofessionelle Patientenübergabe

Internationale Studien weisen darauf hin, dass eine Strukturierung der Patientenübergabe im pflegerischen oder im ärztlichen Kontext sinnvoll ist und eine Intensivierung der Patientenübergabekompetenz in Pflegeausbildung (Fealy et al., 2019) und Medizinstudium (Hinding et al., 2019; Thaeter et al., 2018) im Sinne gemeinsam erlernter Kooperationskripte (siehe auch Abschnitt 2.3.1) erforderlich ist. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Patientenübergabe-Tools (z. B. SBAR; siehe auch Abschnitt 2.3.1) vorgeschlagen, die die Patientenübergabe strukturieren sollen (Abdellatif et al., 2007; Leung et al., 2021; Rosenthal et al., 2017).

Studienergebnisse zur Wirksamkeit der Patientenübergabe beziehen sich meist auf die Bereiche der Notfall-, Intensiv- und Anästhesiemedizin (Agarwal et al., 2012; Marmor et al., 2017; Müller et al., 2018). Hier konnten Zusammenhänge zwischen qualitativ schlechten Patientenübergaben und dem Eintreten unerwünschter Ergebnisse aufgezeigt werden (Agarwal et al., 2012; Marmor et al., 2017; Segall et al., 2012). Zu den bekannten Faktoren, die die klinische Patientenübergabe beeinflussen, gehören Unterbrechungen durch externes Personal, Telefonate, Fremdgespräche und Lärm (Fealy et al., 2019; von Dossow & Zwißler, 2016). Obwohl nachgewiesen werden konnte, dass strukturierte Patientenübergabe-Tools (Müller et al., 2018; Rosenthal et al., 2017) die Patientenübergabe patientensicherer gestalten, nutzen klinische Mitarbeiter*innen standardisierte Kommunikationsprozesse bislang wenig bis gar nicht (siehe auch Fealy et al., 2019).



Auch für die IPÜ gibt es keine einheitlichen Prozessabläufe (siehe auch Schröder et al., 2018). In einer deutschen Studie bewerten 39 Prozent der Ärzt*innen und 24 Prozent der Pflegefachkräfte Patientenübergaben als wenig strukturiert und als nicht effizient. Defizite bei der Kommunikation und Koordination zwischen Pflegefachkräften und Ärzt*innen sehen 55 Prozent der Pflegefachkräfte und 32 Prozent der Ärzt*innen (Stahl und Nadj-Kittler 2016). Strukturierte Patientenübergabe-Tools steigern auch in der interprofessionellen Kommunikation die Patientensicherheit (Müller et al., 2018; Rosenthal et al., 2017). Unabhängig von der Patientensituation oder des Aufgabenfeldes bedarf es zwischen den beteiligten Berufsgruppen in der Patientenversorgung eines effektiven und effizienten Austauschs, um die Patientensicherheit zu gewährleisten (Redley et al., 2017; Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, 2007).

Die Forschung zur interprofessionellen Kommunikation bei der Patientenübergabe in der Pflege und Ärzteschaft ist lückenhaft und bezieht sich meist auf die Auswirkungen der interprofessionellen Kommunikation innerhalb der Patientenübergabesituation, auf den Prozessablauf der klinischen Patientenübergaben sowie auf den einfachen interprofessionellen Informationsaustausch zur laufenden Patientenversorgung (Redley et al., 2017). Eine weitere identifizierte Lücke in der derzeitigen Patientenübergabeforschung besteht darin, dass sich die bisherige Studienlage hauptsächlich auf die Defizite und deren Auswirkungen beschränkt und dabei oft die Erforschung effektiver Praktiken, die über die Verwendung verschiedener Patientenübergabe-Tools hinausgeht, unbeachtet lässt (Redley et al., 2017; Rosenthal et al., 2017).

Forschungsergebnisse, die sowohl kognitive als auch soziale Verhaltensweisen in der Zusammenarbeit zur Thematik Patientenübergabekommunikation beschreiben, welche zur Patientensicherheit und zu Qualitätsverbesserung für Patienten beitragen, sind kaum vorhanden (Redley et al., 2017). Aktivitätsorientierte Bewertungsinstrumente zum Themenbereich IPÜ in der Pflege sind national bisher nicht beschrieben oder fehlen gänzlich.

4.1.2 Interprofessionelle Patientenübergabe als Gegenstand der Ausbildung

Die selbständige Durchführung von Patientenübergaben wird von Ärzt*innen und Pflegefachkräften nach Abschluss ihres Studiums oder ihrer Ausbildung erwartet (NKLM, 2021, § 9 Absatz 1 Satz 2, Anlage 2, PflAPrV, 2018).



Allerdings existieren in Deutschland erst seit kurzer Zeit Empfehlungen dazu, IPÜs verstärkt in die Curricula zu integrieren: So hat der Ausschuss für Patientensicherheit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) einen Lernzielkatalog mit 69 Lernzielen zur Patientensicherheit veröffentlicht (Charité - Universitätsmedizin Berlin, 2018). Die Patientenübergabe wird in zwei Lernzielen behandelt, die sich wiederum im NKLM im Kapitel 14c (2021) widerspiegeln. Das kanadische Kompetenzrahmenwerk für Medizin CanMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists) beschreibt die IPÜ als Schlüsselkompetenz innerhalb der ärztliche Rolle im Sinne des Teamworkers und Kommunikators (The Royal College, 2015).

In der Pflege wurde die IPÜ erst mit Beginn der generalistischen Ausbildung im Herbst 2020 Teil der theoretischen Ausbildung und wird nun in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und im Lehrplan für die Pflegeberufe im Kompetenzbereich „III. Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten“ (§ 9 Absatz 1 Satz 2, Anlage 2, PflAPrV, 2018) aufgeführt. Die interprofessionelle Kommunikationskompetenz wird im Abschnitt III.3.b wie folgt spezifiziert: Absolvent*innen „bringen die pflegfachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein“ (§ 9 Absatz 1 Satz 2, Anlage 2, PflAPrV, 2018).

Trotz dieser Lernzielvorgaben wird das Thema IPÜ in den medizinischen und pflegerischen Lehrplänen/Curricula bisher kaum behandelt. Im Mittelpunkt der Lehrpläne/Curricula steht vielmehr das Arzt- oder Pflege-Patienten-Gespräch, während die interprofessionelle Kommunikation in Bezug auf die Patientenübergabe bisher wenig abgebildet ist (Hinding et al., 2019). Nationale Studien weisen zudem darauf hin, dass Studierende in der Medizin Defizite in essentiellen Patientenübergabekompetenzen aufweisen (Hinding et al., 2019; Schröder et al., 2018). Hinsichtlich der IPÜ konnten Hinding et al. (2019) feststellen, dass diese bisher nur an 45 Prozent der medizinischen Fakultäten in Deutschland gelehrt wird. Insbesondere bei der Verlegung und Entlassung besteht ein besonderer Trainingsbedarf für Patientenübergaben (Schröder et al., 2018). Die Patientenübergabekompetenz sollte folglich in Studium und Ausbildung systematisch gelernt, geübt und geprüft werden (Jünger, 2018).

Obwohl die Notwendigkeit erkannt wurde, Patientenübergaben zu trainieren, ist es eine große Herausforderung, bewerten zu können, ob die oder der Lernende eine Patientenübergabe tatsächlich sicher und effektiv durchführen kann. Die meisten der gesichteten



Lehrinterventionsstudien beziehen sich lediglich auf Selbsteinschätzungsbögen zur Evaluation der Lehrveranstaltungen und greifen nicht auf einen kompetenzorientierten Bewertungsleitfaden zurück. Klinische Kernaktivitäten sind ganzheitlicher Natur und erfordern deshalb aber eine dynamische Integration vieler Kompetenzen (siehe auch ten Cate et al., 2015). So ist eine Patientenübergabesituation gekennzeichnet durch eine komplexe kollaborative Aktivität von Ärzt*innen und Pflegefachkräften in Bezug auf eine evidenzbasierte Patientenversorgung. Eine simulationsbasierte Lernumgebung mit kollaborativem Problemlösen erscheint hierbei als geeignete Möglichkeit, interprofessionelle Patientenübergabekompetenzen strukturiert und standardisiert zu vermitteln (siehe auch Strelow & Buggenhagen, 2018).

Das simulationsorientierte Lernen in der Medizin und in der Pflege hat in den vergangenen Jahren in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen. Es ist als Ausbildungs- und Schulungsinstrument allgemein und im Besonderen als Instrument zur Förderung kommunikativer wie interprofessioneller Kompetenzen anerkannt, und es wird als wirkungsvolle Methode betrachtet, um die Teamarbeit zu verbessern (Kenaszchuk et al., 2011; MacLean et al., 2018; Thaeter et al., 2018). Die Lehr-/Lernforschung hat zudem gezeigt, dass für das Lernen anhand von anspruchsvollen Problemstellungen in komplexen Lernsettings zusätzliche Unterstützung erforderlich ist, zum Beispiel durch ein Kooperationskript (siehe auch Abschnitt 2.3.1) (Kollar et al., 2007).

Im Zusammenhang mit Trainings werden Simulationen als bereitgestellte Handlungsszenarien verstanden, in denen komplexe Kompetenzen erworben werden sollen. Ziel ist es, durch Üben die Anwendung von Wissen auf konkrete Problemstellungen zu verbessern und einen prozeduralen Kompetenzerwerb zu ermöglichen. Diese Art von Simulation wird bereits in unterschiedlichen Lehrsettings in Pflege und Medizin erfolgreich eingesetzt (Chakraborti et al., 2008; S. J. Smith & Barry, 2013; Stegmann et al., 2012).

Eine simulationsbasierte Lernumgebung bedarf jedoch einer zu entwickelnden theoretischen Grundlage sowie eines Bewertungsleitfadens, damit diese auch außerhalb der theoretischen Ausbildung nachhaltig Einzug hält. Das Konzept der Entrustable Professional Activities (EPA), welches ein hohes Maß an Theorie-Praxis-Transfer garantiert, erscheint hierbei als eine vielversprechende Lösung (ten Cate et al., 2015).



4.1.3 Entrustable Professional Activities (EPA)

EPAs sind in sich abgeschlossene professionelle Tätigkeiten, die sich im ärztlichen wie pflegerischen Arbeitsfeld wiederfinden. Professionelle Tätigkeiten sind Arbeitseinheiten, die Auszubildenden in der Pflege oder in der Medizin übertragen werden können, sobald diese die erforderliche Kompetenz zur unbeaufsichtigten Ausführung der Tätigkeit nachgewiesen haben (SIWF, 2019). Prinzipiell können EPAs für die unterschiedlichen Stadien der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung definiert werden. Hierbei sind diese in sogenannte Nested-EPAs und sogenannte Master-EPAs organisiert (IMPP, 2020). Als Nested-EPA kann die kleinstmögliche Arbeitseinheit (z. B. einen Entlassungsbrief schreiben) verstanden werden. Innerhalb einer Master-EPA sind mehrere Arbeitseinheiten logisch miteinander verknüpft und stellen einen ganzen Ablaufprozess dar (z. B. Entlassung von Patientinnen und Patienten) (IMPP, 2020; ten Cate et al., 2015). Dieses Konzept kann auch auf die pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung übertragen werden. Einen flächendeckenden Vorschlag, welche EPAs in der Pflege oder im interprofessionellen Feld erstellt werden sollen, gibt es in Deutschland bislang nicht. Ebenso wurden bislang keine Master-EPAs für die Pflegeausbildung beziehungsweise das Pflegestudium definiert.

Bei der Konzeption einer EPA ist es wichtig, dass die in der EPA beschriebene Arbeitseinheit übertragen und anvertraut werden kann und einen relevanten Beitrag zur Gesundheitsversorgung leistet (ten Cate & Taylor, 2021).

If a student nurse is asked to take the temperature of a patient and enters it in a health record without a supervisory double check, there is entrustment of a contribution to health care, and the activity would principally qualify as a (tiny) EPA. (ten Cate & Taylor, 2021, S. 2)

Ten Cate und Taylor schlagen für eine praktikable Gestaltung vor, EPAs als umfassende Aufgaben und Aufgabengruppen zu konzipieren. Gleichzeitig sollte eine EPA eine oder mehrere konkrete Kompetenzbereiche widerspiegeln. Der Zweck dabei ist, durch eine schrittweise und sichere Einbindung der Auszubildenden mittels EPAs eine Verbindung zwischen fortschreitender Beherrschung und zunehmender Autonomie bei der Versorgung von Patient*innen im klinischen Setting aufzubauen – und die Schritte zur eigenständigen Patientenversorgung in transparenten Teilaktivitäten zu beschreiben und zu



strukturieren (ten Cate & Taylor, 2021). Eine EPA muss daher einen Zusammenhang aus definiertem Wissen, Fähigkeiten und Verhalten besitzen (SIWF, 2019; ten Cate & Taylor, 2021).

Standardraster zur Erstellung und Definition einzelner EPAs

Mit einer detaillierten Beschreibung können EPAs in unterschiedlicher Funktion auftreten. Zum einen können EPAs für Lehrende Klarheit darüber schaffen, was der oder die Lernende bereit und berechtigt ist innerhalb der Gesundheitsversorgung zu leisten. Zum anderen geben EPAs vor, wie viel Aufsicht ein Lernender oder eine Lernende noch benötigt. Zudem wurde das EPA-Konzept für in der Praxis tätige Lehrende eingeführt, um die Beurteilung von Kompetenzen am Arbeitsplatz besser zu operationalisieren (Holzhausen et al., 2019). Darüber hinaus kann eine vollständige EPA-Beschreibung den Lernenden als Leitfaden dienen, um sich selbst Ziele zu setzen und den eigenen Lernfortschritt zu überprüfen (ten Cate & Taylor, 2021).

Der folgende Abschnitt nimmt Bezug auf zwei grundlegende Literaturquellen. Wir haben zwei Leitlinien für die Erstellung von EPAs identifiziert. Einerseits greifen wir die Überlegungen von ten Cate und Taylor aus dem Paper „The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140“ auf (ten Cate & Taylor, 2021). Andererseits wird auf die Leitlinie des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) verwiesen, deren theoretische Überlegungen wiederum auf ten Cate zurückzuführen sind (SIWF, 2019). Beide Publikationen bilden die theoretische Grundlage für die in Abschnitt 4.3.6 beschriebenen qualitativen Analysen sowie der in Abschnitt 4.4.4 beschriebenen Erstellung der EPA zur interprofessionellen Patientenübergabe. Für mehr Transparenz und Standardisierung in der Ausarbeitung von EPAs wird ein einheitliches Raster zur inhaltlichen Strukturierung genutzt (siehe Abbildung 9). Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte dieses EPA-Strukturrasters erläutert.



Abbildung 9

EPA-Strukturraaster nach ten Cate und Taylor

1. EPA-Titel;
2. Beschreibung und Limitationen;
3. Risiken und Fehler;
4. Kompetenzdomänen;
5. Wissen, Fähigkeiten und Verhalten;
6. Einschätzung (Assessment), Grundlagen für Fortschritte;
7. Erwartungen bezüglich des Erreichens eines bestimmten Niveaus von Selbstständigkeit;
8. Gültigkeitsdauer (ten Cate & Taylor, 2021).

EPA-Titel

Ein EPA-Titel ist von entscheidender Bedeutung und sollte von allen Lernenden und Lehrenden klar als relevante medizinische oder pflegerische Tätigkeit in der beruflichen Praxis verstanden werden. Ten Cate und Taylor (2021) empfehlen, die kontinuierliche Verbform zu verwenden (z. B. eine Patientenübergabe durchführen und entgegennehmen). Die Arbeitseinheit sollte sich dabei konkret im Titel widerspiegeln und so kurz wie möglich sein (ten Cate & Taylor, 2021).

Beschreibung und Limitationen

In der Literatur lassen sich verschiedene Formen von Beschreibungen und Limitationen von EPAs finden (Holzhausen et al., 2018; O'Dowd et al., 2019). Ten Cate und Taylor (2021) plädieren dafür, EPAs als einzelne Arbeitseinheit mit Teilaufgaben zu beschreiben. Der Aufbau sollte hierbei chronologisch erfolgen und detailliert aufgezählt sein. Generell sollte die Beschreibung der EPA eingrenzen, was Teil der Arbeitseinheit ist und was nicht. Zugleich sollte eine EPA die Grenzen der Arbeitseinheit darstellen und auf besonders komplexe Situationen oder Settings hinweisen, die möglicherweise das Anvertrauen begründet limitieren oder die einer besonderen Supervision bedürfen (ten Cate & Taylor, 2021).



Risiken und Fehler

Der Aspekt „Risiken und Fehler“ dient dazu, unerwünschte Komplikationen und Nebenwirkungen, die im direkten Zusammenhang mit einer nicht ordnungsgemäßen Durchführung der EPA stehen, aufzulisten und zu spezifizieren. Hierbei sollen die Auswirkungen auf den zu betreuenden Patienten in den Fokus genommen werden. Dies ist wichtig, da Lehrende damit besser einschätzen können, ob Lernende die konkrete Tätigkeit ausführen sollten oder ob diese ihnen zu verweigern ist (ten Cate & Taylor, 2021).

Ferner kann der Aspekt „Risiken und Fehler“ dazu beitragen, Lehrende in der „Entrustment-based-discussion“ (EBD) zu unterstützen. EBD ist nach ten Cate & Hoff (2017) ein strukturiertes Gespräch, in dem Lernende ihre praktische Lernerfahrung reflektieren können. Das Gespräch wird meist mittels vier Fragen strukturiert:

- Weiß die oder der Lernende, was zu tun ist?;
- Welches Hintergrundwissen bringt die oder der Lernende mit?;
- Ist sich die oder der Lernende der Risiken und möglichen Komplikationen bewusst?;
- Was würde die oder der Lernende tun, wenn etwas Ungewöhnliches einträte?
(ten Cate & Hoff, 2017)

Lehrende, die eine EBD durchführen, können sich hierbei auf die beschriebenen Risiken und Fehler beziehen. Risiken und unerwünschte Komplikationen und Nebenwirkungen können vielfältig sein und sind nur teilweise erfassbar. Dennoch können mit Blick auf beschriebene Risiken und potenzielle Fehlerquellen die oben genannten Fragen Aufschluss darüber geben, wie das adaptive Verhalten im Falle von möglichen unerwünschten Ereignissen bei einer oder einem Lernenden erfasst werden kann (ten Cate & Hoff, 2017).

Kompetenzdomänen

EPAs beziehen sich in der Regel auf mehrere Kompetenzen oder Kompetenzbereiche aus einem Kompetenzrahmenwerk (z. B. CanMEDS; The Royal College, 2015). Das Raster dient dazu, die Verbindung zwischen den EPAs und den Rollen und Kompetenzen in dem entsprechenden Kompetenzrahmenwerken herzustellen. Die genannten Rollen und Kompetenzen können dann die Entwicklung von Lehrplänen oder Richtlinien für ein pflegerisches Praxiscurriculum stellen, wie es in der Medizin bereits teilweise der Fall



ist (ten Cate & Taylor, 2021). In der pflegerischen Ausbildung sind gegenwärtig keine spezifischen Rollen und Kompetenzrahmenwerke definiert, wie sie im medizinischen Sektor existieren. Die Thematik IPÜ ist in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und in dem Lehrplan für Pflegeberufe im Kompetenzbereich III verortet (§ 9 Absatz 1 Satz 2, Anlage 2, PflAPrV, 2018) (siehe auch Abschnitt 4.1.2).

EPAs zielen nicht darauf ab, Kompetenzen zu ersetzen. EPAs sollen die kompetenzbasierte Ausbildung operationalisieren, indem die relevanten Kompetenzen in spezifische Aufgaben aufgeschlüsselt werden. Anders als die kompetenzbasierte Ausbildung zielen EPAs nicht darauf ab, den Mindeststandard für unbeaufsichtigtes Praktizieren zu ermitteln, sondern stellen eine Verbindung zwischen Kompetenzdomänen und beruflicher Tätigkeit her. EPAs verknüpfen erworbene Kompetenzen nicht automatisch an die Ausbildungszeit oder an eine formale Zertifizierung, sondern an einen tatsächlichen Nachweis, ob Auszubildende eine Arbeitseinheit verantwortungsvoll durchführen können (ten Cate et al., 2015; ten Cate & Taylor, 2021).

Wissen, Fähigkeiten und Verhalten (WFV)

In diesem Abschnitt werden die Erwartungen an die oder den Lernenden aufgezeigt. Hier wird die Entscheidungsgrundlage gelegt, ob ein unbeaufsichtigtes Praktizieren möglich ist. Das Wissen und die dazugehörigen Fähigkeiten, die für eine sichere Durchführung einer EPA erwartet werden, können sich je nach EPA unterscheiden. Ten Cate et al. (2021) betonen, dass der Wissenshorizont in groben Zügen aufgezeigt werden soll. Die Fähigkeiten können jedoch auch aus einschlägigen Ressourcen (z. B. NKLM; 2021) entnommen werden.

Ten Cate und Chen (2020) geben zum Verhalten zu bedenken, dass Wissen und Fähigkeiten zu geplanten Zeitpunkten untersucht werden können. Das Verhalten sei schwieriger zu erfassen und sei häufig weniger auf die jeweiligen Erfordernisse der EPA ausgerichtet. Ein Systematisches Review aus 13 Studien erarbeitete fünf Prinzipien, die auf die Anvertrauens-Entscheidung Einfluss nehmen könnten (ten Cate & Chen, 2020). Ten Cate und Taylor (2021) empfehlen ausdrücklich, dass die formulierten Verhaltenskategorien als Erwartungen an Lernende gestellt werden und vor dem praktischen Einsatz besprochen werden. Diese sind:



- Agency (proaktiv gegenüber der Arbeit, dem Team, der Sicherheit und der persönlichen Entwicklung),
- Reliability (gewissenhaft, berechenbar, rechenschaftspflichtig, verantwortungsbewusst),
- Integrity (wahrheitsgemäß, wohlwollend, patientenzentriert),
- Capability (aufgabenspezifische Kenntnisse, Fähigkeiten, Erfahrung, Situationsbewusstsein),
- Humility (erkennt Grenzen an, bittet um Hilfe, ist offen für Feedback). (ten Cate & Chen, 2020)

Einschätzung, Grundlagen für Fortschritte

EPAs bieten eine Anleitung, wie der Prozess des Anvertrauens durch eine examinierte Pflegefachkraft beziehungsweise einen Arzt oder eine Ärztin vorgenommen und überprüft werden kann. Sie bilden damit eine geeignete Grundlage für Beobachtung und Prüfung im pflegerischen wie medizinischen Alltag. Mittels der Operationalisierung der kompetenzbasierten pflegerischen wie medizinischen Ausbildung durch das Konzept der EPAs entsteht eine Verbindung zwischen fortschreitender Beherrschung der Aufgaben und zunehmender Autonomie der Auszubildenden bei der Patientenversorgung. EPAs fungieren damit laut ten Cate und Taylor als Brücke zwischen Theorie und Praxis (ten Cate & Taylor, 2021).

Die Entscheidung, auf welcher Fähigkeitsstufe Auszubildende selbstständig Patient*innen betreuen und begleiten dürfen, wird vorwiegend auf der Basis der kontinuierlichen Supervision beispielsweise durch die ausbildende Pflegefachkraft und gegebenenfalls andere Gesundheitsberufe entschieden. Lernende werden in ihrem täglichen Umgang mit Patient*innen, mit dem Team und den klinischen Tätigkeiten angeleitet, begleitet und bewertet (ten Cate & Taylor, 2021).

Die Entscheidungen zur Übertragung einer bestimmten Tätigkeit beruhen primär auf ausgewählten Beobachtungen durch die ausbildende Pflegefachkraft. Unterschieden wird in „ad-hoc Entscheidungen“ und in „summative Entscheidungen“ (ten Cate & Taylor, 2021). Ad-hoc Entscheidungen umfassen meist schnelle, kurze fokussierte Beobachtungen mit wenigen Informationsquellen (z. B. nur eine Beobachtung mit Anwendung der Checkliste oder Überprüfung der Pflegeverlaufsdokumentation). Im Gegensatz dazu be-



ruhen summative Entscheidungen auf langfristigen Bewertungen und besitzen den Charakter einer Zulassung (z. B. mehrmalige Beobachtung, Besprechung und Bewertung von Arbeitsergebnissen) (ten Cate & Taylor, 2021).

Ad-hoc Entscheidungen sowie summative Entscheidungen, geben nicht nur wider, was beobachtet wurde, sondern beinhalten ein Urteil darüber, was die oder der Lernende in Zukunft tun darf (ten Cate & Taylor, 2021).

Mögliche Instrumente, die für die Bewertung verwendet werden können, sind laut ten Cate & Taylor (2021):

- Überprüfung von Arbeitsergebnissen (beispielsweise Pflegeverlaufsdokumentationen),
- Bewertung durch Praxisbeobachtungen mittels Checkliste (z. B. Patientenübergabe),
- Bewertung von Feedbackgesprächen (beispielsweise Patientenvorstellung/Diskussion).

Die Anzahl der Beobachtungen oder Beurteilungen sollte jedoch nur als Richtwert verstanden werden. Jede Anvertrauens-Entscheidung bleibt letztendlich eine subjektive Entscheidung, die von Expert*innen nach sorgfältiger Abwägung und Beobachtung individuell für jede/n Lernenden getroffen wird (ten Cate & Hoff, 2017; ten Cate & Taylor, 2021).

Erwartungen an das Niveau zur Selbständigkeit (Supervisionslevel)

Das Konzept der EPAs basiert auf zwei weiteren Grundpfeilern: einerseits der Anvertrauens-Entscheidung und andererseits den Fähigkeitsstufen, den sogenannten Supervisionsleveln, auf die im Folgenden näher eingegangen wird:

Der Prozess des Anvertrauens wird im Konzept der EPAs in den Supervisionslevel organisiert. Diese Supervisionslevel legen fest, wieviel Eigenständigkeit der oder dem Lernenden in der Pflege im klinischen Alltag anvertraut werden kann (ten Cate & Taylor, 2021).

Folgende Supervisionslevel werden unterschieden:

1. „hat Vorwissen“ (IMPP, 2021, S.18), darf nur beobachten, jedoch keine Handlung gemäß der EPA ausführen;



2. kann unter proaktiver Aufsicht in Anwesenheit des Supervisors die Arbeitseinheit durchführen;
3. kann ohne Aufsicht eines Supervisors arbeiten, der Supervisor sollte jedoch schnell verfügbar sein;
4. kann eigenständig arbeiten, ohne Aufsicht;
5. kann selber Aufsicht von weniger erfahrenden Lernenden übernehmen. (ten Cate & Taylor, 2021)

Gültigkeitsdauer

Der Hauptzweck dieses Aspektes besteht darin zu erläutern, nach welchem Zeitraum die Gültigkeit einer EPA ablaufen könnte und infolgedessen die Anvertrauens-Entscheidung erneut überprüft werden muss. Jede Entscheidung, eine EPA zum unbeaufsichtigten Praktizieren freizugeben, muss sorgfältig abgewogen werden. Mit jeder Entscheidung sind auch Risiken verbunden, die möglicherweise die Patientensicherheit beeinflussen. EPAs erfordern meist eine wiederkehrende Routine, um eine sichere Durchführung zu garantieren. Die Fähigkeit, eine Arbeitseinheit auszuführen, kann verfallen, wenn sie lange nicht ausgeführt oder geübt wurde. Zudem besteht das Risiko, dass sich im Laufe der Jahre Fehler innerhalb der Routineausführung einschleichen (ten Cate & Taylor, 2021). Ten Cate und Taylor (2021) geben zu bedenken:

[A] decision to entrust a trainee or graduate with a critical and/or complex EPA, even if well-grounded in satisfactory assessments, may not hold true if the EPA is not practiced. For some EPAs practice needs to continue every week or month to maintain skill, for others a few years of non-practice may not be very critical. (ten Cate & Taylor, 2021, S. 7)

Ferner kann eine erneute Überprüfung einer EPA nach einem Stationswechsel oder einer längeren Absenz erfolgen, wenn beispielsweise am neuen Arbeitsort andere Routinen im Fokus stehen. Ebenso ist eine erneute Überprüfung zu erwägen, wenn sich Wissensinhalte aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse oder aktualisierter Leitlinien ergeben. Letztlich ist die Gültigkeitsdauer nur als Vorschlag zu verstehen, der der Patientensicherheit dienen soll. Die Gültigkeitsdauer muss für jede erstellte EPA individuell festgelegt werden (ten Cate & Taylor, 2021).



4.2 Problemstellung und Forschungsfragen

In Ländern wie Kanada und den Niederlanden wurde das Medizinstudium bereits mittels EPAs strukturiert (Holzhausen et al., 2019; IMPP, 2021). In Deutschland ist das Konzept der EPA inzwischen in vielen Curricula der Medizin angekommen. Allerdings betonen Holzhausen et al.:

Obwohl Beispiele von Kern-EPAs für den ärztlichen Berufsbeginn mittlerweile verfügbar sind, ist ihre direkte Übertragung in einen anderen Kontext und ein anderes Land begrenzt. Viele medizinische Fakultäten, die eine Implementierung von EPAs in ihre eigenen Programme erwägen, werden einen eigenen EPA-Entwicklungsprozess durchführen müssen, der die lokalen Rahmenbedingungen berücksichtigt. (Holzhausen et al., 2019, S. 1)

Hinzu kommt, dass in Deutschland die Entwicklung von EPAs primär im ärztlichen Ausbildungskontext und nicht im pflegerischen Ausbildungskontext erfolgte. So existiert für den ärztlichen Berufsstand bereits eine EPA „strukturierte intra- und interprofessionelle Übergabe von Patientinnen und Patienten“ (NKLM, 2021). Diese EPA lässt sich jedoch nicht auf den pflegerischen Berufsstand anwenden, da EPAs aus dem Blickwinkel des jeweiligen Berufsstandes entwickelt und eingesetzt werden müssen. Zudem bedingt eine Überprüfung des Lernenden mittels einer EPA und die darauffolgende Anvertrauens-Entscheidung eine berufsspezifische Sichtweise (siehe auch ten Cate & Pool, 2020).

Hinsichtlich berufsübergreifender EPAs weisen ten Cate und Pool (2020) ausdrücklich darauf hin, dass Team EPAs oder interprofessionelle EPAs kein tragfähiges Konstrukt sind, dass aber die Fähigkeit, interprofessionell zu arbeiten, bei möglichst allen EPAs in Betracht gezogen werden sollte. EPAs können also nicht professionsübergreifend konzipiert werden (ten Cate & Pool, 2020). Allerdings wurden vor kurzem transdisziplinäre EPAs für den Einsatz in mehreren Professionen vorgeschlagen (siehe auch Pool et al., 2023). Dieser Sichtweise folgend, können EPAs aus der jeweiligen Aktivität heraus interprofessionell gedacht und auf diese ausgerichtet sein. Die Patientenübergabe zwischen Ärzt*innen und Pflegefachkräften stellt eine solche klinische, authentische, professionelle, kollaborative Aktivität dar. Bislang fehlen jedoch Untersuchungen hinsichtlich einer kongruenten Entwicklung einer EPA zur interprofessionellen Patientenübergabe für Pflegefachkräfte. Im Aufgabengebiet der Entlassungsplanung wäre eine solche



EPA beispielsweise dringend notwendig. Eine komplementär zu der bestehenden ärztlichen EPA „strukturierte intra- und interprofessionelle Übergabe von Patientinnen und Patienten“ entwickelte EPA für den Pflegeberuf könnte in einem Lehrsetting oder in der klinischen Praxis zwischen Pflegefachkräften und Ärzt*innen wie in unserem Rahmenkonzept (siehe auch Abschnitt 2.3.6) vorgeschlagen eingesetzt werden.

Zur Erstellung von EPAs werden typischerweise qualitative Verfahren genutzt, zum Beispiel Delphi-Verfahren oder Interviewstudien (El-Haddad et al., 2017; Meade et al., 2016; Moll-Khosrawi et al., 2020). EPAs stellen zunächst eine Schritt-für-Schritt Beschreibung einer klinischen Tätigkeit und der damit verbundenen Prozesse und Aktivitäten dar. Auf Basis einer möglichst präzisen Beschreibung kann in einem nächsten Schritt ermittelt werden, inwiefern beispielsweise ein Lernender in der Lage ist, eine bestimmte klinische Tätigkeit auszuführen (SIWF, 2019). Hierbei kann auf qualitative Beobachtungen mit einer entwickelten Checkliste (Schmelter et al., 2018) und/oder den Einsatz einer Anvertrauens-Skala auf Basis der Supervisionslevel in einer bestehenden Objective structured clinical examination (OSCE) zurückgegriffen werden (Holzhausen et al., 2019).

Vor diesem Hintergrund soll eine EPA-Struktur zur interprofessionellen Patientenübergabe aus der Berufsperspektive der Pflege entwickelt werden, um die Tätigkeit der Patientenübergabe für die interprofessionelle Lehre sowie die professionsspezifische Prüfung von Pflegefachkräften und Ärzt*innen zugänglich zu machen (siehe auch Fealy et al., 2019; Hinding et al., 2019; Thaeter et al., 2018). Ein gemeinsam erlerntes Verständnis von einer interprofessionellen Patientenübergabe (siehe auch Scotten et al., 2015; Romanow, 2002) stärkt wiederum die Patientensicherheit (Leotsakos et al., 2014; World Health Organization, 2017).

In der Konsequenz wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

1. Welche Aufgaben haben Pflegefachkräfte bei der selbstständigen Durchführung einer interprofessionellen Patientenübergabe? (RQ1)

1a. Welche Aktivitäten und Teilaktivitäten benötigen sie dafür?

1b. Welche konkreten sozialen und kognitiven Aktivitäten beinhalten diese Aufgaben?

2. Wie können die Aktivitäten in eine EPA-Struktur integriert werden? (RQ2)



Mittels der Forschungsfragen sollen die strukturellen und prozessualen Bedingungen einer interprofessionellen Patientenübergabesituation in der Pflege identifiziert werden – mit dem Ziel, eine IPÜ nach dem Konzept der Entrustable Professional Activities operationalisiert zu definieren.

4.3 Material und Methoden

4.3.1 Forschungsdesign

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde auf verwandte Projekte, die in den vergangenen Jahren am LMU Klinikum durchgeführt wurden, zurückgegriffen. Das vorliegende Studiendesign zur Entwicklung einer EPA orientiert sich am Vorgehen von Wölfel et al. (2016), welche eine EPA zur Patientenvisite für Ärzt*innen entwickelten. Ebenso wurden Schlussfolgerungen eines systematischen Reviews von O'Dowd et al. (2019) zur Entwicklung von EPAs einbezogen. Ziel des Reviews war es, bisherige Studien zur EPA-Entwicklung zusammenzufassen und die Qualität der Studien zu bewerten. Die Überprüfung zeigte, dass bei der Entwicklung von EPAs Best-Practice-Leitlinien verwendet werden sollten. Ebenso kommen O'Dowd et al. zu dem Schluss, dass die Entwicklungsprozesse und die resultierenden EPAs erheblich im Hinblick auf deren Qualität variieren. Der Studie von Wölfel et al. (2016) wird im Review eine hohe Qualität zugewiesen (O'Dowd et al., 2019). Die Studie nutzt daher ein qualitatives Forschungsdesign (analog zu Wölfel et al., 2016), um die subjektiven Meinungen, Erfahrungen und Wissensbestände von Pflegefachkräften und Ärzt*innen hinsichtlich interprofessioneller Patientenübergabeszenarien in einem Akutkrankenhaus zu erfassen. Theoretische Grundannahmen basieren auf der SIWF-Leitlinie zur Erstellung von EPAs (SIWF, 2019) und auf den Publikationen von ten Cate et al. (2015; 2020; 2021).

Um einen möglichst tiefen Einblick in die Perspektiven, Erfahrungen und ein berufsübergreifendes Verständnis von Pflegefachkräften und Ärzt*innen zur interprofessionellen Patientenübergabe zu gewinnen führten wir eine qualitative Interviewstudie durch. Diese Herangehensweise eignet sich insbesondere für Fragestellungen, bei denen es darum geht, neue Erkenntnisse zu gewinnen und Zusammenhänge zu erkunden, die noch nicht ausreichend erforscht sind (Flick et al., 2015). Auch wenn es bereits Vorschläge zur



Strukturierung von EPAs gibt (SIWF, 2019; ten Cate & Taylor, 2021), hat die neue Erstellung einer EPA bis zu einem gewissen Grad immer auch explorativen Charakter, da offen ist, welche Inhalte beziehungsweise Aktivitäten und Prozesse für die präzise Beschreibung einer klinischen Tätigkeit in einem spezifischen klinischen Setting, beispielsweise LMU Klinikum, berücksichtigt werden müssen.

4.3.2 Sampling- und Rekrutierungsstrategie

Sampling-Verfahren

Das Sampling-Verfahren orientierte sich an einem Verfahren mit vorab festgelegten Kriterien, um die IPÜ in dem von uns gewählten Setting zu explorieren. Dieses Verfahren wurde mit dem Snowball-Sampling kombiniert, um bestehende Beziehungen im Setting zu nutzen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

Folgende Einschlusskriterien wurden vorab bestimmt:

- Setting – LMU Klinikum (Innenstadt; Großhadern);
- Berufsgruppe – Ärzt*innen und Pflegefachkräfte;
- Berufserfahrung – ab 2 Jahren Berufserfahrung;
- ICP-Erfahrung – Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams;
- Fachdisziplin/Organisationseinheit – Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Geriatrie;
- Leitungsfunktion – Ärzt*innen und Pflegefachkräfte mit Leitungsfunktion; und/oder
- Lehrbezogene Aufgaben – Ärzt*innen und Pflegefachkräfte mit lehrbezogenen Aufgaben;

Folgende Ausschlusskriterien wurden bestimmt:

- Berufserfahrung – weniger als 2 Jahren Berufserfahrung
- Ausbildungsstatus – Studierende/Auszubildende Medizin/Pflege

Rekrutierungsstrategie

Die Teilnehmenden wurden absichtsvoll ausgewählt (Merkens, 2015). Vor diesem Hintergrund wurden daher Interviewpartner*innen gesucht, die unsere Einschlusskriterien



erfüllten, über Wissen und Erfahrungen zur IPÜ verfügen und dadurch Sachinformationen sowie bestehende Informationslücken schließen und komplex integrierte Wissensbestände bewerten und praxisnah wiedergeben können (siehe auch Bogner et al., 2014). Darüber hinaus wollten wir möglichst unterschiedliche Kulturen und Verfahrensweisen im Zusammenhang mit der IPÜ einbeziehen, um deren Gegensätze zu berücksichtigen. Deshalb wurden Interviewpartner*innen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen/Organisationseinheiten rekrutiert. Die Einschlusskriterien wurde nach Sichtung der ersten Analyseergebnisse angepasst und erweitert, um möglichst noch detailliertere Vorgehensweisen im Zusammenhang mit der IPÜ zu erhalten. Angepasst wurde die Berufserfahrung von zwei auf drei Jahre, mit der Psychosomatik wurde eine weitere Fachdisziplin eingeschlossen und zur theoretischen Absicherung suchten wir nach Personen mit spezifischen Erfahrungen in IPE und ICP im Kontext der IPÜ.

Alle potenziellen Interviewpartner*innen wurden per E-Mail kontaktiert und erhielten auf diesem Wege vorab ein persönliches Anschreiben mit einer Kurzbeschreibung unseres Vorgehens.

4.3.3 Ethik

Die Daten dieser Arbeit wurden im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten ILEGRA Graduiertenkollegs erhoben. Der Ethikantrag wurde vom Verfasser dieser Dissertation erstellt. Ein Studienprotokoll (Projektnummer 20-423) liegt vor, das durch die Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) genehmigt wurde. Zu keiner Zeit wurden Daten oder Informationen von Patient*innen erhoben oder verarbeitet. Eine datenschutzrechtliche Stellungnahme nach Art. 6 DSGVO (Verfahrensnummer 1446) liegt vor.

4.3.4 Erhebungsmethode und Durchführung der Datenerhebung

Erhebungsmethode

Die Datenerhebung wurde im Frühjahr 2021 (Februar bis April) durchgeführt. Für die leitfadengestützten Einzelinterviews wurde jeweils ein Zeitrahmen von 30 bis 45 Minuten angesetzt. Die Interviews wurden an beiden Standorten des LMU Klinikums geführt.



Beschreibung des Interviewleitfadens

Die Erstellung des Interviewleitfadens erfolgte angelehnt an die SPSS Methode³ (Helfferich, 2011). Der von uns erstellte Interviewleitfaden basiert zum einen auf der Studie von Wölfel et al. (2016) und zum anderen auf den Annahmen des Rahmenkonzeptes zur interprofessionellen Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit (siehe Teil 1) sowie dem im Theorieteil vorgestellten EPA-Strukturraster inklusive den Erstellungsanleitungen vom SIWF (2019) und ten Cate und Taylor (2020) (siehe auch Abschnitte 4.1.2 u. 4.1.3).

Der Interviewleitfaden war in sechs Frageblöcke untergliedert. Die Grobaufteilung erfolgte nach Einführungs-, Haupt- und Ausblicksteil. Der ausformulierte, finale Interviewleitfaden kann dem Anhang B entnommen werden. Tabelle 8 gibt einen Überblick über alle Themenbereiche des Interviewleitfadens.

Tabelle 8

Überblick über Themenbereiche des Interviewleitfadens mit Subthemen

Themenbereich	Subthemen
Einstieg	Mehrwert interprofessionelle Patientenübergabe
Beschreibung	Spezifizierung und Eingrenzung der pflegerischen Kompetenz, Aufbau und Struktur, klinischer Bezug
Wissen, Fähigkeiten und Verhalten	erwartetes Wissen, Fähigkeiten und Verhalten, damit die Aktivität anvertraut werden kann
Risiken und Fehler	Komplikationen, Fehler, Schäden für die Patient*innen
Assessment und Evaluation	Lernfortschritt, Überprüfungsintervalle, Lehrprozedere, Erwartungen
Abschluss	Erwartungen an die eigene und die andere Profession

³ SPSS-Methode: Sammeln (Vorbereitung Brainstorming; offenes Brainstorming); Prüfen (Reduktion, Prüfung auf Eignung; Strukturierung); Sortieren und Subsummieren (nach inhaltlichen Aspekten) (Helfferich, 2011)



Der Interviewleitfaden sah vor, dass die Interviewten wie in Taylor et al. (2020) vorgeschlagen, die Arbeitseinheit IPÜ definieren und Schritt für Schritt im Sinne einer Arbeitsanalyse zu beschreiben.

Der Interviewleitfaden wurde an zwei Ärzten und zwei Pflegerinnen getestet. Die Testpersonen wurden nach Verständlichkeit der Fragen, Aufbau und Verbesserungsanregungen befragt. Es ergaben sich Änderungen am Aufbau des Interviewleitfadens und einzelnen Formulierungen. Ebenso wurden einige Fragestellungen vereint.

Interviewdurchführung

Direkt vor dem Interview klärten Einverständniserklärung und Anonymitätssicherung die Interviewpartner*innen über Sinn und Zweck des Unterfanges auf und sicherte ihnen Anonymität, Datenschutz und Freiwilligkeit der Teilnahme zu (siehe Anhang B Probandeninformation und Einwilligungserklärung).

4.3.5 Datenverarbeitung

Die Daten wurden pseudonymisiert erhoben. Um Widersprucherklärungen zuordnen zu können, wurden die Interviews laufend nummeriert. Es wurden keine weiteren personenbezogenen Daten erhoben. Weitere Schritte zur Datenverarbeitung hinsichtlich der personenbezogenen Daten können dem Anhang B Probandeninformation und Einwilligungserklärung entnommen werden. Alle Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät (Olympus WS 853) aufgezeichnet. Nach jedem Interview wurde von dem Autor dieser Arbeit handschriftlich ein Postscript in einem Forschungshandbuch erstellt, um wichtige Informationen wie Auffälligkeiten oder Störungen während der Befragung festzuhalten. Die wörtlich Transkription erfolgte angelehnt an Dresing und Pehl (2015) mittels der Software f4 Transkript (Dresing & Pehl). Während der Transkription und Analyse wurden neben den direkten Identifikationsmerkmalen auch kontextbedingte Daten einer formalen Anonymisierung unterzogen (Saunders et al., 2015).

4.3.6 Datenanalyse

Die Analyse erfolgte nach dem gängigen Ablaufschema einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). Hierbei wurde ein Verfahren gewählt, bei dem die Kategorien a priori (EPA-Strukturaster und Interviewleitfaden) und induktiv



am Material gebildet wurden. Die Codierung erfolgte dabei erst deduktiv, in einem zweiten Schritt wurde das Kategoriensystem induktiv ausdifferenziert (Kuckartz, 2018). Die Auswertung der Interviewstudie erfolgte mittels der Software für qualitative Datenanalyse MAXQDA Analytics Pro 2020 (Version 20.4.1) (VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, 1989 – 2021).

Ausgewertet wurden folgende Daten:

- soziodemographische Daten (Berufsgruppe, Funktion, Fachdisziplin/Organisationseinheit, Berufserfahrung, Anzahl der durchgeführten IPÜs pro Woche) (siehe Anhang B),
- Einschätzung zur Wichtigkeit der gewählten Thematik,
- Deskriptive Bestandteile zur gewählten Thematik,
- Ablaufprozesse zur gewählten Thematik,
- Erwartungshorizonte an Auszubildende hinsichtlich deren Wissen, Fähigkeiten und Verhalten zur gewählten Thematik,
- mögliche Risiken bei Fehlern zur gewählten Thematik,
- Einschätzungen zum Lehr/Lernverhalten zur gewählten Thematik.

Nach der Codierung des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem führten wir eine kategorienbasierte Analyse der Haupt- und Subkategorien durch (siehe Abbildung 10):

(1) In einem ersten Analyseschritt wurden die Zusammenhänge der Subkategorien innerhalb einer Hauptkategorie mittels Summary-Grid in MAXQDA analysiert. Das heißt, dass alle Aussagen von *einer interviewten Person* (Arzt oder Pflege) pro vergebener Subkategorie zusammengefasst und interpretiert wurden.

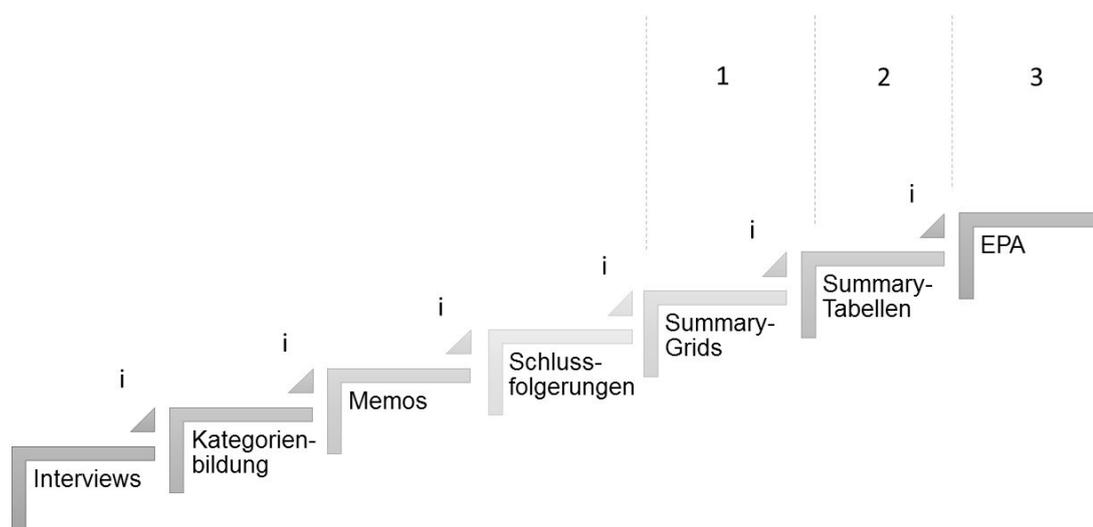
(2) In einem zweiten Analyseschritt erfolgte eine Zusammenführung der Summary-Grids zu Summary-Tabellen. Das heißt, dass alle Aussagen von *allen interviewten Personen* (Arzt und Pflege) zur jeweiligen Subkategorie zusammengefasst und interpretiert wurden. Summary Grid und Summary-Tabellen sind ein Zwischenschritt in der codebasierten Auswertung. Die tatsächliche Analyse, die meist nur im Kopf des Auswertenden oder auf einem Schmierzettel stattfindet, wird auf diese Weise transparent gemacht. Ebenso gelingt es, Wiederholungen und deckungsgleiche Aussagen zu reduzieren und zu verdichten (Kuckartz & Rädiker, 2020).



(3) Die Haupt- und Subkategorien wurden in einem dritten Analyseschritt anhand der Summary-Tabellen zusammengefasst beschrieben, nochmals interpretiert sowie mit Ankerbeispielen versehen (siehe auch Abschnitt 4.4.2). Gleichzeitig erfolgte eine verdichtete Zusammenfassung in eine EPA-Struktur (siehe Abschnitt 4.4.4).

Abbildung 10

qualitative Analyseschritte mit kategorienbasierter Analyse der Haupt- und Subkategorien nach Kuckartz



Notiz: i steht für interpretativer Schritt

Die folgende Tabelle 9 zeigt, exemplarisch anhand von zwei Interviewpassagen (A4 und P7) das durchgeführte Verfahren der kategorienbasierten Analyse bis hin zum Ergebnis der erstellten EPA auf, um die einzelnen Analyse- und Interpretationsschritte nachzuvollziehen. Ziel ist es, anhand eines Ausschnittes den Analyseprozess offenzulegen.



Entwicklung einer Entrustable Professional Activity (EPA): Interprofessionelle Patientenübergabe für Pflegefachkräfte (Teil 3)

Tabelle 9

Beispiel der qualitativen kategorienbasierten Analyse der Subkategorie „Definition IPÜ“

(1a)Transkript (A4)	(1b)Transkript (P7)	(2)Subkategorie	(3)Erklärung der Interpretation (Memos)	(4)Schlussfolgerung	(5a)Summary Grid Definition IPÜ (A4)	(5b)Summary Grid Definition IPÜ (P7)	(6)Summary Tabelle (Zusammenfassung aller Summary Grids) (P1 – P9) (A1 – A11)	(7)EPA Beschreibung (Definition IPÜ)
<i>[...] die Pflegekraft kommt zu mir und stellt [mir den] Patienten vor, da brauche ich natürlich in meinem Berufsfeld erstmal Geschlecht und das Alter, weil es natürlich bei uns relativ wichtig ist in der Kinderheilkunde</i>	<i>„Also einmal Alter von Patienten, Name, Grunderkrankung, andere Erkrankungen.“ (P7 Pos. 15).</i>	Definition IPÜ	Aus den Aussagen von A4 und P7 wird abgeleitet, dass es sich zunächst um einen linearen Informationstransfer handelt und zwar von der Person, die die Informationen besitzt.	Teilen von Informationen	A4 versteht unter IPÜ einen umfassenden Informationsaustausch mindestens zweier Professionen, der zu einer gemeinsamen Entscheidung / Problemlösung führt. A4 braucht für diesen Informationsaustausch „Raum“ um das gesagte nachvollziehen zu können und fehlende Informationen abzufragen.	P7 versteht unter IPÜ eine Übergabe, in der Informationen gesammelt und weitergegeben werden müssen – werden müssen: Alter, Name, Krankheitsgeschichte, Therapieverlauf, Therapieziel, Evaluation der Therapie, aktuelle Medikation (welche sind nötig, welche kann man reduzieren, Medikationsänderung im Sinne des Patientenwohls), um individuelle Probleme und Resource des Patienten innerhalb des Teams zu klären.	Unter einer interprofessionellen Übergabe im klinischen Setting kann ein kontinuierlicher, gleichberechtigter, strukturierter Informationsaustausch von patientenzentrierten Berufsperspektiven und Versorgungszielen eines Patienten oder einer Gruppe von Patienten zweier oder mehrerer Berufsgruppen verstanden werden. Mit dem Ziel den Versorgungsprozess durch gemeinsame Evaluation und Entscheidungsfindung sowie dem Transfer von Zuständigkeiten und Verantwortung von Versorgungsaspekten patienten- und bedarfsorientiert zu gestalten.	Die Entrustable Professional Activity (EPA) umfasst hierbei eine kontinuierliche, gleichberechtigte und strukturierte Weitergabe und Entgegennahme von pflegerlevanten Informationen sowie den Transfer von Zuständigkeiten und Verantwortung von Versorgungsaspekten. Je nach Bedarfssituation besteht darüber hinaus das Ziel, den Versorgungsprozess durch reflexives Verhandeln und gemeinsames Entscheiden patientenorientiert zu gestalten. Die EPA umfasst drei Austauschstufen. Diese sind: <ol style="list-style-type: none"> 1. Teilen von Informationen 2. Aushandeln einer gemeinsamen Informationsbasis 3. gemeinsames Entscheiden Die Ausführung der EPA ist abhängig von Situation und Kontexten. Im Bedarfsfall
<i>Dann kurz, ob das Kind irgendwelche Grunderkrankungen hat, das kommt bei uns relativ häufig vor, dass wir chronisch kranke Kinder haben und akute Probleme, die die Pflegekraft mit mir besprechen will oder weswegen sie überhaupt zu mir kommt.</i>	<i>welche Therapie läuft, was für ein Therapieziel wir haben. [...] die Grundaspekte für mich, die müssen jedem Teilnehmer bekannt sein“ (P7 Pos. 15) „Das geklärt ist, welche Inhalte besprochen werden“ (P7 Pos. 27).</i>	Definition IPÜ	Aus den Aussagen von A4 und P7 wird abgeleitet, dass die wesentlichen Informationen zum Patienten weitergeben werden.	strukturierte Weitergabe Informationen				
<i>Dann brauche ich natürlich irgendwie Raum, um Rückfragen zu stellen,</i>	<i>„Evaluation von der Therapie. Welche Medikamente hat der Patient aktuell? Welche sind</i>	Definition IPÜ	Aus der Aussage von A4 und P7 wird abgeleitet, dass die IPÜ auch für Rückfragen innerhalb der IPÜ genutzt wird. Aus der Aussage von A4 und P7	Entgegennahme von pflegerlevanten Informationen				



Entwicklung einer Entrustable Professional Activity (EPA): Interprofessionelle Patientenübergabe für Pflegefachkräfte (Teil 3)

	<i>noch nötig? Kann man was reduzieren? [...] (P7 Pos. 4)</i>		kann abgeleitet werden, dass Pflegefachkräfte In- formationen besitzen, wel- che relevant für die Ent- lassungssituation sind.		dient die Patientenübergabe auch zum Aushandeln einer gemeinsamen Informations- basis und Entscheidungsfindung.
<i>wenn ich denke, die hat mir irgen- detwas, oder ich brauche noch mehr Informatio- nen, um das Problem zu lösen</i>	<i>„[...] entspre- chende Prob- leme oder Res- ourcen, die halt Patienten individuell be- sprochen wer- den müssen“ (P7 Pos. 4).</i>	Definition IPÜ	Aus der Aussage von A4 und P7 wird abgeleitet, dass eine gemeinsame In- formationsbasis sowie ein Aushandeln von Problem- stellungen innerhalb Merkmale einer IPÜ sein können.	Sammeln und Aus- handeln sowie re- flektieren von Infor- mationen	
<i>Und dann eine gemeinsame Ent- scheidung, die zur Lösung des Problems irgend- wie führt“ (A4 Pos. 2)</i>	<i>„Dann wird be- sprochen, wie die Therapie ak- tuell läuft, ob es dazu irgendwel- che Fragen gibt, ob es irgend- welche Ände- rungen gab“ (P7 Pos. 15).</i>	Definition IPÜ	Aus der Aussage von A4 und P7 wird abgeleitet, dass, ein IPÜ meist mit ei- ner Konsensfindung oder Entscheidung endet. Oder: Die Evaluation der gesammelten Informatio- nen wird in eine gemein- same Entscheidung zur Problemlösung bzw. An- schlusstherapie/Empfeh- lungen überführt.	Gemein- same Eva- luation der gesammel- ten Infor- mationen um Prob- leme zu lö- sen.	

Legende: Die Tabelle 9 zeigt: Neben den Transkripten (1a und 1b) wird die (2) codierte Subkategorie aufgeführt. Es folgt ein Auszug aus den erstellten Memos beziehungsweise eine Erklärung welche Gedanken/Interpretation der Forschende zum Transkript vermerkt/durchgeführt hat. Die aus den Interpretationen erfolgten (4) Schlussfolgerungen wurden schließlich pro Interview in (5a und 5b) Summary Grids zusammengefasst. (6) Die Spalte Summary Tabellen zeigt die zusammengeführten Summary Grids von allen Interviews. (7) Die letzte Spalte zeigt die komprimierte und aufbereitete Überführung der Summary Tabellen in die EPA-Struktur (in diesem Beispiel, in die EPA Beschreibung). **Notiz:** IPÜ interprofessionelle Patientenübergabe; P interviewte Pflegefachkräfte; A interviewte Ärzt*innen; EPA für Entrustable Professional Activity.



4.3.7 Gütekriterien

Drei Gütekriterien wurden in dieser Forschungsarbeit beachtet: Transparenz, Intersubjektivität und Reichweite (Steinke, 2015; Strübing et al., 2018).

Transparenz

Der Interviewleitfaden befindet sich in Anhang B, ebenso wie eine detaillierte Codieranleitung mit allen Codes und ihren Codebeschreibungen und Ankerbeispielen. Die für die EPA-Erstellung relevanten Codes werden im Ergebnisteil in Tabelle 10 (Liste der relevanten Haupt- und Subkategorien) dargestellt. Letztere werden im Ergebnisteil zusammenfassend beschrieben und mit Hilfe von Interviewziten verdeutlicht.

Intersubjektivität

Zur Intercoder-Übereinstimmung wurden zwei Interviews von zwei Forschenden zur gemeinsamen Verständniserarbeitung codiert. Ein gemeinsames Codeverständnis mittels der Codieranleitung (siehe Anhang B Codieranleitung) wurde erarbeitet. Anschließend codierten dieselben Forschenden unabhängig voneinander je zwei Interviews. Die zu codierenden Segmente wurden vorab festgelegt. Es wurde eine Intercoder-Übereinstimmung Kappa (Brennan & Prediger) von 0,68 berechnet. Die Bestimmung der Intercoder-Übereinstimmung diente nur als Richtwert zur eigenen Verständnisüberprüfung, da anschließend ein Abgleich abweichender Codierungen erfolgte. Alle ungleichen Codierungen wurden besprochen und diskutiert. Strittige Fälle wurden mit der Forschungsgruppe besprochen, bis eine einstimmige Einigung erzielt wurde. Ziel war es, die Liste aller Codes zu überprüfen und die subjektiv gewonnenen Ergebnisse für Außenstehende möglichst plausibel aufzubereiten.

Es wurden sechs einstündige Feedbackrunden zum Codier- und Analyseverfahren mit der ILEGRA Forschungsgruppe während der Entwicklung der EPA durchgeführt. Die ILEGRA Forschungsgruppe bestand aus sechs Promovierenden, die zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen forschen. Alle Codebeschreibungen wurden besprochen. Einzelne Interviewpassagen wurden gemeinsam codiert und analysiert. Ziel war es auch



hier, den Analyseprozess der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse zu schärfen und die subjektiv gewonnenen Ergebnisse zu überprüfen.

Um eine konsensuelle Validierung des Auswertungsergebnisses zu erreichen, wurde eine Konsensrunde durchgeführt. Das Ziel der Konsensrunde bestand darin, die EPA hinsichtlich Vollständigkeit, Verständlichkeit und Transparenz zu überprüfen. Dies erfolgte durch die qualitative Methode der Konsensrunde, angelehnt an die Vorgaben von Taylor et al. (2020). Die Fragen basierten auf dem EQual-Qualitätsraster und bezogen sich auf die EPA-Struktur, Einschränkungen, Risiken sowie das dafür erforderliche Wissen, Fähigkeiten und Verhalten (Taylor et al., 2017) (siehe Anhang B Konsensrunde). Für die Konsensrunde wurde eine interprofessionelle Zusammensetzung gewählt, um alle interprofessionell relevanten Aspekte einer vorgeschlagenen EPA-Aktivität zu berücksichtigen. Es wurden bewusst Personen ausgewählt, die bereits selbst EPAs entwickelt und veröffentlicht hatten. Die Teilnehmer*innen erhielten den Interviewleitfaden mit den Fragen und die vorläufige EPA-Beschreibung im Voraus. Die Konsensrunde wurde für spätere Korrekturen und die Überprüfung des Inhalts aufgezeichnet und anhand der Audioaufnahmen ausgewertet. Die Aufzeichnung wurde unmittelbar nach der Auswertung gelöscht.

Reichweite

Die Sampling-Strategie wurde in Abschnitt 4.3.2 dargelegt. Aufgrund der Stichprobengröße basiert das Ergebnis der Erhebung auf relevanten Einzelmeinungen und erzählerisch aufbereiteten Einzelbeobachtungen. Eine Weiterverwendung der EPA und wichtige weitere einzuleitende Forschungsschritte werden im Diskussionsteil dieses Kapitels (siehe auch Abschnitt 4.5) detailliert dargelegt.



4.4 Ergebnisse

4.4.1 Stichprobenbeschreibung

Es wurden 20 leitfadengestützte Einzelinterviews geführt. 14 Interviews fanden in Präsenz statt, sechs Interviews online via Zoom. Im Durchschnitt dauerten die Interviews 42 Minuten.

Sechs Interviewteilnehmende waren männlich, 14 weiblich. Die Stichprobe war hinsichtlich der Berufserfahrung heterogen. Die Berufserfahrung lag zwischen 2 und 35 Jahren ($M = 10.15$, $SD = 9.89$), der Median lag bei 5.5 Jahren.

Alle Interviewpartner*innen waren am LMU Klinikum tätig. Unter den Interviewten waren:

- 7 Assistenzärzt*innen (ohne Leitungsfunktion),
- 1 Assistenzarzt*in mit Master of Medical Education (mit lehrbezogenen Aufgaben),
- 1 Facharzt*in (mit lehrbezogenen Aufgaben),
- 1 Oberarzt*in (mit Leitungsfunktion),
- 1 Oberarzt*in/Prof. (mit Leitungsfunktion; mit lehrbezogenen Aufgaben),
- 1 Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung (mit lehrbezogenen Aufgaben)
- 1 Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung (ohne Leitungsfunktion),
- 2 Pflegefachkräfte mit Fachweiterbildung (mit Leitungsfunktion; mit lehrbezogenen Aufgaben)
- 3 Pflegefachkräfte mit Fachweiterbildung (mit Leitungsfunktion),
- 2 Pflegefachkräfte mit Bachelorabschluss Pflegewissenschaften (ohne Leitungsfunktion).

16 Interviewpartner*innen arbeiteten auf Stationen der Inneren Medizin (Endokrinologie; Rheumatologie; Gastroenterologie; Onkologie; Kardiologie; Nephrologie; Pneumologie). Die anderen Fachdisziplinen umfassten Augenheilkunde, Pädiatrie, Geriatrie und Psychosomatik.

Vier Interviewpartner*innen verfügten über spezifische Kenntnisse und praktische Erfahrungen zu IPE und ICP, da sie aktiv an interprofessionellen Lehrprojekten beteiligt waren



beziehungsweise sind und/oder interprofessionelle Austauschformen in den von ihnen vertretenen Fachdisziplinen (Geriatric/ Psychosomatik) vorgeschrieben sind.

Die Interviewpartner*innen schätzten, dass sie zwischen 2 und 100 IPÜs ($M = 18.40$, $SD = 22.52$) pro Woche durchführten, der Median lag bei 10.00 IPÜs.

Die Berufserfahrung, Expertise und Anzahl der durchgeführten IPÜs wurden in der Analyse berücksichtigt, jedoch nicht unterschiedlich gewichtet.

4.4.2 Ergebnisse der Datenanalyse

Unsere Analyse resultierte in sieben Hauptkategorien mit Subkategorien. Insgesamt konnten 939 Textsegmente aus den Interviewtranskripten den Haupt- und Subkategorien zugewiesen werden. Tabelle 10 zeigt alle für das Auswertungsergebnis (EPA) relevanten Haupt- mit Subkategorien sowie die Anzahl der codierten Textsegmente je Subkategorie. Einige Subkategorien besitzen eine dritte Ebene, die aus Gründen der Übersichtlichkeit in Tabelle 10 nicht enthalten sind (diese finden sich im Anhang B Codieranleitung unter den Codebeschreibungen).

Tabelle 10

Liste der relevanten Haupt- und Subkategorien

Hauptkategorien	Subkategorien	Summe der codierten Textsegmente je Subkategorie
Rechtfertigung/Mehrwert IPÜ	Rechtfertigung IPÜ	22
	Ziele IPÜ	35
	Voraussetzung/Rahmenbedingungen IPÜ	30
Beschreibung IPÜ	Definition IPÜ	39
	Dauer IPÜ	27
	Zeitpunkte/ungeplanter Gesprächsanlass IPÜ	33
	Zeitpunkte/Gesprächsanlass geplante IPÜ	46
	Phasen IPÜ (Abläufe u. Prozesse)	87
Limitationen	Engeres Supervisionslevel und	12
	Komplexität des Patienten	5
Risiken und Fehler	Komplikationen u. Fehler	79
	Herausforderungen IPÜ	27
	Einfluss von Hierarchien	25



Entwicklung einer Entrustable Professional Activity (EPA): Interprofessionelle Patientenübergabe für Pflegefachkräfte (Teil 3)

Wissen, Fähigkeiten und Verhalten	Wissen: <i>Biomedizinisches Wissen und Klinisches Wissen,</i>	18
	<i>Professionsspezifisches Wissen, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses</i>	25
	Fähigkeiten: <i>Strategisches Wissen und Kollaboratives Wissen</i>	138
	Verhalten	114
		151
Einschätzung (Grundlagen für Fortschritt)	Fortschritt	8
	Beobachtungsintervalle	6
Erwartungen Niveau zur Selbständigkeit	Anvertrauen	5
	Selbständige Durchführung	7

Notiz: IPÜ steht für interprofessionelle Patientenübergabe

Im Folgenden werden die mittels Summary-Tabellen zusammengefassten paraphrasierten Haupt- und Subkategorien beschrieben.

Diese Beschreibungen der Haupt- und Subkategorien dienen der inhaltlichen Ausgestaltung des EPA-Strukturasters nach SIWF (2019) und ten Cate und Taylor (2020). Die erste Hauptkategorie Rechtfertigung/Mehrwert IPÜ wird nicht in die inhaltliche Ausgestaltung des EPA-Strukturasters eingeschlossen. Diese dient nur zur Einordnung und Darstellung der Bedeutung der Thematik IPÜ. Die im EPA-Strukturaster vorgegebenen Abschnitte Kompetenzdomänen und Gültigkeit wurden normativ gesetzt beziehungsweise auf Basis der Konsensrunde erarbeitet.

Rechtfertigung/Mehrwert IPÜ

Rechtfertigung IPÜ: Die Interviewten sehen den Mehrwert einer IPÜ in der verbesserten Patientenversorgung durch qualitativ hochwertige Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen. Der Informationsaustausch gewährleistet ein gemeinsames Verständnis über den Patienten und ermöglicht einen ganzheitlicheren Ansatz zur Versorgung, während Fehler vermieden und die Kontinuität der Versorgung gewährleistet wird. Eine effektive IPÜ führt zu besseren Entscheidungen und einen umfassenderen Behandlungsplan. Ein befragter Arzt führte hierzu aus: „*Natürlich hat jede Rolle eine Perspektive. Und der Vorteil der interprofessionellen Herangehensweise ist eben, dass durch diese Übergabe Informationen verfügbar werden für verschiedene Professionen, die sie ohne die interprofessionelle Interaktion nicht hätten*“ (A11 Pos. 2).



Ziele IPÜ: Die Interviewten betonen, dass alle Teammitglieder relevanten Informationen teilen und gut im Bilde über den Versorgungszustand des Patienten sein sollten, um eine optimale Versorgung sicherzustellen. Die Bedeutung eines umfassenden Verständnisses der Bedürfnisse des Patienten und der Berücksichtigung aller Versorgungsaspekte wird besonders hervorgehoben. Eine befragte Pflegefachkraft benennt das Ziel, *„dass wir halt einfach beide auf dem gleichen Wissensstand sind und wissen, wie wir mit dem Patienten arbeiten müssen, und der Patient kann am Ende nur davon profitieren“* (P4 Pos. 4).

Voraussetzungen/Rahmenbedingungen IPÜ: Die Interviewten beschreiben die Wichtigkeit einer ruhigen Umgebung und Konzentration während der Patientenübergabe und Dokumentation. Sie schlagen einen separaten Raum und strukturierte Meetings vor, um Konsistenz sicherzustellen. Dokumentation und Aktualität von Patienteninformationen sind wichtig, um Fehler zu vermeiden. Auch die Motivation zur Teamarbeit wird betont.

Beschreibung IPÜ

Definition IPÜ: Unter einer interprofessionellen Patientenübergabe im klinischen Setting verstehen die Interviewten einen kontinuierlichen, gleichberechtigten, strukturierten Informationsaustausch von patientenzentrierten Berufsperspektiven und Versorgungszielen eines Patienten oder einer Gruppe von Patient*innen zweier oder mehrerer Berufsgruppen. Mit dem Ziel den Versorgungsprozess durch gemeinsame Entscheidungsfindung und Evaluation sowie dem Transfer von Zuständigkeiten und Verantwortung von Versorgungsaspekten patienten- und bedarfsorientiert zu gestalten. Eine Ärztin beschreibt die IPÜ, *„jetzt aus meiner Sicht, die Pflegekraft kommt zu mir und stellt [mir den] Patienten vor, da brauche ich natürlich in meinem Berufsfeld erstmal Geschlecht und das Alter, weil es natürlich bei uns relativ wichtig ist in der Kinderheilkunde. Dann kurz, ob das Kind irgendwelche Grunderkrankungen hat, das kommt bei uns relativ häufig vor, dass wir chronisch kranke Kinder haben und akute Probleme, die die Pflegekraft mit mir besprechen will oder weswegen sie überhaupt zu mir kommt. Dann brauche ich natürlich irgendwie Raum, um Rückfragen zu stellen, wenn ich denke, die hat mir irgendetwas, oder ich brauche noch mehr Informationen, um das Problem zu lösen. Und dann eine gemeinsame Entscheidung, die zur Lösung des Problems irgendwie führt“* (A4 Pos. 2).

Dauer IPÜ: Den Interviewten wurde die Frage gestellt, wie lange IPÜs dauern. Die Antworten variierten je nach Faktoren wie Patientenkomplexität und Versorgungsbedarf. Im



Durchschnitt dauern Patientenübergaben zwischen 1-15 Minuten pro Patient*in, wobei einige nur wenige Sekunden dauern können, während andere bis zu einer halben Stunde dauern können.

Zeitpunkte/ungeplanter Gesprächsanlass IPÜ: Den Interviewten zufolge können ungeplante interprofessionelle Meinungs austausche und Rücksprachen, die eine interprofessionelle Konsultation erfordern, als IPÜs bezeichnet werden und jederzeit auftreten. Gründe für ungeplante IPÜs sind laut der Interviewten: veränderter Versorgungsbedarf und/oder Rahmenbedingungen des Patienten sowie Gesprächsbedarfe zur Bereitstellung von Informationen und Wissen über den Patienten und seinen Therapieverlauf. Eine Pflegefachkraft formuliert einen Bedarf wie folgt: „*wenn ich entweder Fragen zum Patienten habe, die mir auch keine Akten beantworten können oder auch keine Angehörigen beantworten können*“ (P9 Pos. 20).

Zeitpunkte/geplanter Gesprächsanlass: Die Interviewten nannten sechs geplante Austauschmomente. So kommt es bei der Visite zu kurzen Vor- (1) beziehungsweise -Nachbesprechungen (2), in denen Patienteninformationen bereitgestellt und ausgetauscht werden. Betont wurden die zwei elementare Zeitpunkte des interprofessionellen Austauschs: Die Morgenübergabe (3) und die Nachmittagsübergabe (4). Bei der Morgenübergabe werden auffällige Ereignisse der letzten 12 Stunden besprochen und relevante Punkte für den Tagesverlauf geklärt: „*dass morgendlich zu machen, dass man sozusagen auch die Informationen der letzten zwölf Stunden, wo das Ärzteteam nicht anwesend war, entsprechend nutzen kann*“ (A7 Pos. 12). In der Nachmittagsübergabe werden gesammelte Tagesinformationen zusammengeführt und die aktuellen Problemlagen und weitere Versorgungsaspekte des Patienten besprochen. Fest eingeplante interprofessionelle Austauschmomente sind zudem die Stationsvisite (5) und die Kurvenvisite (6). In der Stationsvisite werden punktuell interprofessionelle Fragen und Empfehlungen zur Patientenversorgung besprochen. Die Kurvenvisite dient beiden Berufsgruppen vor allem zur Kontrolle und Rückversicherung.

Phasen IPÜ (Abläufe u. Prozesse): Die Interviewten beschrieben die Phasen einer IPÜ in vier Einheiten. (1) Der Vorbereitungsphase, in der alle relevanten Patienteninformationen eingeholt werden (direkte und indirekte wie subjektive und objektive relevante Patienteninformationen). (2) Die Durchführungsphase strukturierten die Interviewten wie



folgt: (A) Oneliner: Name, Alter, Geschlecht, Aufnahmegrund, Liegedauer, Hauptdiagnose. (B) Pflege- und Sozialanamnese, pflegerischer Verlauf, aktuelle Situationsdarstellung, Planungen und Empfehlungen zum weiterem Verlauf. Während dieses Prozesses sollten Raum und Zeit für Rückfragen oder Anmerkungen beider Berufsgruppen gegeben sein. (3) Die Abschlussphase der IPÜ, so die Interviewten, mündet meist in eine konsentierende Entscheidungsfindung und einer kurzen Zusammenfassung und Verständnisüberprüfung mit begründeter Aufgabenverteilung. Eine Interviewte merkt hierzu an: „[...] und dann am Ende halt so bisschen eine Konsensfindung im Sinne von: Okay, wir haben das und das und das und das müssen wir heute tun. Da bin ich großer Fan von. Dass man jedem Patienten danach so ein bisschen klar die to dos festlegt, meinerseits wären das Untersuchungen, die angemeldet sind, damit uns beiden irgendwie klar ist: Das ist so der Tagesplan für den Patienten“ (A7 Pos. 31). (4) Die Nachbereitungsphase kennzeichnet sich darin, dass die neu gewonnenen Informationen an die Kolleg*innen weitergeben und die getroffenen Entscheidungen umgesetzt werden.

Limitationen der EPA

Engeres Supervisionslevel und Komplexität des Patienten: Ein engeres Supervisionslevel sollte laut den Interviewten bei Pflegefachkräften mit wenig Berufserfahrung bei Patienten ab Pflegegrad vier, vital bedrohten Patienten, Patienten mit palliativen und bei besonderes komplexen medizinischen Verläufen erwogen werden. Eine befragte Pflegefachkraft mit wenig Berufserfahrung beschreibt dies selbstreflektiert: „Beispielsweise wenn es um eine palliative Heimversorgung geht und das eine extrem belastende Situation ist für alle Beteiligten. Da ist mir persönlich eben auch schon aufgefallen, dass ich da noch nicht die richtige Ansprechpartnerin bin, weil ich noch nicht so kompetent auftreten konnte“ (P5 Pos. 50).

Mögliche Risiken bei Fehlern

Komplikationen und Fehler: Verschiedene Fehlerquellen wurden von den Interviewten aufgelistet, wie Patientenverwechslungen, falsche oder abweichende Informationsbasis, falsche Informationsvermittlung und Entscheidungen, die auf falschen oder fehlerhaften Informationen beruhen. Fehlende Weitergabe von gewonnenen Informationen innerhalb des Versorgungsteams und eine Annahme, dass Wissen bereits vorhanden ist, nicht umgesetzte Tätigkeiten trotz klarer Besprechung, können ebenfalls zu Fehlern führen. Ein befragter Arzt präzisiert: „Wenn beispielsweise rauskommt, dass Sachen, die man



besprochen hat, nicht übernommen wurden, die eine unmittelbare Relevanz hatten, die dazu führen, dass die Operation nicht stattfinden kann, die halt eben eine Verzögerung in dem ganzen Prozess bedeuten“ (A1 Pos. 90). Eine Über- oder Unterschätzung von Informationen können weitere Fehlerquellen darstellen, ebenfalls wie eine falsche Priorisierung und fehlende Zuständigkeitslisten.

Herausforderung IPÜ: In der interprofessionellen Patientenübergabe können laut den Interviewten verschiedene Herausforderungen auftreten. Eine besteht darin, die Gesprächsstruktur und Abfolge einzuhalten und Inhalte zu priorisieren: *„die grundsätzliche Herausforderung ist, dass alles, was den Patienten betrifft, kommunizieren zu können. Ja, dass mal etwas vergessen wird, ist ja menschlich, genau. Aber das halt wirklich alles strukturiert abgefragt wird oder also erzählt wird. Und ich glaube, dass ist eher die Herausforderung, dass man nichts vergisst, dass man für sich erst einmal eine Struktur hat“ (P2 Pos. 109). Fluktuation bei Pflegefachkräften und mangelndes Sprachverständnis stellen weitere Schwierigkeiten dar. Ein Rollenwechsel – beispielsweise von Informationsnehmenden zu Informationsgebern – kann ebenfalls eine Herausforderung darstellen. Interpersonelle Komplikationen wie Fehlkommunikation, persönliche und fachliche Differenzen sowie unerkannte Kommunikationsprobleme können zu Konflikten und damit zu genannten Fehlern führen. Störfaktoren während der IPÜ wie Kommunikationsbrüche (Telefonate), unwissendes Informationsdefizit und mangelnder Informationstransfer durch fehlende Kommunikationsstrukturen und fehlenden strukturellen Bedingungen wie Raum und Zeit können den reibungslosen Ablauf der interprofessionellen Patientenübergabe laut allen Interviewten stark beeinträchtigen.*

Einfluss von Hierarchien: Auch der Umgang mit hierarchischen Situationen, Nervosität und Wissensdefiziten bei seltenen Erkrankungen wird von allen aber vor allem von den interviewten Pflegefachkräften genannt. Fehlende konsenterte Entscheidungen können zu uneinheitlichen Entscheidungen führen. Manchmal können ärztliche Interessen über pflegerischen stehen und somit eine einvernehmliche Entscheidungsfindung erschweren.

Wissen, Fähigkeiten und Verhalten

Wissen: Biomedizinisches Wissen und klinisches Wissen, Professionsspezifisches Wissen zur Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses: Nach Abschluss ihrer Ausbildung sollten Pflegefachkräfte laut den interviewten Berufsgruppen ein breites Spektrum



an Wissen besitzen. Dazu gehört ein ausreichendes biomedizinisches Wissen zur Pathophysiologie, Physiologie und Krankheitslehre sowie klinisches Wissen über Aufnahmegrund, Diagnosen, Vorerkrankungen, Symptome und Krankheitsbilder: *„Ich erwarte, dass die Pflegekraft das medizinische Basiswissen hat, um entsprechende Krankheitsbilder zu kennen“* (A8 Pos. 48). Pflegefachkräfte sollten in der Lage sein, die Situation des Patienten einzuschätzen und über therapeutische Verfahren, prophylaktische Maßnahmen und postoperative Maßnahmen Bescheid wissen. Sie sollten typische und atypische Verläufe von Krankheitsbildern kennen und relevante klinikinterne Leitfäden und Behandlungspfade nutzen.

Die Interviewten betonten, dass Pflegefachkräfte über umfassendes Wissen zur Planung und Gestaltung des Pflegeprozesses verfügen sollten. Dies umfasst die Berücksichtigung des zugrundeliegenden Krankheitsbildes, des Krankheitsverlaufs und geeigneter medizinischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung und Mobilität, Abwehr gesundheitlicher Risiken, kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychischer Problemlagen. Ein interviewter Arzt führt hierzu aus: *„Ich erwarte von ihr, dass sie ihren Patienten kennt, dass sie ihn pflegerisch einschätzen kann, dass sie dezidiert benennen kann, wie das Pflegeausmaß des Patienten ist, dass sie auch eine Vorstellung hat, welche Pflegehilfsmittel für den Patienten angemessen sein könnten und optimaler Weise, dass die Pflegekraft, auch weil sie einfach näher an dem ist, auch Ängste und Sorgen des Patienten erkennt, uns rückmeldet, sodass man die gemeinsam besprechen kann, um eben auch diese psychische Gesundheit des Patienten adressieren zu können“* (A6 Pos. 28). Darüber hinaus sollte das Wissen auch die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte umfassen. Pflegefachkräfte – so alle interviewten Berufsgruppen – sollten auch in der Lage sein, pflegerische Verfahren zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen. Die befragten Ärzt*innen legten besonderen Wert darauf, dass Pflegefachkräfte in der Lage sind, den Leistungsumfang und das Aktivitätsniveau des Patienten zu beurteilen, geeignete Assessments durchzuführen und deren Ergebnisse präzise wiedergeben zu können: *„Wie ist sein Leistungsumfang oder das Aktivitätsniveau des Patienten, wo der mit seinem, wenn es ein älterer Patient ist mit seinem Barthel Index steht, um einschätzen zu können, ob der zum Beispiel in die Häuslichkeit entlassen werden kann oder ob man eine stationäre Versorgung braucht“* (A2 Pos. 24).



Pflegefachkräfte sollten zudem laut den Interviewten über ein ausgeprägtes Verständnis für die stationsspezifischen Abläufe und Austauschzeitpunkte verfügen, wie beispielsweise die Morgenbesprechung, die Visite und die Fallbesprechung. Zusätzlich sollten sie die spezifischen Ablaufprozesse, wie den Ablauf der Patientenübergabe und die Teilnehmer, kennen. Darüber hinaus sollten sie mit den gängigen Kommunikationsregeln und standardisierten Techniken vertraut sein, wie zum Beispiel dem SBAR-Modell, um effektive und präzise Informationen auszutauschen: *„Wir machen nur noch Übergabe noch nach SBAR. Das ist aber tatsächlich interessanterweise was, was die Pflege untereinander nutzt. Wenn die ihre Übergaben machen. Und da hat es jetzt noch niemand von uns erwartet, dass wir das auch nutzen. Die Pflege wird darauf geschult, dass die uns auch, wenn die uns anrufen, nach dem Dienst und zur Übergabe nach SBAR geben sollen“* (A7 Pos. 123).

Fähigkeiten: Strategisches und kollaboratives Wissen: Um eine hohe Qualität in der IPÜ zu gewährleisten, priorisieren die Interviewten, dass Pflegefachkräfte über eine ausgeprägte Deutungsfähigkeit verfügen. Diese befähigt sie dazu, zeitlich dringende Patientenproblemstellungen und -beobachtungen richtig einzuordnen und dementsprechend adäquate Patientenübergabewege und Austauschstufen auszuwählen. Es gilt Informationen zu filtern und zwischen relevanten und weniger relevanten Ereignissen zu unterscheiden. Relevante Ereignisse sollten sofort mündlich weitergegeben werden. So können gefährliche Verläufe durch Informationsdefizite, Notfälle oder veränderte Versorgungsbedarfe vermieden werden. Grundsätzlich gilt Bedingungswissen um Zeitpunkt der Patientenübergabe, Ablauf der Patientenübergabe, und die Teilnehmenden zu berücksichtigen.

Eine IPÜ erfordert eine sorgfältige Vorbereitung und Planung. Hierzu gehören eine Raum- und Zeitplanung sowie das Einholen aller relevanten indirekten und direkten sowie subjektiven und objektiven Patienteninformationen.

Pflegerische Problemstellungen sollten möglichst kurz und knapp auf den Punkt gebracht werden, indem Pflegefachkräfte das Wesentliche benennen und Besonderheiten hervorheben. Es gilt, Inhalte und Ziele dem Gesprächsverlauf anzupassen und empfangergerecht zu kommunizieren. Die Pflegefachkraft *„muss den Patienten gut kennen. Sie*



muss gut vorbereitet sein und sie muss Prioritäten setzen können, auf den Punkt kommen können“ (P9 Pos. 124). Bei Bedarf müssen Inhalte wiederholt und das Verständnis des Empfängers überprüft werden.

Während der Durchführung der IPÜ sollten Pflegefachkräfte auf standardisierte Kommunikationstechniken wie die WWSZ-Technik (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen), Spiegel-Technik, Teach-Back, SOAP, Closed Loop und SBAR zurückgreifen: *„Der Rahmen, dass man einfach wirklich ein Format hat, wie man nochmal im Sinne eines „Closed Loop“ nochmal überprüfen kann, ob alles verstanden ist, ob es Probleme gibt, ob alles okay ist, ob alle auch einverstanden sind“ (A2 Pos. 79).*

Während der IPÜ, so die Interviewten, sollte darauf geachtet werden, nicht zu interpretieren, sondern gezielt nachzufragen, um Missverständnisse zu vermeiden. Dabei ist es wichtig, das gegenseitige Verständnis regelmäßig zu überprüfen und pflegespezifische sowie persönliche Sichtweisen offen zu äußern. Auch gegenüber Fragen anderer Berufsgruppen, beispielsweise zu Pflegemaßnahmen, sollten Pflegefachkräfte eine offene Haltung einnehmen und Rückfragen zulassen, um Unklarheiten zu beseitigen. Eigene offene Fragen und Unsicherheiten sollten gestellt und erkannt werden, um die eigene Nachvollziehbarkeit beispielsweise in Bezug auf Richten von Medikationen, Therapieverläufen oder Operationen sicherzustellen. Bei Verständnisproblemen oder unbekanntem Fachbegriffen raten vor allem die befragten Ärzt*innen dazu, Rückfragen sofort zu stellen oder gegebenenfalls am Ende des Gesprächs nachzufragen. Nach Abschluss der IPÜ sollten Pflegefachkräfte die ärztliche Perspektive und Anordnungen rekapitulieren und die gewonnenen Informationen reflexiv verarbeiten.

Verhalten: Die Interviewten betonten die Rolle des Teams, dass sich als Einheit begreifen sollte. Wichtig ist es den Interviewten, Gesprächspartnern die Sicherheit zu geben, ihre Meinungen, Missverständnisse oder Fehler zu äußern, und ihre Beiträge ernst zu nehmen und als gleichwertig zu betrachten. Interprofessionelle Austauschmomente sollten wertgeschätzt werden und alle beteiligten Berufsgruppen sollten Verständnis für die Sichtweisen anderer Professionen und Aufgabengebiete zeigen.

Beide Berufsgruppen fordern zu mehr Zuverlässigkeit auf. Dies erfordert, aktiv und interessiert zuzuhören und Nebengespräche zu vermeiden. Verbindliches und zuverlässiges Verhalten bei der Durchführung der innerhalb der IPÜ getroffenen Zuständigkeiten, ein-



schließlich ärztlicher Anordnungen, so die Berufsgruppen sind unerlässlich. Ein interviewter Arzt beschreibt das Problem wie folgt: *„Und das ist dann doch ein bisschen mühsam eben dann für den Teamleiter, für den Arzt, der das alles leitet, macht und tut, wenn es dann doch nicht klappt, obwohl man es aber besprochen hat“* (A10 Pos. 84).

Die Interviewten betonen die Wichtigkeit des Einnehmens einer patientenzentrierten Haltung, also das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt der beruflichen Handlungen, Kommunikation und Entscheidungen zu stellen. Von großer Bedeutung für die interviewten Pflegefachkräfte ist, dass sie innerhalb der IPÜ die Interessen der Patient*innen wahrnehmen und vertreten sollten: *„Zu sehen, ob der Patient noch Unsicherheiten oder Fragen hat, wenn das dann der Fall ist, einzusteigen und dann noch einmal aktiv nachzufragen. „Herr XY, haben Sie das verstanden? Ist das für Sie so okay?“. Ja, da schon auch die Interessen des Patienten einfach zu vertreten, um zu gucken, dass man da so ein bisschen in diese Richtung geht“* (P3 Pos. 53).

Alle Interviewten unterstreichen zudem die hohe Verantwortung von Pflegefachkräften innerhalb der IPÜ. Sie sollten ihre pflegerische Perspektive als ebenso wichtig anerkennen wie die der anderen Berufsgruppen. Dabei ist es wichtig, die hierarchischen Strukturen innerhalb der IPÜ zu beachten, jedoch sollten diese nicht als Hindernis für eine aktive Einbringung betrachtet werden. Pflegefachkräfte sollten mutig auftreten und ihrem eigenen Wissen und Fachverständnis vertrauen, um einen wertvollen Beitrag zum Behandlungsprozess des Patienten zu leisten: *„Ja, also ich finde schon, sie sollten nicht zu unterwürfig sein. Mutig. Also die können eine ganze Menge, wenn sie frisch von der Schule kommen. Die sind sehr gut ausgebildet“* (P4 Pos. 135). Dabei sollten sie auf ihre eigene Fachlichkeit vertrauen und selbstbewusst auftreten – auch um für ihren Berufsstand einzutreten.

Während der IPÜ sollten Pflegefachkräfte persönliche Befindlichkeiten im Sinne des Patientenwohls zurückzustellen. Ein weiterer wichtiger Faktor innerhalb der IPÜ ist die Anerkennung und Wertschätzung der Meinungen anderer Berufsgruppen. Es ist von großer Bedeutung, eine konstruktive Haltung einzunehmen und Abstriche an der eigenen Meinung machen zu können. Zudem ist es auch wichtig zu beachten, dass nicht alle Professionen an jedem Entscheidungsprozess beteiligt sein müssen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Anerkennung der eigenen Grenzen des Vorwissens. Dies erfordert ein hohes Maß an Selbsterkenntnis und die Fähigkeit, um Hilfe und Feedback zu bitten. So



sollten alle Beteiligten auch bereit sein, Fach- und Erfahrungswissen innerhalb des interprofessionellen Teams weiterzugeben: *„Also ich profitiere wahnsinnig von jungen Ärzten und Ärztinnen, die auch Lust haben, mir was zu erklären. Ich frage auch viel, weil ich dadurch viel mehr verstehe“* (P5 Pos. 100).

Einschätzung (Grundlagen für Fortschritt)

Fortschritt: Um Fortschritte bestimmen zu können, bedarf es laut den Interviewten mehrere Übungseinheiten und Bewertungen. Pflegefachkräfte in Ausbildung und Berufseinsteiger*innen benötigen Unterstützung, um den Gesamtüberblick zu bewahren und diesen wiedergeben zu können: *„Dass man alle Informationen parat hat. Also dass man so ein allumfassendes Bild sozusagen von dem Patienten schaffen kann, was einem als Anfänger nicht gelingt. Das muss man, glaub ich, auch nicht können am Anfang, aber man vergisst halt immer noch Sachen. Und man muss wirklich für sich selber so eine Struktur, Arbeitsstruktur auch schaffen“* (P5 Pos. 138). Als Faktor für Fortschritt beschreiben die Interviewten, dass Pflegefachkräfte ein umfassendes Bild des Patienten besitzen und die Problemlagen des Patienten priorisieren und spezifisch darlegen können. Laut den Interviewten ist ein weiterer Punkt, anhand dessen Fortschritte feststellbar sind, wenn Pflegefachkräfte ihre eigenen Grenzen hinsichtlich ihres Wissen und ihrer praktischen Fähigkeiten erkennen und diese kommunizieren können. Die interviewten Berufsgruppen unterstrichen jedoch auch, dass Lernende an ihren Aufgaben wachsen dürfen und müssen: *„also man sagt ja, man wächst mit seinen Aufgaben, das finde ich nach wie vor richtig. Und man muss den Leuten so etwas zutrauen. Aber die Leute müssen natürlich auch so weit sein, dass sie ihre Grenzen kennen und das sie dann auch sagen: Nein, das kann ich jetzt nicht mehr, hilf mir doch mal dabei“* (P9 Pos. 74).

Beobachtungsintervalle: Für eine Bewertung hinsichtlich des Anvertrauens der Tätigkeit IPÜ schlagen die Interviewten zunächst einzelne Beobachtungssequenzen vor, um eine erste Einschätzung von dem Wissen und Fähigkeiten zu bekommen. Die Interviewten hoben die Anwendung einer Checkliste oder eine Überprüfung der Pflegeverlaufsdokumentation hervor. Eine interviewte Ärztin hält in Bezug auf Überprüfungsmethoden *„Checklistenformate“* und *„Mini-CEX“* [für] *„extrem wertvoll“* (A1 Pos. 134). Diese Methoden könnten eine schnelle und effiziente Möglichkeit sein, um den Wissenstand und die Fähigkeiten von Pflegefachkräften zu beurteilen. Für eine langfristige Bewertung schien



es den Interviewten notwendig, auf mehrere Informationsquellen (Patientenübergabebogen, Verlaufsdokumentation, Überprüfung der durchgeführten Pflegemaßnahmen) zurückzugreifen und diese regelmäßig zu überprüfen. Darüber hinaus war es den Interviewten wichtig, regelmäßige Praxisanleiter*innengespräche (Multisource Feedback und EBD) abzuhalten, um Fortschritte zu besprechen und eine Gesamtbewertung gemeinsam mit dem Lernenden vorzunehmen.

Erwartungen an das Niveau zur Selbständigkeit

Anvertrauen: Die Interviewten waren sich darin einig, dass die Tätigkeit IPÜ erst ab dem zweiten Ausbildungsjahr (zweites Ausbildungsdrittel) unter direkter Supervision anvertraut werden kann: „*Im zweiten Ausbildungsjahr, kann man das schon/ Also auch, vielleicht ein, zwei Patienten mit ganz viel Hilfe, auch im ersten Jahr*“ (P4 Pos. 161). Die Interviewten unterschieden jedoch auch im Setting, ob sie die Tätigkeit IPÜ anvertrauen können: „*In der Fallbesprechung, ja. In der Früh, nein. Also ich nehme mal die eine oder anderen mit*“ (P4 Pos. 157). Die interviewte Pflegefachkraft differenziert jedoch zusätzlich und knüpft das Anvertrauen an andere erworbene Kompetenzen: „*Wenn Schüler schon ihren eigenen Pflegebereichen haben. Wenn der schon einen eigenen Bereich zugeteilt hat, dann kann er auch diesen Bereich selbständig in der Früh übergeben*“ (P4 Pos. 157).

Selbständige Durchführung: Eine selbständige und unbeaufsichtigte Durchführung einer IPÜ wird von den meisten Interviewten für Pflegefachkräfte in Ausbildung und für Berufseinsteiger*innen nicht empfohlen: „*Häufigsten Fehler, den ich sehe, ist eben, dass man die Informationen weitergibt, die alle schon haben. Also, dass wenn ich sag: Der Herr Müller liegt da, dann weiß ich, oder muss ich als Pflegekraft wissen, der Herr Müller hat eine Pneumonie, wird gerade mit dem behandelt. Die Informationen brauche ich, wenn der Patient neu ist, das heißt der Patient wird neu aufgenommen, dann kann derjenige natürlich die Übergabe machen. Kann sagen, der ist gekommen wegen dem und dem. Aber ich brauche die grundsätzlichen Informationen nicht, sondern ich brauche die neuen Informationen. Und das muss ja eigentlich eine Pflegekraft auch einschätzen können. Was sind die Informationen der letzten 18 Stunden? Was ist neu dazugekommen oder was für Probleme sind dazugekommen? Oder... genau das... Und das könnten gute Pflegekräfte und die Pflegeschüler können es eben in der Regel noch nicht*“ (A8 Pos. 100). Eine Interviewte Pflegefachkraft führt hierzu zusätzlich aus: „*Also wenn es*



dann, was das Fachspezifische angeht, wenns dann schon sehr komplex ist, dann würde ich schon sagen, dann würde ich die frisch Examinierte schon erstmal noch an die Hand nehmen und da unterstützend dabei sein“ (P3 Pos. 55).

4.4.3 Ergebnisse der Konsensrunde

Wir haben eine interprofessionelle Konsensgruppe aus zwei Ärzt*innen (mit MME) und zwei Pflegeexpert*innen rekrutiert. Ziel war es, die vorläufige erstellte EPA mit alternativen Interpretationen durch den Einbezug verschiedener Lesarten zu konfrontieren, um eine Intersubjektivität herzustellen und die subjektiv herausgearbeiteten Einschätzungen der Interviewten der Stichprobe zu hinterfragen. Die Fragen und die entwickelte EPA wurde den Teilnehmenden zwei Wochen vor der Sitzung per E-Mail zugeschickt. Ein Moderator verwendete einen strukturierten Leitfaden (siehe Anhang B Konsensrunde), um die Diskussion via Zoom zu leiten.

Die an der Konsensrunde Beteiligten kritisierten hinsichtlich der Verständlichkeit insbesondere die gesetzte Definition der interprofessionellen Patientenübergabe. Kritische Punkte bezogen sich hierbei primär auf die Breite der Definition. Hieraufhin wurden die Austauschstufen der EPA gemeinsam mit den Expert*innen erarbeitet. Kürzungen beziehungsweise eine präzisiertere Darstellung wurden in den Abschnitten Wissen, Fähigkeiten und Verhalten gefordert. Ebenso wurden einzelne ausformulierte Punkte gemeinsam mit den Expert*innen innerhalb der Kategorien WFV neu gruppiert und umformuliert. Zudem wurde der stark differenziert ausgearbeitete Bezug zur Kommunikationstechnik SBAR gekürzt. Die Expert*innen fügten jedoch keine neuen Wissens Elemente oder Fähigkeiten hinzu. Weitere Anmerkungen bezogen sich auf einzelne unklare Formulierungen, die Darstellungsform und den logischen Aufbau der EPA. Alle Anmerkungen wurden in die EPA eingearbeitet. Zudem wurde die Gültigkeit der EPA mit den Expert*innen diskutiert. Gemeinsam mit den Expert*innen wurde festgelegt, dass die EPA ihre Gültigkeit beim Wechsel in eine andere Klinik oder auf eine andere Station mit anderer Struktur verlieren muss.



4.4.4 EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen

Um die zusammengefassten paraphrasierten Haupt- und Subkategorien (siehe auch Abschnitt 4.4.2) in ein EPA-Strukturraster integrieren zu können, wurden die Analyseergebnisse stark zusammengefasst (siehe auch Abschnitt 4.3.6). Zudem wurden die herausgearbeiteten Inhalte zu Wissen, Fähigkeiten und Verhalten zu beobachtbaren Aktivitäten umformuliert. Mithilfe des vorgegebenen EPA-Strukturrasters und der in den Abschnitten 4.1.2 und 4.1.3 beschriebenen theoretischen Bezüge wurden die Inhalte gruppiert und anschließend integriert (siehe Tabelle 11). Das EPA-Strukturraster der SIWF (2019) wurde an das von ten Cate und Taylor (2020) aktualisierte simultane EPA-Strukturraster angepasst. Aufbauend auf den Analyseergebnissen und den Ergebnissen der Konsensrunde konnte eine EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen entwickelt werden (siehe Tabelle 11). Im Diskussionsteil dieser Arbeit (siehe auch Abschnitt 4.5) wird die Integration der Analyseergebnisse in das EPA-Strukturraster dargestellt. Zunächst werden die Analyseergebnisse zur Tätigkeit IPÜ diskutiert. Ferner werden Abweichungen zu den Vorgaben aus SIWF und ten Cate und Taylor (2021) kritisch beleuchtet.

Tabelle 11

EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen

Titel	Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen
Beschreibung (Spezifizierung und Eingrenzung)	<p>Die/der Pflegefachfrau/-mann kann eigenständig auf allen klinischen Fachgebieten eine interprofessionelle Patientenübergabe durchführen und entgegennehmen.</p> <p>Die Entrustable Professional Activity (EPA) umfasst hierbei eine kontinuierliche, gleichberechtigte und strukturierte Weitergabe und Entgegennahme von pflegerelevanten Informationen sowie den Transfer von Zuständigkeiten und Verantwortung von Versorgungsaspekten.</p> <p>Je nach Bedarfssituation besteht darüber hinaus das Ziel, den Versorgungsprozess durch reflexives Verhandeln und gemeinsames Entscheiden patientenorientiert zu gestalten.</p> <p>Die EPA umfasst drei Austauschstufen. Diese sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Teilen von Informationen 2. Aushandeln einer gemeinsamen Informationsbasis 3. gemeinsames Entscheiden <p>Die Ausführung der EPA ist abhängig von Situation und Kontexten. Im Bedarfsfall dient die Patientenübergabe auch zum Aushandeln einer gemeinsamen Informationsbasis und Entscheidungsfindung.</p> <p>Die Ausführung dieser EPA beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mündliche und schriftliche Patientenübergaben von patientenbezogenen Informationen, ▪ alle geplanten wie auch ungeplanten klinischen interprofessionellen Patientenübergaben mit allen an der Patientenversorgung beteiligten Gesundheitsberufen,



Entwicklung einer Entrustable Professional Activity (EPA): Interprofessionelle Patientenübergabe für Pflegefachkräfte (Teil 3)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ alle Vorbereitungen, einschließlich des Einholens aller relevanter Patienteninformationen (direkte und indirekte wie subjektive und objektive relevante Patienteninformationen), ▪ bedarfsorientierte Auswahl der Austauschstufen, angepasst an Situation, Patient und Kontext. ▪ folgende pflegespezifische Informationen sollten mindestens übermittelt werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ priorisierte, standardisierte Vorstellung einer pflegerischen Fachexpertise, die für den einzelnen Patienten erforderlich ist, entsprechend Patientenübergabeziel und Besprechungssetting (einschließlich Name, Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, aktuelle Situations- und pflegerische Verlaufsdarstellung und/oder -problemstellung), ▪ Aufnahmegrund, Liegedauer, pflegerische und soziale Anamnese sowie aktuelle Parameter, ▪ aktuelle weitere Planungen und Empfehlungen zur weiteren Maßnahmenplanung. ▪ Klärung begründeter Zuständigkeiten, ▪ ggf. gemeinsame Verständnisüberprüfung der gegebenen und entgegengenommenen Informationen, ▪ ggf. Klärung eigener oder fremder Informationsdefizite, ▪ ggf. Ansprechen offener Fragen, Meinungsverschiedenheiten und Unsicherheiten, ▪ ggf. konsensorientierte Entscheidungsfindung. <p>Limitationen:</p> <p>In folgenden Situationen ist die Überprüfung eines engeren Supervisionslevels notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notfälle (bspw. Sturz, Reanimation), ▪ instabile und beziehungsweise vital bedrohte Patienten, ▪ Patienten mit besonders komplexen pflegerischen Versorgungsbedarfen (z. B. Pflegegrad 4).
<p>Mögliche Risiken bei Fehlern</p>	<p>Bei der IPÜ: Patientenverwechslungen; falsche oder abweichende Informationsbasis; falsche, fehlende bzw. mangelhaft priorisierte, strukturierte Informationsweitergabe; Über- oder Unterschätzung beziehungsweise Falschbewertung von Informationen; Informationsbrüche durch fehlende strukturelle Bedingungen; fälschliche Annahme von Vorwissen der Gesprächspartner*innen; interpersonelle Konflikte; mangelnde Fachkenntnis aufgrund fehlender Nachfrage- und/oder Aufklärungsbereitschaft; Fehlkommunikation/Missverständnisse; fehlende Rücksicht auf Sprachbarrieren; fehlende Rückkoppelung/Rückbestätigung der besprochenen Informationen; fehlende beziehungsweise unklare Verteilung von Zuständigkeiten.</p> <p>Infolge dieser möglichen Risiken sind negative Folgen für den Patienten möglich, da die auf falschen beziehungsweise fehlenden Informationen beruhenden medizinischen und pflegerischen Entscheidungen innerhalb der IPÜ die Grundlage bilden für weitere Diagnostik, Therapie und medizinische/pflegerische Betreuung des Patienten. Folglich kann es zu Behandlungsfehlern kommen.</p>
<p>Bedeutendste Kompetenzdomänen</p>	<p>Lehrplan und Ausbildungsplan für die Berufsfachschule für Pflege/Ausbildung zur Pflegefachfrau beziehungsweise zum Pflegefachmann (2020); III. "Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten", III.3.b.</p>
<p>Wissen, Fähigkeiten, Verhalten</p>	<p>Wissen:</p> <p>Basiswissen zu Physiologie und zu Krankheitsbildern der jeweiligen Fachgebiete. Kenntnis zu Pflegediagnosen und Pflegekonzepten.</p> <p>Wissen um relevante klinikinterne Leitfäden beziehungsweise Behandlungspfade beziehungsweise Standards. Patientenspezifische Aufnahmegründe, Diagnosen, Vorerkrankungen, Symptome und Symptommuster; pflegespezifische und soziale Einzelheiten zum derzeitigen Allgemeinzustand des Patienten.</p> <p>Planung und Gestaltung des Pflegeprozesses auf Basis des zugrundeliegenden Krankheitsbildes, des Krankheitsverlaufs und geeigneter medizinischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere der Selbstversorgung und Mobilität, Abwehr gesundheitlicher Risiken (Adherence, Red Flags), kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychischer Problemlagen sowie der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.</p> <p>Assessmentmethoden (Beobachtungen und Erhebungskonzepte) zur Einordnung des Betreuungsbedarfs und das Aktivitätsniveau des Patienten.</p> <p>Wissen um stationsspezifisch festgelegte Austauschzeitpunkte (Morgenbesprechung, Visite, Fallbesprechung) und stationsspezifische Ablaufprozesse (Ablauf der Patientenübergabe, Teilnehmende).</p> <p>Wissen um Kommunikationsregeln und standardisierter Kommunikationstechniken (bspw. SBAR).</p> <p>Fähigkeiten:</p>



Entwicklung einer Entrustable Professional Activity (EPA): Interprofessionelle Patientenübergabe für Pflegefachkräfte (Teil 3)

	<p>Deutungsfähigkeit: Einordnung zeitlich dringender Patientenproblemstellungen und -beobachtungen und Auswahl folgerichtiger Patientenübergabewege und Austauschstufen zur Abwendbarkeit gefährlicher Verläufe (z. B. Informationsdefizit, Notfall, veränderter Versorgungsbedarf).</p> <p>Vorbereitung und Planung der IPÜ: Raum- und Zeitplanung sowie Einholen aller relevanter indirekter und direkter sowie subjektiver und objektiver Patienteninformationen.</p> <p>Durchführung: Verwendung von standardisierten Kommunikationstechniken (z. B. WWSZ-Technik, Spiegel-Technik, Teach-Back, SOAP, Closed Loop und SBAR). Auf eine empfangergerechte Kommunikation achten. Klar kommunizieren und Interpretationsspielräume vermeiden.</p> <p>Reflexion: ärztliche Perspektive und Anordnungen rekapitulieren und die gewonnenen Informationen reflexiv verarbeiten.</p> <p>Verhalten:</p> <p>Empowerment: Sich als interprofessionelles Team begreifen. Sich der eigenen Rolle innerhalb der IPÜ bewusst sein. Gesprächspartner die Sicherheit geben, Meinungen, Missverständnisse oder fremd- und selbstverschuldete Fehler äußern zu können. Gesprächsbeiträge ernst nehmen und als gleichwertig zu anderen betrachten. Interprofessionelle Austauschmomente wertschätzen. Verständnis für die Sichtweisen anderer Professionen und Aufgabengebiete zeigen.</p> <p>Zuverlässigkeit: Aktiv interessiert zuhören und Nebengespräche vermeiden. Verbindliches wie zuverlässiges Verhalten zur verantwortlichen Durchführung der innerhalb der IPÜ getroffenen Zuständigkeiten (inklusive ärztlicher Anordnungen). Zeitlichen Ressourcen anderer beachten.</p> <p>Patientenzentriertheit: Das Patientenwohl in den Mittelpunkt der eigenen beruflichen Handlung und Kommunikation stellen. Dies wird erreicht, indem eine patientenorientierte Denkweise eingenommen und das Fachwissen zum Nutzen der Patienten eingesetzt wird. Zudem werden alle Entscheidungen zum Wohle des Patienten begründet getroffen.</p> <p>Professionsverständnis: Pflegerische Fachperspektive und eigene Entscheidungen und Empfehlungen innerhalb des Versorgungsprozess des Patienten verantworten. Eigene Fachlichkeit und Professionalität einbringen. Die Interessen des Patienten in der IPÜ im Sinne der <i>Advocacy Care</i> vertreten und verbalisieren.</p> <p>Bescheidenheit: Erkennen der eigenen persönlichen und beruflichen Grenzen sowie möglicher Wissensdefizite. Bereitschaft, berufliche Ziele und persönliche Befindlichkeiten im Sinne des Patientenwohls zurückzustecken. Bereitschaft, um Hilfe und Feedback zu bitten. Bereitschaft, aus Fehlern, Feedback und dem Fachwissen der anderen zu lernen und sich weiterzuentwickeln. Bereitschaft Fach- und Erfahrungswissen innerhalb des interprofessionellen Teams weiterzugeben.</p>												
<p>Einschätzung (Assessment), Grundlagen für Fortschritte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ad-hoc Entscheidung: Schnelle Bewertung mit wenigen Informationsquellen (z. B. nur eine Beobachtung mit Anwendung der Checkliste oder Überprüfung der Pflegeverlaufsdokumentation). ▪ Summative Entscheidung: Langfristige Bewertung mit mehreren Informationsquellen und dem Charakter einer Zulassung: mehrmals (mind. 2x) Beobachtung, Besprechung (mind. 4x) und Bewertung der Pflegeverlaufsdokumentation (mind. 4x) <p>Mögliche Instrumente, die für die Bewertung verwendet werden können:</p> <table border="1" data-bbox="432 1458 1487 1756"> <thead> <tr> <th>Ansätze</th> <th>Methoden</th> <th>Instrumente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beobachten</td> <td>kurze und fokussierte Beobachtung</td> <td>beobachtbare Aktivitäten (Checkliste)</td> </tr> <tr> <td>Besprechung</td> <td>kurze Gespräche</td> <td>Multisource Feedback und EBD</td> </tr> <tr> <td>Überprüfung von Arbeitsergebnissen</td> <td>Bewertung von Produkten</td> <td>Pflegeverlaufsdokumentation</td> </tr> </tbody> </table>	Ansätze	Methoden	Instrumente	Beobachten	kurze und fokussierte Beobachtung	beobachtbare Aktivitäten (Checkliste)	Besprechung	kurze Gespräche	Multisource Feedback und EBD	Überprüfung von Arbeitsergebnissen	Bewertung von Produkten	Pflegeverlaufsdokumentation
Ansätze	Methoden	Instrumente											
Beobachten	kurze und fokussierte Beobachtung	beobachtbare Aktivitäten (Checkliste)											
Besprechung	kurze Gespräche	Multisource Feedback und EBD											
Überprüfung von Arbeitsergebnissen	Bewertung von Produkten	Pflegeverlaufsdokumentation											



Entwicklung einer Entrustable Professional Activity (EPA): Interprofessionelle Patientenübergabe für Pflegefachkräfte (Teil 3)

Erwartungen an das Niveaus zur Selbstständigkeit	<ol style="list-style-type: none"> 1. besitzt Vorwissen, darf nur beobachten (erstes Ausbildungsdrittel) 2. kann unter direkter Aufsicht arbeiten: Praxisanleiter*in ist im Raum anwesend (zweites Ausbildungsdrittel) 3. kann ohne Aufsicht arbeiten: Praxisanleiter*in ist innerhalb von wenigen Minuten Vorort (drittes Ausbildungsdrittel/ Berufseinsteiger*innen) 4. kann eigenständig Arbeiten, ohne Aufsicht (examinierte Pflegefachkraft mit mind. 2 Jahren Berufserfahrung) 5. kann mit Weiterbildung Praxisanaleitung Auszubildende bei der Durchführung der Tätigkeit supervidieren (examinierte PFK mit Praxisanleitung)
Gültigkeitsdauer	Bei Klinikwechsel oder Stationswechsel mit anderen Strukturen ist ein erneutes Assessment nötig. Nach längerer Absenz und/oder bei neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen sollte ein neues Assessment erwogen werden.



4.5 Diskussion

Ziel dieser Studie war es, eine EPA zur interprofessionellen Patientenübergabe zu entwickeln. Im Zuge dessen definierten wir zunächst die Rolle von Pflegefachkräften bei der selbstständigen Durchführung einer interprofessionellen Patientenübergabe. Dazu gehörte, zu verstehen, welche Aktivitäten und Teilaktivitäten Pflegefachkräfte für diesen Prozess benötigen. Schließlich integrierten wir die analysierten Aktivitäten in das von ten Cate und Taylor (2021) vorgeschlagene EPA-Strukturraster.

Die fast paritätisch interprofessionell gewählte Stichprobe kann als Qualitätsmerkmal der entwickelten EPA genannt werden. Dies stellt sicher, dass alle Perspektiven unabhängig der Rollenzuordnung in unsere EPA einfließen konnten. In Anbetracht der Tatsache, dass es darum geht, die Fähigkeit von Absolvent*innen zu überprüfen, ist dies für die EPA-Entwicklung nicht nur angemessen, sondern unerlässlich (Taylor et al., 2020).

Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen als komplexe und vielschichtige Arbeitseinheit

Entgegen der gängigen Auffassung, dass eine Patientenübergabe lediglich dem reinen Transfer von Informationen dient (siehe auch Hinding et al., 2019), zeigte die Auswertung unserer Interviewstudie, dass die Interviewten die Patientenübergabe zwischen den Berufsgruppen der Pflege und der Ärzteschaft als diskursiven Austauschmoment betrachten. Je nach Bedarfssituation besteht bei den Interviewten neben dem Informationstransfer das Ziel, den Versorgungsprozess durch reflexives Verhandeln und gemeinsames Entscheiden patientenorientiert zu gestalten. Die EPA umfasst somit drei Austauschstufen, die je nach Situation und Kontext eingesetzt werden können. Mit der vorgeschlagenen Struktur orientieren wir uns auch an den vier Phasen von Gibson et al. (2010) (siehe auch Abschnitt 4.1) und den von uns in Teil 1 postulierten Aktivitäten (siehe auch Abschnitt 2.3.4). Damit setzt unsere IPÜ eine bedarfsorientierte Auswahl der Austauschstufen voraus und endet gegebenenfalls auch mit einer konsentierten Entscheidungsfindung. In unserer Darstellung der IPÜ beziehen wir uns sowohl auf die mündliche als auch auf die schriftliche Weitergabe von patientenbezogenen Informationen, um die Übergabewege möglichst einheitlich zu gestalten (siehe auch Meth et. al. 2013). Gleichzeitig schließen wir alle geplanten und ungeplanten IPÜs zwischen den Gesundheitsbe-



rufen ein. Denn in der tatsächlichen Praxis variieren die Patientenübergabeprozesse erheblich. Unterschiede zeigen sich sowohl in der strukturellen Ausgestaltung, den konkreten Inhalten und der methodischen Umsetzung der Übergabe als auch im Kommunikationsstil der Beteiligten (siehe auch Blank & Zittlau, 2017; Meth et al., 2013). Auch in unserem gewählten Setting verlaufen Patientenübergaben häufig unstrukturiert und spontan. Eine fehlerfreie Informationsweitergabe im Rahmen der Patientenübergabe wird jedoch nur durch eine strukturierte und zielgerichtete Kommunikation unterstützt (Müller et al., 2018). Für die Strukturierung der zu transferierenden Inhalte (subjektive und objektive Quellen; siehe auch Blank & Zittlau, 2017) orientieren wir uns daher am SBAR-Konzept (Foster & Manser, 2012; von Dossow & Zwißler, 2016), das sowohl für Ärzt*innen als auch für Pflegefachkräfte empfohlen wird (siehe auch Charité - Universitätsmedizin Berlin, 2018). Analog zu unseren Ergebnissen sieht das SBAR-Konzept darüber hinaus die Verteilung weiterer Verantwortlichkeiten und gegebenenfalls eine gemeinsame Verständnisprüfung der erhaltenen Informationen vor (siehe auch Foster & Manser, 2012; Höchter et al., 2018; von Dossow & Zwißler, 2016). Unsere Ergebnisse zeigen aber auch, dass Pflegefachkräfte und Ärzt*innen bereits Informationen wie Patientenidentifikation, Angaben zu aktuellen Problemen und Behandlungsplänen in ihre IPÜs einbeziehen. Darüber hinaus enthalten die meisten der beschriebenen IPÜs Erläuterungen und Begründungen. Wie in der Interviewstudie von Meth et al. (2013) weisen auch unsere Ergebnisse darauf hin, dass dies zu einem besseren Verständnis und Motivation hinter den gestellten Diagnosen und geplanten Therapien beiträgt und zu einer verbesserten interprofessionellen Entscheidungsfindung führen kann (siehe auch Meth, 2013). Die von den Interviewten genannten pflegespezifischen Inhalte des Informationstransfers wurden aus den Analyseergebnissen sowohl aus ärztlicher als auch aus pflegerischer Perspektive zusammengestellt und bilden somit eine interprofessionelle Perspektive für unser gewähltes Setting (LMU Klinikum) ab. Dennoch stellen wir die pflegerische Perspektive der zu übermittelnden Informationen in den Vordergrund, so dass nicht, wie in der Praxis meist üblich, primär medizinische Informationen wie Diagnosen, Operationen und Vitalwerte von Pflegefachkräften übermittelt werden (siehe auch Blank & Zittlau, 2017), sondern, wie von unseren Interviewten gefordert, pflegerelevante Informationen. Zudem konnten wir auf Basis unserer Analyse das notwendige Wissen extrahieren, über das eine Pflegefachkraft verfügen muss, um eine IPÜ in unserem Setting adäquat durch-



führen zu können. Dabei haben wir versucht, den unterschiedlichen Fachkulturen Rechnung zu tragen, indem wir neben dem pflegerischen wie medizinischen Fachwissen auch das Wissen über Struktur- und Ablaufprozesse (siehe auch Holzhausen et al., 2019; Strelow & Buggenhagen, 2018) berücksichtigt haben.

Eine Patientenübergabe umfasst eine Vielzahl an verschiedenen Informationen, die häufig ohne klare Priorisierung übermittelt werden (siehe auch Blank & Zittlau, 2017). Im Rahmen unserer Interviews mit Ärzt*innen wurde deutlich, dass Pflegefachkräfte die Dringlichkeit des Patientenproblems besser einordnen können und die relevanten Fakten über den/die Patient*in zeitpunktgerecht und priorisiert weitergeben müssen (siehe auch Blank & Zittlau, 2017). Neben dem empfohlenen SBAR-Konzept gibt es weitere Kommunikationstechniken, die unsere interviewten Pflegefachkräfte und Ärzt*innen vorgeschlagen haben. Die Vorschläge decken sich dabei weitgehend mit den in der Literatur beschriebenen Kommunikationstechniken (siehe auch Strelow & Buggenhagen, 2018). Eine wichtige Erkenntnis unserer Analyse ist, dass Pflegefachkräfte die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel besitzen und ärztliche Anordnungen rekapitulieren und reflexiv verarbeiten sollten. Das Verhalten einer Pflegefachkraft setzt sich daher unseren Ergebnissen zufolge aus fünf Prinzipien zusammen: (1) Empowerment; (2) Verlässlichkeit; (3) Patientenzentrierung; (4) Professionsverständnis; (5) Bescheidenheit (siehe auch ten Cate & Chen, 2020). Das von Pflegefachkräften oder anderen Gesundheitsberufen zu erwartende Verhalten wird in der Literatur meist nur implizit genannt oder zum Beispiel unter den Kompetenzen „Ethik und Werten“ oder „Konfliktfähigkeit“ (siehe auch Thistlethwaite et al., 2014) subsumiert und bleibt dabei meist unkonkret. Mit den analysierten und klar abgegrenzt beschriebenen Prinzipien unterstreichen wir die Bedeutung der pflegfachlichen Perspektive, der Teamarbeit, der Kommunikation und der Fokussierung auf das Patientenwohl innerhalb der IPÜ.

Die von den Interviewten identifizierten möglichen Fehlerrisiken bei der IPÜ decken sich mit der aktuellen Literaturlage (siehe auch Desmedt et al., 2021; Höchter et al., 2018; Raeisi et al., 2019). Darüber hinaus konnten weitere, bisher unbeachtete Fehlerrisiken identifiziert werden. Durch die genaue Aufschlüsselung der Fehlerrisiken rücken wir nochmals die Patientensicherheit innerhalb der IPÜ in den Vordergrund. So kann unsere EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen durch die gesetzten „Warnhinweise“ die individuelle Wahrnehmung und das Verhalten



von Pflegefachkräften steuern (siehe auch Nerdinger et al., 2008). Pflegefachkräfte können so wiederum ihr akzeptiertes Risikoniveau (Nerdinger et al., 2008) besser einschätzen, was zur Patientensicherheit beiträgt.

Diskussion zur Integration der Analyseergebnisse in das EPA-Strukturraster

Die Arbeitseinheit IPÜ wurde mit Teilaufgaben beschrieben. Der Aufbau folgt der Leitlinienempfehlung des SIWF (2019) sowie den Empfehlungen von ten Cate und Taylor (2021).

Der *Abschnitt Beschreibung und Limitationen* kann unterschiedlich gestaltet werden. Es bestehen verschiedenste Formen von EPAs und ihren tatsächlichen Ausführungen. Wir haben uns dazu entschieden, eine kurze Zusammenfassung des Anwendungsbereiches und das Lernziel der EPA zu Beginn der Beschreibung anzubringen. Unser Aufbau erfolgt dennoch nach der Empfehlung von ten Cate und Taylor (2021) chronologisch und die jeweiligen identifizierten Arbeitsschritte werden detailliert aufgezählt.

Derzeit existieren in der Pflege in Deutschland keine festgelegten und allgemeingültigen Kompetenzrahmenwerke wie sie im medizinischen Bereich etabliert sind. Hinsichtlich der *Kompetenzdomänen* verwenden wir daher als leitende Kompetenzdomäne den Lehrplan für Pflegeberufe Kompetenzbereich III, welcher die Kommunikationskompetenz im „Intra- und interprofessionelles Handeln“ (III.3.b) fokussiert (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2020).

Im Abschnitt *Wissen, Fähigkeiten und Verhalten* nutzen wir die Form der ausführlichen Beschreibung. In ärztlichen ausgerichteten EPAs in Deutschland ist es seit einiger Zeit üblich, auf die Wissens- und Fähigkeitsbeschreibungen im NKLM 2.0 (2021) zu verweisen, in der Pflege ist etwas Vergleichbares allerdings nur teilweise vorhanden. Analog zum NKLM (2021) können der Lehrplan und der Ausbildungsplan für die Berufsfachschule für Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau beziehungsweise zum Pflegefachmann betrachtet werden (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2020). Dabei bezieht sich der Lehrplan stark auf Zuschreibungen, die sich auf den Leistungsstand des Lernenden bezieht, und steht damit im diametralen Widerspruch zu den Ideen des EPA-Konzeptes. Deshalb haben wir uns entschieden, die Wissens- und Fähigkeitsbeschreibung zu erheben sowie in einem hohen Detailgrad zu beschreiben. Zudem haben



wir, das Verhalten adaptiert nach ten Cates und Chens (2020) systematischem Review fest in unsere EPA-Struktur verankert und mit unserem Datenmaterial angereichert.

Im Abschnitt *Einschätzung (Assessment)* haben wir die empfohlene Struktur von ten Cate et al. (2021) übernommen: (1) Beobachten; (2) Besprechung; (3) Überprüfung von Arbeitsergebnissen. Für jede Stufe haben wir passende Methoden und Instrumente aus den Analyseergebnissen ermittelt. Die erste Stufe umfasst kurze und fokussierte Beobachtungen welche mit einer zugehörigen Checkliste der Arbeitseinheit erfolgen könnte, die zweite umfasst kurze Gespräche, die mittels eines Multisource Feedbacks oder EBD durchgeführt werden könnten und die dritte eine Überprüfung von Produkten (z. B. Patientenverlaufsdokumentation/Patientenübergabeprotokoll) (siehe auch ten Cate & Hoff, 2017).

Der Abschnitt *Erwartungen bezüglich des Erreichens eines bestimmten Niveaus von Selbstständigkeit* wurde an die Bedingungen der pflegerischen Ausbildung angepasst. Die Ausbildung von Pflegefachkräften dauert drei Jahre und ist damit wesentlich kürzer als ein Medizinstudium. Zugleich ist die pflegerische Ausbildung in Ausbildungsdritten unterteilt (PflAPrV, 2018). Die Supervisionslevel sind hierbei so ausgerichtet, dass die Lernenden in der Pflege ab dem dritten Ausbildungsdrittel die Arbeitseinheit der EPA ohne Aufsicht (Praxisanleiter*in ist in wenigen Minuten vor Ort) durchführen können. Das Anvertrauen einer selbständigen Durchführung wird jedoch in der Praxis aufgrund der ungleichen individuellen Lernvoraussetzungen unterschiedlich gehandhabt (Lüftl et al., 2021) und beinhaltet immer auch ein gewisses Risiko (siehe auch ten Cate & Hoff, 2017). Dies spiegelt sich auch in unseren Interviews wieder. Wir haben uns aufgrund der empirischen Analyse dafür entschieden, eine Aufsicht auch bei examinieren Pflegefachkräften im Berufseinstieg beizubehalten. Die vorletzte Stufe wurde nicht auf Basis der Datenanalyse bestimmt. Wir folgen dem Vorschlag von Benner et al. (1996), die Pflegefachkräfte als fortgeschrittene Anfänger bestimmen, wenn diese 2 bis 3 Jahre Berufserfahrung gesammelt haben. Daher ist Stufe 4 nur Pflegefachkräften mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung vorbehalten (fortgeschrittener Anfänger; Benner et al., 1996). Die letzte Stufe der Supervision ist zudem in unserer EPA nur für Pflegefachkräfte mit Praxisanleitung vorgesehen. Die Supervisionsstufen sind hierbei teilweise normativ gesetzt und basieren nur teilweise auf den Analyseergebnissen der Interviews. Sie stützen sich auf die Empfehlungen von SIWF (2019) und ten Cate und Taylor (2021) und ten



Cate und Hoff (2017), welche sich jedoch primär auf den ärztlichen Ausbildungskontext beziehen. Die eigentliche Bewährungsprobe kann erst der Praxiseinsatz zeigen.

Hinsichtlich der *Gültigkeit* haben wir eine Neubewertung hinzugefügt, wenn eine Pflegefachkraft die Abteilung oder das Krankenhaus wechselt. Darüber hinaus könnte eine erneute Überprüfung der EPA nach einer längeren Abwesenheit in Betracht gezogen werden, insbesondere, wenn am neuen Arbeitsplatz andere Verfahren und Prozesse im Vordergrund stehen. Ebenso wäre eine erneute Prüfung sinnvoll, wenn sich wissenschaftliche Erkenntnisse oder Richtlinien aktualisieren und sich dadurch die Anforderungen ändern, um Fehler zu vermeiden, die sich während einer längeren Routinephase eingeschlichen haben. Es ist wichtig zu betonen, dass die vorgeschlagene Gültigkeitsdauer lediglich als Empfehlung zur Gewährleistung der Patientensicherheit zu verstehen ist (siehe auch ten Cate & Taylor, 2021).

4.6 Schlussfolgerungen zu Teil 3

Für unsere EPA wurde eine Tätigkeit gewählt, die eine hohe Relevanz für alle klinischen Stationen am LMU Klinikum aufweist. Unsere Ergebnisse zeichnen ein detailliertes Bild davon, was eine IPÜ in der Pflege in unserem gewählten Setting (LMU Klinikum) ausmacht. Damit können wir die IPÜ als komplexe Aufgabe detailliert darstellen. Ferner haben wir mit der vorliegenden EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen für Pflegeberufe und der EPA für Ärzt*innen aus dem NKLM 2.0 die Grundlage zur gleichzeitigen Erfassung und Überprüfung für beide Berufe geschaffen.



5. Zusammenfassende Diskussion

5.1 Teil 1: Rahmenkonzept für interprofessionelle Gesundheitsausbildung und Zusammenarbeit

Für die Darstellung und Operationalisierung von interprofessionellen kollaborativen Problemlösefähigkeiten schlagen wir ein Rahmenkonzept vor, das mit einem internationalen interprofessionellen Expertengremium entwickelt und konsentiert wurde.

Das Rahmenkonzept orientiert sich an drei theoretischen Strängen. Der erste Strang ist ein interdisziplinäres Modell zum Erwerb von diagnostischen Kompetenzen (Heitzmann et al., 2019). Der zweite Strang besteht aus den in der Literatur als *Illness Scripts* beschriebenen kognitiven Strukturen und Prozessen sowie dem daran anknüpfenden Konzept der internalen und externalen Kooperationskripts, die als aktuelles Wissen eines Individuums um implizite und explizite Regeln für eine effektive und effiziente Zusammenarbeit verstanden werden können (Fischer et al., 2013; Kiesewetter et al., 2016). Der dritte Strang umfasst die kollaborative Problemlösefähigkeit: Zwei oder mehr Gesundheitsberufe versuchen, ein Problem gemeinsam zu lösen, indem sie ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und Anstrengungen bündeln (Liu et al., 2016). Das Rahmenkonzept wurde außerdem durch das 3P-Modell (3P steht für Presage, Process, Product) des Lehrens inspiriert (siehe auch Biggs et al., 2001). Dieses Modell zeigt, wie Lernvoraussetzungen mit dem Lehrkontext während der Lernaktivitäten interagieren und wie sie mit den Lernergebnissen in Beziehung stehen. Das Rahmenkonzept bietet die Grundlage für die Analyse und empirische Testung der beschriebenen Komponenten sowie ihrer Wechselwirkungen über verschiedene Studien, Bildungsinterventionen und Rahmenbedingungen (Mikro-, Meso- und Makroebene) (Mulvale et al., 2016) hinweg.

5.1.1 Limitationen

Das Rahmenkonzept erhebt nicht den Anspruch einer Theorie oder eines Modells, da dieses bislang noch nicht empirisch überprüft wurde. Wir möchten auch betonen, dass das Rahmenkonzept ein Vorschlag ist, der auf vielen anderen Ideen und Theorien basiert und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Wir haben vor allem Lehr- und Lerntheorien aus dem bildungswissenschaftlichen Kontext ausgewählt, die unserer Meinung nach die Dimensionen des interprofessionellen Lernens und Lehrens unterstützen



können. Wir greifen unter anderem auf konstruktivistische und behavioristische Lehr- und Lerntheorien zurück, indem wir sowohl den Lernprozess als auch die Lernergebnisse betrachten (siehe auch Hean et al., 2009). Darüber hinaus könnte die weitere Nutzung von Theorien zur Teamarbeit, wie beispielsweise die Theorie von Bruce Tuckmann (1965), die hilft, die Entwicklung von Teams und die damit verbundenen Herausforderungen zu verstehen, unser Rahmenkonzept weiter ausdifferenzieren. Zudem ist es uns bisher nicht gelungen, den/die Patient*innen als Teil des Teams in unser Rahmenkonzept zu integrieren, obwohl die Patientenperspektive als wichtigste Begründung für IPE und ICP gilt (siehe auch D'Amour, 2005).

Das Rahmenkonzept ist daher als Open Paper zu verstehen. Wir laden dazu ein, uns Änderungsvorschläge, Erneuerungsmöglichkeiten und Meinungen zukommen zu lassen. Perspektiven aus allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens sind ausdrücklich erwünscht. Das Rahmenkonzept ist zudem sicherlich medizinisch-pflegerisch dominiert und spiegelt eine deutschsprachige Perspektive wider.

5.1.2 Implikationen für die weitere Forschung

Es liegt nun erstmals ein Rahmenkonzept für IPE und ICP in deutscher Sprache vor, das an die Bedingungen und Ausbildungsverordnungen im D-A-CH-Raum angepasst ist. Hierdurch sind wir in der Lage, ein detailliertes Bild davon zu geben, was interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit auf der Ebene der kollaborativen Problemlösefähigkeiten ausmacht. Basierend auf theoretischen Grundlagen schlagen wir vor, dass die Operationalisierung für den von uns postulierten beobachtbaren Anteil interprofessioneller Zusammenarbeit im Kontext IPE für Lehre und Forschung effektiv sein kann. Dennoch bedarf die instruktionale Begleitung des Lernens in der interprofessionellen Ausbildung weitere Forschungsbemühungen (siehe auch Fischer et al., 2013; Heitzmann et al., 2019; Kerres et al., 2019; Zottmann et al., 2018). Im Hinblick auf interprofessionelle Lehr- und Lernangebote kann das Rahmenkonzept bei deren Optimierung sowie bei der Systematisierung ihrer Implementierung unterstützen (siehe auch Grace, 2020). Aus praktischer Sicht kann das Rahmenkonzept dazu beitragen, die Lehrpläne für die verschiedenen Gesundheitsberufe in Zukunft besser aufeinander abzustimmen. Das vorliegende Rahmenkonzept kann daher für Fakultätsentwickler*innen und für Lehrende in



der Curriculumsentwicklung eine Systematisierung bei der Implementierung interprofessioneller Lehr und -Lernangebote zur Vermittlung von Kompetenzfacetten im Sinne der beschriebenen Komponenten und Variablen des Rahmenkonzeptes möglich machen. Durch die beschriebenen operationalisierten klaren Komponenten und Variablen erhoffen wir uns zudem, dass interprofessionelle Lehre als Forschungsfeld besser nachvollziehbar und zugänglicher wird. Dies kann für künftige Forschung im inter- und monoprofessionellen Kontext in Lehre und Praxis dienlich sein, um Ergebnisse zur Kausalität von IPE Interventionen im Zusammenhang zur klinischen Praxis aufzeigen zu können (siehe auch Cox et al., 2016). Grundsätzlich sehen wir auch Potenzial für die Übertragbarkeit des Rahmenkonzeptes auf andere Domänen, in denen verschiedene Berufsgruppen kooperieren.

Das Rahmenkonzept ist jedoch bislang nicht empirisch überprüft. Wir streben eine Überprüfung an. Weitere Forschung müsste sich auf die Überprüfung beziehungsweise Validierung der von uns postulierten Aktivitäten sowie auf deren Kontextfaktoren konzentrieren. Für die Validierung und Weiterentwicklung dieses Rahmenkonzeptes sind Antworten auf vier Fragen notwendig, denen derzeit anhand laufender Promotionen aus dem Graduiertenkolleg „Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen“ (ILEGRA) empirisch nachgegangen wird. Auch zukünftige Forschung muss diese Fragen weiterverfolgen:

- (1) Welche sozialen und kognitiven Prozesse sind für erfolgreiches Problemlösen in interprofessionellen Versorgungssettings zentral?
- (2) Welche instruktionalen Maßnahmen beeinflussen die Ergebnisse der interprofessionellen Zusammenarbeit?
- (3) Welche Kontextfaktoren wirken sich in welcher Weise auf den Kollaborationsprozess und seine Ergebnisse aus?
- (4) Inwiefern besitzt das Rahmenkonzept für unterschiedliche Kollaborationssituationen Gültigkeit?



5.2 Teil 2: Professionsübergreifende Defizite und professionsspezifische Wissensunterschiede in der Entlassungsplanung

Ein Test zur Erfassung deklarativen und strategischen Wissens zum direkten Entlassungsmanagement wurde entwickelt und anschließend von einer Expert*innengruppe aus Pflegefachkräften, Ärzt*innen und klinischen Sozialberater*innen inhaltlich validiert. Der Test umfasst 16 Items (neun zum deklarativen Wissen und sieben zum strategischen Wissen) und deckt verschiedene Wissensdimensionen des direkten Entlassungsmanagements von Pflegefachkräften und Ärzt*innen ab.

Mit dem Wissenstest zum Aufgabenfeld des direkten Entlassungsmanagements greifen wir das im Rahmenkonzept beschriebene Wissen (individuelle Lernvoraussetzungen; siehe auch Abschnitt 2.3.2) auf, indem wir das deklarative Wissen und das strategische Wissen von Pflegefachkräften und Ärzt*innen zum direkten Entlassungsmanagement erhoben haben. Es lag auf der Hand, dass eine Klärung der vorhandenen Wissensbestände und der vorhandenen individuellen Unterschiede zwischen Pflegefachkräften und Ärzt*innen hilfreich sein kann, um weitere Bedarfe zur Verbesserung der Prozesse innerhalb des direkten Entlassungsmanagements zu identifizieren. Darüber hinaus sehen wir das deklarative und strategische Wissen von Pflegefachkräften und Ärzt*innen zum Entlassungsmanagement als Grundlage an, um den Problemen der Patient*innen angemessen begegnen zu können, um optimale Ergebnisse im Sinne der Quadruple Aims (Bodenheimer & Sinsky, 2014) zu erzielen.

Das deklarative und strategische Wissen zum direkten Entlassungsmanagement ist in dieser Studie innerhalb der Berufsgruppen eher homogen und bis auf einzelne Ausreißer auf einem relativ gleichen Niveau verteilt. Beide befragten Berufsgruppen zeigten ein befriedigendes bis ausreichendes Niveau im deklarativen und strategischen Wissen zum direkten Entlassungsmanagement. Ein adäquat durchgeführtes direktes Entlassungsmanagement beeinflusst nachweislich die Patientensicherheit (Coffey et al., 2019; Gonçalves-Bradley et al., 2016; 2022; Patel et al., 2019), es muss daher mehr als nur ein mittelmäßiges Ergebnis liefern. Die geringe Streuung der Ergebnisse lässt jedoch vermuten, dass nicht allein individuelle Eigenschaften das Wissen in diesem Bereich beeinflussen. Vielmehr erscheint es denkbar, dass strukturelle Umstände (Hayajneh et al., 2020; Lingnau et al., 2021), zu gewissen Wissensdefiziten führen. Es gilt sich im



Hinblick auf die interprofessionellen Wissens- und Kompetenzzuweisungen der Pflegefachkräfte und Ärzt*innen innerhalb der Entlassungsplanung neuorientieren, denn nicht Jede*r kann und muss alles wissen, können und dürfen (siehe auch Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, 2007). Tatsache bleibt, dass eine Erweiterung der Lehrinhalte nicht alle politischen und institutionellen Versäumnisse der vergangenen Jahre lösen kann. Dennoch erfordert eine den Bedürfnissen angepasste bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Zukunft neue Qualifizierungsmaßnahmen. Das heißt: In die Aus-, Fort- und Weiterbildung muss die Thematik Entlassungsmanagement deutlich mehr integriert werden, um eine Zusammenarbeit, die von allen beteiligten Gesundheitsberufen getragen wird, zu gewährleisten (siehe auch Bray-Hall et al., 2010; Greyson, Schiliro, Curry et al., 2012; McBryde et al., 2016).

5.2.1 Limitationen

Diese Wissensteststudie weist einige Limitationen auf. Durch die Gelegenheitsstichprobe und die relativ kleine Stichprobe können keine allgemeingültigen Aussagen für die Grundgesamtheit von Pflegefachkräften und Ärzt*innen in Deutschland getroffen werden. Ein Selektionsbias ist zudem möglicherweise vorhanden. Gleichzeitig könnte aufgrund der Online-Durchführung die Möglichkeit bestehen, dass vor allem technologieaffine Pflegefachkräfte und Ärzt*innen an der Studie teilgenommen haben. Ferner können Mehrfachantworten nicht ausgeschlossen werden, da keine IP-Adressen gespeichert und keine Zugangscodes verwendet wurden.

Dennoch können unsere Ergebnisse als relevant angesehen werden, da es uns gelungen ist, einen Wissenstest zu entwickeln und zu validieren, der theoriekonforme Ergebnisse liefert. Zudem schätzen wir den Fragebogen anhand der Fragebogenvalidierung durch unsere Expert*innen (Itemqualität; Itemschwierigkeit; Inhaltsvalidierung; siehe auch Abschnitte 3.6.1 und 3.6.2) insgesamt als geeignetes Messinstrument ein, um im Kontext der interprofessionellen Forschung Daten zur Wissensbasen zum direkten Entlassungsmanagement zu erheben. Die Ergebnisse zeigen, unter Berücksichtigung der relativ kleinen Stichprobe, problematisch erscheinende Wissenslücken bei Pflegefachkräften und Ärzt*innen auf. Um jedoch umfassende und repräsentative Aussagen treffen zu können, ist eine Folgestudie mit einer geeigneten Stichprobe erforderlich.



5.2.2 Implikationen für die weitere Forschung

Es wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt. Der Fragebogen gliederte sich in drei Abschnitte: (1) Abfrage von soziodemographischen Daten; (2) Selbsteinschätzung und Aufgaben- und Rollenverteilung; (3) Wissenstest; (4) Fragen zur Fremdeinschätzung und zur eigenen Kompetenzeinschätzung. Bislang wurden nur die soziodemographischen Daten und die Daten des Wissenstests ausgewertet. Die Auswertung zur Selbsteinschätzung und Aufgaben- und Rollenverteilung sowie die Fragen zur Fremdeinschätzung und eigenen Kompetenzeinschätzung erfolgte bislang noch nicht. Hierbei wurden alle Teilnehmenden auf einer Fünf-Punkte-Likert-Skala gebeten, die wahrgenommene Kompetenz zur Thematik Entlassungsmanagement sowohl für sich selbst als auch für die eigene und für die andere Berufsgruppe zu bewerten. Eine Korrelation der Auswertung mit dem Wissenstest könnte Aufschluss darüber geben, ob in Bezug auf das Wissen zum direkten Entlassungsmanagement ein Selbstüberschätzungs-Effekt vorliegt und welche Aufgaben und Rollen innerhalb des Entlassungsmanagements von den beteiligten Berufsgruppen selbst zugeordnet und verantwortet werden. Dies könnte Klarheit über die Rollenzuschreibung und Aufgabenverteilung innerhalb des direkten Entlassungsmanagements schaffen (siehe auch Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, 2007; Connolly et al., 2010).

Die Ergebnisse unserer Studie eröffnen darüber hinaus Perspektiven für die Gestaltung von Verfahrensanweisungen im Bereich des direkten Entlassungsmanagements. Die Ergebnisse könnten als Grundlage für die Entwicklung klarer Richtlinien dienen, die die spezifischen Verantwortlichkeiten und Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen im Entlassungsprozess festlegen. Ein effizientes Entlassungsmanagement erfordert eine gezielte Arbeitsteilung, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten (siehe auch Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, 2007). Unsere Ergebnisse können daher, unter Berücksichtigung der relativ kleinen Stichprobe, als wertvolle Quelle dienen, um herauszufinden, welche Berufsgruppe für welche spezifischen Aufgaben im direkten Entlassungsmanagement am besten geeignet ist (siehe auch Vogelbusch & Töpfer, 2017). Die Erstellung solcher Verfahrensanweisungen könnte nicht nur zur Verbesserung der Effizienz und Qualität der Patientenversorgung beitragen, sondern auch klare Strukturen und Verantwortlichkeiten im Entlassungsprozess schaffen. Zukünftige Studien könnten



sich darauf konzentrieren, die tatsächlichen Auswirkungen der vorgeschlagenen Arbeitsteilung auf die Patientenergebnisse auf Basis der *Quadruple Aims* (Bodenheimer & Sinsky, 2014) zu untersuchen (siehe auch Abschnitt 2.3.6). Gleichzeitig sollten weitere Studien die Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren (z.B. organisatorische und funktionale Faktoren; siehe auch Abschnitt 2.3.5) in Bezug auf hinderliche und förderliche Aspekte im direkten und indirekten Entlassungsmanagement untersuchen.

5.3 Teil 3: EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen

Eine Interviewstudie wurde durchgeführt, um eine vorläufige EPA-Beschreibung zu entwickeln. Das Forschungsdesign orientierte sich an dem von Wölfel et al (2016). Ziel war es, die Inhalte der EPA sowohl aus praktischer als auch aus theoretischer Sicht zu entwickeln. Daher wurden zur Datenerhebung 20 leitfadengestützten Interviews mit praktizierenden Pflegefachkräften und Ärzt*innen durchgeführt. Die Interviewteilnehmenden wurden gebeten, den Arbeitsprozess der interprofessionellen Patientenübergabe Schritt für Schritt zu beschreiben (Taylor et al., 2020). Die Analyse erfolgte nach dem gängigen Ablaufschema einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018). Eruiert wurden hierbei domänenübergreifende und -spezifische Aktivitäten und Teilaktivitäten zur interprofessionellen Patientenübergabe. Aufbauend auf den Analyseergebnissen konnte eine EPA interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen für Pflegefachkräfte entwickelt werden, die innerhalb einer Konsensrunde mit Expert*innen aus Pflegefachkräften und Ärzt*innen validiert wurde (siehe auch Taylor et al., 2020).

Aufgrund der interprofessionellen Stichprobe sowie der langjährigen Berufserfahrung der Teilnehmenden konnte ein differenziertes Bild aller relevanten Wissensbereiche und Fähigkeiten zur Durchführung der interprofessionellen Patientenübergabe, die eine Pflegefachkraft am ersten Tag nach der Ausbildung beziehungsweise nach dem Studium im klinischen Akutsetting beherrschen sollte, aufgezeigt werden (siehe auch § 9 Abs. 1 Satz 2, Anlage 2, PflAPrV, 2018). Gleichermaßen sind wir nun in der Lage, ein detailliertes Bild der Bestandteile zu zeichnen, die für eine IPÜ im Sinne der Patientensicherheit für unser gewähltes Setting notwendig sind (siehe auch Leotsakos et al., 2014; World Health Organization, 2017).



Mit der EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen für Pflegefachkräfte greifen wir zudem ein zentrales Instrument innerhalb der Patientenversorgung und insbesondere des Entlassungsmanagements auf (siehe auch Knox et al., 2017; Rosenthal et al., 2017; Wingenfeld et al., 2020). Ebenso knüpfen wir mit der entwickelten EPA an unser Rahmenkonzept an, indem wir die notwendigen individuellen Lernvoraussetzungen von Pflegefachkräften für die IPÜ operationalisiert haben, um eine professionsspezifische Bewertung von Pflegefachkräften zur IPÜ zu ermöglichen (siehe auch ten Cate & Pool, 2020). Zudem berücksichtigt die von uns entwickelte Definition der interprofessionellen Patientenüberleitung die beobachtbaren kollaborativen Aktivitäten, die im Mittelpunkt des Rahmenkonzepts stehen (siehe auch Abschnitt 2.3.4).

Die entwickelte EPA kann in Verbindung mit der EPA „strukturierte intra- und interprofessionelle Patientenübergabe“ des NKLM (2021) für Medizinstudierende als Assessmentinstrument zur separaten Überprüfung der kollaborativen Aktivitäten (siehe auch Abschnitt 2.3.6) genutzt werden (siehe auch ten Cate & Pool, 2020). Darüber hinaus kann diese Verknüpfung der EPAs in einer gemeinsamen Lehre zwischen Pflege und Medizin genutzt werden, um wiederum die zentralen Elemente unseres Rahmenkonzepts (z. B. Erkennen; siehe auch Abschnitt 2.3.3) zu trainieren, um die kollaborative Problemlösefähigkeit von zukünftigen Pflegefachkräften und Ärzt*innen zu fördern. Mit dem integrierten Kooperationskript (z. B. SBAR) und den definierten Supervisionslevel in beiden EPAs besteht zudem die Möglichkeit, im Rahmen eines Scaffolding eine kontinuierliche Anpassung der Unterstützung an den Lernfortschritt zu steuern (siehe auch Wood et al. 1976, Abschnitt 2.3.1).

Die vorgeschlagene EPA bietet darüber hinaus einen Rahmen für die Integration der relevanten Kompetenzen in das Pflegecurriculum sowohl in der grundständigen Ausbildung als auch im Pflegestudium (§ 9 Absatz 1 Satz 2, Anlage 2, PflAPrV, 2018). Zudem wird Ausbilder*innen in der Pflege die Entscheidung erleichtert, Auszubildenden die Durchführung der IPÜ zu übertragen, indem ihnen objektive Entscheidungskriterien an die Hand gegeben werden (ten Cate & Chen, 2020; ten Cate & Schumacher, 2022). Darüber hinaus kann die EPA als Selbstreflexions- und Feedbackinstrument für Auszubildende und Studierende in der Pflege eingesetzt werden (siehe auch ten Cate & Taylor, 2021).



5.3.1 Limitationen

Bezüglich der Grenzen der empirischen Entwicklung unseres Vorschlags für eine EPA kann auf die beschriebenen Gütekriterien verwiesen werden. Die Studie weist jedoch grundsätzliche Einschränkungen auf, die im Folgenden benannt werden.

Aufgrund des qualitativen Ansatzes der Studie wurde keine allgemeine Repräsentativität der Stichprobe angestrebt. Ziel war es daher nicht, allgemeine Gesetzmäßigkeiten zu identifizieren, sondern kulturspezifische Kontexte und Prozessabläufe zur interprofessionellen Patientenübergabe spezifisch für unser gewähltes Setting (LMU Klinikum) zu erforschen. Die Ergebnisse sind daher nicht auf andere Settings oder Berufsgruppen übertragbar.

Durch die Anwendung des kriteriengeleiteten Sampling-Verfahrens in Kombination mit dem Snowball-Sampling (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014) kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Interviewpartner*innen im Vorfeld über das Thema ausgetauscht und gegenseitig informiert haben und somit die „Erzählbereitschaft und -richtung“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 184) beeinflusst haben. Durch das kombinierte Sampling-Verfahren sollten jedoch möglichst alle Perspektiven auf die Umsetzung der interprofessionellen Patientenübergabe im Setting erfasst werden. Allerdings ist es uns nicht gelungen, passende Interviewpartner*innen aus chirurgisch geführten Stationen zu rekrutieren. Fehlende Informationen und selektive Wahrnehmungen könnten daher zu einer Verzerrung der Daten geführt haben. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass unsere Studie aufgrund der Stichprobenauswahl und der Erhebungsmethode Interview mit der integrierten Arbeitsanalyse (Taylor et al., 2020) eine hohe Qualität aufweist. Die ausgewählten Interviewpartner*innen waren in der Lage, ihre jeweilige Berufsgruppe im Fokus des Untersuchungsfeldes einzuschätzen (siehe auch Bogner et al., 2014). Ziel war es, spezifische Fragen stellen zu können, um spezifische Antworten zu erhalten. Aus diesen Überlegungen heraus wurde als Interviewform das leitfadengestützte Interview gewählt.

Der Faktor Zeit und Aufwand unserer empirischen Studie ist jedoch deutlich zu hinterfragen und kann retrospektiv als nicht praktikabel eingeschätzt werden.

Obwohl eine gemeinsame Verständnisüberprüfung durchgeführt wurde, Feedbackrunden zum Codier- und Analyseverfahren stattfanden und eine konsensuelle Validierung



durchgeführt wurde (siehe auch Abschnitt 4.3.7), besteht weiterhin die Möglichkeit eines Forscher-Bias aufgrund persönlicher Vorannahmen, praktischer Erfahrungen und Überzeugungen. Die genannten Maßnahmen zur Intersubjektivität, zusammen mit einer sorgfältigen Selbstreflexion, waren jedoch darauf ausgerichtet, Verzerrungen der Ergebnisse zu minimieren. Dennoch beinhaltet der gewählte Forschungsansatz immer auch eine interpretative Rekonstruktion des Forschenden. Es wird daher nicht beansprucht, ein objektives Ergebnis zu liefern, denn diese Arbeit enthält subjektive Färbungen des Forschenden. Dies könnte zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, wenn verschiedene Forscher*innen die gleichen Daten analysieren beziehungsweise interpretieren. Mit dem Dreischritt der empirischen Entwicklung unter Verwendung einer standardisierten Leitlinie (siehe auch O'Dowd et al., 2019), der schrittweisen Einbindung der Interviewpartner*innen in der Entwicklungsphase der EPA (siehe auch Abschnitt 4.3.2) und der abschließenden interprofessionellen Konsensrunde (Taylor et al., 2020) (siehe auch Abschnitt 4.3.7) in einem EPA-Expertenkreis steigt die Wahrscheinlichkeit, dass unsere EPA valide ist und eine effektive Bewertung von Lernenden in der klinischen Praxis zulässt.

5.3.2 Implikationen für die weitere Forschung

Mit der von uns entwickelten EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen haben wir eine der ersten EPAs für den professionellen Pflegeberuf in Deutschland entwickelt. Zudem konnten wir aufzeigen, dass eine EPA in der jeweiligen Arbeitseinheit berufsspezifisch interprofessionell ausgerichtet sein kann (siehe auch ten Cate & Pool, 2020; Pool et al., 2023). Ob sich das Konzept der EPAs im Praxisfeld der Pflege eignet, müssen weitere Folgestudien zeigen. Dennoch halten wir eine Übertragbarkeit des EPA-Konzeptes auf die Lehrpläne/Curricula der Pflege für gegeben (siehe auch Lau et al., 2020). Eine Validierung der EPA Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen durch das EQual-Tool (Taylor et al., 2017) folgt dieser Arbeit. Sie soll die EPA einem breiten Publikum zugänglich machen. Nach der Validierung der EPA ist eine Feldvalidierung mittels eines ethnographischen qualitativen Design analog zu Schmelter et al. (2018) auf der Münchner Interprofessionellen Ausbildungsstation (MIPA) geplant.



6. Literaturverzeichnis

- Abdellatif, A., Bagian, J. P., Barajas, E. R., Cohen, M., Cousins, D., Denham, C. R., Essinger, K., Gegelashvili, G., Glenister, H., Hoffman, C., Horvath, D., Khoja, T., Klazinga, N., Lee, C. E., Letlape, T. K., Lilja, B., Manasse, H. R., Massoud, M. R., Wilson, R. M., . . . Youngson, R. (2007). Communication during patient hand-overs. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(7), 439–442. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33128-0](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33128-0)
- Agarwal, H. S., Saville, B. R., Slayton, J. M., Donahue, B. S., Daves, S., Christian, K. G., Bichell, D. P. & Harris, Z. L. (2012). Standardized postoperative handover process improves outcomes in the intensive care unit: A model for operational sustainability and improved team performance. *Critical Care Medicine*, 40(7), 2109–2115. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182514bab>
- Aktionsbündnis Patientensicherheit. (2014). *Wege zur Patientensicherheit: Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit*. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/EmpfehlungAGBuT_Lernzielkatalog_Wege_2014_05_14_neu.pdf
- Alexander, P. A. (1992). Domain knowledge: Evolving themes and emerging concerns. *Educational Psychologist*, 27(1), 33–51. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2701_4
- Anderson, E. S. & Thorpe, L. (2010). Learning together in practice: An interprofessional education programme to appreciate teamwork. *The Clinical Teacher*, 7(1), 19–25. <https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2009.00331.x>
- Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern. (2022). *(Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 25.06.2022*. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20220625_MWBO-2018.pdf
- Atzeni, G., Schmitz, C. & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Studie im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). *Swiss Academies Reports*, 12(12), 5–58.
- Bain, L., Kennedy, C., Archibald, D., LePage, J., & Thorne, C. (2014). A training program designed to improve interprofessional knowledge, skills and attitudes in chronic disease settings. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 419–425. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.898622>
- Balogun, S. A., Rose, K., Thomas, S., Owen, J. & Brashers, V. (2015). Innovative interprofessional geriatric education for medical and nursing students: Focus on transitions in care. *International Journal of Medicine*, 108(6), 465–471. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcu226>
- Barnett, M. J., Doroudgar, S., Khosraviani, V. & Ip, E. J. (2022). Multiple comparisons: To compare or not to compare, that is the question. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(2), 2331–2334. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.006>
- Barr, H., Gray, R., Helme, M., Low, H. & Reeves, S. (2016). *CAIPE Interprofessional Education Guidelines 2016*. Centre for the Advancement of Interprofessional Education.
- Beyer, J., Best, N., Glaesener, J. J., Kasprick, L., Reißhauer, A. & Liebl, M. E. (2022). Rehabilitative Kompetenz im Akutbereich verankern: die rehabilitationsbeauftragte Ärztin/der rehabilitationsbeauftragte Arzt im Krankenhaus (Kurzfassung). *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 32(04), 200–202. <https://doi.org/10.1055/a-1792-3123>



- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. (2020). *Lehrpläne und Ausbildungspläne für die Berufsfachschule für Pflege: Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann*. <https://www.isb.bayern.de/schularten/berufliche-schulen/berufsfachschule/lehrplan/>
- Benner, P. E., Chesla, C. A. & Tanner, C. A. (1996). *Expertise in nursing practice*. Springer Publishing Company.
- Biggs, J., Kember, D., & Leung, D. Y. (2001). The revised two-factor Study Process Questionnaire: R-SPQ-2F. *British Journal of Educational Psychology*, 71(1), 133-149. <https://doi.org/10.1348/000709901158433>
- Blank, A. & Zittlau, N. (2017). Dienstübergabe in der Pflege. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54622-2>
- Bodenheimer, T. & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.). (2014). *Lehrbuch. Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>
- Bollen, K. (2002). Latent variables in psychology and the social sciences. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 605–634. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135239>
- Bollen, K. & Lennox, R. (1991). Conventional wisdom on measurement: A structural equation perspective. *Psychological Bulletin*, 110(2), 305–314. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.2.305>
- Boshuizen, H. (1992). On the role of biomedical knowledge in clinical reasoning by experts, intermediates and novices. *Cognitive Science*, 16(2), 153–184. [https://doi.org/10.1016/0364-0213\(92\)90022-M](https://doi.org/10.1016/0364-0213(92)90022-M)
- Bray-Hall, S., Schmidt, K. & Aagaard, E. (2010). Toward safe hospital discharge: A transition in care curriculum for medical students. *Journal of General Internal Medicine*, 25(8), 878–881. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1364-3>
- Brewer, M. L. & Jones, S. (2013). An interprofessional practice capability framework focusing on safe, high-quality, client-centred health service. *Journal of Allied Health*, 42(2), e45–49.
- British Medical Association. (2004). *Safe Handover: Safe Patients*. <https://www.bma.org.uk>
- Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit (2015 & i.d.F.v. Nr. 30 vom 22.07.2015). https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1211.pdf#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27%5D__1662122257970
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, Bundesministerium für Gesundheit (2018 & i.d.F.v. Art. 10 G v. 19.5.2020 I 1018). https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl118s1572.pdf#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D__1662122355199
- Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung. Referentenentwurf, Bundesministerium für Gesundheit (2020 & i.d.F.v. vom 17.11.2020). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Referentenentwurf_AEApprO.pdf
- Cadel, L., Sandercock, J., Marcinow, M. (2022). A qualitative study exploring hospital-based team dynamics in discharge planning for patients experiencing delayed care transitions



- in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, 22, Article 1472. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08807-4>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A national interprofessional competency framework*. https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Chakraborti, C., Boonyasai, R. T., Wright, S. M. & Kern, D. E. (2008). A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 846–853. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0600-6>
- Charité - Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.). (2018). *Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation: Multiprofessionelle Ausgabe*. Charité - Universitätsmedizin Berlin. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9783000606267-ger.pdf?sequence=41&isAllowed=y>
- Cheung, D. S., Kelly, J. J., Beach, C., Berkeley, R. P., Bitterman, R. A., Broida, R. I., Dalsey, W. C., Farley, H. L., Fuller, D. C., Garvey, D. J., Klauer, K. M., McCullough, L. B., Patterson, E. S., Pham, J. C., Phelan, M. P., Pines, J. M., Schenkel, S. M., Tomolo, A., Turbiak, T. W., . . . White, M. L. (2009). Improving handoffs in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 55(2), 171–180. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.07.016>
- Cichon, I. & Klapper, B. (2018). Interprofessionelle Ausbildungsansätze in der Medizin. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 61(2), 195–200. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2672-0>
- Coffey, A., Leahy-Warren, P., Savage, E., Hegarty, J., Cornally, N., Day, M. R., Sahn, L., O'Connor, K., O'Doherty, J., Liew, A., Sezgin, D. & O'Caoimh, R. (2019). Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re)admission: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2457. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142457>
- Connolly, M., Deaton, C., Dodd, M., Grimshaw, J., Hulme, T., Everitt, S. & Tierney, S. (2010). Discharge preparation: Do healthcare professionals differ in their opinions? *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 633–643. <https://doi.org/10.3109/13561820903418614>
- Couturier, B., Carrat, F. & Hejblum, G. (2016). A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open*, 6(12), e012287. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012287>
- Cox, M., Cuff, P., Brandt, B., Reeves, S. & Zierler, B. (2016). Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 1–3. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1111052>
- Cress, U., Rosé, C., Wise, A., & Oshima, J. (Eds.). (2021). *International handbook of computer-supported collaborative learning*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-65291-3>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/bf02310555>
- D'agostino, R. B. (1972). Relation between the Chi-Squared and ANOVA tests for testing the equality of k independent dichotomous populations. *The American Statistician*, 26(3), 30–32. <https://doi.org/10.1080/00031305.1972.10478926>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>



- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2019). *Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen* (4. Aufl.). Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). (2019). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege* (2. Aufl.). Hochschule Osnabrück.
- Desmedt, M., Ulenaers, D., Grosemans, J., Hellings, J. & Bergs, J. (2021). Clinical handover and handoff in healthcare: A systematic review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa170>
- Diamantopoulos, A. & Siguaw, J. A. (2006). Formative versus reflective indicators in organizational measure development: A comparison and empirical illustration. *British Journal of Management*, 17(4), 263–282. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2006.00500.x>
- Diamantopoulos, A. & Winklhofer, H. M. (2001). Index construction with formative indicators: An alternative to scale development. *Journal of Marketing Research*, 38(2), 269–277. <https://doi.org/10.1509/jmkr.38.2.269.18845>
- Dinius, J., Gaupp, R., Becker, S., Göritz, A. S. & Körner, M. (2021). Patient safety in hospitals: What we do and what we need - Focus groups with stakeholders of hospitals in southern Germany. *Journal of Patient Safety*, 17(8), 1062-1068. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000452>
- Dinius, J., Philipp, R., Ernstmann, N., Heier, L., Göritz, A. S., Pfisterer-Heise, S., Hammer-schmidt, J., Bergelt, C., Hammer, A. & Körner, M. (2020). Inter-professional teamwork and its association with patient safety in German hospitals - A cross sectional study. *PLOS ONE*, 15(5), 3-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233766>
- Dittrich, K., Schawohl, A. & Luntz, J. (2020). Entlassmanagement: Neue Plattform im Entlass- und Überleitungsmanagement. *kma - Klinik Management aktuell*, 25(11), 99–101. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721286>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer-Lehrbuch. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Dresing, T. & Pehl, T. *f4transkript* (Version 7.0.6) [Computer software]. Dr. Dresing und Pehl GmbH. <https://www.audiotranskription.de/downloads/>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Aufl.). Dr. Dresing und Pehl GmbH. <https://www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf>
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. MacMillan.
- Dunphy, B. C. & Williamson, S. L. (2004). In pursuit of expertise. Toward an educational model for expertise development. *Advances in Health Sciences Education*, 9(2), 107–127. <https://doi.org/10.1023/B:AHSE.0000027436.17220.9c>
- Dyrstad, D. N. & Storm, M. (2017). Interprofessional simulation to improve patient participation in transitional care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 273–284. <https://doi.org/10.1111/scs.12341>
- El-Haddad, C., Damodaran, A., McNeil, H. P. & Hu, W. (2017). A patient-centered approach to developing Entrustable Professional Activities. *Academic Medicine*, 92(6), 800–808. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001616>
- Ehlers, J. P., Kaap-Fröhlich, S., Mahler, C., Scherer, T., & Huber, M. (2017). Analysis of six reviews on the quality of instruments for the evaluation of interprofessional education in



- German-Speaking Countries. *GMS journal for medical education*, 34(3), Doc36.
<https://doi.org/10.3205/zma001113>
- Elstein, A. S., Schwartz, A. & Schwarz, A. (2002). Clinical problem solving and diagnostic decision making: Selective review of the cognitive literature. *BMJ*, 324(7339), 729–732.
<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7339.729>
- Emes, M., Smith, S., Ward, S., & Smith, A. (2018). Improving the patient discharge process: implementing actions derived from a soft systems methodology study. *Health systems (Basingstoke, England)*, 8(2), 117–133.
<https://doi.org/10.1080/20476965.2018.1524405>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Ewers, M., Paradis, E. & Herinek, D. (Hrsg.). (2019). *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. Beltz Juventa.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Fealy, G., Donnelly, S., Doyle, G., Brenner, M., Hughes, M., Mylotte, E., Nicholson, E. & Zaki, M. (2019). Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 80–88.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14643>
- Fischer, F., Kollar, I., Stegmann, K. & Wecker, C. (2013). Toward a script theory of guidance in computer - Supported collaborative learning. *Educational Psychologist*, 48(1), 56–66.
<https://doi.org/10.1080/00461520.2012.748005>
- Flemming, D. (2015). *Entwicklung und Evaluation eines elektronischen Systems zur Unterstützung der Informationsverarbeitung in pflegerischen Dienstübergaben* [Dissertation]. Universität Osnabrück, Osnabrück. <https://repositorium.ub.uni-osnabrueck.de/handle/urn:nbn:de:gbv:700-2015121613719>
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Hrsg.). (2015). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fluck, J. (2020). *Formative Messmodelle und Möglichkeiten ihrer Anwendung im empirisch-pädagogischen Kontext: Datengeleitete Indexbildung nach der MARI-Methode*. RWTH Aachen: Institut für Erziehungswissenschaften. <https://doi.org/10.18154/RWTH-2022-05393>
- Förtsch, C., Sommerhoff, D., Fischer, F., Fischer, M., Girwitz, R., Obersteiner, A., Reiss, K., Stürmer, K., Siebeck, M., Schmidmaier, R., Seidel, T., Ufer, S., Wecker, C. & Neuhaus, B. (2018). Systematizing professional knowledge of medical doctors and teachers: Development of an interdisciplinary framework in the context of diagnostic competences. *Education Sciences*, 8(4), Article 207. <https://doi.org/10.3390/educsci8040207>
- Foster, S. & Manser, T. (2012). The effects of patient handoff characteristics on subsequent care: A systematic review and areas for future research. *Academic Medicine*, 87(8), 1105–1124. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31825cfa69>
- Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K. & Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 13, 70.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-70>
- Garth, M., Millet, A., Shearer, E., Stafford, S., Bereknyci Merrell, S., Bruce, J., Schillinger, E., Aaronson, A. & Svec, D. (2018). Interprofessional collaboration: A qualitative study



- of non-physician perspectives on resident competency. *Journal of General Internal Medicine*, 33(4), 487–492. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4238-0>
- Gibson, S. C., Ham, J. J., Apker, J., Mallak, L. A. & Johnson, N. A. (2010). Communication, communication, communication: The art of the handoff. *Annals of Emergency Medicine*, 55(2), 181–183. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.10.009>
- Goldman, J., Reeves, S., Wu, R., Silver, I., MacMillan, K. & Kitto, S. (2015). Medical residents and interprofessional interactions in discharge: An ethnographic exploration of factors that affect negotiation. *Journal of General Internal Medicine*, 30(10), 1454–1460. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3306-6>
- Goldman, J., Reeves, S., Wu, R., Silver, I., MacMillan, K. & Kitto, S. (2016). A sociological exploration of the tensions related to interprofessional collaboration in acute-care discharge planning. *Journal of Interprofessional Care*, 30(2), 217–225. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1072803>
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D. & Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), Article CD000313. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5>
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L., Cameron, I. D. & Shepperd, S. (2022). Discharge planning from hospital. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), Article CD000313. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6>
- Goodwin, C. (1994). Professional vision. *American Anthropologist*, 96(3), 606–633. <https://doi.org/10.1525/aa.1994.96.3.02a00100>
- Grace, S. (2021) Models of interprofessional education for healthcare students: A scoping review, *Journal of Interprofessional Care*, 35(5), 771-783. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1767045>
- Greysen, S. R., Schiliro, D., Curry, L., Bradley, E. H. & Horwitz, L. I. (2012). “Learning by doing” - Resident perspectives on developing competency in high-quality discharge care. *Journal of General Internal Medicine*, 27(9), 1188–1194. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2094-5>
- Greysen, S. R., Schiliro, D., Horwitz, L. I., Curry, L. & Bradley, E. H. (2012). “Out of sight, out of mind”: Housestaff perceptions of quality-limiting factors in discharge care at teaching hospitals. *Journal of Hospital Medicine*, 7(5), 376–381. <https://doi.org/10.1002/jhm.1928>
- Guck, T. P., Walters, R. W., Abdul-Greene, C., Doll, J., Greene, M. A. & McGaha, A. L. (2021). Sustainable and replicable clinical and financial outcomes in an interprofessional education and collaborative practice nexus. *Journal of Interprofessional Care*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1932776>
- Hallin, K., Henriksson, P., Dalén, N. & Kiessling, A. (2011). Effects of interprofessional education on patient perceived quality of care. *Medical Teacher*, 33(1), e22-6. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.530314>
- Hao, J., Liu, L., Davier, A. A. von, Kyllonen, P. & Kitchen, C. (2016). Collaborative problem solving skills versus collaboration outcomes: Findings from statistical analysis and data mining. In T. Barnes, M. Chi & M. Feng (Hrsg.), *Proceedings of the 9th international conference on educational data mining (EDM)* (S. 382–388).
- Havyer, R. D., Nelson, D. R., Wingo, M. T., Comfere, N. I., Halvorsen, A. J., McDonald, F. S., & Reed, D. A. (2016). Addressing the interprofessional collaboration competencies of the association of american medical colleges: A systematic review of assessment instruments in undergraduate medical education. *Academic Medicine*, 91(6), 865-888. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001053>.



- Hayajneh, A. A., Hweidi, I. M., & Abu Dieh, M. W. (2020). Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing open*, 7(5), 1313–1320. <https://doi.org/10.1002/nop2.547>
- Hean, S., Craddock, S., O'Halloran, C. (2009). Learning theories and interprofessional education: A user's guide. *Learning in Health and Social Care*, 8, 250-262. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2009.00227.x>
- Heitzmann, N., Seidel, T., Hetmanek, A., Wecker, C., Fischer, M. R., Ufer, S., Schmidmaier, R., Neuhaus, B., Siebeck, M., Stürmer, K., Obersteiner, A., Reiss, K., Girwidz, R., Fischer, F. & Opitz, A. (2019). Facilitating diagnostic competences in simulations: A conceptual framework and a research agenda for medical and teacher education. *Frontline Learning Research*, 7(4), 1–24. <https://doi.org/10.14786/flr.v7i4.384>
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Hinding, B., Deis, N., Gornostayeva, M., Götz, C. & Jünger, J. (2019). Patient handover - The poor relation of medical training? *GMS Journal for Medical Education*, 36(2), Doc19. <https://doi.org/10.3205/zma001227>
- Hoek, A. E., Anker, S. C. P., van Beeck, E. F., Burdorf, A., Rood, P. P. M. & Haagsma, J. A. (2020). Patient discharge instructions in the emergency department and their effects on comprehension and recall of discharge instructions: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Emergency Medicine*, 75(3), 435–444. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.06.008>
- Hollnagel, E. (2009). *The ETTO principle: efficiency-thoroughness tradeoff: why things that go right sometimes go wrong*. Aldershot, Hants: Ashgate.
- Holzhausen, Y., Maaz, A., März, M., Sehy, V. & Peters, H. (2019). Exploring the introduction of entrustment rating scales in an existing objective structured clinical examination. *BMC Medical Education*, 19(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1736-2>
- Holzhausen, Y., Maaz, A., Renz, A., Bosch, J. & Peters, H. (2018). How to define core Entrustable Professional Activities for entry into residency? *BMC Medical Education*, 18(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1159-5>
- Holzhausen, Y., Maaz, A., Renz, A., Bosch, J. & Peters, H. (2019). Development of Entrustable Professional Activities for entry into residency at the Charité Berlin. *GMS Journal for Medical Education*, 36(1), Doc5. <https://doi.org/10.3205/zma001213>
- Höchter, D., & Dossow, V. von (2018). Strukturierte Patientenübergabe. *Intensivmedizin up2date*, 14(01), 75–84. <https://doi.org/10.1055/s-0043-110686>
- Hunt-O'Connor, C., Moore, Z., Patton, D., Nugent, L., Avsar, P. & O'Connor, T. (2021). The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *Journal of nursing management*, 29(8), 2697–2706. <https://doi.org/10.1111/jonm.13409>
- IMPP. 2020. 1. Kompetenzorientierter Gegenstandskatalog Medizin. <https://www.impp.de/files/PDF/Gegenstandskataloge/Medizin/Kompetenzorientierter%20Gegenstandskatalog%20Medizin.pdf>
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for inter-professional collaborative practice: Report of an expert panel*. <https://ipec.memberclicks.net/assets/2011-Original.pdf>
- The jamovi project. (2021). *The jamovi project* (Version Version 2.2) [Computer software]. <https://www.jamovi.org>.



- Jünger, J. (2018). Kompetenzorientiert prüfen im Staatsexamen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 61(2), 171–177. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2668-9>
- Kaap-Fröhlich, S., Ulrich, G., Wershofen, B., Ahles, J., Behrend, R., Handgraaf, M., Herinek, D., Mitzkat, A., Oberhauser, H., Scherer, T., Schlicker, A., Straub, C., Waury Eichler, R., Wesselborg, B., Witt, M., Huber, M. & Bode, S. F. N. (2022). Position paper of the GMA committee interprofessional education in the health professions - Current status and outlook. *GMS Journal for Medical Education*, 39(2), Doc17. <https://doi.org/10.3205/zma001538>
- Kangas, S., Rintala, T.-M. & Jaatinen, P. (2018). An integrative systematic review of interprofessional education on diabetes. *Journal of Interprofessional Care*, 32(6), 706–718. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1500453>
- Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021 & i.d.F.v. 5 vom 31.03.2021). https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf
- Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023 & i.d.F.v. 10 vom 01.07.2023). https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf
- Knox, L., Symmons, M. A., Douglas, J., Hilton, G. & Winkler, D. (2017). Hospital discharge planning for young people with complex disability: Literature review. Summer Foundation. https://assets.summerfoundation.org.au/pdf_offload/2020/12/2017_Knox_Hospital-discharge-planning-for-young-people-with-complex-disability-literature-review.pdf
- Kenaszchuk, C., MacMillan, K., van Soeren, M. & Reeves, S. (2011). Interprofessional simulated learning: Short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. *BMC Medicine*, 9(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-29>
- Kerres, A., Hausen, A., Wissing, C. & Kemser, J. (2019). Studiengangsübergreifendes Lernen im SimLab. *PADUA*, 14(4), 244–248. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000509>
- Kiesewetter, J., Gluza, M., Holzer, M., Saravo, B., Hammitzsch, L., & Fischer, M. R. (2015). Towards a measurement of internalization of collaboration scripts in the medical context – results of a pilot study. *GMS Journal for Medical Education*, 32(3), Article Doc32. <https://doi.org/10.3205/zma000974>
- Kiesewetter, J., Kollar, I., Fernandez, N., Lubarsky, S., Kiessling, C., Fischer, M. R. & Charlin, B. (2016). Crossing boundaries in interprofessional education: A call for instructional integration of two script concepts. *Journal of Interprofessional Care*, 30(5), 689–692. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1184238>
- Knoke, J. D. (1976). Multiple comparisons with dichotomous data. *Journal of the American Statistical Association*, 71(356), 849. <https://doi.org/10.2307/2286850>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (Hrsg.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Kollar, I., Fischer, F. & Slotta, J. D. (2007). Internal and external scripts in computer-supported collaborative inquiry learning. *Learning and Instruction*, 17(6), 708–721. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2007.09.021>
- Kopp, V., Möltner, A. & Fischer, M. (2006). Key-Feature-Probleme zum Prüfen von prozeduralem Wissen: Ein Praxisleitfaden. *GMS Journal for Medical Education*, 23(3), Doc50.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden*. Beltz Juventa.



- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2020). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31468-2>
- Lau, S. T., Ang, E., Samarasekera, D. D., Shorey, S. (2020) Development of undergraduate nursing entrustable professional activities to enhance clinical care and practice. *Nurse Education Today*, 87, 104347. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104347>
- Leighton, J. P. (2017). *Using think-aloud interviews and cognitive labs in educational research*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199372904.001.0001>
- Leiner, D. J. (2019). *SoSci Survey* (Version Version 3.1.06) [Computer software]. <https://www.sosicurvey.de>
- Leinert, C., Fotteler, M., Kocar, T. D., Brefka, S., Schindler, B. & Denking, M. D. (2022). Entlassungsplanung aus dem Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(8), 717–719. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02136-1>
- Leotsakos, A., Zheng, H., Croteau, R., Loeb, J. M., Sherman, H., Hoffman, C., Morganstein, L., O'Leary, D., Bruneau, C., Lee, P., Duguid, M., Thomeczek, C., van der Schriek-De Loos, E. & Munier, B. (2014). Standardization in patient safety: The WHO high 5s project. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(2), 109–116. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu010>
- Leung, W. I., Emery, C. & Egan, R. (2021). Improving interprofessional handover on labor and delivery: A needs assessment study. *Journal of Interprofessional Care, Vorab-Onlinepublikation*. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1888901>
- Lingnau, R., Blum, K., Willms, G., Pollmann, T., Gohmann, P. & Broge, B. (2021). Entlassungsmanagement: Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021* (S. 84–96). Springer.
- Liu, L., Hao, J., Davier, A. A. von, Kyllonen, P. & Zapata-Rivera, J.-D. (2016). A tough nut to crack: Measuring collaborative problem solving. In J. Keengwe, Y. Rosen, S. Ferrara & M. Mosharraf (Hrsg.), *Handbook of Research on Technology Tools for Real-World Skill Development* (S. 344–359). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-9441-5.ch013>
- Lobchuk, M., Bell, A., Hoplock, L. & Lemoine, J. (2021). Interprofessional discharge team communication and empathy in discharge planning activities: A narrative review. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 23, 100393. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100393>
- Lunney, G. H. (1970). Using analysis of variance with a dichotomous dependent variable: An empirical study 1. *Journal of Educational Measurement*, 7(4), 263–269. <https://doi.org/10.1111/j.1745-3984.1970.tb00727>
- Lüftl, K., Kerres, A., & Wissing, C. (2021). Wer brauch welche Praxisanleitung? *Pflegezeitschrift*, 74, 42-45. <https://doi-org.emedien.ub.uni-muenchen.de/10.1007/s41906-021-1089-4>
- Mabire, C., Dwyer, A., Garnier, A. & Pellet, J. (2018). Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 788–799. <https://doi.org/10.1111/jan.13475>
- Macdonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Lee Murray, B., Fowler-Kerry, S. E. & Anonson, J. M. S. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 238–242. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.11.012>



- MacLean, S., Kelly, M., Geddes, F. & Della, P. (2018). Evaluating the use of teach-back in simulation training to improve discharge communication practices of undergraduate nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, 22, 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.06.005>
- Mahler, C., Berger, S., Pollard, K., Krisam, J., Karstens, S., Szecsenyi, J., & Krug, K. (2017). Translation and psychometric properties of the German version of the University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWE-IP). *Journal of interprofessional care*, 31(1), 105–109. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1227964>
- Marmor, G. O. & Li, M. Y. (2017). Improving emergency department medical clinical handover: Barriers at the bedside. *EMA Emergency Medicine Australasia*, 29(3), 297–302. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12768>
- Matschke, G. (2010). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen: Anspruch und Wirklichkeit*. Diplomica Verlag.
- McBryde, M., Vandiver, J. W. & Onysko, M. (2016). Transitions of care in medical education: A compilation of effective teaching methods. *Family Medicine*, 48(4), 265–272.
- Meade, L. B., Suddarth, K. H., Jones, R. R., Zaas, A. K., Albanese, T., Yamazaki, K. & O'Malley, C. W. (2016). Patients, nurses, and physicians working together to develop a discharge Entrustable Professional Activity assessment tool. *Academic Medicine*, 91(10), 1388–1391. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001189>
- Medizinischer Dienst Bund. (2020). *Behandlungsfehlergutachten der Medizinischen Dienste 2010 - 2020*. https://md-bund.de/fileadmin/bilder/Infografiken/2010-2020_Behandlungsfehlergutachten-72.png
- Meth, S., Bass, E. J. & Hoke, G. (2013). Considering factors of and knowledge about patients in handover assessment. *IEEE transactions on human-machine systems*, 43(5), 494–498. <https://doi.org/10.1109/THMS.2013.2274595>
- Merkens, H. (2015). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 286–299). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mitzkat, A., Berger, S., Reeves, S. & Mahler, C. (2016). More terminological clarity in the interprofessional field - A call for reflection on the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2), Doc36. <https://doi.org/10.3205/zma001035>
- Moll, A., Lambert, S., Visker, J., Dunseith, N., Wang, A., Azim, S. & Cox, C. C. (2019). A case study activity to assess nursing students' perceptions of their interprofessional healthcare team's collaborative decision-making process. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 14, 18–21. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.11.005>
- Moll-Khosrawi, P., Ganzhorn, A., Zöllner, C. & Schulte-Uentrop, L. (2020). Development and validation of a postgraduate anaesthesiology core curriculum based on entrustable professional activities: A delphi study. *GMS Journal for Medical Education*, 37(5), Doc52. <https://doi.org/10.3205/zma001345>
- Möltner, A., Schellberg, D. & Jünger, J. (2006). Grundlegende quantitative Analysen medizinischer Prüfungen. *GMS Journal of Medical Education*, 23(3), Doc53.
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E. & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Mulvale, G., Embrett, M. & Razavi, S. D. (2016). 'Gearing up' to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17, Article 83. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>



- Nerdinger, F., Blickle, G., & Schaper, N. (2008). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- NKLM. (2021). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2.0*. <https://nklm.de/zend/menu>
- Noel, K., Messina, C., Hou, W., Schoenfeld, E. & Kelly, G. (2020). Tele-transitions of care (TTOC): A 12-month, randomized controlled trial evaluating the use of telehealth to achieve triple aim objectives. *BMC Family Practice*, 21(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1094->
- Oandasan, I. & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 21–38. <https://doi.org/10.1080/13561820500083550>
- O'Dowd, E., Lydon, S., O'Connor, P., Madden, C. & Byrne, D. (2019). A systematic review of 7 years of research on entrustable professional activities in graduate medical education, 2011-2018. *Medical Education*, 53(3), 234–249. <https://doi.org/10.1111/medu.13792>
- O'Leary, K. J., Thompson, J. A., Landler, M. P., Kulkarni, N., Haviley, C., Hahn, K., Jeon, J., Wayne, D. B., Baker, D. W. & Williams, M. V. (2010). Patterns of nurse-physician communication and agreement on the plan of care. *Quality & Safety in Health Care*, 19(3), 195–199. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030221>
- Olson, K. (2010). An examination of questionnaire evaluation by expert reviewers. *Field Methods*, 22(4), 295–318. <https://doi.org/10.1177/1525822X10379795>
- Patel, H., Yirdaw, E., Yu, A., Slater, L., Perica, K., Pierce, R. G., Amaro, C. & Jones, C. D. (2019). Improving early discharge using a team-based structure for discharge multidisciplinary rounds. *Professional Case Management*, 24(2), 83–89. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000318>
- Pinelli, V., Stuckey, H. L. & Gonzalo, J. D. (2017). Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 31(5), 566–574. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1322562>
- Pool, I., Hofstra, S., van der Horst, M., ten Cate, O. (2023). Transdisciplinary en-trustable professional activities. *Medical Teacher*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2170778>
- Posenau, A. & Peters, T. (2016). Communicative positioning of one's own profession in interprofessional settings. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2), Doc27. <https://doi.org/10.3205/zma001026>
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. Oldenburg.
- Radkowsch, A., Vogel, F., & Fischer, F. (2020). Good for learning, bad for motivation? A meta-analysis on the effects of computer-supported collaboration scripts. *International Journal of Computer-Supported Collaborative Learning*, 15(1), 5-47. <https://doi.org/10.1007/s11412-020-09316-4>
- Raeisi, A., Rarani, M. A. & Soltani, F. (2019). Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *Journal of education and health promotion*, 8, (173). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_460_18
- Rashid, A., Choukair, D., Bauer, C., Ullrich, M. & Maisch, T. (2022). Praxiseinsatz Elektronischer Patientenakten: Erkenntnisse aus 2 Versorgungsprojekten in Zentren für Seltene Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65(11), 1143–1150. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03599-8>



- Redley, B., Botti, M., Wood, B. & Bucknall, T. (2017). Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(3), 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.003>
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J. & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656–668. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., Zwarenstein, M. & Barr, H. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care. Promoting partnership for health*. Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444325027>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), Article CD002213. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I. & Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230–241. <https://doi.org/10.3109/13561820903163405>
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2016). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9>
- Robertson, B., Mehta, A., Lora, M., Star, J. (2022) An interprofessional discharge planning curriculum in the clinical learning environment. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 28, Article 100525. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100525>
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). (2011). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe: Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/memorandum_kooperation_der_gesundheitsberufe.pdf
- Robert Bosch Stiftung. (2018). *Gemeinsam besser werden für Patienten: Interprofessionelle Lehrkonzepte aus der Förderung der Robert-Bosch-Stiftung*. Robert Bosch Stiftung. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gemeinsam-besser-werden-fuer-patienten>
- Romanow, R. (2002). *Final report: Building on values: The Future of Health Care in Canada*. Ottawa.
- Rosenthal, J. L., Doiron, R., Haynes, S. C., Daniels, B. & Li, S.-T. T. (2017). The effectiveness of standardized handoff tool interventions during inter- and intra-facility care transitions on patient-related outcomes: A systematic Review. *American Journal of Medical Quality*, 33(2), 193–206. <https://doi.org/10.1177/1062860617708244>
- The Royal College. (2015). *CanMEDS*. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e>
- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2009). *Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Nomos.
- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2007). *Kooperation und Verantwortung: Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Nomos.
- Saunders, B., Kitzinger, J. & Kitzinger, C. (2015). Anonymising interview data: Challenges and compromise in practice. *Qualitative Research*, 15(5), 616–632. <https://doi.org/10.1177/1468794114550439>



- Scotten, M., Manos, E. L., Malicoat, A. & Paolo, A. M. (2015). Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient education and counseling*, 98(7), 895–900. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.009>
- Schmelter, V., März, E., Adolf, C., Wölfel, T. L., Lottspeich, C., Fischer, M. R. & Schmidmaier, R. (2018). Ward rounds in internal medicine: Validation of an Entrustable Professional Activity (EPA) observation checklist. *GMS Journal for Medical Education*, 35(2), Doc17. <https://doi.org/10.3205/zma001164>
- Schmidmaier, R., Eiber, S., Ebersbach, R [Rene], Schiller, M., Hege, I., Holzer, M. & Fischer, M. R. (2013). Learning the facts in medical school is not enough: Which factors predict successful application of procedural knowledge in a laboratory setting? *BMC Medical Education*, 13, Article 28. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-28>
- Schröder, H., Thaeter, L., Henze, L., Drachsler, H., Rossaint, R. & Sopka, S. (2018). Patientenübergaben in der Ausbildung? Eine systematische Analyse des Trainingsbedarfs unter Medizinstudierenden. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 135-136, 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.07.002>
- Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., Emery, J., Kellum, S., Wright, M. C. & Mark, J. B. (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia and Analgesia*, 115(1), 102–115. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318253af4b>
- Seidel, T. & Stürmer, K. (2014). Modeling and measuring the structure of professional vision in preservice teachers. *American Educational Research Journal*, 51(4), 739–771. <https://doi.org/10.3102/0002831214531321>
- Sheffer-Hilel, G., Drach-Zahavy, A., & Endevelt, R. (2023). The paradoxical effects of professional stereotypes on the quality of care by interprofessional teams: The contingent effects of team faultlines, team stereotypes, and championship behaviors. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1135071. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1135071>
- Sicks, S., Umland, E., Koch, A., Hass, R. W., & Tenpa, J. (2022). Measuring interprofessional education and collaborative practice competencies: A content validity study of the Jefferson Teamwork Observation Guide®. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 691-697. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1972946>
- SIWF. (2019). *Leitlinie zur Implementierung von Entrustable Professional Activities (EPAs) in die Weiterbildungsprogramme*. <https://www.siwf.ch/siwf-projekte/epa.cfm>
- Smith, S. J. & Barry, D. G. (2013). The use of high-fidelity simulation to teach home care nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 35(3), 297–312. <https://doi.org/10.1177/0193945911417635>
- Spaulding, E. M., Marvel, F. A., Jacob, E., Rahman, A., Hansen, B. R., Hanyok, L. A., Martin, S. S. & Han, H., R. (2021). Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: A systematic review and call for action. *Journal of Interprofessional Care*, 35(4), 612–621. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1697214>
- Stadler, M., Sailer, M. & Fischer, F. (2021). Knowledge as a formative construct: A good alpha is not always better. *New Ideas in Psychology*, 60, 100832. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100832>
- Stahl, K. & Nadj-Kittler, M. (2014). *Picker Report 2014: Neue Perspektiven*. http://loewenstern.vl-pr.de/wp-content/uploads/2015/12/PICKER_REPORT.pdf
- Steger, D., Jankowsky, K., Schroeders, U. & Wilhelm, O. (2022). The road to hell is paved with good intentions: How common practices in scale construction hurt validity. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.31234/osf.io/p3zxa>



- Stegmann, K., Pilz, F., Siebeck, M. & Fischer, F. (2012). Vicarious learning during simulations: Is it more effective than hands-on training? *Medical Education*, 46(10), 1001–1008. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04344.x>.
- Steinke, I. (2015). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 319–331). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Stelow, K-U., Buggenhagen, H. (2018). Mündliche Kommunikation. In J. Jünger (Hrsg.), *Ärztliche Kommunikation. Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020* (S. 497 - 517). Schattauer. Stuttgart.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's Alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Taylor, D., Park, Y. S., Egan, R., Chan, M.K., Karpinski, J., Touchie, C., Snell, L. S. & Tekian, A. (2017). EQual, a novel rubric to evaluate Entrustable Professional Activities for quality and structure. *Academic Medicine*, 92(11), 110-117. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001908>
- Taylor, D., Park, Y. S., Smith, C., ten Cate, O. & Tekian, A. (2021). Constructing approaches to Entrustable Professional Activity development that deliver valid descriptions of professional practice. *Teaching and Learning in Medicine*, 33(1), 89–97. <https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1784740>
- ten Cate, O. & Chen, H. C. (2020). The ingredients of a rich entrustment decision. *Medical Teacher*, 42(12), 1413–1420. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1817348>
- ten Cate, O., Chen, H. C., Hoff, R. G., Peters, H., Bok, H. & van der Schaaf, M. (2015). Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE guide no. 99. *Medical Teacher*, 37(11), 983–1002. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1060308>
- ten Cate, O. & Hoff, R. G. (2017). From case-based to entrustment-based discussions. *The Clinical Teacher*, 14(6), 385–389. <https://doi.org/10.1111/tct.12710>
- ten Cate, O. & Pool, I. A. (2020). The viability of interprofessional Entrustable Professional Activities. *Advances in Health Sciences Education*, 25(5), 1255–1262. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09950-0>
- ten Cate, O. & Schumacher, D. J. (2022). Entrustable Professional Activities versus competencies and skills: Exploring why different concepts are often conflated. *Advances in Health Sciences Education*, 27(2), 491–499. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10098-7>
- ten Cate, O. & Taylor, D. R. (2021). The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE guide no. 140. *Medical Teacher*, 43(10), 1106–1114. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1838465>
- Tenorth, H.-E. & Tippelt, R. (Hrsg.). (2007). *Studium Pädagogik. Beltz Lexikon Pädagogik*. Beltz.
- Thaeter, L., Schröder, H., Henze, L., Butte, J., Henn, P., Rossaint, R. & Sopka, S. (2018). Handover training for medical students: A controlled educational trial of a pilot curriculum in Germany. *BMJ Open*, 8(9), e021202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021202>



- Thistlethwaite, J. E., Forman, D., Matthews, L. R., Rogers, G. D., Steketee, C. & Yassine, T. (2014). Competencies and frameworks in interprofessional education: A comparative analysis. *Academic Medicine*, 89(6), 869–875. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000249>
- Thistlethwaite, J. E., Kumar, K. & Roberts, C. (2016). Becoming interprofessional: professional identity formation in the health professions. In R. L. Cruess, S. R. Cruess & Y. Steinert (Hrsg.), *Teaching medical professionalism: Supporting the development of a professional identity* (2. Aufl., 140–154). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316178485.012>
- Tong, R., Brewer, M., Flavell, H. & Roberts, L. D. (2020). Professional and interprofessional identities: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1713063>
- Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63(6), 384–399. <https://doi.org/10.1037/h0022100>
- van de Wiel, M. W. J., Boshuizen, H. P. A. & Schmidt, H. G. (2000). Knowledge restructuring in expertise development: Evidence from pathophysiological representations of clinical cases by students and physicians. *European Journal of Cognitive Psychology*, 12(3), 323–356. <https://doi.org/10.1080/09541440050114543>
- VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH. (1989 – 2021). *MAXQDA Software für qualitative Datenanalyse* (Version 20.4.1) [Computer software]. Berlin. <https://www.maxqda.de>
- Visser, C., Ket, J., Croiset, G. & Kusurkar, R. A. (2017). Perceptions of residents, medical and nursing students about Interprofessional education: A systematic review of the quantitative and qualitative literature. *BMC Medical Education*, 17(1), Article 77. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0909-0>
- Visser, C., Wouters, A., Croiset, G. & Kusurkar, R. A. (2020). Scaffolding clinical reasoning of health care students: A qualitative exploration of clinicians' perceptions on an interprofessional obstetric ward. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 2382120520907915. <https://doi.org/10.1177/2382120520907915>
- Vogelbusch, H. & Hannemann, F. (2017). SOP Entlassungsmanagement. *Orthopädie und Unfallchirurgie*, 12(01), 11–16. <https://doi.org/10.1055/s-0042-122899>
- Vogelbusch, H., Töpfer, A. (2017). Entlassungsmanagement: Eine gesetzliche und organisatorische Herausforderung. In: Albrecht, D., Töpfer, A. (Hrsg.) *Handbuch Changemanagement im Krankenhaus. Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi-org.emedien.ub.uni-muenchen.de/10.1007/978-3-642-20362-6_21
- von Dossow, V. & Zwißler, B. (2016). Empfehlung der DGAI zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase: Das SBAR-Konzept. *Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*, 51(2), 136–137. <https://doi.org/10.1055/s-0042-101190>
- Vreugdenhil, J., Döpp, D., Custers, E. J. F. M., Reinders, M. E., Dobber, J. & Kusurkar, R. A. (2022). Illness scripts in nursing: Directed content analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 201–210. <https://doi.org/10.1111/jan.15011>
- Wade, D. T. & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E. G., Kaap-Frohlich, S., Karstens, S., Reiber, K., Stock-Schroer, B. & Sottas, B. (2015). Position statement GMA committee -



- "interprofessional education for the health care professions". *GMS Journal of Medical Education*, 32(2), Doc22. <https://doi.org/10.3205/zma000964>
- Walsh, C. L., Gordon, M. F., Marshall, M., Wilson, F. & Hunt, T. (2005). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*, 5(4), 230–237. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2004.12.004>
- Wang, Z., Feng, F., Gao, S. & Yang, J. (2019). A systematic meta-analysis of the effect of interprofessional education on health professions students' attitudes. *Journal of Dental Education*, 83(12), 1361–1369. <https://doi.org/10.21815/JDE.019.147>
- Wecker, C. & Fischer, F. (2011). From guided to self-regulated performance of domain-general skills: The role of peer monitoring during the fading of instructional scripts. *Learning and Instruction*, 21(6), 746–756. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2011.05.001>
- Wen, A., Wong, L., Ma, C., Arndt, R., Katz, A. R., Richardson, K., Deutsch, M. & Masaki, K. (2019). An interprofessional team simulation exercise about a complex geriatric patient. *Gerontology and Geriatrics Education*, 40(1), 16–29. <https://doi.org/10.1080/02701960.2018.1554568>
- WHO Expert Committee on Continuing Education for Physicians & World Health Organization. (1973). *Continuing education for physicians: Report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 28 June to 4 July 1973]*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41063>
- Wingenfeld, K. (2020). *Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen* (2. Aufl.). Pflegemanagement. Verlag W. Kohlhammer.
- Wissenschaftsrat. (2012). *Empfehlung zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>
- Wissenschaftsrat. (2014). *Empfehlung zur Gestaltung von beruflicher und akademischer Bildung*. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3818-14.pdf>
- Wölfel, T., Lottspeich, C., Vietz, E., Fischer, M. R. & Schmidmaier, R. (2016). Medical ward round competence in internal medicine - An interview study towards an interprofessional development of an Entrustable Professional Activity (EPA). *BMC Medical Education*, 16, 174. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0697-y>
- Wood, D., Bruner, J. S. & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(2), 89–100. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x>
- World Health Organization. (1988). *Learning together to work together for health*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37411/1/WHO_TRS_769.pdf
- World Health Organization. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. <https://www.who.int/publications/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- World Health Organization. (2017). *Lösungskonzepte zur Patientensicherheit*. <https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/publikationen/PatientSolutionsGERMAN.pdf>
- Zottmann, J. M., Dieckmann, P., Taraszow, T., Rall, M. & Fischer, F. (2018). Just watching is not enough: Fostering simulation-based learning with collaboration scripts. *GMS Journal for Medical Education*, 35(3), Doc35. <https://doi.org/10.3205/zma001181>



Zwarenstein, M. & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD000072.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072>.

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(3), Article CD000072.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>



Anhang

Anhang A

Tabelle Itemauswahl

Die Tabelle Itemauswahl zeigt alle vorläufig eingeschlossenen 21 Items. Die gestrichelten Items sind Fett markiert mit der Begründung in Klammern.

Subdomänen	deklarative MCQ-Items	strategische Key-Feature-Items
(ZA) Zeitliche Aspekte (drei Fragen)	1) Beginn Entlassungsplanung (ZA1D) 2) Evaluation Entlassungsprozess (ZA2D) 3) Schulung Medikamenteneinnahme (zu pflegespezifisch) 4) Kontakt Beratungsstellen (tatsächlicher Praxisbezug fehlt)	1) Terminierung Entlassungsgespräch (ZA3S)
(ZU) Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (fünf Fragen)	5) Risikoeinschätzung (ZU1D) 6) Beteiligung klinischen Sozialdienst (ZU2D)	2) Inhalt Entlassungsgespräch (Arztwissen) (ZU3S) 3) Inhalt Entlassungsgespräch (Pflegewissen) (ZU4S) 4) Pflegegradschnelleinstufung (ZU5S) 5) Zwischenevaluierung Entlassungsplanung (zu pflegespezifisch, mit Evaluation abgedeckt)
(VE) Versicherung (Vier Fragen)	7) Anspruch auf Pflegeleistung (VE1D) 8) Antrag Anschlussheilbehandlung (VE2D) 9) Pflegegrade (VE3D) 10) Hausbesuch Pflegegrad-einstufung (zu hohe Überschneidung mit NA)	6) Haushaltshilfe (VE4S)
(NA) Nachsorge (Vier Fragen)	11) Pflegeüberleitungsbogen (NA1D) 12) Arztbrief (NA2D) 13) Verhinderungspflege (hohe Überschneidung mit VE, mit NA3S tlw. thematisch abgedeckt)	7) Kurzzeitpflege (NA3S) 8) Rezept (NA4S)



Einladung zur Studienteilnahme

Sie sind Arzt/Ärztin oder Pflegefachkraft und betreuen Patienten vor oder nach ihrer Entlassung?

Mit Ihrem Beitrag können Sie dabei helfen, die interprofessionelle Patientenversorgung zu verbessern.

Am Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin (DAM) führen wir derzeit eine Fragebogenstudie zum Thema „interprofessionelle Entlassungsplanung“ durch.

Ziel der Studie ist es, zu erfahren, wie Pflegefachkräfte und Ärzt*innen die Aufgabe der interprofessionellen Entlassungsplanung bewältigen und über welchen Wissenstand sie verfügen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen der Entwicklung von Kurskonzepten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zur interprofessionellen Entlassungsplanung.

Sie leisten durch Ihre Teilnahme an der Studie einen unverzichtbaren Beitrag zur Stärkung der interprofessionellen Lehre und Zusammenarbeit in Deutschland.

Ablauf

In einem Onlinefragebogen werden Sie zu verschiedenen Aspekten der Entlassungsplanung befragt. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 30 Minuten in Anspruch nehmen.

Für Studienteilnehmende entstehen durch die Teilnahme keinerlei Risiken.

Wer?	Pflegefachkräfte und Ärzt*innen
Wo?	Online: https://www.soscisurvey.de/em21/
Wann?	Oktober – Dezember 2021
Wie lange?	Ca. 30 Minuten

Vielen Dank!

Prof. Dr. med. Martin Fischer, MME; Dr. med. Dr. Marc Weidenbusch (MME);

Julia Wagner (B.Sc.); Matthias Wittl (M.A)

Bei Interesse und für weitere Informationen wenden Sie sich gerne per E-Mail an: Matthias.Wittl@med.uni-muenchen.de



Fragebogen Wissenstest Entlassungsmanagement

Alle Fragebogenitems zum Wissenstest Entlassungsmanagement werden im Folgenden dargestellt. In Klammern neben der Zuordnung der Fragen wird kenntlich gemacht, welchen Fragen den Ärzt*innen und welchen Fragen den Pflegefachkräften bzw. beiden Berufsgruppen gestellt wurden.

Soziodemographische Daten:

Der folgende Abschnitt zeigt alle ausgewerteten Variablen.

Alter (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Bitte geben Sie Ihr Alter in Jahren an.

Fragebogentyp: Texteingabe offen

Geschlecht (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- Weiblich
- Männlich
- Divers

Fragebogentyp: MC (Auswahl)

Berufsgruppe (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Bitte ordnen Sie sich Ihrer Berufsgruppe zu.

Bitte wählen Sie Ihren gelernten Beruf, auch wenn Sie diesen in seiner ursprünglichen Form aktuell nicht ausüben.

Beispiel: Pflegedienstleitung - Pflegefachkraft

- Pflegefachkraft (inkl. Kinderkrankenpflege und Altenpflege)
- Arzt oder Ärztin

Fragebogentyp: MC (Auswahl)

Organisationseinheit (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Bitte ordnen Sie sich Ihrer Organisationseinheit zu.

- Innere Medizin
- Chirurgie
- Psychiatrie
- Pädiatrie
- Psychosomatik
- Urologie
- Radiologie
- Allgemeinmedizin
- Geriatrie
- Anästhesie/OP
- Neurologie
- Sonstiges

Fragebogentyp: MC (Auswahl)

Berufserfahrung (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)



Anhang

Bitte geben Sie an, wieviel Berufserfahrung Sie haben.

- 0-3 Jahre
- 4-6 Jahre
- 7-9 Jahre
- 10-12 Jahre
- Mehr als 12 Jahre

Fragentyp: MC (Auswahl)

Stellung Pflegefachkräfte (Pflegefachkräfte)

Bitte wählen Sie von den untenstehenden Qualifikationen die auf Sie zutreffenden aus.

- Pflegefachkraft
- Stationsleitung/Pflegedienstleitung
- Praxisanleiter*in
- Fachpflegekraft
- Pflegefachkraft mit Bachelorstudium
- Pflegefachkraft ohne pflegerische Tätigkeit
- Pflegefachkraft in Lehrtätigkeit
- Sonstiges

Fragentyp: MC (Auswahl)

Stellung Ärzt*innen (Ärzt*innen)

- Assistenzarzt
- Facharzt
- Oberarzt
- Leitender Oberarzt
- Chefarzt
- Niedergelassener Arzt
- Arzt ohne ärztliche Tätigkeit
- Sonstiges

Fragentyp: MC (Auswahl)

Wissenstest Entlassungsmanagement

Der folgende Abschnitt zeigt alle Items, die im Wissenstest Entlassungsmanagement gestellt wurden. Zudem wird nach jeder Überschrift in Klammern dargestellt, welche Fragen den Ärzt*innen und welche Fragen den Pflegefachkräften gestellt wurden.

Wissensdimension: **Zeitliche Aspekte (drei Fragen)**

1. Beginn Entlassungsplanung (ZA1D) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Wann sollte bei entsprechendem Bedarf die Entlassungsplanung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung beginnen?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Sobald der Entlassungstermin des Patienten feststeht
- Individuell nach Einschätzung des Stationsarztes
- Bei Aufnahme bzw. innerhalb von 24 Stunden
- Individuell nach Einschätzung der Pflegefachkraft
- In den ersten 72 Stunden nach stationärer Aufnahme
- Individuell nach Einschätzung des Oberarztes



Fragentyp: MC (Auswahl)

2. Evaluation Entlassungsprozess (ZA2D) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Wann sollte gemäß des aktuellen Expertenstandards "Entlassungsmanagement in der Pflege" des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) eine erneute Kontaktaufnahme mit dem entlassenen Patienten stattfinden, um die Weiterversorgungsmaßnahmen zu evaluieren?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Auf selbstständige Rückmeldung des Patienten/der Angehörigen warten
- Eine standardmäßige Kontaktaufnahme ist nicht notwendig
- Die Kontaktaufnahme erfolgt durch die Pflegefachkraft oder den Arzt im Laufe einer Woche
- Die Kontaktaufnahme erfolgt innerhalb von zwei bis drei Tagen nach Entlassung
- Die Kontaktaufnahme erfolgt durch den Sozialdienst im Laufe einer Woche
- Die Kontaktaufnahme erfolgt einen Tag nach Entlassung
- Die Kontaktaufnahme erfolgt für alle Entlassungen einmal pro Quartal

Fragentyp: MC (Auswahl)

3.a Terminierung Entlassungsgespräch (ZA3S) (Ärzt*innen)

Fall Frau Müller

Es ist Donnerstag, 15 Uhr. Der Oberarzt informiert Sie, dass Frau Müller (55 Jahre) nach Behandlung ihrer Nierenbeckenentzündung morgen Vormittag entlassen wird. Sie sind für die Entlassung verantwortlich.

Sie besprechen sich mit der zuständigen Pflegefachkraft und planen das Entlassungsgespräch.

Wann sollte das Entlassungsgespräch durchgeführt werden?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Zum nächstmöglichen Zeitpunkt
- 12 Stunden vor Entlassung
- Am Entlassungstag
- Gar nicht
- Nur bei Notwendigkeit
- Sie vereinbaren ein Telefongespräch
- Eine Stunde vor der Entlassung

Fragentyp: MC (Auswahl)

3.b Terminierung Entlassungsgespräch (ZA3S) (Pflegefachkräfte)

Fall Frau Müller

Es ist Donnerstag, 15 Uhr. Der Oberarzt informiert Sie, dass Frau Müller (55 Jahre) nach Behandlung ihrer Nierenbeckenentzündung morgen Vormittag entlassen wird. Sie sind für die Entlassung verantwortlich.

Sie besprechen sich mit dem zuständigen Stationsarzt und planen das Entlassungsgespräch.

Wann sollte das Entlassungsgespräch durchgeführt werden?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Zum nächstmöglichen Zeitpunkt
- 12 Stunden vor Entlassung
- Am Entlassungstag
- Gar nicht
- Nur bei Notwendigkeit
- Sie vereinbaren ein Telefongespräch
- Eine Stunde vor der Entlassung

Fragentyp: MC (Auswahl)



Wissensdimension: **Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung (fünf Fragen)**

4. Risikoeinschätzung (ZU1D) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Bei welchen Patienten ist eine Risikoeinschätzung von Pflegenden und Ärzten zur Feststellung des Bedarfs an poststationärer Versorgung notwendig?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Bei Patienten, die aus stationären Pflegeeinrichtungen kommen
- Bei allen stationären Patienten
- Bei allen Patienten über 60 Jahren
- Bei entsprechendem Wunsch der Angehörigen
- Bei allen Patienten mit bestehendem Pflegegrad
- Bei allen Patienten ab dem 65. Lebensjahr
- Bei allen multimorbiden Patienten

Fragentyp: MC (Auswahl)

5. Beteiligung klinischen Sozialdienst (ZU2D) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Was wäre aus Ihrer Sicht ein sinnvoller Grund, um den Sozialdienst hinzuzuziehen?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Absehbarer Nachsorgebedarf
- Entlassung direkt vor dem Wochenende
- Der Sozialdienst ist immer mit einzubeziehen
- Bei Abrechnungsfragen bezgl. DRG
- Patienten mit bestehendem Pflegegrad
- Patienten ab dem 65. Lebensjahr
- Patienten mit chronischen Krankheiten

Fragentyp: MC (Auswahl)

6. Inhalt Entlassungsgespräch (Arztwissen) (ZU3S) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Anmerkung: beide Berufsgruppen müssen A und B beantworten.

Fall Herr Mohamadi

Es ist Donnerstag. Der berufstätige Herr Mohamadi (55 Jahre) mit Z. n. radikaler Prostatektomie (4. postoperativer Tag) verlässt übermorgen ihre Station mit einem vorübergehenden Blasendauerkatheter.

Sie planen ein interprofessionelles Entlassungsgespräch.

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

A. Was ist NICHT zwingender Bestandteil des **ÄRZTLICHEN** Entlassungsgesprächs?

- Anschlussheilbehandlung (AHB)
- Rezept Physiotherapie
- Antrag Schwerbehindertenausweis
- Rezept und Aufklärung Schmerzmedikation
- Wiedervorstellungsgründe

B. Was ist NICHT zwingender Bestandteil des **PLEGERISCHEN** Entlassungsgesprächs?

- Beratung zur Wundversorgung
- Beckenbodentraining
- Verhalten bis zum Abschluss der Wundheilung
- Verhalten zur Medikamenteneinnahme
- Dauerkatheterpflege

Fragentyp: MC (Auswahl)



7. Inhalt Entlassungsgespräch (Pflegetwissen) (ZU3S) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Anmerkung: beide Berufsgruppen müssen A und B beantworten.

Fall Herr Mohamadi

Es ist Donnerstag. Der berufstätige Herr Mohamadi (55 Jahre) mit Z.n. radikaler Prostatektomie (4. postoperativer Tag) verlässt übermorgen ihre Station mit einem vorübergehenden Blasendauerkatheter.

Sie planen ein interprofessionelles Entlassungsgespräch.

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

A. Was ist NICHT zwingender Bestandteil des PLEGERISCHEN Entlassungsgesprächs?

- Beratung zur Wundversorgung
- Beckenbodentraining
- Verhalten bis zum Abschluss der Wundheilung
- Verhalten zur Medikamenteneinnahme
- Dauerkatheterpflege

B. Was ist NICHT zwingender Bestandteil des ÄRZTLICHEN Entlassungsgesprächs?

- Anschlussheilbehandlung (AHB)
- Rezept Physiotherapie
- Antrag Schwerbehindertenausweis
- Rezept und Aufklärung Schmerzmedikation
- Wiedervorstellungsgründe

Fragentyp: MC (Auswahl)

8.a Pflegegradschnelleinstufung (ZU5S) (Pflegefachkräfte)

Fall Herr Schüle

Es zeichnet sich ab, dass Herr Schüle (83 Jahre, beginnende Demenz) auch über den stationären Aufenthalt hinaus zuhause pflegerische Unterstützung benötigen wird. Bislang lebte Herr Schüle allein und selbstversorgend.

Noch während seines Krankenhausaufenthaltes soll deshalb ein Pflegegrad beantragt werden. Sie wollen eine Pflegegradschnelleinstufung beantragen.

Wie gehen Sie am sinnvollsten vor?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Sie kontaktieren den Hausarzt
- Sie kontaktieren die Angehörigen
- Sie kontaktieren den Patienten
- Sie kontaktieren die Sozialberatung
- Sie kontaktieren den MDK
- Sie kontaktieren den Stationsarzt
- Sie kontaktieren den ambulanten Pflegedienst

8.b Pflegegradschnelleinstufung (ZU5S) (Ärzt*innen)

Fall Herr Schüle

Es zeichnet sich ab, dass Herr Schüle (83 Jahre, beginnende Demenz) auch über den stationären Aufenthalt hinaus zuhause pflegerische Unterstützung benötigen wird. Bislang lebte Herr Schüle allein und selbstversorgend.

Noch während seines Krankenhausaufenthaltes soll deshalb ein Pflegegrad beantragt werden. Sie wollen eine Pflegegradschnelleinstufung beantragen.

Wie gehen Sie am sinnvollsten vor?



Anhang

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Sie kontaktieren den Hausarzt
- Sie kontaktieren die Angehörigen
- Sie kontaktieren den Patienten
- Sie kontaktieren die Sozialberatung
- Sie kontaktieren den MDK
- Sie kontaktieren die Pflegefachkraft
- Sie kontaktieren den ambulanten Pflegedienst

Fragentyp: MC (Auswahl)

Wissensdimension: **Versicherungsrechtliche Aspekte (Vier Fragen)**

9. Anspruch auf Pflegeleistung (VE1D) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Wie lange muss eine Person voraussichtlich mindestens pflegerische Hilfe benötigen, um grundsätzlich Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung zu haben?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Mind. 1 Tag
- Mind. 15 Tage
- Mind. 1 Monat
- Mind. 2 Monate
- Mind. 3 Monate
- Mind. 6 Monate
- Mind. 9 Monate

Fragentyp: MC (Auswahl)

10. Antrag Anschlussheilbehandlung (VE2D) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Wer kann grundsätzlich gesetzlich eine Anschlussheilbehandlung beantragen?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Patient*
- Stationsarzt
- Pflegefachkraft
- Sozialdienst
- Hausarzt
- Physiotherapie
- MDK

Fragentyp: MC (Auswahl)

11. Pflegegrade (VE3D) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Wie viele Pflegegrade gibt es in Deutschland?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Fragentyp: MC (Auswahl)



12. Haushaltshilfe (VE4S) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Fall Frau Mané

Es ist Mittwochnachmittag. Die 66-jährige alleinlebende Rentnerin Frau Mané benötigt nach einer schweren Hüftprellung ohne Fraktur Unterstützung bei der Haushaltsführung.

Ihr Mann ist vor fünf Jahren gestorben, die Ehe war kinderlos. Frau Mané hat bei der Belastung ihres Beins noch Schmerzen.

Wozu raten Sie Frau Mané?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Pflegegradschnelleinstufung zu beantragen
- Kurzzeitpflege zu beantragen
- Haushaltshilfe zu beantragen
- Ambulanten Pflegedienst zu beauftragen
- Anschlussheilbehandlung zu beantragen
- Verhinderungspflege zu beantragen
- Häusliche Krankenpflege zu beantragen

Fragentyp: MC (Auswahl)

Wissensdimension: **Nachsorge (Vier Fragen)**

13. Pflegeüberleitungsbogen (NA1D) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Welche Hauptfunktion hat der sogenannte Überleitungsbogen oder sog. pflegerische Entlassungsbrief?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Übersicht für den Patienten
- Information für Beteiligte an der poststationären Versorgung
- Dokumentation von Pflegehandlungen
- Vorlage bei der Pflegeversicherung
- Vorlage bei der Krankenkasse
- Bescheinigung zur Behandlungspflege
- Dokumentation von Komplikationen und Pflegebedürftigkeit

Fragentyp: MC (Auswahl)

14. Arztbrief (NA2D) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Welche Hauptfunktion hat der sogenannte Arztbrief?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Information für den Patienten
- Information für den weiterbehandelnden Arzt
- Information für die Krankenkasse
- Information für die Pflegekasse
- Information für den ambulanten Pflegedienst
- Information für das hausinterne Abrechnungssystem (DRG)
- Information für den zuständigen Apotheker

Fragentyp: MC (Auswahl)

15. Kurzzeitpflege (NA3S) (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte)

Fall Herr Paulus



Anhang

Es ist Montag. Der bislang alleinlebende Herr Paulus (60 Jahre) ist nach einem stationären Aufenthalt auf der Stroke Unit bei cerebralem Mediainfarkt mit daraus folgender Hemiparese pflegebedürftig. Eine weitere Behandlung auf der Stroke Unit ist bei Stabilisierung des Patienten nun nicht mehr indiziert und der Patient ist entlassungsfähig. Die Anbindung an den ambulanten Pflegedienst kann erst in 14 Tagen erfolgen. Angehörige oder Bekannte gibt es nicht.

Welche Maßnahme erscheint Ihnen in dieser Situation am sinnvollsten?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Tagespflege
- Klinikaufenthalt verlängern
- Verhinderungspflege
- Nachbarschaftshilfe
- Kurzzeitpflege
- Rehabilitation
- Geriatrische Tagesklinik

Fragentyp: MC (Auswahl)

16.a Rezept (NA4S) (Ärzt*innen)

Es ist Dienstag, der 20.12. Frau Kaminska (40 Jahre) wird heute Nachmittag nach stationärer Behandlung einer tiefen Beinvenenthrombose nach Hause entlassen. Ihr Hausarzt ist erst nach den Weihnachtsfeiertagen wieder erreichbar. Frau Kaminska fragt Sie, wie sie nun über die Feiertage an Ihre Medikamente für die Blutverdünnung kommt.

Welche sinnvolle Option haben Sie als Facharzt*in?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Sie können Ihr ein Rezept für bis zu sieben Tage ausstellen
- Sie können Ihr ein Rezept für bis zu zwei Tage ausstellen
- Sie können Ihr kein Rezept ausstellen
- Sie verlegen die Entlassung auf nach den Feiertagen
- Sie geben Ihr die Medikamente über die Feiertage mit
- Sie rufen den Hausarzt an und bitten ihn, ein Rezept auszustellen und zu faxen
- Frau K. muss sich das Rezept bei einem Bereitschaftsarzt ausstellen lassen

Fragentyp: MC (Auswahl)

16.b Rezept (NA4S) (Pflegefachkräfte)

Es ist Dienstag, der 20.12. Frau Kaminska (40 Jahre) wird heute Nachmittag nach stationärer Behandlung einer tiefen Beinvenenthrombose nach Hause entlassen. Ihr Hausarzt ist erst nach den Weihnachtsfeiertagen wieder erreichbar. Frau Kaminska fragt Sie, wie sie nun über die Feiertage an Ihre Medikamente für die Blutverdünnung kommt.

Welche sinnvolle Option haben Sie als Pflegefachkraft?

Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus.

- Sie fordern beim Stationsarzt ein Rezept für bis zu sieben Tage an
- Sie fordern beim Stationsarzt ein Rezept für bis zu zwei Tage an
- Sie können Ihr kein Rezept ausstellen lassen
- Sie schlagen vor, die Entlassung auf nach den Feiertagen zu verlegen
- Sie geben Ihr die Medikamente über die Feiertage mit
- Sie rufen den Hausarzt an und bitten ihn, ein Rezept auszustellen und zu faxen
- Frau K. muss sich das Rezept bei einem Bereitschaftsarzt ausstellen lassen

Fragentyp: MC (Auswahl)



Anhang B

Demographische Daten

Die folgende Tabelle zeigt den Leitfaden für die Erhebung demographischer Daten.

1. Studienteilnehmer/Nummer	Datum:
2. Berufserfahrung in Jahren	
3. Beruf	Arzt/Ärztin; Gesundheits- und Krankenpfleger*in
4. Disziplin/Organisationseinheit	
5. Funktion in der Klinik	AA, OA, CA, GKP., GKP mit Fachweiterbildung, SL,
6. Anzahl der interprofessionellen Patientenübergaben momentan/Woche	

Interviewleitfaden

Die folgende Tabelle zeigt den verwendeten Interviewleitfaden mit Gliederungspunkten und Fragen mit Aufrechterhaltungsfragen.

Gliederung	Fragen mit Aufrechterhaltungsfragen
1. Einstieg	
1.1 Kernfrage: Rechtfertigung interprofessionelle Übergabe	<ul style="list-style-type: none">Was stellen Sie sich unter einer interprofessionellen Patientenübergabe vor? (Mögliche Definition vorstellen!) (Common Ground)Worin sehen Sie den Mehrwert einer interprofessionellen Patientenübergabe?Welche Ziele verfolgen Sie mit einer interprofessionellen Patientenübergabe?
1.2 Kernfrage: Rechtfertigung interprofessionelles Entlassungsmanagement	<ul style="list-style-type: none">Welche Bedeutung messen Sie dem interprofessionellen Austausch hinsichtlich der Entlassungsplanung zu?Welche Möglichkeiten und Chancen sehen Sie in der Verbesserung einer gemeinsamen Entlassungsplanung?
2. Beschreibung	
2.1 Kernfrage: Beschreibung	<ul style="list-style-type: none">Wie ist der Ablauf einer typischen interprofessionellen Patientenübergabe beginnend bei der Vorbereitung?Wann findet eine interprofessionelle Patientenübergabe gewöhnlich statt?Warum bzw. Wann bemerken Sie, dass Sie sich mit Ärzt*innen austauschen müssen? Können Sie mir ein Beispiel (Entlassungsplanung) nennen?Was braucht es, um eine gelungene interprofessionelle Patientenübergabe zu gestalten? (Rahmenbedingungen)
2.2 Kernfrage: Aufbau und Struktur	<ul style="list-style-type: none">Wie lange dauert eine interprofessionelle Patientenübergabe gewöhnlich? (Gesamtdauer, Dauer pro Patient)Welche konkreten fachlichen Inhalte sollten während einer



interprofessionellen Patientenübergabe bezüglich der Entlassungsplanung besprochen werden?

- In welche Phasen lässt sich eine interprofessionelle Patientenübergabe untergliedern? (im speziellen auf die Entlassungsplanung?)
- Wie würden Sie eine interprofessionelle Patientenübergabe im Rahmen der Entlassungsplanung gestalten?
(vor der Patientenübergabe (Informationssammlung) – Organisation; Schemata bspw. ISBAR/SBAR/Patientenvorstellung (SOAP))
- Womit endet die Patientenübergabe typischerweise? Wie wird eine Patientenübergabe in der Regel beendet?

2.3 Evaluation

- Inwieweit wird eine interprofessionelle Patientenübergabe nach Abschluss in der Pflege reflektiert/überdacht?

3. Wissen, Fähigkeiten, Verhalten

3.1 Wissen

3.1 Kernfrage Wissen

(Erwartete Kompetenzen, damit die Aktivität anvertraut werden kann)

- Welches Wissen muss eine frisch examinierte Pflegefachkraft mitbringen, um eine interprofessionelle Patientenübergabe durchführen zu können?
- Welches Wissen muss ein frisch examinierte Pflegefachkraft mitbringen, um den Entlassungsprozess des Patienten sicher und adäquat zu betreuen?
- Können Sie den Aufgabenbereich der Ärzte innerhalb der Entlassungsplanung beschreiben?
- Was erwarten Sie von einem Arzt, um gemeinsam eine interprofessionelle Patientenübergabe durchführen zu können?

3.2 Fähigkeiten

3.2.1 Kernfrage: Fähigkeiten

- Welche Aufgaben hat eine frisch examinierte Pflegefachkraft in einer interprofessionellen Patientenübergabe und welche Tätigkeiten umfasst dies konkret?

(Tätigkeiten auflisten)

- Welche Aufgaben hat eine examinierte Pflegefachkraft in der Entlassungsplanung und welche Tätigkeiten umfasst dies konkret?
- Können Sie Fähigkeiten benennen, die ein frisch examinierte Pflegefachkraft zur Bewältigung der Tätigkeiten benötigt?

3.2.1 Kernfrage: Limitationen

- Inwiefern spielt die Komplexität des Patienten eine Rolle bei Übertragung der Aufgabe Patientenübergabe? (Übertragen von Aufgaben) (bspw. Erfahrenen an den Unerfahrenen) (Bspw. Pflegegrad) 4?
- Wann bedarf es ein engeres Betreuungslevel (Anvertrauungslevel)? (z. B. bei instabilen bzw. vital bedrohten Patienten, komplexen Entlassungsfällen etc.)

3.3 Collaborative Aktivitäten



Anhang

3.3.1 Kernfrage: Informationsteilung (Information sharing; Common Ground)	<ul style="list-style-type: none">▪ Welche Informationsquellen werden gewöhnlich für eine interprofessionelle Patientenübergabe genutzt?▪ Welche Informationsquellen werden, neben den bereits genannten Informationsquellen, bezüglich der Entlassung eines Patienten herangezogen?▪ Wie werden diese Informationen zwischen den Professionen Pflege und Medizin geteilt?▪ Wie stellen Sie sicher, dass Informationen rechtzeitig und vollständig weitergeleitet werden?▪ Wie kann die jeweilig andere Profession in den Gedankenprozess des jeweilig anderen miteingebunden werden? Was muss beachtet werden?▪ Inwieweit findet das so tatsächlich statt?
3.3.2 Kernfrage: Entscheidungsfindung und Aushandlungsprozess (Negotiating)	<ul style="list-style-type: none">▪ Welche Entscheidungen werden im Verlauf einer interprofessionellen Patientenübergabe mit dem Schwerpunkt Entlassungsplanung typischerweise getroffen?▪ Wie findet der typische Entscheidungsprozess statt?▪ Wen ziehen Sie in den Entscheidungsfindungsprozess mit ein?▪ Wie wird festgelegt, welche der Informationen, die ausgetauscht wurden, für den Patienten relevant sind? Wie wird festgelegt welche Profession dies dem Patienten vermittelt?▪ Werden die Entscheidungen gemeinsam getroffen? (Wie sichern Sie sich ab, dass jeder mit der Entscheidung einverstanden ist?)▪ Wer trifft diese Entscheidungen?
3.3.3 Kernfrage: Führung/Adaption (Regulation)	<ul style="list-style-type: none">▪ Mit welchen Herausforderungen ist ein frisch examinierte Pflegefachkraft während einer interprofessionellen Patientenübergabe konfrontiert? (Wenn Interviewte ratlos/keine Antwort finden sollte: Denken Sie zum Beispiel an organisatorische, persönliche, team-bezogene oder strukturelle Herausforderungen...)▪ Wie können diese Herausforderungen gelöst werden? (Falls hier zu konkret geantwortet wird: Welche Fähigkeiten braucht der AA bzw. PFK, um diese Herausforderungen zu lösen?)
<hr/> <h3>3.4 Kommunikation</h3> <hr/>	
3.4.1 Kernfrage: Arzt - Pflege (Verbal) (Nonverbal) (Maintaining Communication)	<ul style="list-style-type: none">▪ Wie gestaltet sich die Verbale Arzt-Pflege-Kommunikation während der Patientenübergabe?<ul style="list-style-type: none">▪ Bspw. Anpassung der Fachsprache▪ Klärung von Fachbegriffen▪ Wie kann sich die jeweilige Profession um ein wechselseitiges Verständnis bemühen?▪ Welche sozialen Kompetenzen spielen eine Rolle? Was ist Ihnen wichtig im Umgang miteinander? (Empathie, Verständnis, positiv wertschätzendes Verhalten)▪ Welche Haltung sollte eine frisch examinierte Pflegefachkraft gegenüber einem Arzt*in mitbringen?▪ Inwiefern beeinflusst das Pflege-Arzt-Verhältnis die Kommunikation? (kollegiale Nachfrage)▪ Wie gestaltet sich die nonverbale Arzt-Pflege-Kommunikation während der



Patientenübergabe?

- Bspw. offene zugewandte Haltung
 - Welche nonverbalen Aspekte könnten die Arzt-Pflege Kommunikation unterstützen?
-

4. Mögliche Risiken

4.1 Kernfrage: Umgang mit Fehlern/Lernen aus Fehlern/Selbstreflexion

(bei Fehlern, Komplikationen, Schaden für die Patienten, Ressourcen)

- Zu welchen Komplikationen kann es während einer interprofessionellen Patientenübergabe kommen?
 - Wie wird mit diesen Komplikationen umgegangen?
 - Wie werden schwierige Situationen bewältigt?
 - Welche Fehler können in einer interprofessionellen Patientenübergabe geschehen? Wie gehen Sie damit um? (also mit den Fehlern, die er/sie nennt)
 - Wie gehen Sie damit um, wenn Ihnen in einer interprofessionellen Patientenübergabe selbst ein Fehler unterläuft? Wie werden Sie darauf aufmerksam?
 - Werden sie auch von den Ärzten darauf aufmerksam gemacht?
 - Wenn ja, wie gehen sie damit um?
 - Können Sie Situationen beschreiben, in denen sie Hilfe bei Kollegen oder anderen Teammitgliedern suchen?
 - Wenn ja, wie gestaltet sich diese Hilfe?
 - Wie sollte mit Fehlern, die in einer interprofessionellen Patientenübergabe geschehen, umgegangen werden?
 - Welche Rolle spielen Hierarchien innerhalb einer interprofessionellen Patientenübergabe?
 - Wie gehen Sie während der Patientenübergabe damit um, wenn Sie auf im Vorfeld geschehene Fehler aufmerksam werden? (z. B., wenn Sie bemerken, dass eine Information im Vorfeld nicht übergeben wurde?)
-

5. Interprofessionelle Patientenübergabe als Ort der Lehre

5.1 Kernfrage: Lehre während der Patientenübergabe

- Inwiefern wird eine typische interprofessionelle Patientenübergabe genutzt, um Wissen, Fähigkeiten zu trainieren bzw. zu vermitteln?
 - Wie sollte Lehre im Rahmen einer typischen interprofessionellen Patientenübergabe stattfinden? Bitte nehmen Sie auch Bezug auf die Entlassungsplanung!
 - Wie kann man eine interprofessionelle Patientenübergabe so gestalten, dass PJ Studenten/Pflegeschülern Wissen vermittelt wird?
 - Kennen Sie Gesprächsstrukturen/Leitfaden/Leitlinie/Abfolgen/Kooperationsskripts, die sie benutzen bzw. empfehlen können?
 - Welche Informationen benötigen Sie, um Fortschritte bei einer frisch examinierten Pflegefachkraft zu bemerken?
(Erwartungen bezüglich eines bestimmten Niveaus; Anzahl und Art der Beobachtungen)
 - Wie haben Sie selbst die Durchführung einer interprofessionellen Patientenübergabe gelernt?
-

6. Abschluss

6.1 Kernfrage: Abschluss

- Was macht für Sie eine gelungene interprofessionelle Patientenübergabe aus?
-



- für die Pflege
 - für den Arzt
 - für den Patient
-

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben.

Wir haben jetzt verschiedene Aspekte besprochen. Möchten Sie noch etwas ergänzen, worauf wir nicht oder nicht ausreichend genug eingegangen sind?

Probandeninformation und Einwilligungserklärung (Interviewstudie)

Sehr geehrte Expertin, sehr geehrter Experte,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie „**Interprofessionelle Patientenübergaben im Aufgabenfeld der Entlassungsplanung**“. Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Nachfolgend finden Sie Informationen zum Studienablauf. Bitte lesen Sie sich die Informationen aufmerksam durch und wenden Sie sich bei offenen Fragen an den Interviewführenden.

Erklärung

Wir führen eine Studie zur interprofessionellen Patientenübergabe im Aufgabenfeld der Entlassungsplanung sowie den dabei relevanten Fähigkeiten durch. Ziel dieses Interviews ist es, zu erfahren, wie klinisch erfahrene Personen diese Aufgabe bewältigen und diese Erkenntnisse für die Weiterentwicklung eines Kurskonzeptes zur interprofessionellen Patientenübergabe nutzen. Hierzu nutzen wir das Konzept der sogenannten anvertraubaren professionellen Aktivitäten (Entrustable Professional Activities (EPA)). EPAs können als Einheiten klinischer beruflicher Praxis beschrieben werden, die Aufgaben oder Verantwortlichkeiten beinhalten. Mittels des EPA-Konzeptes werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten Schritt für Schritt von einem Lernenden, je nach Kompetenzerwerb übernommen beziehungsweise von einem Lehrenden übergeben. Sobald ein Lernender durch Fortschritte in einem medizinisch, pflegerischen Gebiet erworben hat, können diese Aufgaben übertragen und unbeaufsichtigt durchgeführt werden (Cate und Young 2012)

Nach der Auswertung und Übertragung der Ergebnisse in eine EPA-Struktur möchten wir diese einer Inhaltsvalidierung unterziehen. Daher würden wir Sie in drei Monaten gerne erneut kontaktieren, um mittels eines Fragebogens Ihre Einschätzung und Zustimmung zu erfragen. Dieser Prozess kann sich je nach Ergebnis bis zu zweimal wiederholen. Die Einschätzung dauert jedoch nicht länger als max. 10 Minuten pro Fragebogen.

Ablauf des Interviews

Wir werden Ihnen zunächst einige Fragen zu Ihren demographischen Daten stellen. Anschließend zu strukturellen Aspekten der Patientenübergabe. Anknüpfend werde ich Ihnen Fragen zu den für die interprofessionelle Patientenübergabe relevanten Fähigkeiten stellen. Das Interview wird ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen.

Pseudonymisierung

Alle Daten werden pseudonymisiert erhoben, sodass dies keinen Rückschluss auf die Person zulässt. Zu diesem Zweck wird bei der Datenerhebung eine Interviewnummer vergeben. Die Namen der Teilnehmer sind für die Studie nicht relevant und werden daher nur für die Einverständniserklärung erhoben. Es werden keine personenbezogenen Daten für die Studie erhoben. Um Sie für die Folgestudie einladen zu können, werden die Interviews laufend nummeriert. Auf einer gesondert, besonders geschützten Liste wird die Zuordnung der laufenden Probandennummern mit der dem Interviewpartner zugehörigen Emailadresse gespeichert. Diese Schlüsselliste (Zuordnung von Mailadresse und Probandennummer) wird bei der Datentreuhänderin Johanna Huber verwahrt und ist für den Projektleiter (Matthias Witt) nicht zugänglich. Damit wird garantiert, dass Sie hinter den Pseudonymen nicht vom Projektleiter identifiziert werden können. Wenn Sie aber später die Löschung Ihrer Daten wünschen, können wir Ihre Daten damit identifizieren.

Löschung der Daten

Die im Rahmen des Projekts erhobenen Daten (Audioaufnahmen und Interviewtranskripte) werden auf einem gesicherten Ordner einer passwortgeschützten Festplatte aufbewahrt. Diese ist nur den Projektbeteiligten am Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am Klinikum der Universität München zugänglich. Die Audioaufzeichnungen werden nach der Analyse gelöscht, sodass der Datensatz im Resultat



Anhang

für die Auswertung vollständig pseudonymisiert vorliegt. Widerruft ein Teilnehmer seine Einwilligung, werden seine Daten unverzüglich gelöscht, sofern sie zum Zeitpunkt des Widerrufs noch rückverfolgbar sind.

Nutzen und Risiko

Für Sie bestehen durch die Studienteilnahme keine Risiken. Sie haben keinen Nutzen durch die Studienteilnahme. Durch die Aufnahme können Sie sich eventuell wie in einer Prüfungssituation vorkommen. Andere Mitarbeiter*innen der Klinik erhalten keine Informationen über Ihre Teilnahme oder Nicht-Teilnahme.

Widerruf

Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen das Interview unter-/abbrechen und/ oder die Vernichtung ihrer Daten verlangen. Durch Abbruch der Teilnahme und/oder Löschung eigener Daten entstehen für die Sie keinerlei Nachteile.

Freiwilligkeit

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden alle bis dahin erhobenen Daten gelöscht. Dieser eventuelle Widerruf hat keinerlei Auswirkungen.

Schweigepflicht/Datenschutz

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre freiwillige Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO). Die Daten werden also nur dann erhoben, gespeichert, ausgewertet und weitergegeben, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Auch wenn Sie Ihre Einwilligung zunächst erteilen, können Sie sie ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind: Prof. Dr. Martin Fischer (Studienleitung) und Herr Matthias Wittl.

Bei dieser Interviewstudie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten von Ihnen verschlüsselt (pseudonymisiert) verarbeitet, d. h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Zugriff auf die personenbezogenen Daten (Zuordnung von Mailadresse und Probandennummer) hat nur die Datentreuhänderin Julia Kufner (EDVB).

Eine Entschlüsselung erfolgt nur in folgenden Situationen:

Wenn Sie die Löschung Ihrer Daten wünschen. Sofern das Studienteam eine Entschlüsselung aus wissenschaftlichen Gründen vornehmen möchte, wird zuvor eine Zustimmung der Ethikkommission eingeholt. Die personenbezogenen Daten (Zuordnung von Mailadresse und Probandennummer) werden sechs Monate nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht. Sie sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die Audioaufzeichnungen werden nach der Analyse gelöscht, sodass der Datensatz im Resultat für die Auswertung vollständig pseudonymisiert vorliegt. Das pseudonymisierte Datenmaterial (Interviewtranskripte) wird für die Dauer von fünf Jahren nach Abschluss der Studie aufbewahrt und dann vernichtet. Die Daten werden zu jeder Zeit (auch im Falle der Veröffentlichung der Studienergebnisse) vertraulich behandelt. **Sind mit der Datenverarbeitung Risiken verbunden?**

Bei jeder Erhebung, Speicherung, Nutzung und Übermittlung von Daten bestehen Vertraulichkeitsrisiken (z. B. die Möglichkeit, die betreffende Person zu identifizieren). Diese Risiken lassen sich nicht völlig ausschließen und steigen, je mehr Daten miteinander verknüpft werden können. Medizinische Risiken sind mit der Datenverarbeitung nicht verbunden.

Sie können Ihre jeweilige Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen, ohne dass Ihnen daraus ein Nachteil entsteht. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt jedoch rechtmäßig. Sie haben das Recht, vom Verantwortlichen Auskunft über die von Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten (einschließlich einer kostenlosen Überlassung einer Kopie der Daten) zu verlangen. Ebenfalls können Sie die Berichtigung unzutreffender Daten sowie gegebenenfalls eine Übertragung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten und die Einschränkung ihrer Verarbeitung verlangen.

Verantwortlicher Studienleiter:

Prof. Dr. med. Martin Fischer, MME



Anhang

Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin (DAM)

Klinikum der Universität München

Pettenkoferstraße 8a

80336 München

Telefon: 089 4400-57201

E-Mail: Martin.Fischer@med.uni-muenchen.de

Kontaktdaten der aufklärenden und datenverarbeitenden Person:

Matthias Wittl

Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin (DAM)

Klinikum der Universität München

Pettenkoferstraße 8a

80336 München

Telefon: 089 4400-57201

E-Mail: Matthias.Wittl@med.uni-muenchen.de

Kontaktdaten des zuständigen behördlichen Datenschutzbeauftragten des Klinikums der Universität München:

Pettenkoferstraße 8

80663 München

E-Mail: datenschutz@med.uni-muenchen.de

Sie haben zudem das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde:

Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz (BayLfD)

Postfach 22 12 19, 80502 München

Hausanschrift: Wagmüllerstr. 1, 80538 München

Tel.: 089 212672-0

Fax: 089 212672-50

E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de

Datum, Ort

Name des/der aufklärenden Versuchsleiter*in



Codieranleitung

1. Forschungsfragen:

1. Welche Aufgaben haben Pflegefachkräfte bei der selbstständigen Durchführung einer interprofessionellen Patientenübergabe? (RQ1)

1a. Welche Aktivitäten und Teilaktivitäten benötigen sie dafür?

1b. Welche konkreten sozialen und kognitiven Aktivitäten beinhalten diese Aufgaben?

2. Wie können die Aktivitäten in eine EPA-Struktur integriert werden? (RQ2)

2. Generelles:

Analysehinweise:

- Die Analyse erfolgt nach der inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

3. Rollen

Rolle: **I**: Interviewer

Rolle: **B**: Befragter

4. Auswertung

Eine theoretisch gesteuerte, deduktive und induktive Analyse wird angestrebt. D. h. die Analyse beruht auf dem theoretischen und analytischen Interesse der Forschenden (Integration des Datenmaterials (interprofessionelle Patientenübergabe) in eine EPA-Struktur und konzentriert sich auf die diesbezüglich relevanten Teilaspekte des Datenmaterials.

Um im Ergebnis eine Struktur von Hauptkategorien und ihren Beziehungen untereinander darstellen zu können, werden aus dem Datenmaterial (Interviewtranskripte) Codes zugeordnet. Codes werden als kleinste Sinneinheit verstanden, welche für die Forschungsfrage relevanten Inhalte in den Daten repräsentieren. Diese Codes werden sodann analysiert und als Grundlage herangezogen, um übergeordnete Zusammenhänge zu generieren, die schließlich nach ihren wechselseitigen Beziehungen beschrieben werden.

4.1 Makrostruktur und Mikro Struktur

Als „Codes“ werden dabei Kategorien von wiederholt auftretenden Antwort- oder Bedeutungsmustern bezeichnet, die in den Daten auftreten und in Bezug auf die Forschungsfrage relevante Aspekte aufgreifen.

- Ein Bedeutungsmuster ist ein, innerhalb eines Unter-Abschnitts, inhaltlich zusammenhängendes Muster
- Ein Bedeutungsmuster bedarf keiner Mindestanzahl von Subcodiereinheiten
- Ein Bedeutungsmuster darf als Einschub innerhalb eines großen Abschnitts wieder aufgegriffen werden
- Bedeutungen sind die kleinste inhaltliche Codier-Einheiten (nicht unbedingt die grammatikalische logische Unterteilung einer Aussage)

4.2 Die qualitative, inhaltstrukturierende Analyse nach Kuckartz:

Phase	Beschreibung des Prozesses
Schritte	Inhalt
1. Sich mit dem Datenmaterial vertraut machen/Initiierende Textarbeit	Transkription der Daten, Lesen und Betrachten des Datenmaterials, Festhalten erster Ideen 1.1 Theoriegeleitete Formulierung von Definitionen 1.2 Ankerbeispiele und Codierregeln 1.3 Erstellen einer Codieranleitung
2. Erste Hauptkategorien entwickeln	Deduktive Codes in MAXQDA eintragen



Anhang

	<p>Systematisches Codieren interessierender Bestandteile der Daten, Zuordnen relevanter Abschnitte zu jedem Code</p> <p>2.1 Erster Materialdurchgang (ca. 10 bis 30%) (ca. 4 Interviews)</p> <p>2.2 Überprüfen erster Codier-Einheiten</p> <p>2.3 ggf. Überarbeitung</p>
3. Codierung des gesamten Materials mit den Hauptkategorien	Sammeln aller relevanten Abschnitte für jede mögliche Hauptkategorie
4. Überprüfen der Hauptkategorien und Subkategorien am Material (Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material /Codierung mit ausdifferenzierten Kategoriensystem)	<p>4.1 Analyse und Neuordnung der Hauptkategorien und Sub Codes</p> <p>4.2 Überprüfung der kodierten Passagen auf Widerspruchsfreiheit</p> <p>4.3. Weitere induktive Bestimmung von Subkategorien der Daten (Ausdifferenzierung zu großer Hauptkategorien)</p> <p>4.4. Weiteres codieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem.</p>
5. Kategorienbasierte Auswertung der Hauptkategorien	<p>5.1 Fortlaufende Analyse zur Verfeinerung der Besonderheiten jeder Hauptkategorie und der übergeordneten Thematik der Analyse; Erstellung klarer Definitionen und Benennungen für jede Hauptkategorie.</p> <p>5.2 Kategorienbasierte Auswertung der Hauptkategorien mittels Summary-Grid und Summary-Tabellen.</p>

4.3 Ausschlusskriterien

Regel	Dimension	Erläuterung	Beispiel
Ausschluss	<p>Aussagen zu Koordination und Organisation des Interviews</p> <p>Aussagen ohne Bezug zur Patientenübergabe</p>	Aussagen ohne inhaltlichen Bezug auf die Thematik EPA.	<p>„Nein, ich habe tatsächlich jetzt nichts mehr. Ich habe hier auch schon auf Stopp gedrückt“ (P2 Pos. 166).</p> <p>„also kleines Beispiel aus der Corona Station: Da waren wir zwei Notärzte als Stationsärzte, dann ist halt ein Patient da Reanimationspflichtig geworden, das ist zum Glück nur einmal passiert. Dann habe ich die Entscheidung getroffen, okay, der eine Notarzt geht jetzt in dieses Zimmer rein und ist primär für die Patientenversorgung zuständig in diesem Zimmer. Und ich übernehme jetzt eine ganz andere Rolle, ich stehe jetzt vor diesem Zimmer und halte die ganzen Leute, die jetzt alle diesem armen Patienten helfen wollen, aktiv davon ab, teilweise mit physischer Gewalt, ohne adäquate Schutzausrüstung in dieses Zimmer reinzulaufen“ (A11 Pos. 87)</p>
Ausschluss	Akustisch oder sinngemäß nicht zu verstehende Aussagen	Aussagen, die auf der Aufnahme akustisch nicht zu verstehen sind und deren Inhalt sich nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit erschließen lässt	Im Skript mit (...) oder mit (unverständlich) gekennzeichnet.



Anhang

Ausschluss	Aussagen zum Sprachverständnis oder Nachfragen.	Aussagen zum Sprachverständnis aufgrund pädagogischen- pflegerischen - medizinischen Sprachwissens oder Verständnissnachfragen	„Jetzt bezogen auf Patientenübergabe oder...?“ (A8 Pos. 92)
------------	---	--	---

4.4 Codierregeln

Regel	Dimension	Erläuterung	Beispiel
Chronologischer Ablauf	Leseablauf	Die Liste der Codes folgt dem chronologischen Ablauf des Interviewleitfades. Sofern der Inhalt nicht explizit einen anderen Bezug ausdrückt, wird immer die vorausgehende Frage als Anker verwendet.	Siehe Punkt fünf und siehe MAXQDA Datei.
Codierung	Feinheit	Es wird so fein wie möglich kodiert also auf der untersten Ebene	Zeitpunkte/Gesprächsanlass → Vor Visite → Nach Visite →Morgenbesprechung usw.
Außerordentliche Codes	Wenn passend:	Zitierfähige Textstellen	„Dass man sich auf Augenhöhe begegnet, dass man den anderen respektiert und ihm zuhört und den Gedankenraum gibt, oder den Anmerkungen und Sorgen, dass man das einfach ernst nimmt und dem begegnet und nicht alles abtut. Dass man, wie gesagt, alles bedingt wieder durch diese Augenhöhe, dass man das wertschätzt, was andere auch beizutragen haben“ (P6, Pos. 124)
Perspektive Pflege	Pflegerische Blickwinkel	Es wird nur aus der pflegerische Sichtweise codiert.	Beispiel für Nicht-pflegerischer Blickwinkel : „Das ist für PJler wahrscheinlich noch sehr, sehr schwierig von daher werden sie erstmal alles Wissen sammeln. Und dann muss ich, nachdem eine Übergabe ja auch jetzt nicht nur in eine Richtung läuft, sondern auch in die andere Richtung ist es eben so, dass der PJler dann vielleicht ganz viele Sachen aufnimmt, aber entsprechend nicht der Dialog dann weiterläuft“ (A8, Pos. 98)
Perspektive Medizin	Medizinischer Blickwinkel	Es wird nur der medizinische Blickwinkel auf die pflegerische Profession codiert (EPA Fokussiert) Es wird nur codiert, wenn klar ist das Pflege mitgemeint ist.	Konsensfindung mit der Ärzteschaft. „Das ist tatsächlich was, was wir oft im Konsens mit der Pflege feststellen. Das wir sagen, der kommt ja von daheim, da will ich wieder hin. Dann sagen die: Seid ihr wahnsinnig, das klappt nie.“ (A7, Pos. 28)



Anhang

		Frage nach explizitem medizinischen Blickwinkel können auch implizite Aussagen über die pflegerische Perspektive beinhalten.	
--	--	--	--

4.5 Segmentierung

Regel	Dimension	Erläuterung	Beispiel
Doppelcodierung	Doppelcodierungen sind ausdrücklich gewünscht	Doppelcodierungen sind ausdrücklich gewünscht	Codiert in Verhalten, Kollaboratives Wissen und Zitierfähige Textstellen: „Dass man sich auf Augenhöhe begegnet, dass man den anderen respektiert und ihm zuhört und den Gedankenraum gibt, oder den Anmerkungen und Sorgen, dass man das einfach ernst nimmt und dem begegnet und nicht alles abtut. Dass man, wie gesagt, alles bedingt wieder durch diese Augenhöhe, dass man das wertschätzt, was andere auch beizutragen haben“ (P6, Pos. 124)
Segmentierung	Feinheit	Sätze werden nicht geteilt. Segmente werden eher doppelt kodiert (Ausnahme: Aufzählungen der Interviewpartner*innen werden separat kodiert).	„Also erst einmal die allgemeinen Informationen über den Patienten: Was hat der? Wieso ist der da? Dann vielleicht noch was zu seinem Background? Was ist bei dem alles passiert bis dahin? Was hat er vielleicht für Vorerkrankungen? Dann die aktuelle Situation, weswegen ist er hier? Was ist jetzt akut wichtig und dann, was ich als Empfehlungen gebe oder was vielleicht der Arzt als Empfehlung gibt“ (P5, Pos. 24).
Außerordentliche Codes	Feinheit/Verständlichkeit	Wenn das codierte Segment nicht ohne die Fragestellung verständlich ist, wird die Fragestellung mit codiert.	I: „Womit endete typischerweise so eine Patientenübergabe? B: Eigentlich merken dann beide Seiten, dass es nichts Weiteres zu besprechen gibt. Oder dass jetzt zum Beispiel eine Lösung für das Problem im Moment gefunden wurde“ (P5, Pos. 30).

4.6 Memos

Regel	Dimension	Erläuterung	Beispiel
Interpretation	Interpretationen sind ausdrücklich gewünscht	Segmente können optional mit Memos versehen werden, bspw. um eine Aktivität zu interpretieren, d. h. eine Vorformulierung für die EPA vorzunehmen.	Memo 112: Aktivität: Advocacy Care. Patienteninteressen vertreten. Bzw. die psychische Situation des Patienten bemerken.



Anhang

5. Liste der Codes

Die folgende Tabelle zeigt die Haupt- und Subkategorien. Einige Subkategorien besitzen eine dritte Ebene, die aus Gründen der Übersichtlichkeit in der nachstehenden Tabelle nicht enthalten sind (diese werden in Punkt sechs zur Codebeschreibung beschrieben).

Hauptkategorien	Subkategorien
Zitierfähige Textstellen	-
Statements interprofessionelle Zusammenarbeit	Negative Aspekte Positive Aspekte
Rechtfertigung/Mehrwert IPÜ	Rechtfertigung IPÜ Ziele IPÜ Voraussetzung/Rahmenbedingungen IPÜ
Beschreibung IPÜ	Definition IPÜ Dauer IPÜ Zeitpunkte/ungeplanter Gesprächsanlass IPÜ Zeitpunkte/Gesprächsanlass geplante IPÜ Phasen IPÜ (Abläufe u. Prozesse)
Limitationen	Komplexität des Patienten Engeres Supervisionslevel
Risiken und Fehler	Herausforderungen IPÜ Komplikationen u. Fehler und Umgang mit Komplikationen Einfluss von Hierarchien
Wissen, Fähigkeiten und Verhalten	Wissen: Biomedizinisches Wissen; Klinisches Wissen; Professionspezifisches Wissen, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses Fähigkeiten: Strategisches Wissen und Kollaboratives Wissen Verhalten
Einschätzung (Grundlagen für Fortschritt)	Fortschritt und Kurse Beobachtungsintervalle und Gesamtbeurteilung
Erwartungen Niveau zur Selbständigkeit	Anvertrauen Übernahme von Verantwortung
Lehre IPÜ	-
Gelungene IPÜ	-



6. Codebeschreibungen

6.1 Allgemeines

Alle Codes besitzen Code-Memos. Im Code-Memo sind die Codedefinitionen enthalten. Alle Code-Memos sind farblich markiert. Rot steht für Typ: Codedefinition deduktiv. Blau steht für Typ: Codedefinition induktiv.

Hauptkategorien können Subkategorien bis zu einer vierten Ebene besitzen. Die dritte Ebene wird als Untercode bezeichnet. Die vierte Ebene wird nach rechts eingerückt dargestellt.

Die Hauptkategorien wurden in Schritt 2 und 3 (siehe auch Abschnitt 4.2) gebildet und anschließend im Schritt 4 und 5 ausdifferenziert. D. h. aus den Hauptkategorien wurden mehrere Subkategorien gebildet. Für die weitere Analyse werden weitere relevante Textsegmente nur noch den Subkategorien und Unter-codes (dritte und vierte Ebene) zugeordnet. Die Hauptkategorien besitzen daher während der Codierung eine gliedernde Funktion. Hauptkategorien ohne Subkategorien werden mit Codes befüllt.

Hauptkategorie: Zitierfähige Textstellen

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn besondere Aussagen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Ausbildung beschrieben werden.

Ankerbeispiel: „Dass man sich auf Augenhöhe begegnet, dass man den anderen respektiert und ihm zuhört und den Gedankenraum gibt, oder den Anmerkungen und Sorgen, dass man das einfach ernst nimmt und dem begegnet und nicht alles abtut. Dass man, wie gesagt, alles bedingt wieder durch diese Augenhöhe, dass man das wertschätzt, was andere auch beizutragen haben“ (P6, Pos. 124).

Typ: Codedefinition induktiv

Hauptkategorie: Statements interprofessionelle Zusammenarbeit

Diese Hauptkategorie wird durch zwei Subkategorien ausdifferenziert.

Subkategorie: Negative Aspekte

Codebeschreibung: Diese Hauptkategorie wird vergeben, wenn negative Aspekte zur interprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben werden.

Ankerbeispiel: „Das Problem ist tatsächlich, dass sie fachlich überhaupt nicht informiert sind. Die wissen nicht mal, was es bedeutet die Operation, da kommen immer, die kennen zwei verschiedene Operationstypen und es wird immer versucht in diese zwei Kategorien einzuordnen, weil ich glaube, also so habe ich das empfunden, kein Interesse besteht, auch mehr darüber zu wissen. Und die wenigen, die sich dafür wirklich interessieren, die können auch wirklich dazu beitragen. Also wenn da quasi mehr Wissen besteht und mehr Interesse, glaube ich schon, dass es sinnvoll wäre, dass sie dazu ja beitragen. Aber das tut es derzeit nicht“ (A1, Pos.82).

Typ: Codedefinition induktiv

Subkategorie: Positive Aspekte

Codebeschreibung: Diese Hauptkategorie wird vergeben, wenn positive Aspekte zur interprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben werden.

Ankerbeispiel: „Und also, ich bin einfach ganz klar der Meinung, dass ein Barthel Index, der von der Bezugspflegekraft, die den Patienten in jetzt vielleicht nicht den ersten Tagen, aber die letzten drei Tage oder so betreut hat, deutlich sinnstiftender ist, wenn er ausgefüllt wird, als wenn ich den ausfülle und mir da irgendwie überleg, wie es denn sein könnte, wenn jetzt gerade mal die die Visiten Tür zu ist, weil ich sehe den Patienten halt fünf Minuten“ (A11, Pos.6).

Typ: Codedefinition induktiv

Hauptkategorie: Rechtfertigung/Mehrwert IPÜ

Diese Hauptkategorie wird durch drei Subkategorien ausdifferenziert.

Subkategorie: Rechtfertigung IPÜ

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn die Notwendigkeit und der Mehrwert für eine interprofessionelle Patientenübergabe erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden.



Ankerbeispiel: „Gerade Pflegende sind ja oft näher dran am Patienten sozusagen, weil sie die einfach über einen längeren Zeitraum hinweg eng betreuen, wohingegen Ärzte oft für sehr viele Patienten zuständig sind und oft wenig Zeit haben und wenig Zeit auch am Patient verbringen. Dafür aber natürlich eher im Überblick über die medizinischen Fakten haben. Und oft kommt dann ja in solchen Übergaben auch was auf was, wovon die jeweils andere Seite noch gar nicht wusste, also damit auch möglichst alle gut informiert sind“ (P5, Pos.4).

Typ: Codedefinition deduktiv

Subkategorie: Ziele IPÜ

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Ziele zur IPÜ genannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden.

Ankerbeispiel: „Es ist einfach wichtig zu erfahren, was andere Berufsgruppen jetzt über den Patienten in Erfahrung gebracht haben. Welche Probleme entstanden sind in den einzelnen Bereichen, sei es in der Physiotherapie oder in der Ergotherapie oder es ist wichtig zu wissen was planen die Ärzte? Was soll diagnostisch noch passieren? Gibt es neue Informationen, die jemand im Gespräch erfahren hat mit dem Patienten, sodass man Termine besser planen kann. Eventuell Angehörige einfach vielleicht auch einbinden gerade gegebenenfalls, oft ist es ja so, dass der Patient eine Patientenverfügung hat, dass das eben mit eingeplant werden kann. Dann ist es auch wichtig, um die Reaktionen des Patienten besser zu verstehen oder auch das Verhalten des Patienten besser einordnen zu können“ (P4, Pos. 4).

Typ: Codedefinition deduktiv

Subkategorie: Voraussetzung/Rahmenbedingungen IPÜ

Diese Subkategorie wird durch drei Untercodes ausdifferenziert.

Untercode: Teamfaktoren

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Teamfaktoren zur IPÜ genannt werden. Hierunter subsumieren wir formelle und informelle Prozesse, die ein Team beeinflussen können: Teamgröße, Teamzusammensetzungen. Ebenso berücksichtigen wir die Führungsebene und soziale hierarchische Strukturen sowie die Kommunikationskultur innerhalb von Teams.

Ankerbeispiel: „Durch mehrfache Übergaben und letztendlich auch die schriftliche Dokumentation im Verlaufseintrag, gerade wenn es den Wechsel von Ärzten gibt. Im Alltag ist es natürlich so, dass gerade Fluktuation bei Pflegekräften oder auch letztendlich mangelnde Sprachverständnis natürlich einfach tatsächlich zum Informationsverlust führen“ (A6, Pos.42).

Typ: Codedefinition deduktiv

Untercode: Organisationsfaktoren

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Organisationsfaktoren hinsichtlich der institutionellen Rahmenbedingungen eines Krankenhauses beschrieben werden.

Ankerbeispiel: „Naja, idealerweise wäre es natürlich so: man hat irgendwie, hätte einen Raum, macht es morgens in Ruhe, wo man mal kurz ungestört ist, das ist ja irgendwie das Hauptproblem, dass man ja ständig irgendwie angerufen wird oder sonst was ist. Und, dass alle Leute dabei sind, für die diese Übergabe relevant ist, dass man nicht die ganze Zeit so „Mini Übergaben“ an verschiedene Leute macht. Das haben wir hier so nicht, aber das wäre der, eigentlich wäre das die Idealvorstellung, zumindest Stationsarzt, Stationsleitung setzen sich morgens kurz zusammen für fünf bis zehn Minuten und klären die wesentlichen Probleme“ (A5, Pos. 20).

Typ: Codedefinition deduktiv

Untercode: Gesundheitssystem

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen zum Gesundheitssystem und dessen Gesetzgebung erläutert werden.

Ankerbeispiel: „Da gibt es aufgrund dieser gesetzlichen Rahmenbedingungen mit der Komplex Behandlung eine wöchentliche Fallbesprechung, die, die Visiten Kultur ist ja,



das weißt du selber, ja, irgendwie aufgrund des Zeitdrucks verloren gegangen, wo sich immer alle getroffen haben, und es gibt je nach Organisationsstruktur und Stresslevel keinen fixierten Rahmen mehr, um Patienten zu besprechen und die Ergebnisse zu dokumentieren und jeden Aspekt der Behandlung zu planen“ (A2, Pos. 28).

Typ: Codedefinition deduktiv

Hauptkategorie: Beschreibung IPÜ

Theorie: Die Hauptkategorie Beschreibung umfasst die Definition der klinischen Tätigkeit IPÜ. Einzelne Arbeitsschritte sollte so fein wie möglich erhoben werden, bzw. codiert werden. Wichtig hierbei ist, dass in dieser Kategorie keine Fähigkeiten (außer das Lernziel) beschrieben werden.

Subkategorie: Definition IPÜ

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen bzw. Beschreibungen hinsichtlich des Verständnisses oder eine definitorische Aussage bzw. Beschreibung zur IPÜ gemacht werden.

Ankerbeispiel: *„Ich stelle mir darunter vor, dass wir regelmäßig, regelmäßig würde ich jetzt gar nicht so genau definieren, sondern einfach wie der Bedarf dann auch da ist, uns austauschen, über das, was für den Patienten geplant ist, was wir vorhaben mit dem Patienten, genau (P3, Pos. 2).*

Typ: Codedefinition deduktiv

Subkategorie: Dauer IPÜ

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn die zeitliche Dauer einer IPÜ genannt und/oder beschrieben wird.

Ankerbeispiel: *„Ich würde schätzen, 20 Sekunden pro Patient. Bei der typischen, täglichen, morgentlichen Übergabe, wenn man die zu Rate zieht, ja“ (A8, Pos. 18).*

Typ: Codedefinition deduktiv

Subkategorie: Zeitpunkte/Gesprächsanlass ungeplante IPÜ

Diese Subkategorie wird durch drei Untercodes ausdifferenziert.

Untercode: Meinungsaustausch/Gesprächsbedarf

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn der Grund einer IPÜ ein Meinungsaustausch bzw. ein Gesprächsbedarf genannt wird.

Ankerbeispiel: *„Und auf der anderen Seite, wenn wir merken, dass die Ärzte Sachen über unseren Kopf hinweg entscheiden, das ist in der Psychiatrie wahnsinnig wichtig, weil wir auf, sehr auf einer Augenhöhe miteinander arbeiten, anders als in der Somatik. Und wenn wir dann merken, dass der Arzt entscheidet, mit denen wir nicht einverstanden sind, dann findet nochmals so ein Austausch statt.“ (P10, Pos. 18).*

Typ: Codedefinition induktiv

Untercode: Veränderter Versorgungsbedarf

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn der Grund der IPÜ ein veränderter Versorgungsbedarf eines Patienten ist oder sich grundsätzliche Rahmenbedingung zur Versorgung geändert haben.

Ankerbeispiel: *„Wenn ich halt tatsächlich neue Anordnungen mache, dann weiß ich, das muss ich das kommunizieren, weil das sonst einfach irgendwie untergeht, wenn ich das nur schriftlich mache. Mindestens eine kurze Rückmeldung im Sinne von: Da gibt jetzt was Neues, schaut mal in die Kurve. (...) Und sonst halt quasi immer bei so bisschen halt so Änderungen, also wenn es eine Therapiezieländerung gibt, oder wenn sich im Tagesverlauf etwas geändert hat. Dann sollten wir schon zwischendurch nochmal sprechen“ (A7, Pos. 20)*

Typ: Codedefinition induktiv

Untercode: Informationsdefizit

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn der Gesprächsanlass ein Wissens- oder Informationsdefizit ist.



Ankerbeispiel: „Dann, wenn ich entweder Fragen zum Patienten habe, die mir auch keine Akten beantworten können oder auch keine Angehörigen beantworten können“ (P9, Pos. 20).

Typ: Codedefinition induktiv

Subkategorie: Zeitpunkte/Gesprächsanlass geplante IPÜ

Diese Subkategorie wird durch sechs Unterclasses ausdifferenziert.

Untercode: Prä Visite

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn von einer IPÜ (bspw. or der Türe) direkt vor einer Visite gesprochen wird.

Ankerbeispiel: „Was gibt es von deiner Seite bei dem Patienten, ist irgendetwas aufgefallen, irgendwelche Probleme, gilt es irgendetwas zu klären?“ Da kommen Fragen von was weiß ich: „Wo wollen wir mit dem Patienten hin, über heute Morgen hat er Kopfschmerzen gehabt, oder er verträgt das Medikament nicht, oder was auch immer.“ Dann gebe ich kurz ein Briefing, was wir eigentlich medizinisch vorhaben, von wegen der kriegt morgen einen Herzkatheter und wenn alles gut läuft, darf der nach Hause oder so. Und wenn dann alle Rückfragen geklärt sind, gehen wir gemeinsam rein“ (A9, Pos. 15).

Typ: Codedefinition induktiv

Untercode: Post Visite

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn eine IPÜ nach einer Visite beschrieben wird. D. h. nicht direkt nach der Visitsituation, sondern mit etwas zeitlichem Verzug.

Ankerbeispiel: „Und dementsprechend macht man dann eigentlich das gleiche Briefing nochmal nach der Visite. Da dann nicht mehr an den Kurven, sondern dann wirklich mehr so im Sinne von: man hat in den Kurven seine Anordnungen gemacht. Da hat man einfach viel schriftliche Kommunikation und dann die wichtigen Sachen machen dann eben im Nachgang, nach der Visite, dann gehen wir nochmal ins Stationszimmer

zurück und sagen: Pass auf, bei dem und dem ist irgendwie das und das und was jetzt gleich passieren muss. Was jetzt irgendwie wichtig ist oder da haben wir das oder das unentschieden“ (A7, Pos. 18).

Typ: Codedefinition induktiv

Untercode: Morgenübergabe

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn eine IPÜ in der Frühschicht beschrieben wird.

Ankerbeispiel: „Wir machen tatsächlich in der Früh eine Übergabe, das möchte auch der Stationsarzt so, eine Übergabe an die Ärzte, beziehungsweise erfragen wir dann auch sehr viel von den Ärzten, weil wir oft keine Zeit haben, zu den Visiten mitzugehen“ (P3, Pos. 13).

Typ: Codedefinition induktiv

Untercode: Nachmittagsübergabe

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn eine IPÜ in der Spätschicht beschrieben wird.

Ankerbeispiel: „Im sonstigen tatsächlichen Klinikalltag ist es häufig die Visite, die letztendlich zwischen Pflege und Art stattfindet und dann meistens am Nachmittag sind es tatsächlich die Ärzte, die versuchen, die verschiedenen Professionsebenen zusammenzuführen um sich die Informationen fürs Entlassungsmanagement und für die aktuellen Probleme zu holen“ (A6, Pos. 8)

Typ: Codedefinition induktiv

Untercode: Kurvenvisite

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn die IPÜ innerhalb oder nach einer ärztlichen Kurvenvisite stattfindet bzw. beschrieben wird.

Ankerbeispiel: „Also wir haben eine elektronische Anordnung von den Ärzten, die in der Regel in den Nachmittagsstunden nach der Kurvenvisite sozusagen irgendwie aufplopt am PC. Und das ist auch so der klassische Zeitpunkt noch einmal im Spätdienst, um mit den Ärzten rückzusprechen irgendwelche Thematiken und zu den



Schichtenden spreche ich der Regel auch noch mal kurz rück: Wie ist der jetzt respiratorisch, wenn es da irgendetwas gibt. Oder wie kommt er von der Bilanz raus? Oder so was also. Das ist schon so, dass wir da irgendwie noch einmal wissen, glaube ich, so grobe fixe Zeitpunkte, wo noch einmal mit den Ärzten einfach rückgesprachen wird“ (P7, Pos. 19).

Typ: Codedefinition induktiv

Untercode: Visite

Codebeschreibung: Dieser Code wird verwendet, wenn die IPÜ während der Visite stattfindet bzw. beschrieben wird.

Ankerbeispiel: *„Also erst einmal bei Visite, natürlich ist es zum ganz typischer Punkt da gibt es eine interprofessionelle Patientenübergabe ganz regelmäßig. Das machen wir zweimal am Tag, morgens und nachmittags“ (A4, Pos.12).*

Typ: Codedefinition induktiv

Subkategorie: Phasen IPÜ (Abläufe u. Prozesse)

Theorie: Diese Subkategorie nimmt Bezug auf Gibson et al. (2010). Sie schlagen hierbei vier Phasen der Übergabe vor: (1) Vorbereitung, (2) Zusammenkommen, (3) Dialog/Austausch, (4) Zusammenfassung.

Diese Subkategorie wird durch vier Unter-codes ausdifferenziert.

Untercode: Vorbereitungsphase

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn vorbereitende Maßnahmen zur IPÜ beschrieben werden.

Ankerbeispiel: *„Die Pflegekraft sollte sich davor noch mal die Dokumentation durchlesen und auch mit den anderen Pflegekräften reden“ (P10, Pos.58).*

Typ: Codedefinition deduktiv

Untercode: Durchführungsphase

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn die Durchführungsphase einer IPÜ beschrieben wird.

Ankerbeispiel: *„Also erst einmal die allgemeinen Informationen über dem Patienten: Was hat der? Wieso ist der da? Dann vielleicht noch was zu seinem Background? Was ist bei dem alles passiert bis dahin? Was hat er vielleicht für Vorerkrankungen? Dann die aktuelle Situation, weswegen ist er hier? Was ist jetzt akut wichtig und dann, was ich als Empfehlungen gebe oder was vielleicht der Arzt als Empfehlung gibt“ (P5, Pos. 24).*

Typ: Codedefinition deduktiv

Untercode: Abschlussphase

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn die Abschlussphase einer IPÜ beschrieben wird.

Ankerbeispiel: *„Konkret mit, dass vielleicht bestimmte, also, dass man vielleicht nochmal kurz zusammenfasst, oder dass jedem klar ist, was zu tun ist. Das heißt, dass offene Punkte und Aufgaben geklärt sind. Wer macht was?“ (A8, Pos.29).*

Typ: Codedefinition deduktiv

Untercode: Nachbereitungsphase

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn die Nachbereitungsphase einer IPÜ beschrieben wird. Dieser Code wird auch vergeben, wenn Reflexionsbestandteile einer bestimmten IPÜ Situation beschrieben werden.

Ankerbeispiel: *„so tatsächlich, weil ich so ein bisschen ein Kontrollfreak bin, habe ich da immer kontrolliert, ob dass alles erfolgt ist. Jedem Patienten, habe ich mir selber ja auch noch einmal Notizen gemacht“ (A1, Pos. 36).*

Ankerbeispiel: *„Aber, also wie gesagt, ich reflektiere das Gespräch in dem Fall, dass ich es mir einfach noch einmal durch den Kopf gehen lasse und zumindest mal, wenn es nicht so ausgegangen ist, wie ich mir das vorstelle. Wenn nicht, dann ist es gut, wenn wir auf einen Konsens gekommen sind, dann ist es gut“ (P9, Pos.44).*



Typ: Codedefinition induktiv

Hauptkategorie: Limitationen

Theorie: Die Hauptkategorie Limitationen umreißt die Grenzen, in denen Auszubildende mehr Unterstützung benötigen und zeigt Grenzen auf, in denen Lernende die EPA nicht ausführen sollten.

Diese Hauptkategorie wird durch drei Subkategorien ausdifferenziert.

Subkategorie: Komplexität des Patienten

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn von Grenzen des Anvertrauens gesprochen wird bzw. komplexe Patientenfälle beschrieben werden, bei denen die Interviewten äußern diese nur erfahrenen Pflegefachkräften zuzutrauen.

Ankerbeispiel: „Patient ist nachts im Unterzucker. Und ja, die jungen Kollegen sagen: Patient war im Unterzucker, hat Traubenzucker, Apfelsaft. Und die Ärzte sagen: okay, ja der hat ja was bekommen. Jetzt ist der Zucker Ordnung, und es wird nichts weiter passieren. Und da würde ich jetzt zum Beispiel/ Ich würde sagen: Warum ist er dann den Unterzucker gegangen? Wahrscheinlich hat er zu viel Insulin abends bekommen, dann würde ich darauf pochen, dass die da mal mehr drauf schauen und das nochmal überdenken und gucken. Und dass er ja eigentlich normal gegessen hat und trotzdem in den Unterzucker gegangen ist. Passiert mir dann nämlich manchmal, dann kommst du am nächsten Tag zum Nachtdienst und es hat sich nichts geändert. Und du denkst dir: Oh ne, jetzt hast du es wieder nicht weitergegeben. Das sind so/ Das man halt die Sachen zwar die Information, aber sie pochen nicht darauf, dass der Arzt ein bisschen, ja nochmal näher hinguckt“ (P4, Pos. 65).

Typ: Codedefinition deduktiv

Subkategorie: Engeres Supervisionslevel

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Unterstützungsbedarfe für Berufseinsteiger*innen in der Pflege beschrieben werden.

Ankerbeispiel: „Beispielsweise wenn es um eine palliative Heimversorgung geht und das eine extrem belastende Situation ist für alle Beteiligten. Da ist mir persönlich eben auch schon aufgefallen, gerade in der Ausbildung, dass ich da nicht die richtige Ansprechpartnerin bin, weil ich noch nicht so kompetent auftreten konnte. Oder weil ich noch nicht so viel Lebenserfahrung habe. Und ich denke, dass es da sehr wertvoll ist, weil man auf erfahreneres Pflegepersonal zurückgreifen kann“ (P5, Pos. 157).

Typ: Codedefinition deduktiv

Hauptkategorie: Risiken und Fehler

Theorie: Innerhalb dieser Hauptkategorie werden alle unerwünschten Ereignisse, die bei einer nicht ordnungsgemäßen Durchführung der Tätigkeit IPÜ passieren können, codiert.

Diese Hauptkategorie wird durch zwei Subkategorien ausdifferenziert.

Subkategorie: Komplikationen und Fehler

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen bei inkorrekt durchgeführter Tätigkeit (Fehler) beschrieben werden. Ebenso wenn mögliche Schäden für die Patienten, verschwendete Ressourcen, psychologischen Folgen oder nachteilige Konsequenzen für den Lernenden selbst benannt werden.

Ankerbeispiel: „Ja, insbesondere, also klar sagen wir mal, sagen wir mal vorneweg, Patienten Verwechslungen, das passiert tatsächlich super häufig, dass dann gesagt wird, der da in Raum vier am Fenster, als ob ich wüsste, wer im Raum vier am Fenster sitzt für unsere Visite finde im Arztzimmer statt, nicht im Patientenzimmer. Dann meine ich einen anderen Patienten, oder wir haben alle ähnliche Namen, oder, das findet schon statt, also Patienten Verwechslungen. Verwechslung von Augen, das passiert auch. Also, genau dass man sich das Zeitliche bewusst ist, welcher postoperative Tag ist, also Überblick behalten, das sind Fehler, die passieren können. Dann eben dadurch eben Untergehen von Informationen oder Fehlinformationen“ (A1, Pos. 96).

Ankerbeispiel: „Ich glaub, Fehler können ja einfach sein, dass man halt irgendwie tatsächlich etwas Falsches sagt, dass man Patienten verwechselt“ (A6, Pos. 73).



Typ: Codedefinition deduktiv

Subkategorie: Herausforderungen IPÜ

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Herausforderungen hinsichtlich der interpersonellen Kommunikation, Gesprächsabfolgen, Störfaktoren aber auch systembasierende Herausforderungen beschrieben werden.

Ankerbeispiel: *„Man kann sich die Notizen zum falschen Patienten machen. Man kann da was verwechseln. Man kann wie gesagt, Sachen missverstehen und entsprechend daraus falsche Konsequenzen ziehen. Man kann die falsche Informationsgrundlage zu Rate ziehen und entsprechend eben da falsch handeln. Man kann einfach ja sagen, der wird entlassen, aber er wird gar nicht entlassen. Weil es gibt vielleicht doch noch einen Befund, der aussteht und das hat man einfach vergessen“* (A8, Pos. 90).

Ankerbeispiel: *„(...) dass sie halt mit verschiedenen Informationsstand an den Patienten herantreten. Das sie vielleicht auch ganz offensichtlich nicht professionell miteinander umgehen können, dass man halt merkt, hier, da stimmt irgendetwas nicht in der in der Kommunikation, im kollegialen Umgang miteinander“* (P3, Pos. 89).

Typ: Codedefinition induktiv

Subkategorie: Einfluss von Hierarchien

Codebeschreibung: Dieser Code wird beschrieben, wenn Hierarchien zwischen den Berufen als hinderliche Faktoren beschrieben werden.

Ankerbeispiel: *„das kompetente Pflegekräfte oft ihre wichtige Meinung nicht einbringen, weil sie glauben, dass sie nicht relevant ist“* (P5, Pos. 126).

Ankerbeispiel: *„Wenn ich etwas nicht verstehe, dann frage ich nach. Es gibt Kollegen, bei denen ich mir sicher bin, dass sie viel nicht verstehen, aber nicht nachfragen, weil sie sich nicht trauen“* (P10, Pos. 88).

Typ: Codedefinition induktiv

Hauptkategorie: Wissen, Fähigkeiten und Verhalten

Theorie: In dieser Hauptkategorie werden die Erwartungen an die Lernenden codiert. Der Wissenshorizont wird aus praktischen Gründen in groben Zügen erhoben. Fähigkeiten werden spezifisch codiert. Bei der Codierung des Verhaltens sollte darauf geachtet werden, dass Codes sich auf die interprofessionelle Zusammenarbeit beziehen.

Subkategorie: Wissen

Diese Subkategorie wird durch zwei Unter-codes ausdifferenziert.

Untercode: Biomedizinisches Wissen und klinisches Wissen

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Wissen zur Pathophysiologie, Physiologie und Krankheitslehre beschrieben werden, die für eine IPÜ als notwendig erachtet werden. Ebenso werden Segmente codiert, die notwendig erachten, dass P Pflegefachkräfte Wissen über Symptome, Symptommuster und Krankheitsbilder, deren typische Verläufe und Faktoren sowie geeignete therapeutische Verfahren besitzen sollten.

Ankerbeispiel: *„Ich erwarte, dass die Pflegekraft das medizinische Basiswissen hat, um entsprechende Krankheitsbilder zu kennen, damit man eben nicht das auch nochmal erklären muss“* (A8, Pos. 48).

Ankerbeispiel: *„Sie braucht ein sehr, sehr gutes Bild vom Behandlungsverlauf in den letzten drei, vier Tagen. Sie muss den Patienten auch, auch kennen, am besten schon bevor der Patient aufgenommen wurde. Also von den Voraufenthalten, das ist wahn-sinnig wichtig“* (P10, Pos. 50).

Typ: Codedefinition deduktiv

Untercode: Professionsspezifisches Wissen, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Beschreibungen zur pflegerischen Patientenversorgung erfolgen, die in einer IPÜ relevant sind. Dies beinhaltet: Abwehr gesundheitlicher Risiken, Selbstversorgung und Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweise und psychische Problemlagen sowie die Gestaltung des Alltagslebens eines Patienten.



Ankerbeispiel: „Sie muss Namen wissen vom Patienten, das Alter wissen und ja, die pflegerelevanten Aspekte von den Patienten. Ob er sich selber versorgen kann, wo er Probleme hat. Also eigentlich die ganze Pflegeplanung sozusagen im Kopf vom Patienten haben und danach halt handeln“ (P4, Pos. 70).

Ankerbeispiel: „Ich erwarte von ihr, dass sie ihren Patienten kennt, dass sie ihn pflegerisch einschätzen kann, dass sie dezidiert benennen kann, wie das Pflegeausmaß des Patienten ist, dass sie auch eine Vorstellung hat, welche Pflegehilfsmittel für den Patienten angemessen sein könnten und optimaler Weise, dass die Pflegekraft, auch weil sie einfach näher an dem ist, auch Ängste und Sorgen des Patienten erkennt, uns rückmeldet, sodass man die gemeinsam besprechen kann, um eben auch diese psychische Gesundheit des Patienten adressieren zu können“ (A6, Pos. 28).

Ankerbeispiel: „Zum Beispiel kann es sein, dass ein Patient halbstündlich getropft werden muss. Und da muss ich wissen, insbesondere, wenn er eben schlecht sieht, wenn Patienten nur Handbewegungen sieht, sieht der ja nicht mal die Flasche, wie ist er zu Hause versorgt, ist das wichtig, also kann das gewährleistet werden. Das hat ja unmittelbar für seine Erkrankung jetzt eine maßgebliche Relevanz. Und das ist auch sehr wichtig, vor der Behandlung zu wissen, weil es macht zum Beispiel keinen Sinn, eine Transplantation vorzunehmen, wenn man weiß, der Patient kann danach überhaupt gar nicht tropfen. Dann geht das Transplantat in die Knie und das war umsonst. Das heißt, es sowohl davor, als auch danach extrem wichtig“ (A1, Pos. 8)

Subkategorie: Fähigkeiten

Diese Subkategorie wird durch zwei Unter-codes ausdifferenziert.

Untercode: Strategisches Wissen

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn relevantes strategisches Wissen und Bedingungswissen (über typische Problemlösungsstrategien) zur Durchführung einer IPÜ beschrieben werden.

Dieser Untercode wird zur besseren Übersicht in sechs weitere Unter-codes (vierte Ebene) ausdifferenziert:

Bedingungswissen einordnen:

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Bedingungswissen, beispielsweise Übergabeformen oder Abläufe, zur IPÜ beschrieben werden.

Ankerbeispiel: „Also auf der einen Seite muss sie um diese Existenz natürlich erst einmal wissen, dieser Übergabe, wie die abläuft, wer da alles beteiligt sein muss etc. pp. Das sind so grob die Rahmenbedingungen für die Übergabe“ (P7, Pos.60).

Ankerbeispiel: „Wenn der Patient zum Beispiel sagt, ihm tut heute die Schulter weh, er hat solche Schmerzen gehabt morgens, er konnte sich nicht einmal die Haare kämmen. Das war am Tag davor nicht der Fall. Dann denke ich, das ist eine neue Situation, dass ich auch dem Arzt Info geben“ (P4, Pos. 98).

Typ: Codedefinition deduktiv

Vorbereitung IPÜ:

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Fähigkeiten zur Vorbereitung inklusive Informationsbeschaffung einer IPÜ beschrieben werden.

Ankerbeispiel: „(...) dass sie sich an dem Morgen schon einen Überblick über den Patienten verschafft hat und die Probleme beziehungsweise oder Unklarheiten irgendwie rauskristallisiert hat“ (P7, Pos. 75).

Ankerbeispiel: „Dann muss sich die Pflegekraft die Dokumentation noch einmal durchlesen, sowohl die Berichte als auch die Dokumentation. Ich schreibe mir meistens die wichtigsten Sachen noch mal raus, auf einen kleinen Zettel und Magier mir die Patienten, bei denen es irgendwelche besonderen Sachen gab und auf die man vielleicht besonders Rücksicht nehmen muss oder auch besonders eingehen muss“ (P10, Pos.58).

Typ: Codedefinition induktiv



Patienten- und Therapievorstellung:

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn der direkte Durchführungsprozess einer IPÜ beschrieben wird. Mit codiert werden Beschreibungen zur Verwendung von Kommunikationsschemata während einer IPÜ.

Ankerbeispiel: *„Aufgabe der Krankenschwester oder des Pflegers wäre einfach Vorstellung des Patienten: Alter, dann Aufnahme, Diagnose oder wenn er schon hier im Haus war, warum Verlegungsdiagnose auf (unv) jetzt gegeben ist. Dann kurz zum sozialen Umfeld, wenn da irgendetwas jetzt außergewöhnliches zu erwähnen wäre. Obdachlos oder kommt aus Hamburg oder solche Sachen. Und dann eben darüber zu erzählen, wie die aktuellen Parameter bei ihm sind. Woraufhin man besonders achten muss, welche Therapien gelaufen sind oder was geplant ist und welche Diagnostik noch aussteht“* (P8, Pos. 31).

Ankerbeispiel: *„Wir machen nur noch Übergabe noch nach SBAR. Das ist aber tatsächlich interessanterweise was, was die Pflege untereinander nutzt. Wenn die ihre Übergaben machen. Und da hat es jetzt noch niemand von uns erwartet, dass wir das auch nutzen. Die Pflege wird darauf geschult, dass die uns auch, wenn die uns anrufen, nach dem Dienst und zur Übergabe nach SBAR geben sollen“* (A7, Pos. 123).

Ankerbeispiel: *„Ich erwarte, dass sie konzentriert dabei ist, dass sie, wenn's natürlich ganz, sag ich mal, wenn sie sich ganz vorbereitet, dass sie mit-schreibt, wenn etwas Wichtiges wäre, wenn es für sie was Wichtiges ist, dass sie, oft hat man ja so einen Patienten Zettel, wo man noch mal für sich die wichtigen Sachen vermerkt, und das erwarte ich, dass Sie mit mir auch die Informationen teilt, die sie praktisch gesammelt hat“* (A3, Pos. 37).

Typ: Codedefinition induktiv

Prioritäten setzen:

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn die Prioritätensetzung innerhalb einer IPÜ angesprochen wird.

Ankerbeispiel: *„Dass die Pflegekraft weiß, was für Wissen wichtig ist. Dass der Arzt damit arbeiten kann, was der Arzt für Wissen braucht“* (P3, Pos. 103)

Typ: Codedefinition induktiv

Nachbereitung und korrekte transparente Dokumentation

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Prozesse bezüglich einer Nachbereitung und Dokumentation einer IPÜ beschrieben werden.

Ankerbeispiel: *„Also wenn die für mich sehr relevant erscheint, dann gebe ich das sofort mündlich weiter. Aber zusätzlich dokumentierte ich es natürlich schriftlich beziehungsweise im Bericht einfach“* (P5, Pos.66).

Typ: Codedefinition induktiv

Untercode: Kollaboratives Wissen

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn kognitive Aktivitäten (z. B. erklären, hinterfragen, zusammenfassen), metakognitive Aktivitäten (z. B. beobachten, regulieren, Argumente formulieren) sowie soziale Aktivitäten (z. B. abwechseln, zuhören) innerhalb einer IPÜ beschrieben werden.

Dieser Untercode wird zur besseren Übersicht in fünf weitere Unter-codes (vierte Ebene) ausdifferenziert:

Wissensdefizite erkennen und konstruktives Nach- bzw. Hinterfragen:

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn die Interviewten Pflegefachkräfte dazu auffordern, Entscheidungen zu hinterfragen oder Wissensdefizite zu erkennen und diese während oder nach der IPÜ nachfragen sollen.

Ankerbeispiel: *„Es ist ja schon auch oft so, dass es der Pflege irgendwie dann aufstößt. Weiß ich nicht, warum muss ich diesen Patienten jeden Tag wiegen so und das kann man natürlich irgendwie so kommunizieren, indem man sagt: Du XY, warum muss ich den jeden Tag wiegen? Habt ihr euch dabei irgendwas gedacht?“* (A7, Pos. 95).



Ankerbeispiel: „Ja, ich glaube, dass man einfach offen ist im Dialog. Dass man eben sagt, wenn irgendetwas unklar ist, bitte Fragen stellen, also nicht, entsprechend die Kommunikation, oder den Dialog zulassen. Und eben, dass die Pflege eben sich nicht scheuen muss, wenn sie einen Begriff nicht versteht, dass sie nachfragen kann, dass man da entsprechend offen ist“ (A8, Pos. 78).

Typ: Codedefinition induktiv

Aktives Zuhören und Informationsverarbeitung

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn metakognitive Aktivitäten wie bspw. aktives Zuhören oder eigene Notizen machen beschrieben werden.

Ankerbeispiel: „Zuhören, dass man auch selber, wie man selber Informationen dann aufnimmt, und wie man dann die verarbeitet und mit den arbeitet“ (P3, Pos. 103).

Typ: Codedefinition induktiv

Wissensvermittler*in

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Pflegekräfte als Wissensvermittler*innen innerhalb der IPÜ beschrieben werden.

Ankerbeispiel: „Ich erwarte, dass sie aus Assistenzarztperspektive Verständnis für den Wissens- oder auch Unwissenheitsstand des, oder das Kompetenzniveau des Assistenzarztes mitbringt, dass sie nicht alles voraussetzt, sondern auch kommuniziert, was ihr jetzt noch wichtig wär, weil sie's ja dann im Sinne einer IPA hoffentlich auch gelernt hat, was denn alles dazugehört und was wichtig ist und dass man das eben gemeinsam erarbeitet, damit es einfach tatsächlich funktioniert“ (A2, Pos. 58).

Typ: Codedefinition induktiv

Erfahrungs- und Wissenstand anderer Berufsgruppen einordnen und respektieren

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen des Erfahrungs- und Wissenstand der jeweilig anderen Berufsgruppe beschrieben werden, die für den Kommunikationsprozess der IPÜ und für das gemeinsame Verständnis der Patientenversorgung relevant sind.

Ankerbeispiel: „Indem man seine Gedanken mitteilt, würde ich sagen, also nicht nur, wir machen das jetzt so und so, sondern, wir machen das so und so, weil ich denke, das und das und das. Und dann weiß die andere Profession, also in meinem Fall die Pflege, wieso ich das oder wieso ich das so anordne oder wieso ich das Vorschlage, so zu machen und haben vielleicht auch etwas einzuwenden, muss man ja auch immer Bedenken, weil manchmal sehen die mehr als wir. Oder Sachen, die wir vielleicht nicht auf dem Schirm haben“ (A4, Pos. 68).

Ankerbeispiel: „Naja, dazu müssten dann halt wirklich auch de facto tägliche gemeinsame Visiten halt durchgeführt werden, die natürlich nicht durchgeführt werden, täglich. Ich denke, das ist so ein Grundproblem, dass sich wahrscheinlich auch nie wirklich auflösen lässt nach. Das ist natürlich gerade in der Geriatrie mit den hochkomplexen Patienten der Multimorbidität, wo halt auch Therapieentscheidungen getroffen werden, die jetzt halt nicht immer üblicherweise beim 50-jährigen oder Leitlinien gemäß halt eben trifft (...) diese Gedankengänge. Es ist schon schwer zu transportieren, natürlich schon klar. Aber ich glaube, das ist dann auch in letzter Konsequenz auch nicht wirklich wichtig zu wissen. (...) Also dazu gibt es ja auch unterschiedliche Professionen. Das muss man jetzt auch mal sagen. Es ist, glaube ich, auch nicht ein verfehltes Ziel alle Professionen an den Entscheidungsprozessen und Gedankengängen: Warum, wann, welches Medikament geändert angesetzt und nicht gegeben wird, mitzuteilen. Das ist, glaube ich, auch nicht wirklich möglich notwendig“ (A10, Pos. 62). Typ: Codedefinition induktiv

Eigene Expertise einbringen und zur gemeinsame Entscheidungsbildung beitragen

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Pflegefachkräfte innerhalb einer beschriebenen IPÜ Situation dazu aufgefordert werden ihre Expertise einzubringen, um am Entscheidungsprozess mitzuwirken.



Ankerbeispiel: „Das einfach halt ja, eine Interaktion stattfindet und dass man das halt dann zusammen vermittelt. Und dass halt jetzt, dass der Patient mitbekommt und sieht, da stehen jetzt, steht jetzt nicht nur ein Experte vor mir, da stehen zwei Experten, jeder auf seinem Gebiet. Und die sind halt gemeinsam gemeinschaftlich hier, um mir was Gutes zu tun“ (P3, Pos. 83).

Ankerbeispiel: „Ja, also es werden teils schon im Dialog getroffen, sozusagen wie es weitergeht. Klarerweise, weil die Pflege natürlich entsprechend mehr die pflegerischen Informationen über den Patienten hat und weiß, wie dies einzuschätzen ist oder wie kommt der Patient stationär zurecht? Kann der überhaupt die und die Tablette schlucken, wenn die in der Medikationsliste steht? Oder ist es nicht vielleicht sinnvoller, dem einen Saft anzuordnen oder Patient hat eine Magensonde, da funktionieren manche Dinge ja überhaupt nicht“ (A8, Pos. 70).

Typ: Codedefinition induktiv

Subkategorie: Verhalten

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen zum Verhalten und Haltung der Lernenden im Bezug zur IPÜ getroffen werden. Es werden alle Aussagen codiert, die eine Antwort dazu geben, ob der Lernende in seinem gezeigten Verhalten bereit ist, die Aufgabe IPÜ zu übernehmen.

Theorie: Einstellungen sind schwieriger zu erfassen. Mehrere Autoren haben untersucht, welche Arten von Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Entscheidung über die Übertragung von Verantwortung eine Rolle spielen sollten. Eine neuere Zusammenstellung (ten Cate & Chen 2020) deutet darauf hin, dass fünf allgemeine Merkmale entscheidend sind, um Vertrauen in klinische Lernende aufzubauen

Diese Subkategorie wird daher in fünf Unter-codes ausdifferenziert:

Untercode: Empowerment (sich als Team begreifen)

Dieser Untercode wird zur besseren Übersicht in vier weitere Unter-codes (vierte Ebene) ausdifferenziert:

Verständnis füreinander zeigen.

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Erläuterungen, Beziehungen bezüglich des Verständnis der Haltung, Sichtweise der jeweilig anderen Profession angesprochen wird.

Ankerbeispiel: „Dass man vielleicht auch nicht am Anfang einfach auf einer persönlichen Ebene ist. Es ist ja, das darf man nicht vergessen, es ist ja keine normale Kommunikation hier, sondern es ist immer Kommunikation am Limit. Da sind Patienten, die sind krank. Da gibt es Unterversorgung im System. Da sind Leute, also das ist, die Leute sind, die sind, das ist wie eine vorgespannte Feder. Da muss man einfach sich auch mal die eine Minute nehmen und sagen: „Du, wie läuft denn? Passt alles? Sollen wir das jetzt machen? Wäre es besser, wenn wir es doch wann anders machen?“, so Dinge. Also, sich noch einmal so ganz basal dessen versichern, dass das Gegenüber jetzt in einer guten Position, in einer guten Verfassung ist, die gewünschte Kommunikation durchzuführen“ (A11, Pos. 74).

Typ: Codedefinition induktiv

Zugehörigkeit

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Strategien zur Aufrechterhaltung oder Stärkung des Stationsteams genannt werden. Gerade dann, wenn es um das Sicherheitsgefühl der einzelnen Mitarbeiter geht → Stichwort psychologische Sicherheit.

Ankerbeispiel: „Ich glaube, dass man das schafft, dass man das Gefühl bekommt, ein Team zu sein, in diesen Treffen. Und da ein Miteinander zu spüren ist und kein Gegeneinander“ (P7, Pos. 117).

Typ: Codedefinition induktiv

Lernbereitschaft und gegenseitiges Interesse

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn eine offene Haltung bezüglich des Wissen der jeweilig anderen Profession beschrieben wird.



Ankerbeispiel: „*Indem beide interessiert sind an der Expertise von beiden Seiten und sich auch gegenseitig Sachen erklären lassen, also auch die Bereitschaft da ist, noch was zu lernen*“ (P5, Pos. 102)

Typ: Codedefinition induktiv

Sich aktiv Zeit einräumen

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen zum Zeitmanagement einer Pflegefachkraft zur ICP gemacht werden.

Ankerbeispiel: „*Ich glaube, indem man auch die Zeit des anderen wertschätzt, das heißt, dass auch gesetzte Zeitabsprachen tatsächlich eingehalten werden, dass man auch versucht, einen zeitlichen Rahmen zu finden, der niemanden unter Stress setzt, weil das immer zu Problemen führt und dass man sich darauf verständigt, was denn die zu adressieren Punkte sind*“ (A6, Pos.64).

Typ: Codedefinition induktiv

Untercode: Zuverlässigkeit

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn vorhersehbares und gewissenhaftes Verhalten beschrieben werden. Beispiele: gewissenhaft, berechenbar, rechen-schaftspflichtig, verantwortungsbewusst.

Ankerbeispiel: „*Tatsächlich meistens dann, wenn ich sehe, dass Anordnungen, die ich gemacht habe, irgendwie nicht passiert sind. Oder, ja das ist eigentlich so ein bisschen der/ oder wenn ich halt tatsächlich neue Anordnungen mache, dann weiß ich, das muss ich das kommunizieren, weil das sonst einfach irgendwie untergeht, wenn ich das nur schriftlich mache. Mindestens eine kurze Rückmeldung im Sinne von: Da gibt jetzt was Neues, schaut mal in die Kurve*“ (A7, Pos. 20).

Typ: Codedefinition deduktiv

Untercode: Patientenzentriertheit

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen zum patientenzentrierten Verhalten getroffen werden. Beispiele: wahrheitsgemäß, wohlwollend, patientenzentriert.

Ankerbeispiel: „*Ja, ich finde immer super wichtig, dass das Gespräche sind die irgendwie auf Augenhöhe stattfinden. Wo einfach auch der andere gehört wird. Egal, es gibt super böse Pflegekräfte, die den jungen Ärzten nicht zuhören als genau andersrum. Das finde ich ist eine Sache, die darf da überhaupt gar keine Rolle spielen, sondern es müssen halt Gespräche sein, die ja zum Besten des Patienten sind. Und das ist, glaube ich, unser aller Ziel*“ (P7, Pos.73).

Typ: Codedefinition deduktiv

Untercode: Bescheidenheit

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen, zur Einsicht eigener Grenzen und die Bereitschaft um Hilfe und Feedback zu bitten, beschrieben werden. Beispiele: erkennt Grenzen an, bittet um Hilfe, ist offen für Feedback.

Ankerbeispiel: „*Eine selbstbewusste, aber definitiv eine Haltung, in der sie auch weiß, dass sie gerade erst anfängt. Und dass das aber auch in Ordnung ist, dass man Fehler macht, Dinge nicht weiß, also sich quasi ihrer Rolle bewusst sein, aber nicht dahinter verstecken*“ (P6, Pos. 126)

Ankerbeispiel: „*Mut zum Fragen. Also, ich reiße niemandem den Kopf ab, und ich habe auch schon komische Fragen an die Pflege gestellt und immer eine nette Antwort kriegt, ja*“ (A3, Pos.115).

Typ: Codedefinition deduktiv

Untercode: Professionelles Selbstverständnis

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen zur Wichtigkeit der pflegerischen Perspektive und deren Verantwortlichkeit getroffen wurden. Beispiele: aufgabenspezifische Kenntnisse, Fähigkeiten, Erfahrung, Situationsbewusstsein.



Ankerbeispiel: *„Ja, also ich finde schon, sie sollten nicht zu unterwürfig sein. Mutig. Also die können eine ganze Menge, wenn sie frisch von der Schule kommen. Die sind sehr gut ausgebildet, würde ich mal sagen, hier am Klinik auf jeden Fall, die schon und die sind toll. Das sollte man doch zeigen, gerade in der Zeit“* (P4, Pos. 135).

Typ: Codedefinition deduktiv

Hauptkategorie: Einschätzung (Assessment), Grundlagen für Fortschritte

Diese Hauptkategorie wird durch zwei Subkategorien ausdifferenziert.

Subkategorie: Fortschritt

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn notwendige Fortschritte zur Übernahme einer IPÜ benannt werden. Beispiele: Anzahl von Techniken, Kurse, Gesamtüberblick. Hier geht es um die Frage, welche Informationen braucht es, um Fortschritte zu bestimmen und schließlich eine Gesamtbewertung zu begründen?

Ankerbeispiel: *„Gerade am Anfang, weil einerseits, ordnet man sich natürlich nochmal über den ganzen Patienten, weil man kriegt noch mal einen Überblick, wenn man eine Patientenübergabe macht. Man priorisiert was war jetzt wichtig, was nicht? Und es einfach wichtig, auch das einzuüben. Und andererseits durch die Rückfragen, die man bekommt, also vom anderen, kann man noch mal, wird dieses Priorisieren noch weiter geschult. Also, Mensch, ach ja, stimmt, das war auch noch wichtig. Und bei der nächsten Patientenübergabe kann es sein, dass man das dann schon wieder reinflechtet [..]. Andererseits nochmal, dadurch, dass man es jemand anderen vorstellt und der seine eigenen Fragen hat, noch mal neue Aspekte zu bekommen, die man vielleicht am Anfang als man es das erste Mal oder das zweite Mal gemacht hat, noch gar nicht im Kopf hatte. Also gibt ja auch oft Patientenübergabe an erfahrenere Personen und die sagen dann: „Hast du das und das oder jenes gemacht?“ Und dann denkt man sich: „Oh ja, wow, cool ja, kann ich noch machen. Oder das wär noch wichtig, und dadurch lernt man ja“* (A3, Pos. 97).

Typ: Codedefinition deduktiv

Subkategorie: Beobachtungsintervalle

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen zur Häufigkeit von Beobachtungsintervallen und Methoden zur Überprüfung beschrieben werden.

Ankerbeispiel: *„Wichtig ist, glaube ich, eine gute Einarbeitung. Eine ausreichend lange Einarbeitung auch, dass sind so Dinge, die viel geübt werden müssen. Weshalb bei mir die Leute das auch von Anfang an sehr früh machen müssen“* (P7, Pos. 111).

Ankerbeispiel: *„Finde eben noch dieses Checklistenformat oder eben, wie man bei der klinischen Untersuchung hatte, diese MiniCEX die es da gibt, solche Sachen, finde ich extrem wertvoll“* (A1, Pos. 134).

Typ: Codedefinition deduktiv

Hauptkategorie: Erwartungen bezüglich des Erreichens eines bestimmten Niveaus von Selbstständigkeit

Diese Hauptkategorie wird durch zwei Subkategorien ausdifferenziert.

Subkategorie: Anvertrauen

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen getroffen werden unter welchen Supervisionslevel Lernende eine IPÜ durchführen können.

Ankerbeispiel: *„Also wenn es dann, was das fachspezifische angeht, wenn's dann schon sehr komplex ist, dann würde ich schon sagen, dann würde ich die frisch examinierte schon erstmal noch an die Hand nehmen und da unterstützend dabei sein. Ob ich es komplett übernehmen würde, vielleicht beim ersten Mal natürlich schon, dass man halt zugeguckt hat und das halt von der Seite gesehen hat. Dann wird, also nicht dem den komplexen pflegerisch aufwendigen Patienten, sondern komplex, was jetzt gerade die onkologischen Therapien angeht, in diese Richtung. Das komplexe pflegerische erwarte ich auch, dass es eine frisch examinierte gut lenken kann und leiten kann und beobachten kann“* (P3, Pos. 55).

Typ: Codedefinition deduktiv



Subkategorie: Selbständige Durchführung

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Beschreibungen hinsichtlich der Fähigkeitseinschätzung von Pflegefachkräften und Zeitpunkte zur Übernahme der Tätigkeit IPÜ gemacht wurden.

Ankerbeispiel: *„Häufigsten Fehler, den ich sehe, ist eben, dass man die Informationen weitergibt, die alle schon haben. Also, dass wenn ich sag: „Der Herr Müller liegt da, dann weiß ich, oder muss ich als Arzt wissen, der Herr Müller hat eine Pneumonie, wird gerade mit dem behandelt. Die Informationen brauche ich, wenn der Patient neu ist, das heißt der Patient wird neu aufgenommen, dann kann derjenige natürlich die Übergabe machen. Kann sagen, der ist gekommen wegen dem und dem. Aber ich brauche die grundsätzlichen Informationen nicht, sondern ich brauche die neuen Informationen. Und das muss ja eigentlich eine Pflegekraft auch einschätzen können. Was sind die Informationen der letzten 18 Stunden? Was ist neu dazugekommen oder was für Probleme sind dazugekommen? Oder... genau das... Und das könnten gute Pflegekräfte und die Pflegeschüler können es eben in der Regel noch nicht“ (A8, Pos. 100).*

Typ: Codedefinition deduktiv

Hauptkategorie: Lehre IPÜ

Codebeschreibung: Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen getroffen werden, welche die IPÜ als Lernort für Pflegefachkräfte und Ärzt*innen beschreibt.

Ankerbeispiel: *„Dass sie selber die Möglichkeit bekommen, das also, dass sie selber die Möglichkeit bekommen, es auszuprobieren, zum einen. Und dass sie ein Feedback dazu bekommen, dass sie selber Feedback geben können, was sie denken, was gefehlt hat, was sie noch, was die anders gemacht hätten. Und dass sie vielleicht auch die Möglichkeit bekommen, oder das darauf fokussiert wird, sich auch mal in die Gegenseitige hineinzusetzen. Also das der PJler nicht immer nur auf Seiten der Medizin bleibt, sondern dass vielleicht auch mal so ein kleiner Wechsel stattfindet und einfach so ein Blick über den Tellerrand hinaus, um ein besseres Verständnis für die andere Profession zu bekommen“ (P6 Pos. 142).*

Ankerbeispiel: *„Indem man auf jeden Fall irgendeine Struktur erhält und die vielleicht auch immer irgendwie ähnlich macht. Das hilft einem ja auch selber, Fehler zu vermeiden. Und dass man, zum Beispiel, den Studenten oder die Pflegeschülerin dann auch vermittelt, wieso machen wir das, oder warum ist es wichtig, das so zumachen“ (A4, Pos. 120).*

Typ: Codedefinition induktiv

Hauptkategorie: Gelungene IPÜ

Codebeschreibung: Dieser Code wird mit der letzten Fragestellung vergeben. Nur dann, wenn die Interviewten sich zur gelungenen IPÜ äußern.

Ankerbeispiel: *Das ich auf der einen Seite, also allen Beteiligten irgendwie ein Bild von meiner Sicht auf den Patienten darstellen konnte. Und dass ich die Themen, die ich momentan für den Patienten relevant finde, ansprechen konnte und im besten Fall dafür Lösungen finden (P7, Pos. 152).*

Typ: Codedefinition induktiv



Konsensrunde

Leitfragen

Beschreibung:

- Fehlt Ihnen etwas in der Beschreibung der jeweiligen EPA? Würden Sie noch etwas hinzufügen wollen? Ist die Aktivität Interprofessionelle Patientenübergabe vornehmen und/oder entgegennehmen vollständig beschrieben?
- Würden Sie noch weitere Patientengruppen in die Limitationen aufnehmen wollen?

Risiken:

- Gibt es Risiken, die wir übersehen haben?

Wissen, Fähigkeiten und Verhalten?

- Wurden alle relevanten Wissens Elemente benannt?
- Wurden alle relevanten Fähigkeiten benannt?
- Wurde das jeweilige Verhalten vollständig erfasst und dargestellt?
- Sind die jeweiligen Punkte klar voneinander abgrenzbar beschrieben?

Anvertraubare und wichtige Aufgabe für den Beruf

- Beschreibt die vorliegende EPA Ihrer Meinung nach ein klinisches Ergebnis?
- Gibt es Ihrer Meinung nach Inkonsistenzen, finden Sie etwas unklar?

EPA als Bildungstool

Vermeidet die EPA Zuschreibungen, die sich auf den Leistungsstand des Lernenden beziehen?

Sonstiges

- Besitzt die vorliegende EPA Ihrer Meinung nach einen logischen sowie verständlichen Aufbau?

Gibt es noch Aspekte, die wir nicht erfragt haben? (Taylor et al., 2017)



Danksagung

Meinen herzlichen Dank möchte ich nachstehenden Personen entgegenbringen, ohne deren Unterstützung diese Dissertationsschrift nicht möglich gewesen wäre:

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Martin Fischer (MME), meinem Doktorvater, für die Betreuung dieser Arbeit, die fürsorgliche, offene und väterliche Unterstützung und die vielen konstruktiven Gedanken, die mir einerseits einen kritischen Zugang zur Thematik der Interprofessionalität eröffnet und andererseits meine persönliche Entwicklung gefördert haben.

Prof. Dr. Ralf Schmidmeier danke ich für seine Unterstützung während der gesamten Promotionsphase, in der er mir mit seinem umfangreichen Fachwissen zur Seite stand.

Mit Marion Huber verbindet mich seit Beginn der Dissertation eine langjährige und bereichernde Zusammenarbeit. Ich danke ihr für die persönliche Förderung, für Spannung, Spaß und vor allem für das entgegengebrachte Vertrauen in meine Person und meine Fähigkeiten.

Mein besonderer Dank gilt Dr. Jan Zottmann, ohne dessen unermüdliche Geduld und liebevolles Verständnis ich diese Arbeit nicht hätte bewältigen können. Seine kritischen Gedanken und differenzierten Anmerkungen sowie seine menschliche Unterstützung haben diese Arbeit stets begleitet.

Persönlich und räumlich verbunden und dankbar bin ich Birgit Wershofen, ohne die es keinen Beginn dieser Arbeit gegeben hätte.

Mein Dank gilt Dr. Dr. Marc Weidenbusch, Prof. Dr. Matthias Stadler, Anna Horrer, Ula Bozic, Dr. Yvonne Pudritz, Gertraud Stelzer, Theresa Schmid, Daniel Hartmann, Raphael Kunisch, Dr. Mara Müssigmann, Dr. Johanna Huber und Yvonne Hilpoltsteiner, die mich während der Bearbeitung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein tiefer Dank gilt meiner Teresa, unserem Sohn Emil, meiner Mama, meinem Papa, meinem Bruder Simon, seiner Tania und meinen Weggefährt*innen Birgit, Gottfried, Sarah, Hans, Joe, Julian, Till, Jonas, Maximilian, Max, Dominik, Tobi, Anni, Daniel und Celina.



Affidavit



Eidesstattliche Versicherung

Matthias Wittl

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

Interprofessionelle Kommunikation im Aufgabenfeld der Entlassungsplanung

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 09.07.2024

Ort, Datum

Matthias Wittl

Unterschrift Doktorand



Publikationsliste

Publikationen

- 2023 Wittl, M. J., Zottmann, J. M., Wershofen, B., Thistlethwaite, J. E., Fischer, F., & Fischer, M. R. (2023). FINCA - a conceptual framework to improve interprofessional collaboration in health education and care. *Frontiers in medicine*, 10, 1213300. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1213300>
- 2022 Kaap-Fröhlich, S., Ulrich, G., Wershofen, B., Ahles, J., Behrend, R., Handgraaf, M., Herinek, D., Mitzkat, A., Oberhauser, H., Scherer, T., Schlicker, A., Straub, C., Waury Eichler, R., Wesselborg, B., Wittl, M., Huber, M. & Bode, S. F. N. (2022). Position paper of the GMA Committee Interprofessional Education in the health professions - current status and outlook. *GMS Journal for Medical Education*, 39(2), Doc17. <https://doi.org/10.3205/zma001538>
- 2021 Huber, J., Wittl, M., Schunk, M., Fischer, M. R. & Tolks, D. (2021). The use of the online Inverted Classroom Model for digital teaching with gamification in medical studies. *GMS Journal for Medical Education*, 38(1), Doc3. <https://doi.org/10.3205/zma001399>
- Wittl, M. J., Hartmann, D., Wershofen, B. & Zottmann, J. M. (2021). Building interprofessional and interinstitutional bridges in health care education. *Medical Education*, 55(11), 1309–1310. <https://doi.org/10.1111/medu.14615>
- Keil, S., Ablter, M., Stocker, I., Knerr, M., Wittl, M. & Wershofen, B. (2021). Vom IHR zum WIR – Gemeinsames Lernen interprofessioneller Skills. *PADUA*, 16(2), 94–99. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000606>

Konferenzbeiträge

- 06/2022 Wittl, M. J., Zottmann, J., Wershofen, B., Fischer, F. & Fischer, M. R. (2022). *A proposal for a framework concept to analyze and promote interprofessional collaborative activities*. International Society of the Learning Sciences. Learning to Build Bridges: Promoting skills for complex collaboration across professional and cultural boundaries. Hiroshima, Online Event. (Vortrag)
- 05/2022 Wagner, J., Wittl M. J., Zottmann J., Fischer M. R., Bushuven S., Weidenbusch M. (2022). Professionspezifische Wissensunterschiede im interprofessionellen Aufgabenfeld der Entlassungsplanung. Drei-Länder-Tagung des VFWG. Bern. (Vortrag)
- 10/2021 Wittl J. M. (2021). FINKO ONLINE. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Zürich. (Vortrag)
- 01/2019 Wittl J. M. (2019). Entwicklung und Validierung zweier Entrustable Professional Activities für Berufsanfänger in der Pflege. Auftaktveranstaltung Graduiertenkolleg ILEGRA, Robert Bosch Stiftung. Berlin. (Poster)
- 11/2017 Wittl J. M., Eckart A. (2017). „Ich bin ein Puzzleteil“ Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit durch Bildung am Beispiel Palliative Care: Eine Analyse von Bedarfen als Grundlage für die Konzeption und Umsetzung von Bildungsangeboten. Tagung. „Interprofessionelles



Lehren und Lernen in den Gesundheitsprofessionen – eine Tagung vom und für den bildungswissenschaftlichen Nachwuchs“. Berlin. (Vortrag)

