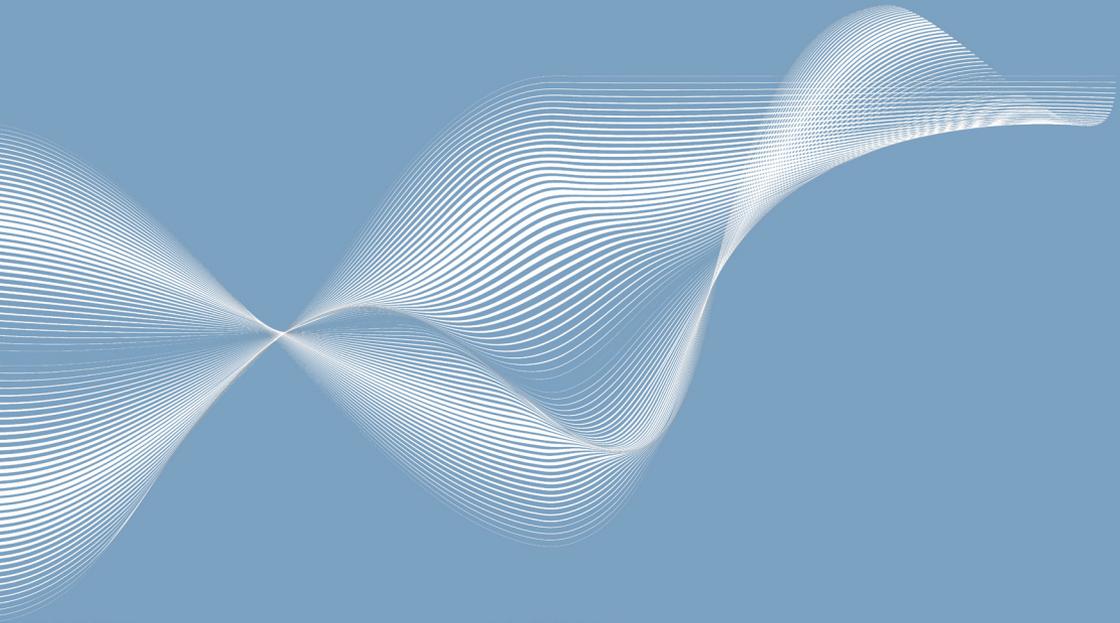


Simone van Kampen

# Interprofessionelle Kompetenz

Kollaborativ arbeiten in variierend zusammengesetzten  
Teams der Gesundheitsversorgung



Cuvillier Verlag Göttingen  
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag



---

Simone van Kampen

# Interprofessionelle Kompetenz

Kollaborativ arbeiten in variierend zusammengesetzten  
Teams der Gesundheitsversorgung





## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

1. Aufl. - Göttingen: Cuvillier, 2023

Zugl.: Osnabrück, Univ., Diss., 2023

Titel der Dissertationsschrift: „Interprofessionelle Kompetenz: Kollaborativ arbeiten in variierend zusammengesetzten Teams der Gesundheitsversorgung. Entwicklung eines Modells interprofessionellen Handelns für die gesundheitsberufliche Bildungsgestaltung“

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2023

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

[www.cuvillier.de](http://www.cuvillier.de)

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2023

Gedruckt auf umweltfreundlichem, säurefreiem Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft.

ISBN 978-3-7369-7863-8

eISBN 978-3-7369-6863-9



## Danksagung

Ich möchte diese Gelegenheit nutzen, um meinen aufrichtigen Dank und meine Wertschätzung an all die Menschen auszudrücken, die mich während meiner Doktorarbeit unterstützt und begleitet haben.

Zuallererst möchte ich mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. phil. habil. Thomas Bals bedanken. Seine herausragende fachliche Expertise im Feld der Berufs- und Wirtschaftspädagogik, sein Erfahrungsschatz und seine konstruktiv kritischen, gleichwohl positiv lernförderlichen Impulse waren für meinen Fortschritt von unschätzbarem Wert. Im Doktorand\*innenkolloquium an der Universität Osnabrück saßen - bildlich gesprochen - die Interprofessionalität und Interdisziplinarität mit am Tisch, was sich als wichtige Lernquelle erwies. Danke an Dr. phil. Janika Grunau, Dr. phil. Katharina Wehking, Dr. phil. Miriam Burfeind, Lena Sachse und Bianca Leufgen für den fachlichen Austausch und die Erweiterung meiner Denkweise und Herangehensweise an wissenschaftliche Fragestellungen.

Von ganzem Herzen bedanke ich mich bei Prof. Dr. rer. nat. habil. Britta Wulffhorst. Sie hat den Prozess der Promotion nicht nur lenkend begleitet, sondern mit ihrer unermüdlichen Bereitschaft zur Reflexion mein wissenschaftliches Wachstum gefördert und mich mit ihrer klugen, vorausschauenden, humorvollen und freundschaftlichen Art ermutigt, meinen Weg in diesem Forschungsfeld zu gehen. Ich bin dankbar für die Gelegenheit, von ihr lernen zu dürfen, und für die Inspiration, die sie mir im kollegialen Miteinander auch abseits vom Arbeitsgeschehen gegeben hat.

Für die vielen herzlichen Momente während des Lehralltags in Hamburg und das neugierig interessierte Nachfragen danke ich den Studierenden und Kolleg\*innen an der Medical School Hamburg. Ein Dankeschön geht an Frau Ilona Renken-Olthoff, Geschäftsführerin der Medical School Hamburg, für ihre Unterstützung und ihr Engagement zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Ein freundschaftlicher Dank gilt insbesondere Prof. Dr. Olaf Schenk für seine stete Suche nach einem gelassen humorvollen Blick. Und mit seinem klaren analytischen Verstand und der Fähigkeit, komplexe Dinge - auch unkonventionelle Diskurspositionen - pragmatisch auf den Punkt zu bringen, regte er neue Denkperspektiven an, die meine Arbeit vielfach bereichert haben.



Für die Momente der Entspannung und des Ausgleichs möchte ich mich bei meinen Freundinnen und Freunden bedanken. Das Zusammensein, sei es bei Urlaubsreisen, einem gemütlichen Abendessen oder spontanen Frühstück, einem Lauf um den See und vertrauten Telefonaten hat mich aufgeladen, meine Seele gestärkt und meinen Geist erfrischt.

Last but not least möchte ich meinen Eltern, meiner Schwester und meinem Bruder und ihren Familien meinen tiefen Dank aussprechen. Das fröhliche Miteinander und verlässliche Füreinander sind für mich von unschätzbarem Wert, auch wenn es häufig so selbstverständlich erscheint. Ausgestattet mit der Tatkraft und dem 'Dickkopf' meines Vaters und der Geduld und Planungsstärke meiner Mutter konnte ich meine Ziele verfolgen und erreichen. Ich bin dankbar für das große Vertrauen in ihre Kinder und Enkelkinder und auch die vielen gemeinsamen Reisen. Meinem Ex-Mann danke ich für das verlässliche Zusammenwirken, damit sich unsere Kinder in den Wechsel-, Arbeits- und Reisesituationen wohlfühlen. Meinen Söhnen Leo und Elias danke ich, dass sie mich stets zur richtigen Zeit vom Schreibtisch weggeholt und den Fokus wieder auf so wichtige Alltagsdinge wie gemeinsames Essen und Fußball gerückt haben. Größer als der Stolz über die Arbeit ist der Stolz, zwei solch wundervolle Menschen in meinem Leben zu haben. Ich danke meinem Partner Rupert für seine bedingungslose Unterstützung und den liebevollen Zuspruch, die positive Visionskraft und die energispendenden Auszeiten in den Bergen.

Ohne Sie alle und Euch alle wäre dieser Meilenstein nicht möglich gewesen.

Simone van Kampen

Osnabrück, August 2023



## Kurzfassung

Agierende in den vielzähligen Gesundheitsberufen suchen nach bestmöglichen Wegen der Gesundheitsversorgung. Je komplexer die Ausgangslage, desto dringlicher ist ein Zusammenschluss verschiedener Expert\*innen auch außerhalb des gewohnten Wirkungskreises.

Um den Herausforderungen einer Kooperation in professionsdiversen Teams bereits in der gesundheitsberuflichen Ausbildung zu begegnen, ist die Anbahnung interprofessioneller Kompetenz mittlerweile obligat. Wie sich dieser Kompetenzbereich allerdings als erwünschtes Ergebnis und konkreter Erfolg von Bildungsprozessen auf der handlungspraktischen Ebene zeigt, ist häufig mit einer vagen Idee und weniger mit einem überzeugenden Zielbild verbunden.

Die vorliegende Arbeit vertieft das Verständnis von interprofessioneller Kompetenz und die hier bislang vernachlässigte theoretische Auseinandersetzung. Dem Ansatz qualitativer Kompetenzforschung folgend, werden mit dem Forschungsstil der Grounded Theory bestehende Referenzrahmen zu interprofessioneller Kompetenz ausgeleuchtet. In Anlehnung an das Arc-of-Work-Konzept (vgl. Strauss, 1988) lassen sich in den untersuchten Datenfällen vier zentrale, mit Kollaboration verbundene Handlungsdimensionen identifizieren: anbahnen für das Team, harmonisieren im Team, synchronisieren mit dem Team und reflektieren mit Blick auf das Team. Diese Handlungsschemata zeigen zum einen, dass gleichermaßen Aspekte auf der inhaltlichen Ebene wie zusätzlich auf dem Beziehungsniveau den Bogen erfolgreicher berufsübergreifender Zusammenarbeit konstituieren. Zum anderen wird verständlich, dass jedes Handlungsmuster mit unterschiedlichen Vorbedingungen einhergeht.

Generelle Förderfaktoren von Zusammenarbeit adressieren bei weitem nicht die Erfordernisse, die mit dem Zusammenwirken in professionsdiversen Teams verbunden sind. Aufgrund von Qualitäten wie Professionsgelassenheit, Lösungsagilität und Konfliktnutzungsgeschick werden in variierend zusammengesetzten Teams die Potenziale verschiedener Professionen erfolgreich genutzt. Auf dem Weg zu individuell gesetzter bio-psycho-sozialer Gesundheit führt interprofessionelle Kompetenz somit zu spürbarem Nutzen für die Patient\*innen und Klient\*innen.

In der Zusammenführung der Erkenntnisse zeigt sich ein gegenstands begründetes Modell interprofessionellen Handelns. Erfahrungen mit der Anwendung dieses Modells im Praxisalltag öffnen ein aufschlussreiches Feld für weitere Studien. Dabei bieten die benannten Handlungsdimensionen und Qualitäten interprofessionellen Handelns Kriterien, die sich überprüfen und optimieren lassen und dabei spezifisch auf die jeweilige Aufgabe der Gesundheitsversorgung abzielen.

Diese Forschung und das so entstandene Modell liefern darüber hinaus Basiswissen und Impulse für Bildungsgestalter\*innen, um zentrale Wege der Kompetenzanbahnung zu reflektieren und den Kompetenzaufbau mit einer transparenteren Vorstellung umzusetzen.



# Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung .....	6
Inhaltsverzeichnis .....	7
Abbildungsverzeichnis .....	10
Tabellenverzeichnis .....	12
1 Einleitung .....	13
2 Thematische und begriffliche Grundlegung .....	20
2.1 Ausbildung der Gesundheitsberufe .....	20
2.1.1 Gruppierung der Gesundheitsberufe .....	20
2.1.2 Strukturelle Merkmale der Ausbildungswege .....	23
2.1.3 Kompetenzorientierung in der beruflichen- und hochschulischen Bildung .....	29
2.1.4 Aktuelle Herausforderungen an die gesundheitsberufliche Ausbildung .....	37
2.2 Gesundheitsversorgung in Deutschland .....	39
2.2.1 Begriffliche Ordnung: Gesundheitsversorgung, Gesundheitssystem, Gesundheitswesen .....	40
2.2.2 Ebenen der Gesundheitsversorgung – eine interdisziplinäre Perspektive .....	47
2.2.3 Bedingungsgeflecht quantitativ .....	53
2.3 Interprofessionalität - Zieldimension in Ausbildung- und Versorgungspraxis .....	61
2.3.1 Terminologie im Kontext berufsübergreifender Zusammenarbeit und Lehre .....	62
2.3.2 Empfehlungen und normative Vorgaben im Hinblick auf interprofessionelle Zusammenarbeit und dabei unterstützende Kompetenzen .....	68
2.3.3 Gestaltung von Curricula und kompetenzorientierter Lehr-Lernansätze .....	77
2.3.4 Umsetzung kompetenzorientierter Ausbildung im Kontext Medizin und Gesundheit am Beispiel CanMEDS-Rollenmodell und Entrusted Professional Activities (EPAs) .....	82
3 Theoretisch-konzeptionelle Bezüge und aktueller Forschungsstand .....	97
3.1 Kompetenzmodelle als Forschungsgegenstand: Theoretische Ansätze der Kompetenzmodellierung .....	97
3.1.1 Theorien zum Konstrukt Kompetenz - Ausgangspunkt der Modellierung .....	97
3.1.2 Theoretische Ansätze der Kompetenzmodellierung .....	104
3.1.3 Zwischenfazit – Erkenntnisinteresse und Gründe für einen qualitativen Kompetenzforschungsansatz .....	111



3.2	Interprofessionelle Zusammenarbeit als Forschungsgegenstand: Zentrale Differenzen und Befunde zu Aspekten interprofessioneller Kompetenz .....	112
3.2.1	Krankheit als Anlass und Gesundheit als Ziel der Zusammenarbeit: Eine gesundheitstheoretische Annäherung an zwei zentrale Inhaltsdimensionen .....	112
3.2.2	Formen und Merkmale verschiedener Arrangements von Zusammenarbeit.....	120
3.2.3	Befunde zu ausgewählten Aspekten interprofessioneller Kompetenzen und darstellenden Kompetenzmodellen.....	128
3.2.4	Zwischenfazit: Forschungsdesiderate und leitende Forschungsfrage .....	131
4	Methodologische Rahmung und methodischer Prozess: Verortung und Umsetzung qualitativer Kompetenzforschung.....	134
4.1	Leitendes Wissenschaftsverständnis und Forschungsrahmen .....	136
4.1.1	Empirische Sozialforschung als Ausgangspunkt .....	136
4.1.2	Wissenschaftstheoretische Grundlinien und Konsequenzen für die Kompetenzforschung .....	139
4.1.3	Das Paradigma des Pragmatismus: Leitfunktion für das Forschungsvorgehen.....	144
4.1.4	Das Paradigma des Konstruktivismus: Einflussnahme auf das Forschungsvorgehen .....	147
4.1.5	Forschungsperspektive .....	148
4.2	Grounded Theory.....	153
4.2.1	Forschen im Stil der Grounded Theory.....	153
4.2.2	Kodier und Analyseschritte.....	164
4.2.3	Wahl des Datentypus und Strategie der Datenerhebung.....	165
4.3	Visual Grounded Theory (VGT) – Datenerhebung auf Basis von visuell-textuellen Daten.....	171
4.3.1	Umriss einer VGT nach Konecki (2019).....	172
4.3.2	Umriss einer VGT nach Mey und Dietrich (2016).....	174
4.3.3	Multislice Imaging - Datenerhebungstool in der GTM-Logik.....	176
5	Forschungsverlauf: Qualitative Untersuchung von Kompetenzmodellen und verwandten Rahmenwerken mit dem Fokus auf Interprofessionalität.....	184
5.1	Umsetzung der Forschungsschritte .....	184
5.1.1	Einsatz des Computerprogrammes ATLAS.ti.....	184
5.1.2	Materialgewinnung und Ordnung der visuell-textuellen Dokumente .....	186
5.1.3	Darstellung des Sample anhand von Kurzbeschreibungen der Bezugsrahmen .....	195
5.1.4	Kodierprozess und Generierung zentraler Kategorien.....	220
5.2	Modellbildung und Herleitung einer gegenstandsbezogenen Theorie .....	228
5.2.1	Die sensibilisierenden Konzepte Arc of-Work und Artikulationsarbeit (Strauss, 1991) .....	229
5.2.2	Modellbilden mit den sensibilisierenden Konzepten.....	230



6 Zusammenführung der Analyseergebnisse: Entwicklung eines konzeptionellen Modells interprofessionellen Handelns als Grundlage für die Bildungsgestaltung der Gesundheitsberufe .....	232
6.1 Zielbilder zur Handlungspraxis interprofessioneller Versorgung – kontrastive Fallgruppenporträts als erste Ergebnisebene.....	233
6.2 Kollaborative Versorgung: Handlungsdimensionen, involvierte Personen, Arbeitstypen, Handlungsmerkmale und Teamkontext.....	248
6.3 Das Modell interprofessionellen Handelns .....	267
7 Diskussion der Ergebnisse und ihre Anwendung in der Ausbildung der Gesundheitsberufe .....	271
7.1 Die Theorie und das Modell interprofessionellen Handelns im Spiegel aktueller Forschungslinien .....	272
7.2 Reflexion des Forschungsprozesses.....	278
7.3 Empfehlungen für die Praxis.....	283
Literaturverzeichnis .....	286



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Überblick geregelte und nicht geregelte Gesundheitsberufe .....	23
Abbildung 2-2: Kompetenzmodell des HQR.....	34
Abbildung 2-3: Die Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems .....	43
Abbildung 2-4: Versorgungsperspektiven .....	49
Abbildung 2-5: Ein systembezogener Rahmen primärer Gesundheitsversorgung.....	50
Abbildung 2-6: Ressourcenspektrum der Gesundheitsversorgung.....	53
Abbildung 2-7: Kernbereich (KGW) und Erweiterter Bereich (EGW) der Gesundheitswirtschaft.....	60
Abbildung 2-8: Veranschaulichung und Beschreibung zentraler Begrifflichkeiten .....	67
Abbildung 2-9: The CanMEDS Roles©.....	86
Abbildung 2-10: Evaluationsstufen nach Kirkpatrick modifiziert für die interprofessionelle Ausbildung .....	88
Abbildung 2-11: Levels of entrustment.....	91
Abbildung 2-12: Lernkurven beim Kompetenzerwerb in anvertrauten beruflichen Tätigkeiten.....	92
Abbildung 3-1: Ansätze und Methoden zur Analyse von Aufgaben, Tätigkeiten und Arbeitssystemen .....	107
Abbildung 3-2: Zusammenschau unterschiedlicher Zugänge und Ansätzen der Kompetenzmodellierung .....	110
Abbildung 3-3: Architecture of a collaboration service .....	121
Abbildung 3-4: Interorganisational working arrangements .....	122
Abbildung 3-5: The „Cross-Professional Continuum“ nach Jakobsen .....	125
Abbildung 3-6: Typologien und Abstufungen interprofessioneller Zusammenarbeit.....	126
Abbildung 3-7: Continuum of Interprofessional Collaborative Practice in Health and Social Care.....	127
Abbildung 3-8: Konzeptualisierung der Terminologien in gesundheitsbezogenen Kompetenzrahmen .....	129
Abbildung 4-1: Vereinende und abweichende Prinzipien der Grounded Theory .....	156
Abbildung 4-2: Der Prozesscharakter des Forschungsvorgehens .....	158
Abbildung 4-3: Parallelität der Arbeitsschritte im Verfahren der Grounded Theorie .....	159
Abbildung 4-4: Triadische Struktur des Kodierens.....	160
Abbildung 4-5: Memo-Typen.....	161
Abbildung 4-6: Verfahrenslogik der VGT nach Mey und Dietrich (2016).....	175
Abbildung 5-1: Bezugsrahmen Interprofessioneller Kompetenz sortiert nach Publikationsjahr .....	189
Abbildung 5-2: National Interprofessional Competency Framework .....	196
Abbildung 5-3: Curtin University’s Interprofessional Capability Framework.....	198
Abbildung 5-4: Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice.....	199
Abbildung 5-5: Systems framwork.....	201
Abbildung 5-6: Health and education systems .....	203



Abbildung 5-7: Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice: An Evolving Framework .....	204
Abbildung 5-8: Interprofessional Learning Pathway Competency Framework .....	206
Abbildung 5-9: The EIPEN Key Competences for Interprofessional Practice in Health and Social Care	208
Abbildung 5-10: Auszug aus dem Entwurf interprofessioneller Lernziele .....	211
Abbildung 5-11: Ausschnitt - EIPEN Assessment sheet .....	215
Abbildung 5-12: Schlüsselkategorie und Dimensionalisierung weiterer Kategorien.....	226
Abbildung 6-1: In die kollaborative Versorgung involvierte Personen.....	252
Abbildung 6-2: Handlungsrahmenmuster der Kollaboration .....	264
Abbildung 6-3: Modell interprofessionellen Handelns .....	268



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Studienanfängerinnen und -anfänger der Gesundheitspädagogik .....	28
Tabelle 2-2: Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens .....	54
Tabelle 2-3: Gesundheitspersonal Verteilung auf ausgewählte Einrichtungen .....	56
Tabelle 2-4: Zentrale internationale Einrichtungen und Initiativen zum Themenfeld interprofessionelles Lernen und Kollaborieren .....	71
Tabelle 2-5: Positionspapiere, Gutachten und Förderinitiativen mit Schwerpunkten auf interprofessioneller Zusammenarbeit und Ausbildung .....	73
Tabelle 2-6: Role of the Collaborator: Key und Enabling Competencies .....	86
Tabelle 2-7: Kirkpatrick hierarchy versus Miller hierarchy .....	88
Tabelle 2-8: Beispiele für Workplace-based Assessments.....	93
Tabelle 3-1: Gegenüberstellung competence und competencies.....	103
Tabelle 3-2: Mögliche idealtypische Modellierungen von Interprofessioneller Kompetenz .....	111
Tabelle 4-1: Forschungsperspektiven in der qualitativen Forschung.....	149
Tabelle 4-2: Multislice Imagining - Datenerhebungstool in der GTM-Logik .....	179
Tabelle 5-1: Begriffsmatrix der durchgeführten Literaturrecherche.....	187
Tabelle 5-2: Zentrale Merkmale der Datenfälle .....	190
Tabelle 5-3: Als Datenfälle erfasste Assessments .....	191
Tabelle 5-4: Interprofessionelle Kompetenzen in deutschsprachigen Referenzdokumenten .....	193
Tabelle 5-5: Überblick über das Sample .....	218
Tabelle 5-6: Situations-Map – Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung ....	222
Tabelle 6-1: Variierender Teamkontext und Handlungsdimensionen .....	264



# 1 Einleitung

Gesundheitsversorgung fordert Interaktionen – zwischen Menschen, die Versorgung benötigen oder wünschen, und denjenigen, die diese leisten oder anbieten können. Entscheidend sind ebenso die Wechselbeziehungen zwischen denjenigen, die aufgrund ihrer beruflichen Rolle direkt oder indirekt in den Versorgungsprozess involviert sind.

Die Zahl der in Deutschland im Gesundheitssektor Beschäftigten beläuft sich im Jahr 2022 auf über 3,8 Millionen, die in 27 verschiedenen sogenannten Gesundheitsberufen arbeiten (vgl. Destatis, 2022, o.S.). Um Interaktionen zwischen unterschiedlichen Professionen so zu gestalten, dass die Versorgungsanliegen der Patient\*innen bestmöglich adressiert werden, sind spezifische Kompetenzen nötig. Dieser gedankliche Ausgangspunkt führt zu interprofessioneller Kompetenz.

Interprofessionelle Kompetenz reiht sich in die Gruppe von Innovationsforderungen ein, die keine lange Tradition der Verbreitung vorzuweisen hat bzw. deren Verbreitungsraum sich derzeit erschließt. Eine laufende Anpassung der Ausrichtung und Entwicklung betont der OECD Learning Compass 2030: „To remain competitive, workers will need to acquire new skills continually, which requires flexibility, a positive attitude towards lifelong learning and curiosity“ (OECD, 2019, S. 2). Laut Matusiewicz und Werner (2021), Herausgeber des Buches „Future Skills in Medizin und Gesundheit“, sind es neben den klassischen Fähigkeiten, die eine Basis im Berufs- und Gesellschaftsleben bilden, digitale und sogenannte „New Work Skills“ (ebd., S. XIII), die Menschen benötigen, um die Zukunft des Gesundheitswesens aktiv zu gestalten. Letztgenannte sind verbunden mit einer neuen Arbeitsweise, die z. B. mit Flexibilität, Adaptionfähigkeit, Agilität, New Leadership, Innovationsfähigkeit, Sinnorientierung, Kommunikation und Kollaboration einhergeht.

Diese Attribute stehen z. T. im Widerspruch zu den Berufsverständnissen im Gesundheitswesen, die von einer vorrangig auf sich selbst bezogenen Berufsauffassung und zunehmend spezialisierten Berufsinhalten und -rollen geprägt sind (vgl. Widmer & Schaffhuser, 2017, S. 165). Anstelle einer hierarchisch und arztzentriert gestalteten Arbeitsteilung müsse sich unter den Gesundheitsberufen Kooperation auf Augenhöhe durchsetzen (vgl. Reiners, 2021, S. 61). Teambasierte oder sich auf interprofessionelle Zusammenarbeit stützende Versorgung, die zum Wohl der Patient\*innen Leistungen koordiniert und integriert anbietet, sei kein Novum, sondern seit über 30 Jahren „das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems“ (Brandhorst, 2017, zit. n. Reiners, 2021, S. 60). Hartnäckig halten sich segmentierte Versorgungsstrukturen,



die hinderlich auf patient\*innenorientierte Versorgungspfade wirken. Dabei ist von der Versorgungsforschung belegt und im Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit im Jahr 2009 explizit hinterlegt, dass sich Gesundheitsversorgung effizienter und effektiver gestalten ließe, wenn die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe einschließlich nichtärztlicher Leistungserbringer auch außerhalb des Kernsektors, wie z. B. kommunale Institutionen und Selbsthilfegruppen, eine höhere Team- und Zielorientierung ausweisen und Einzelprozesse besser delegiert und substituiert würden (vgl. SVR-G, 2009, S. 127). Auf der strukturellen Ebene werden anhaltend Fragen einer diesbezüglich notwendigen rechtlichen Absicherung, gerechten Ressourcenallokation und Überlegungen zu monetären Anreizsystemen für neue Versorgungsformen diskutiert (vgl. SVR-G, 2018, S. 771-776). Darüber hinaus ergeben sich für die sichere Gesundheitsversorgung von morgen und damit verbundene Digitalisierung für Gesundheit (SVR-G, 2021) neue fordernde Aufgaben und Ziele.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist der Paradigmenwechsel von einer biomedizinisch orientierten hin zu einer ganzheitlichen Auslegung von Gesundheit eng mit strukturellen Maßnahmen und deren Legitimation verbunden. Ein auf dem bio-psycho-sozialen Modell gegründetes Gesundheitsverständnis ist unabweisbar an multifaktorielle Versorgungsanlässe und integrierte Bereitstellungspfade gebunden (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022, o.S.; vgl. Reiners, 2021, S.60; vgl. Widmer und Schaffhuser, 2018, S. 44). Nur durch das Einbringen unterschiedlicher Perspektiven kann ganzheitlich – unter Einbezug des zu Behandelnden – Gesundheit gefördert, erhalten oder hergestellt werden. Eben dazu schafft die *Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* (WHO, 2005) die Basis, um ergänzend zur Kodierung von Krankheit in der ICD-11 in einheitlichen Sprachen über Professionsgrenzen hinweg die funktionale Gesundheit von Patient\*innen zu beschreiben und einen ressourcenorientierten Blick auf Interventionsoptionen zu eröffnen (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2020; vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), World Health Organization (WHO), 2010). Daraus abgeleitetes Eingreifen involviert bedarfsorientiert diverse Professionen. Von deren Zusammenwirken hängt es wiederum ab, inwieweit Gesundheit ganzheitlich beeinflusst werden kann.

Dem Bildungssystem kommt eine nicht unbedeutende Rolle zu, um vonseiten der Agierenden die notwendigen Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit anzubahnen. Der Aufruf dazu erfolgte bereits 1988 von der WHO mit dem Statement „Learning together to work



together for health“ (WHO, 1988). Die Inhalte wurden in den letzten über dreißig Jahren wiederholt an die zunehmende Komplexität der Interprofessionalität durch Ausdifferenzierung der Medizin und nichtärztliche Gesundheitsberufe angepasst. Als richtungsweisend gilt zudem der Lancet-Report mit dem Titel „Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world“ (Frenk et al., 2010). Ein entsprechendes Streben explizierten in Deutschland die Empfehlungen des Wissenschaftsrats (2012), denen zufolge alle Gesundheitsversorgungsberufe relevante, übergreifende Kompetenzen wie die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf ihrem Qualifikationsweg erwerben sollen (vgl. WR, 2012, S. 9).

Diesen Forderungen wurde und wird mit unterschiedlichem Tempo nachgegangen. Einer Befragung internationaler Expert\*innen zufolge wird Deutschland mit Blick auf interprofessionelle Ausbildung und Lehre ein fortgeschrittenes Entwicklungsstadium attestiert und es sei „jetzt ungefähr da, wo Schweden vor 20 Jahren war. Allerdings in einer rasenden Fahrt [...]“ (Nock, Robert Bosch Stiftung, 2020, S. 38). Im internationalen Vergleich weisen Länder wie Kanada, Australien, Schweden und Norwegen nachhaltige Implementierungsstrukturen von Interprofessionalität in Praxis und Lehre auf; bei den deutschsprachigen Ländern ist die Schweiz führend (vgl. You et al., 2017; vgl. Kaap-Fröhlich, 2018). Die Notwendigkeit eines interprofessionellen Arbeitsalltags in der schulischen und beruflichen Praxis ist schon längst angezeigt (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2011, vgl. WHO, 2010; vgl. WR, 2012). Bildungspläne, Curricula und Leitlinien verorten das Erfordernis, interprofessionelle Aspekte zu berücksichtigen. Zur Umsetzung wurden verschiedene Projekte maßgeblich von der Robert Bosch Stiftung in Deutschland und der Careum Stiftung in der Schweiz initiiert, die mittlerweile weit über Einzelaktivitäten mit einer eher zufälligen Außenwirkung hinausgehen. Insbesondere interprofessionelle Ausbildungsstationen haben sich als langfristige und nachhaltige Maßnahmen an bisher acht Standorten in Deutschland etabliert (vgl. Nock, Robert Bosch Stiftung, 2020, S. 18). Von anhaltender Bedeutung ist es demzufolge, Studierende und Auszubildende darauf vorzubereiten, sich in einer zunehmend integrierenden Gesundheitsversorgung zu orientieren und kompetent interprofessionell zu handeln. Die Handlungskompetenz in interprofessionellen Schlüsselsituationen ist somit eine wichtige Zieldimension in Ausbildung und Studium.

Wann aber gelten Auszubildende und Studierende als kompetent bzw. wann besitzen sie diese Kompetenz? Wird einer Studentin oder einem Studenten ein großes Repertoire an Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit zugeschrieben, haben wir eine erste Idee, ein Bild



dieser Person im Kopf zu zeichnen. Gleichzeitig ist es jedoch schwierig, eine klare Definition vorzunehmen und präzise zu differenzieren, was mit diesen Attributen gemeint ist. Wortbedeutungen sind vermutlich bekannt, jedoch die Trennschärfe zu allgemeinen Teamfähigkeiten, interdisziplinären Kompetenzen, intra- oder transprofessionellen Fähigkeiten nicht direkt ableitbar. Ein Konglomerat an Zuschreibungen ist für diesen Aspekt kennzeichnend, die sich auf Zusammenarbeit, Beziehungsgestaltung sowie Kommunikation beziehen. Um sich diesem Bereich zu nähern, werden Kategorien wie interprofessionelle Haltung, Rollenklarheit, Teamfähigkeit etc. angeführt, die im Zusammenhang mit interprofessioneller Zusammenarbeit stehen.

In deutschsprachigen Ordnungsrahmen werden Kompetenzen formuliert bzw. im Kontext Medizin kompetenzbasierte Lernziele festgelegt, die Orientierung bieten. Deren Grundlage sind entweder die bereits existierenden englischsprachigen Kompetenzrahmen oder Bedarfsanalysen, Delphi-Studien oder Konsensverfahren, die mit Expert\*innen vollzogen werden. In wissenschaftlichen Abhandlungen sind Fragen des Outputs bzw. Outcomes zentral. Es wird zum einen untersucht, ob nach einer umschriebenen Lerneinheit ein zuvor definiertes Lernziel erreicht wird bzw. welche Effekte mit Blick auf die Patient\*innen, Organisation oder Zusammenarbeit zu erwarten bzw. nachweisbar sind. In den deutschsprachigen Ländern ist die theoretische Auseinandersetzung mit dem Konstrukt der interprofessionellen Kompetenz gleichwohl bisher unzureichend (vgl. Walkenhorst, 2015, S. 573), um mit starker Zugkraft fundierte Vorschläge für eigene Assessments (vgl. Ehlers et al., 2017, S.16 f.) voranzubringen und einen homogenen Kompetenzrahmen zu legitimieren und zu präsentieren.

Damit wird ein Spannungsfeld deutlich: Einerseits wurden curriculare, berufsrechtliche, strukturelle und personelle Bedingungen (vgl. WHO, 2010, vgl. SVR, 2015) geschaffen, um die Umsetzung interprofessioneller Lehre und Zusammenarbeit umfangreicher zu fördern und Kompetenzen anzubahnen. Andererseits bleibt es schwierig, Kennzeichen interprofessioneller Kompetenz in Abgrenzung zu anderen Arealen transparent herauszustellen und theoretisch klarer einzugrenzen. Eine theoretische Fundierung fehlt, um Effekte, die über interprofessionelle Lehrerfahrungen auf Kompetenzen erzielt wurden, erkennbar einer verbesserten Zusammenarbeit zuschreiben zu können. Dazu bedarf es einer deutlicheren Vorstellung davon, wie sich interprofessionelle Kompetenz auf der Performanzebene offenbaren soll und wie sich interprofessionelles Handeln zeigt. Um die theoretische Fundierung dieses Konstrukts zu vertiefen und wertschöpfend für die Ausbildung von Studierenden der Gesundheitsberufe zu nutzen, ist eine diesbezügliche kompetenztheoretische wie berufsfeld-didaktische Beschäftigung vonnöten.



## *Fragestellungen*

Die theoretische Auseinandersetzung aus einer interdisziplinären Perspektive heraus, die kompetenztheoretische und berufspädagogische Aspekte sowie die Fachdisziplinen der Gesundheitsberufe integrierend berücksichtigt, stellt ein erkennbares Desiderat dar. Um diesem nachzugehen, war für die vorliegende Arbeit folgende Fragestellung erkenntnisleitend:

---

Was für ein Handeln wird mit interprofessioneller Kompetenz im Kontext der Gesundheitsversorgung assoziiert und welche Wege des Kompetenzaufbaus lassen sich in bestehenden Modellen und Kompetenzrahmen identifizieren?

---

Um das Verständnis vom interprofessionellen Handeln zu vertiefen und verschiedene Facetten differenziert auszuleuchten, wurde folgenden Aspekten nachgegangen:

- Was soll agierende Personen im Gesundheitsbereich kennzeichnen, die Anforderungen im interprofessionellen Versorgungssetting kompetent bewältigen müssen?
- Um welche Handlungen und Aktivitäten geht es, für die interprofessionelle Kompetenz nachgewiesen werden soll?
- Welche Qualitäten sollen sich in der Performanz zeigen und welche Ebene der Beteiligten wird adressiert?
- Welche weiteren Einflussfaktoren lassen sich herausarbeiten, die beim Kompetenzaufbau zu berücksichtigen sind?

In wissenschaftstheoretischer Anleihe an einen pragmatischen Ansatz wird versucht, zur Lösung dieser bestehenden Unschärfen im Umgang mit interprofessioneller Kompetenz beizutragen und damit jenen Kompetenzbereich aus dem Schattendasein zu befördern und die handlungspraktische Präsenz, wie in anderen Ländern gegeben, zu erhöhen. In der beruflichen und hochschulischen Bildung soll ein klares Zielbild interprofessioneller Kompetenz dazu beitragen, die individuelle Kompetenzentwicklung durch unterstützende Lehr-Lernangebote und eine abgestimmte Bildungsgestaltung zu fördern und Persönlichkeiten für die Gesundheitsversorgung von morgen zu stärken.

## *Aufbau der Arbeit*

Die vorliegende Arbeit thematisiert interprofessionelle Kompetenz in den Gesundheitsberufen mit Fokus auf Ausbildung. Einleitend werden unter der Überschrift „Ausbildung der Gesundheitsberufe in Deutschland“ (2.1) relevante Aspekte zusammengefasst, die diesen Ausbildungssektor kennzeichnen. Dazu zählt die Gruppierung der Gesundheitsberufe, die berufssoziologische Relevanz besitzt, da über Gruppierungstendenzen teilweise hierarchische Beziehungen



zum Ausdruck gebracht werden. Strukturelle Merkmale werden dargelegt und die Kompetenzorientierung hervorgehoben. Treiber der Veränderung wie technologische Errungenschaften, aber auch der gesellschaftliche Wertewandel führen zu Herausforderungen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe, von denen einige wesentlich skizziert werden. Das zweite Unterkapitel (2.2) thematisiert die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Neben dem Versuch einer begrifflichen Ordnung zu benachbarten Begrifflichkeiten werden aus einer interdisziplinären Perspektive Ebenen der Gesundheitsversorgung differenziert, Einrichtungen und Akteur\*innen quantitativ erfasst und zentrale Aufgaben erörtert. In dieser umfangreichen rechnerbasierten Auseinandersetzung ist die entstandene Heuristik zu den Ebenen der Gesundheitsversorgung hervorzuheben. Darüber lassen sich Handlungsfelder der Gesundheitsberufe ordnen und Performanzbereiche abgrenzen, die dem Kompetenzkonstrukt zuzuschreiben sind. Kapitel 2.3 geht auf Interprofessionalität als Zieldimension der Ausbildungs- und Versorgungspraxis ein und vollzieht vorangestellt eine begriffliche Klärung zu Interprofessionalität und -disziplinarität sowie weiteren terminologisch nahen Fachausdrücken. In diesem Kontext werden nationale sowie internationale Empfehlungen und Vorgaben aufgelistet und erläutert. Um zu verdeutlichen, wie deren Umsetzung erfolgt, werden allgemeine Tendenzen erläutert und im Speziellen am Beispiel des CanMEDS-Modells (Frank, 2005) aktuelle Entwicklungen hervorgehoben.

Mit der Entscheidung, sich methodologisch an der Grounded Theory zu orientieren, ging einher, transparent darzulegen, welche bereits bestehenden Konzepte oder theoretischen Ansätze auf das Forschungsgeschehen Einfluss nehmen. Die theoretisch-konzeptionellen Bezüge sind Gegenstand von Kapitel 3. Vorrangig geht es um das Aufzeigen von verschiedenen disziplinären Zugängen und weniger um die Entscheidung für einen theoretischen Ansatz zwecks weiterer deduktionslogischer Ableitungen. Kapitel 3.1 skizziert Theorien zum Konstrukt Kompetenz, legt die Unterscheidung zwischen handlungs- und subjektorientierten Zugängen dar und greift Methoden der Kompetenzmodellierung auf. Dabei spielen ebenso Differenzierungen zwischen deutsch- und englischsprachigen Termini eine zentrale Rolle. Unter 3.2. wird interprofessionelle Zusammenarbeit im Kontext Gesundheit bzw. Krankheit und damit verbundene Theorien erläutert. Um diesem Aspekt Gewichtung zu verleihen und aufzuzeigen, dass disziplinäre Zugänge zu verschiedenen Auffassungen dieser Konstrukte und Theorien zum Umgang damit führen, wird unter der Überschrift „Krankheit als Anlass und Gesundheit als Ziel der Zusammenarbeit“ im Unterkapitel 3.2.1 ein Einblick in diesen zentralen Diskurs gewährt. Unter 3.2.2 werden Formen der Zusammenarbeit und theoretische Modelle dazu thematisiert. Darüber wird ein Kontinuum der Zusammenarbeitsintensität und -qualität deutlich, dessen Ausprägungen



über Begriffe wie Kooperation, Koordination und Kollaboration zum Ausdruck gebracht werden. Die Befunde zu ausgewählten Aspekten interprofessioneller Kompetenz und darstellenden Kompetenzmodellen legen dar, wie diese im deutschsprachigen Raum modelliert wird und lässt Forschungsdesiderate erkennen.

Der empirische Teil dieser Abhandlung thematisiert die qualitative Untersuchung von Ordnungs- und Referenzrahmen zu interprofessioneller Kompetenz im Kontext der Gesundheitsberufe. Die methodologische Einfassung und das methodische Vorgehen werden in Kapitel 4 dezidiert hergeleitet und beschrieben. Neben dem leitenden Wissenschaftsverständnis und Forschungsrahmen wird aufgezeigt, mit welchen iterativen Schritten das Forschen im Stil der Grounded Theory verbunden ist. Da es sich beim Forschungsgegenstand um Dokumente handelt, deren zentrales Element visuelle Darstellungen sind, wird auf Verfahrensschritte eingegangen, die Konecki (2019) sowie Mey und Dietrich (2016) mit ihren Entwürfen zu einer Visual Grounded Theory vorschlagen.

Unter Kapitel 5 wird der Forschungsverlauf erläutert. Dazu werden der Einsatz des Computerprogramms Atlas.ti, die Materialgewinnung und der Kodierprozess thematisiert sowie die im Sample berücksichtigten Referenzrahmen detailliert beschrieben. Im Rahmen der Theoriegenese wurde auf die Konzepte Arc of Work und die Arbeitstypen (vgl. Strauss, 1988) in der Funktion sensibilisierender Vorstellungen zurückgegriffen. Ihre Erläuterung und die Modellbildung mit diesen wird nachvollziehbar darlegt.

Kapitel 6 umfasst die Zusammenführung der Ergebnisse. Auf einer ersten Ergebnisebene werden unter 6.1 Zielbilder zur Handlungspraxis interprofessioneller Versorgung anhand kontrastive Fallgruppenporträts thematisiert. Die Konkretisierung von Handlungsdimensionen, involvierten Personen, Arbeitstypen und Handlungsmerkmalen erfolgt unter 6.2. In der Zusammenführung dieser Erkenntnisse zeigt sich das gegenstandsbegründete Modell interprofessionellen Handelns, das auf der zweiten Ergebnisebene unter 6.3 erläutert wird.

Die zusammenfassende Bewertung in Kapitel 7 konzentriert sich auf diejenigen Ergebnisse, die eine direkte Diskussion mit weiteren aktuellen Studienergebnissen zulassen und aus denen Empfehlungen für die Lehr-Lernforschung abgeleitet werden können. Der Theorieentwurf wird im Spiegel aktueller Forschungslinien diskutiert und der Prozess bezüglich Qualitätsmerkmalen qualitativer Forschung kritisch reflektiert. Implikationen für die Praxis werden hergeleitet sowie skizziert und darüber hinaus ein Ausblick auf weitere Forschungsfelder aufgezeigt.



## 2 Thematische und begriffliche Grundlegung

### 2.1 Ausbildung der Gesundheitsberufe

Bevor auf die Ausbildungswege der Gesundheitsberufe eingegangen wird, soll zunächst differenziert dargestellt werden, welche Berufe in diese Sparte gehören (2.1.1). Die folgende Auflistung von Ausbildungswegen (2.1.2) erfolgt im Bewusstsein, dass kein vollständiges Bild gezeichnet werden kann, da sich diese je nach Bundesland unterschiedlich gestalten und eine einheitliche Regelung noch aussteht. Des Weiteren wird die Kompetenzorientierung in der beruflichen- und hochschulischen Bildung in den Fokus gerückt (2.1.3) und daran geknüpfte Veränderungen, Herausforderungen sowie Kritik an diesen beleuchtet (2.1.4).

#### 2.1.1 Gruppierung der Gesundheitsberufe

Die Beschreibung einer Berufsgruppenzugehörigkeit ist in vielen Kontexten prägnant und Laien können die Einordnung ohne Vorwissen nachvollziehen. Schwieriger gestaltet es sich mit Berufsgruppierungen im Gesundheitswesen. Unter den Gesundheitsberufen lassen sich laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Arbeitsbereiche zusammenfassen, welche „im weitesten Sinne mit Gesundheit zu tun haben“ (BMG, o.D.). Die Bezeichnung *Gesundheitsberufe* fungiert – mit Bezug zur Systematisierung des BMG – als Oberkategorie und ist ferner in Veröffentlichungen, die mehrere Berufsgruppen adressieren (vgl. Bals, 1993; vgl. Bals, 2011; vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2007; vgl. Robert Bosch Stiftung, o.D.) verbreitet. Daneben kursieren in der Praxis, aber auch im geltenden Recht weitere Definitionen wie „Heilberufe und Heilhilfsberufe“ (Wissenschaftsrat, 2012, A III1; Bundesgesetzblatt (BGBI), o.D.), „Medizinische Berufe und Assistenz Berufe“ sowie „Gesundheitsversorgungsberufe“ (WR, 2012, S. 12) bzw. „Gesundheitsfachberufe“ (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V., o.D.; siehe auch BMG, o.D.). Als Erkennungsmerkmal wird bei allen Benennungen ein unmittelbarer Patient\*innenbezug betont (vgl. WR, 2012, S. 12).

Der vom Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen vorgeschlagene Terminus „Gesundheitsversorgungsberufe“ (a.a.O., S. 12) ist in einschlägigen Publikationen weniger stark vertreten, obwohl er als Kategorisierungsversuch den zielbestimmenden Wortteil *Gesundheitsversorgung* inkludiert. Es zeigt sich die Tendenz, dass von Begrifflichkeiten wie *Assistenz- oder Heilhilfsberufe* aktuell Abstand genommen wird, da in diesen eine



berufliche Hierarchisierung a priori deutlicher zu finden ist (Sottas et al., 2013; WR, 2012, S.13). Laut Eckpunktepapier für ein „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ (BMG, 2020), das vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den Gesundheitsressorts der Länder in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe als gemeinsame Reformbasis erarbeitet wurde, bestünde „[a]nders als in der Pflege [...] gegenwärtig kein Bedarf an weiteren Ausbildungen unterhalb der fachschulischen Ausbildung auf Assistenz- oder Helferniveau“ (ebd., S. 8). Allerdings bildet die vorzufindende Differenzierung in Gesundheitsberufe und -fachberufe den unterschiedlichen Akademisierungsgrad der Berufsangehörigen ab, ohne eine berufliche Rangfolge in der Begrifflichkeit an sich auszudrücken. Als Unterkategorie wird der Ausdruck *Gesundheitsfachberufe* verwendet, wenn für deren Ausübung eine hochschulische Ausbildung rechtlich nicht erforderlich ist (WR, 2012, S. 13). Alternativ wird der unterschiedliche Grad der Akademisierung durch die Unterteilung *akademische* und *nicht akademische Heilberufe* (diese entsprechen den Gesundheitsfachberufen) zum Ausdruck gebracht (BMG, o.D.). Im bereits erwähnten Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ vom 20.04.2020 werden folgende zehn bundesrechtlich geregelte Berufe in der Gruppe Gesundheitsfachberufe berücksichtigt:

Bundesrechtlich geregelte Gesundheitsfachberufe berücksichtigt im „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe“:

- Diätassistent\*in
- Ergotherapeut\*in
- Logopäd\*in
- Masseur\*in und medizinische\*r Bademeister\*in
- Medizinisch-technische\*r Assistent\*in für Funktionsdiagnostik
- Medizinisch-technische\*r Laboratoriumsassistente\*in
- Medizinisch-technische\*r Radiologieassistent\*in

[ab 1. Januar 2023 Medizinische Technolog\*in in den jeweiligen Fachrichtungen Labordiagnostik, Radiologie, Funktionsdiagnostik, Veterinärmedizin]

- Orthoptist\*in
- Physiotherapeut\*in
- Podolog\*in

Mit Inkrafttreten des Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetzes (ATA-OTA-G) zum 1. Januar 2022 auch die Berufe

- Anästhesietechnische\*r Assistent\*in (ATA) und Operationstechnisch\*r Assistent\*in (OTA)

Mit Inkrafttreten des Gesetzes über den Beruf der pharmazeutisch-technischen Assistentin und des pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTA-Berufsgesetz – PTAG) ab 1. Januar 2023

- Pharmazeutisch-technische\*r Assistent\*in (PTA)



Nicht in das Gesamtkonzept einbezogene Berufe, da deren Ausbildungen bereits neu geregelt wurden:

- Pflegefachfrauen und -männer
- Notfallsanitäter\*innen
- Hebammen und Entbindungspfleger

Pflegefachfrauen und -männer, Notfallsanitäter\*innen sowie Hebammen und Entbindungspfleger wurden nicht in das Gesamtkonzept einbezogen, da bereits eine Neuregulierung der Ausbildungen stattgefunden hat (BMG, 2020, S.3).

Für die Ergo-, Physio- und Logopädie etablieren sich zumindest in Deutschland die Bezeichnungen *therapeutische Gesundheitsfachberufe* und *Therapieberufe*, wie standardsetzende Veröffentlichungen, Positionspapiere, Verbände oder Vereinbarungen zeigen, (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V., 2014; Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufe (VAST), o.D.). Es gilt zu berücksichtigen, dass der Ausdruck *Gesundheitsfachberuf* im deutschen Recht noch kein Rechtsbegriff ist (Igl, 2015, S.87). Durch die Sonderstellung, dass Gesundheitsfachberufe über die bis zum Jahr 2024 verlängerte Modellphase parallel akademisch und nicht akademisch ausgebildet werden, bleibt dieser inkonsistent, da er eigentlich mit einem nicht akademischen Status verknüpft wird. Es fehle nach Igl (ebd., S. 83) an Anhaltspunkten im Gesundheitsrecht und anderen darauf bezogenen Gesetzen und Vorschriften, um eine derartige Terminologie und ihre begriffliche Ordnung erstellen zu können. Erste Berufemodernisierungen und Ausbildungsreformen wurden auf den Weg gebracht, hinsichtlich unvollendeter Vorhaben streben Bemühungen von verschiedenen Seiten einen Konsens bzw. eine Nachbesserung an, z.B. wurde am 08.09.2022 die Petition „Therapieberufe reformieren – für die Lebensqualität von morgen!“ an das Bundesministerium für Gesundheit übergeben, in der die Vollakademisierung der Ausbildung der Therapieberufe Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie gefordert wird (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V., 2022).

Die WHO nutzt das Wort *Health Worker* und bietet folgende weitgreifende Definition an:

“Health worker is a wholly inclusive term which refers to all people engaged in actions whose primary intent is to enhance health. Included in this definition are those who promote and preserve health, those who diagnose and treat disease, health management and support workers, professionals with discrete/unique areas of competence, whether regulated or non-regulated, conventional or complementary” (WHO, 2006, S.16).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird dies berücksichtigend der Terminus *Gesundheitsberufe* verwendet. Im Hinblick auf die Zielstellung können darunter diejenigen Arbeitsbereiche verstanden werden, die bei einer interprofessionellen Zusammenarbeit an der Lösung eines Patient\*innenanliegens beteiligt sind. So verstanden können zudem Tätigkeiten, die sich an der Schnittstelle zur sozialen Arbeit und zum Bildungssystem befinden, relevant sein und sollen



deshalb nicht per se ausgeschlossen werden. Diesem breiten Verständnis liegt die Annahme der Autorin zugrunde, dass an Gesundheitsversorgungsprozessen beteiligte Berufsgruppen nicht aus einer ordnenden Systematik heraus bestimmt werden, sondern sich aus dem Problem der\*des Patient\*in/Klient\*in oder einer gesellschaftlichen Problemaggregation ergeben.

### 2.1.2 Strukturelle Merkmale der Ausbildungswege

Während ein Teil der Gesundheitsberufe der Zuständigkeit des Staates unterliegt, erfolgt beim anderen die Ausbildung ohne staatliche Reglementierung (BMG, o. D.). Wie Abbildung 1 zeigt, gehören Berufe nach Berufsbildungsgesetz (BBiG), Handwerksberufe im Gesundheitswesen nach Handwerksordnung (HWO), Gesundheitsfachberufe außerhalb des BBiG und der Handwerksordnung sowie ärztliche und andere Heilberufe zu den sogenannten geregelten Berufen.

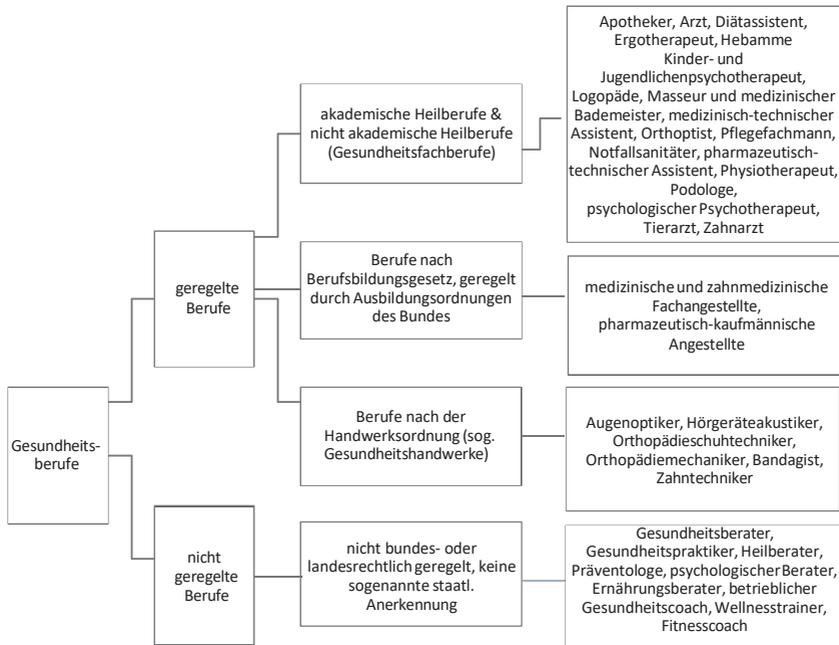


Abbildung 2-1: Überblick geregelte und nicht geregelte Gesundheitsberufe<sup>1</sup>  
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMG (o. D.).

<sup>1</sup> Die Gruppe der medizinisch-technischen Assistenzberufe wurde als eine die dem MTA-Gesetz unterstellte Gruppe zusammengefasst und nicht weiter differenziert in die Anwendungsgebiete Funktionsdiagnostik, Laboratoriumsassistenz, Radiologieassistenz und veterinärmedizinisch-technische Assistenz.



Landesrechtlich geregelte Berufe im Gesundheitswesen außerhalb des BBiG/der HWO zählen nicht zu den staatlich anerkannten Gesundheitsberufen und sind u. a. im Fitness-, Wellness- oder Körperpflegebereich zu finden (vgl. Pundt & Kälble, 2015, S.19; Zöller, 2018, S.14; Weyland, 2020 S.344 ff.).

Anzumerken ist ferner die Besonderheit, dass laut BMG für Gesundheitsberufe, die hochschulisch ausgebildet werden, die Eingruppierung „nicht-geregelte-Berufe“ (BMG, [online], o.D.) gelten kann. Und zwar dann, wenn wegen fehlender bundes- oder landesrechtlicher Regelung die Ausbildungen nicht zu den staatlich anerkannten Berufen zählen. Diese Besonderheit kann dann von Relevanz sein, wenn z. B. eine Tätigkeit im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt wird und dazu eine staatliche Anerkennung des Berufs obligat ist. Berufszulassende Abschlüsse der Gesundheitsfachberufe erfolgen primär über den sekundären Bildungssektor und bisher seltener über den tertiären Bereich (vgl. Zöller, 2018, S.18 ff.). Den größten Bereich machen die Ausbildungen in den Gesundheitsfach- bzw. Heilberufen außerhalb des BBiG oder der HWO aus. Die Ausbildung dieser 17 Berufe ist in den Heilberufsgesetzen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) geregelt und erfolgt auf Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze und bundesgesetzlich geregelten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Die Ausbildungsspanne beträgt in der Regel drei Jahre (ebd. S. 17 ff.). Bei dualen Berufen der Gesundheitsversorgung nach BBiG/HWO erfolgt die Ausbildung im Betrieb und in der Berufsschule basierend auf bundeseinheitlichen Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen für den theoretischen Unterricht. Die Dauer beträgt 36 Monate (a.a.O.). Die Lehre landesrechtlich geregelter Berufe im Gesundheitswesen findet auf Grundlage der entsprechenden Schulgesetze und außerhalb des BBiG oder der HWO statt. Die Ausbildungszeit liegt zwischen 24 und 36 Monaten (a.a.O.). In der Absicht, dem Zustand hoher Heterogenität entgegenzuwirken, wird im Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe hinsichtlich der Revision der Berufsgesetze zum einen gefordert, dass diese und die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen modernisiert werden. Zum anderen wird explizit betont: „[D]ies soll möglichst einheitlich erfolgen“ (BMG, 2020, S. 3). *Schulformen und Studiengänge* Die Ausbildung der Gesundheitsberufe findet an Schulen des Gesundheitswesens, Berufsfachschulen, Universitäten, Fachhoch- oder Berufsschulen im dualen System statt (Bollinger & Gerlach, 2015, S.85). Berufliche Schulen im Sekundarbereich II lassen sich unterteilen in berufliche Vollzeitschulen wie Berufs-, Berufsfach-, Fachober- und Berufsober-schulen sowie berufliche Gymnasien und Berufsausbildungen im dualen System. Hierzu zählen Ausbildungsberufe, die nach BBiG oder HWO anerkannt sind (Kultusministerkonferenz (KMK),



2019, S.140 f.). Ziel dieser beruflichen Schulen ist das Erreichen berufsqualifizierender Abschlüsse, die eine berufliche Tätigkeit als Fachkraft ermöglichen. Zudem kann in einigen Bildungsgängen mit dem Abschluss eine Hochschulzugangsberechtigung erworben werden (ebd., S. 118). In der Diskussion um die Erneuerung der Berufsgesetze stehen Forderungen nach höherer Flexibilität, vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit im Fokus (BMG, 2020, S. 5). So soll in den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe die Möglichkeit der Teilzeitausbildung vorgesehen und gebunden an diese Erwartung eine Mindest- und Maximaldauer der Ausbildung in Voll- und Teilzeit festgelegt werden (a. a. O.). Ferner ist die Frage nach Möglichkeiten zur Verkürzung der Ausbildung durch die Anerkennung nichtformal oder anderweitig erworbener Kompetenzen auf dem Prüfstand (a. a. O.). Nach Positionierung der Arbeitsgruppe umfasst „[d]ie horizontale Durchlässigkeit [...] die Möglichkeit der Anrechnung einer absolvierten Ausbildung oder eines Ausbildungsteils in einem Gesundheitsfachberuf auf die Ausbildung in einem anderen Gesundheitsfachberuf. Die vertikale Durchlässigkeit betrifft die Anschlussmöglichkeit einer absolvierten Ausbildung an eine weitergehende Ausbildung auf einem höheren Niveau, beispielsweise von einer Fachkraft zu einem Bachelor-Studium“ (BMG, 2020, S. 5 f.).

In diesem Zusammenhang werden „entsprechende Anrechnungsmöglichkeiten von erfolgreich abgeschlossenen Studien bzw. erfolgreich abgeschlossenen Studienteilen bzw. Anrechnungsmöglichkeiten auf Studien in den Gesundheitsfachberufen“ (a. a. O.) geprüft. Zur Ermöglichung einer vertikalen Durchlässigkeit steht ebenso die Begutachtung der Länder an, „ob die bestehenden landesrechtlichen Regelungen zum Hochschulzugang für beruflich qualifizierte Bewerber ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung ausreichen“ (a. a. O.). Im tertiären Bereich findet die Ausbildung an Universitäten, Hoch- oder Fachhochschulen statt (KMK, 2019, S. 26). Diese lassen sich durch ihren Anwendungsbezug unterscheiden. Universitäten und ihnen gleichgestellte Hochschulen dienen der Grundlagenforschung und dem theoretischen Erkenntnisgewinn. Hoch- oder Fachhochschulen für angewandte Wissenschaften sind im Gegensatz dazu anwendungsorientiert und haben eine stärkere Ausrichtung auf Anforderungen der beruflichen Praxis (KMK, 2019, S. 151). Der Bachelor ist in allen Fällen des tertiären Bereichs der erste berufsqualifizierende Hochschulabschluss (KMK, 2019, S. 154).

Gesundheitsbezogene Studiengänge inkludieren allgemein all jene, die Studierende mono- oder interdisziplinär qualifizieren, in einem Gesundheitsberuf zu arbeiten. Hierunter werden diejenigen subsumiert, die in der Systematik des Statistischen Bundesamts als Gesundheitsdienstberufe rubriziert werden, also jene, die „primär der Sicherung, der Vorbeugung oder der Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Außen vor bleiben somit jene Beschäftigte, die die



Gesundheit im weiteren Sinne fördern. Dies sind zum Beispiel Beschäftigte in Altenwohnheimen, wo die Bewältigung oder Linderung von Gesundheitsproblemen nicht vornehmliches Ziel der Beschäftigung ist“ (Statistisches Bundesamt (StBA), 2022, S.5). Gemäß dieser Klassifikation sind darunter einerseits traditionell akademisch Ausgebildete wie Ärzt\*innen und Apotheker\*innen sowie andererseits die sogenannten übrigen Gesundheitsdienstberufe zu finden, deren Ausbildungen bisher im Berufsbildungssystem und nicht im hochschulischen Bildungssektor verortet sind (vgl. StBA, 2022, S. 6 f.). Vorrangig werden in dieser Arbeit ebendiese übrigen Gesundheitsberufe behandelt, die im Rahmen der fortschreitenden Akademisierung in noch jungen Studiengängen ausgebildet werden. In der aktuellen HQGplus-Studie (2022) (vgl. Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats, 2022) wird die treffende Bezeichnung gewählt „Studiengänge mit patienten- bzw. klientenahem Qualifikationsziel“ (S.5).

In der Debatte um den Fortlauf der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in Teil- oder Vollakademisierung gibt es bis dato keine Entscheidung zugunsten einer der Ausgestaltungsoptionen (BMG, 2020, S. 7). Während die Hebammen- und Entbindungspflegerausbildung vollständig akademisiert wurde (HebRefG, 2020, Richtlinie 2005/36/EG), steht die Entscheidung über eine weiter fachschulische, eine teilakademisierte oder vollakademisierte Ausbildung von Ergotherapeuten\*innen, Logopäd\*innen und Physiotherapeut\*innen noch aus. Das Pflegeberufegesetz (PflBG) sieht ein primärqualifizierendes Pflegestudium neben der beruflichen Pflegeausbildung vor. Indem die hochschulische Ausbildung als Regelfall etabliert wurde, erwerben die Studierenden einen akademischen Grad auf Bachelor-Niveau (Bachelor of Arts oder Bachelor of Science) und gleichzeitig die Berufsbezeichnung *Pflegefachfrau/-mann*, die zur unmittelbaren Pflege von Menschen aller Altersstufen (Generalistik) qualifiziert (vgl. BT-DRS, 2016; BT-DRS, 2018, PflBG, 2019).

Anders gestaltet sich die Situation bei den therapeutischen Gesundheitsfachberufen. Obwohl auf Basis von Modellklauseln bereits Modellstudiengänge aufgebaut (vgl. BT-Drs. 18/9400, 2016) und ein Akademisierungsgrad erreicht wurde, sollte laut Kabinettsentwurf die Phase zur Erprobung von hochschulischen Ausbildungsangeboten bis zum Jahr 2026 verlängert werden. Nach Änderungsantrag der Regierungskoalition zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) konnte der Zeitrahmen für die primärqualifizierenden Studiengänge in den Therapieberufen bis Ende 2024 verkürzt werden, so dass in der kommenden Legislaturperiode eine Entscheidung herbeigeführt werden soll (HVG, 2021, o. S.). Nachdruck



wird dem Aufruf zur notwendigen Beschleunigung gleichfalls im Positionspapier des HRK-Präsidiiums vom 26. April 2021 zur Akademisierung der Gesundheitsberufe verliehen, in dem das Präsidium der HRK an die Politik appelliert,

„den Prozess der Akademisierung der Gesundheitsberufe deutlich zu beschleunigen, um hinsichtlich der dringend erforderlichen Ausprägung entsprechender wissenschaftlicher Disziplinen dem nationalen Bedarf gerecht zu werden und den internationalen Anschluss nicht gänzlich zu verlieren. Maßstab einer beschleunigten Akademisierung der Gesundheitsberufe bleibt dabei die jeweils zu erwartende Qualitätsverbesserung im Versorgungsgeschehen“ (Hochschulrektorenkonferenz (HRK), 2021, S.3).

Die aktuellen Ausgestaltungformen der gesundheitsbezogenen Studiengänge präsentieren sich in dualen und trialen Strukturen. Im Zeitraum 2011 bis 2019 lässt sich die Trendbewegung bei der Entwicklung erstgenannter Studiengänge in der Gesamtbetrachtung aller Fachrichtungen in den Fachrichtungen Sozialwesen, Gesundheit und Therapiewesen sowie Erziehungswissenschaften aufzeigen (Hofmann et al., 2020 S.19). Das Wachstum von 25 (2011) auf 173 Studiengänge (2019) setzt sich weiter fort, seit Beginn der Eintragungen (2004) in die AusbildungPlus-Datenbank (<https://www.bibb.de>) hat es sich bis 2019 versechsfacht (a. a. O.). Ein großer Teil des Ausbaus kann im Gesundheitswesen verortet werden. Bedingt durch das am 1. Januar 2020 vollständig in Kraft getretene Pflegeberufegesetz (PflBG) (PflG, 2019) zur Neuordnung der Pflegeberufe und die zu erwartende Novellierung der Berufszulassungsgesetze für Berufsangehörige der Logopädie, Ergo- und Physiotherapie bis 2024 ist anzunehmen, dass Auswirkungen auf das Angebot dualer Studiengänge in diesem Bereich folgen werden.

### *Qualifikationsanforderungen und Bedarf an berufspädagogischen Studienangeboten*

Hinsichtlich der Qualitätsanforderungen an Schulleitungen, Lehrkräfte, Ausbildungsstätten und die Praxisanleitung, die laut Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ (BMG, 2020, S. 4) in die Berufsgesetze, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Gesundheitsfachberufe aufgenommen werden sollen, ist ein zunehmender Bedarf an berufspädagogisch ausgerichteten Studiengängen zu erwarten. So wird formuliert, dass zur Wahrung einer hohen Qualität eine Schule

„hauptberuflich von einer pädagogisch qualifizierten Person geleitet werden [soll], die über eine abgeschlossene Hochschulausbildung mindestens auf Master- oder vergleichbarem Niveau und möglichst über eine Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf oder mindestens einer vergleichbaren Profession des Gesundheitswesens verfügt“ (a. a. O.).

Zusätzlich wird bei den Lehrkräften eine Qualifikation im Bereich Pädagogik in Form einer abgeschlossenen Hochschulausbildung, die mindestens Bachelor- oder vergleichbares Niveau hat, gefordert. Von der Gruppe der Praxisanleiter\*innen wird eine berufspädagogische Zusatzqualifikation und einschlägige Berufserfahrung verlangt. Im PflBG wurden bereits Neuregelungen



zur Qualifikation der Lehrer\*innen verabschiedet. Seit dem 01.01.2020 können Absolvent\*innen eines Bachelorabschlusses nur unter der Prämisse eingestellt werden, dass sie sich bis zum 31.12.2025 auf Masterniveau nachqualifizieren. Nordrhein-Westfalen hat nach § 3 des Landesausführungsgesetzes Pflegeberufe (LAGPFB) beispielsweise das Verhältnis von zulässigen Bachelorabsolvent\*innen als Lehrkraft zur Größe der Schule mit einem Wert von 1:20 Schüler\*innen festgelegt. Die Übergangsphase endet am 01.10.2026. Ab dann benötigen alle neuangestellten Lehrkräfte einen Masterabschluss.

Die HQGplus-Studie (Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats, 2022) beziffert die Zahl der Studienanfänger\*innen der „Gesundheitspädagogik“ im WS 2019/20 auf 1.595. Im Vergleich zum WS 2005/06 hat sich damit die Zahl vervierfacht.

Tabelle 2-1: Studienanfängerinnen und -anfänger der Gesundheitspädagogik

Quelle: HQGplus-Studie, Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats, 2022.

	WS 2005/06	WS 2010/11	WS 2019/20
Zahl der Studienanfänger*innen der Gesundheitspädagogik	365	655	1.595

Die Bezeichnung *dualer Studiengang* hat sich im Sprachgebrauch häufig über Assoziationen zum traditionellen System der dualen Berufsausbildung etabliert. Die Berufe Ergo- und Physiotherapie zählen z. B. zu den beruflich dual ausgebildeten Gesundheitsfachberufen. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass die Schüler\*innen an beiden Lernstandorten, Berufsfachschule und kooperierende Praxisstelle, ausgebildet werden. Lernortkooperationen mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, z. B. Krankenhäuser, Ambulanzen, Praxen etc., sind aufgrund des hohen Praxisanteils genuine Voraussetzungen. Die Gesamtverantwortung der Ausbildung obliegt jedoch den Schulen, Fachhochschulen oder Universitäten (Weyland, 2020, S.344 f.). Beispielfhaft summiert sich bei der Pflege-, Therapeut\*innen- sowie Hebammen- und Entbindungspflegerausbildung der Praxisanteil auf 1230 -3.000 Stunden (Bundesinstitut für berufliche Bildung (BIBB), 2018, S.30 ff.).

Wird diese Systematik der Ausbildung an verschiedenen Lernstandorten auf die Hochschulqualifikation übertragen, werden diese Studiengänge als „dual aufgebaut“ (WR, 2012, S. 82) bezeichnet. Dies trifft auf „das Studium bei primärqualifizierenden Studiengängen an Hochschulen und mit diesen kooperierenden Praxiseinrichtungen“ (a. a. O.) zu. Diese Bezeichnung wird allerdings ebenso verwendet, wenn der Studiengang berufsintegrierend aufgebaut ist und sich



die Zahl der Lernorte entsprechend auf drei erhöht. Der Wissenschaftsrat differenziert, dass diese Studiengänge einer „trialer Struktur folgen“ (a. a. O.) und somit faktisch trial seien. Losgelöst von der Anzahl der Lernorte wird jenes Attribut bei derart gestalteten Studiengängen im Bereich des Handwerks auf die Anzahl der damit verbundenen Abschlüsse – z. B. Gesell\*in, Meister\*in und Bachelor – bezogen (Hofmann et al., 2019, S. 16). Im Sprachgebrauch lässt sich diese Feinheit wohl nicht mehr korrigieren (Bonse-Rohmann, 2015, S.174). Innerhalb dieser Arbeit wird der duale Studiengang im Bewusstsein dieses berechtigten Einwands sowohl für Studiengänge mit dualer als auch trialer Struktur gebraucht.

Werden Perspektiven für eine zukunftsgerichtete und bedarfsgerechte Ausbildung eröffnet, dann werden als Referenzpunkt die neuen Anforderungen an die Gesundheitsfachberufe im Speziellen, aber auch allgemein resultierend aus der sich ändernden Lebens- und Arbeitswelt genannt. Auf eben diesen Wandel geht der sich anschließende Abschnitt ein.

### 2.1.3 Kompetenzorientierung in der beruflichen- und hochschulischen Bildung

Wird von Kompetenzorientierung im Bildungswesen gesprochen, ist die Umorientierung von Input-Faktoren wie Lernstoff, Materialien und Lernzielen hin zu Lernergebnissen gemeint. Diese tiefgreifende Neuausrichtung von der Input- zur Outcome-Orientierung wird folgerichtig außerdem als Paradigmenwechsel bezeichnet (Seufert, 2013, S.8).

Generell ist die Kompetenzorientierung aus den Erziehungswissenschaften und der Erwachsenenbildung nicht wegzudenken, wenn sie auch von Kritik am Kompetenzbegriff (Reinmann, 2015, S.20 ff.), zunehmender Outcome-Orientierung des Bildungssystems (Lerch, 2016, S.33 f.) oder der Kompetenzformel als Konstrukt zwischen Defizit und Anmaßung (Koch, 2010, S.324) begleitet wird. Für die der KMK unterstellten Bildungsinstitutionen ist das Verständnis von Kompetenz als Lernerfolg in Bezug auf den einzelnen Lernenden und seine Befähigung zur erfolgreichen Bewältigung bestimmter Anforderungssituationen leitend (vgl. KMK, 2010, S. 9). Diesem folgend zeigt sich die Outcome-Orientierung darin, dass die am Ende von Lernprozessen erwarteten Resultate im Fokus stehen und die daran ausgerichteten Bildungsinhalte und -ziele aus der Lernendenperspektive beschrieben werden. Der so verstandene Trend zur Kompetenzorientierung suggeriert – oberflächlich betrachtet – über alle Bildungsstufen hinweg ein einheitliches Kompetenzverständnis (Seufert, 2013, S. 8). Allerdings ergeben sich bei verfeinerter Betrachtung Verständnisdifferenzen. In allgemeinbildenden Schulen zeigt sich ein kognitionspsychologisch geprägtes Kompetenzverständnis, das auf die Verbindung der Wissens- und Könnensebene fokussiert. Hier werden die in Bildungsprozessen zu erwerbenden Fähigkeiten und



Fertigkeiten beschrieben. Die kognitive Auseinandersetzung mit dem Erreichten und dem zu Erlangenden ist zentral (Seufert, 2013, S. 9). Ist hingegen eine handlungstheoretische Auffassung wie in der beruflichen Bildung leitend, definiert sich der Kompetenzbegriff vom Anwendungsbereich her. In der beruflichen Bildung wird Kompetenz im engen Zusammenhang mit Handlungsorientierung verfolgt, denn beide Komplexe haben eine wesentliche Bedeutung hinsichtlich der Zielerreichung. Die KMK definiert Handlungskompetenz in ihren Handreichungen zur Erarbeitung von Rahmenlehrplänen als „die Bereitschaft und Fähigkeit des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (KMK, 2021, S. 15). Während die Handlungsorientierung den Bezugspunkt bildet, den es während der Anbahnung beruflicher Fähigkeiten zu berücksichtigen gilt, fokussiert das Konzept der Kompetenzorientierung das notwendige Know-how – im Sinne von Lernerfolgen –, das wiederum zur Entfaltung von Handlungskompetenz als notwendig erachtet wird. Aus der Verschränkung dieser beiden Ebenen resultiert das Lernfeldkonzept, in dem berufliche Handlungskompetenzen als Ausgangspunkt für Bildungsprozesse herangezogen werden. Das Lernfeld-Konzept der Kultusministerkonferenz hebt folgende Merkmale hervor:

Gegenüber dem traditionellen fächerorientierten Unterricht stellt das Lernfeldkonzept die Umkehrung einer Perspektive dar: Ausgangspunkt des lernfeldbezogenen Unterrichts ist nicht mehr die fachwissenschaftliche Theorie, zu deren Verständnis bei der Vermittlung möglichst viele praktische Beispiele herangezogen wurden. Vielmehr wird von beruflichen Aufgaben- oder Problemstellungen ausgegangen, die aus dem beruflichen Handlungsfeld entwickelt und didaktisch aufbereitet werden. Das für die berufliche Handlungsfähigkeit erforderliche Wissen wird auf dieser Grundlage generiert. Die Mehrdimensionalität, die Handlungen in einer zunehmend globalisierten und digitalisierten Lebens- und Arbeitswelt kennzeichnet (z. B. ökonomische, ökologische, rechtliche, naturwissenschaftliche, fach- und fremdsprachliche, kommunikative, soziale und ethische Aspekte), erfordert eine breitere Betrachtungsweise als die Perspektive einer einzelnen Fachdisziplin. (KMK, 2021, S.11)

Auf weitere Verständnismöglichkeiten von Kompetenz und daraus resultierende Ableitungen für deren Modellierung wird unter 2.1. eingegangen.

Im Hochschulrahmengesetz (HRG) (BGBl. I S. 1622, in der Fassung von 2019, § 7) und Berufsbildungsgesetz (BBiG) (BGBl. I S. 931 in der Fassung von 2005, § 1) in Deutschland ist das Erreichen von Berufsfähigkeit als Ziel festgesetzt. Die Frage, in welchem Umfang ein Hochschulstudium Anforderungen aus der Arbeitswelt – z. B. konkrete Schlüssel-situationen – berücksichtigen sollte, wird unter dem Reizwort *Employability* kontrovers diskutiert. Einerseits gibt es Bedenken, der Auftrag der Hochschulen könne im Sinne einer „Qualifizierungsfabrik“ (Rogmann & Meyer, 2013, S.14, zitiert nach Ufert, 2015, S.10) auf die konkrete Vermittlung spezifischer Be-



rufsfertigkeiten unter Einflussnahme zukünftiger Funktionsträger reduziert werden. Eine breitere und offenere Bedeutungsauslegung betont andererseits die Chance, diese Beschäftigungsfähigkeit ermögliche die Aufnahme einer wie auch immer gearteten Tätigkeit und eben nicht nur die Erlangung einer Berufsfähigkeit für eine bestimmte Profession. In diesem Zusammenhang sind die zunehmende Komplexität von Aufgaben, intersektorale Aufgabenerweiterung, der Umgang mit Informations- und Wissensmengen sowie die Notwendigkeit schneller Entscheidungen etc. zu nennen, die nicht spezifisch an eine Profession gebunden sind. Darüber hinaus zählt im weiteren Sinne die versierte Vereinbarung von Karriere, Familie und weiteren Lebensbereichen dazu (ebd., S.14).

Neben den Fragen zu Employabilität wird die Sinnhaftigkeit einer Kompetenzorientierung diskutiert. Um deren Relativierung als hochschuldidaktische Hoffnungsträgerin geht es in dem Diskussionsbeitrag „Lehrkompetenzen von Hochschullehrern: Kritik des Kompetenzbegriffs in fünf Thesen“ von Reinmann, Professorin für Lehren und Lernen in Hamburg (siehe Reinmann, 2015). Sie zeigt eine deutlich skeptische Perspektive auf, die in dem Schluss mündet, „dass der Kompetenzbegriff eher wenig nützt und potenziell schadet“ (ebd., S. 32). Als Schwachstellen nennt sie den Verlust des genuin Pädagogischen beim gängigen Kompetenzbegriff in den Bildungswissenschaften und ein relativ gestörtes Verhältnis zum Wissen in diversen Kompetenzdefinitionen (ebd., S. 19 ff.). Diese Thesen begründet sie damit, dass im Zuge einer Bildungspolitik mit neoliberalen Tendenzen und dem Druck der Ökonomisierung der Wille der Lehrenden bzw. deren Freiwilligkeit und damit verbundene Selbstorientierung in den Hintergrund gedrängt würde zugunsten antrainierter Reflexe (a. a. O.). Hier zu verstehen als Kompetenzhörigkeit, die Lehrende hindere, sich begründet für Handlungsoptionen, Experimente oder Routinen zu entscheiden. Für ein gestörtes Wissensverhältnis spreche ihrer Auffassung nach, dass im Lehrkontext Wissen und dessen Vermittlung voreilig als inputorientierte, lehrendenzentrierte und instruktive Lehrkonzepte verurteilt werde und im Gegenzug die Kompetenzorientierung als heilbringende Lösung gelobt werde (ebd., S. 22). Neben explizitem Wissen und dessen Transfer gehöre zudem implizite Expertise in den Kanon. Deshalb sei eine simple Gegenüberstellung von Wissen und Können wenig gerechtfertigt, da intuitive und handlungsbezogene Kenntnisse des Einzelnen zusammengehören und keine Dichotomie im Sinne von Handeln und Können bilden (a. a. O.). Mit diesem sehr kurzen Einblick in die Kontroversen der seit Jahrzehnten geführten Debatten lässt sich nachvollziehen, dass „der Streit um Kompetenz selbst ein Kompetenzstreit“ (Reinmann, S. 20, mit Bezug auf Pfadenhauer & Kunz, 2012, S. 10) sei.



### *Kompetenzorientierung in Ordnungsmitteln des Bildungssystems*

In den wichtigsten Ordnungsmitteln des Bildungssystems ist die Kompetenzorientierung ebenso obligat, wobei die inhaltliche und strukturelle Einteilung allerdings abweichende Formen zeigt: Im deutschsprachigen Raum ist im berufsbildenden Bereich besonders häufig die Gliederung in Fach-, Selbst- und Sozialkompetenz vorzufinden. Die Kultusminister Konferenz (KMK) (2021) hat sich auf diese drei Basisgruppen verständigt und unter der Rubrik Handlungskompetenz subsumiert, die durch Methoden-, Lernkompetenz und kommunikative Kompetenz ergänzt und erweitert wird. Daneben bestehen weitere Differenzierung, die in unterschiedlicher Funktion verwendet werden.

### *Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) und Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse (HQR)*

Im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) (Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR), 2011), der die nationale Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQF) (vgl. <https://europa.eu/europass/de/european-qualifications-framework-efq>) bildet, wird eine Matrix zur Vergleichbarkeit entwickelter Kompetenzen und erworbener Qualifikationen vorgelegt. In dieser wird in vertikaler Lesart eine Abstufung in acht Kompetenzniveaustufen und in horizontaler Richtung eine Differenzierung in Kompetenzdimensionen vorgenommen. Entgegen anderer Modelle werden hier Sozialkompetenz und Selbstständigkeit unter der Dimension personale Kompetenz hierarchisiert und Fachkompetenz mit den Komponenten Wissen und Fertigkeiten als zweiter Bereich festlegt (Bund-Länder-Koordinierungsstelle Deutscher Qualifikationsrahmen (B-L-KS DQR), 2013, S. 14 ff.). Zusätzlich wird die Methoden- als Querschnittskompetenz betrachtet und nicht als separater Zweig ausgezeichnet (a. a. O.). Seit 2011 wurde Selbstkompetenz von Selbstständigkeit abgelöst. Die zugehörigen Subkategorien sind Eigenständigkeit/Verantwortung, Reflexivität und Lernkompetenz (ebd., 2013, S. 5). Die Kompetenzniveaustufen werden einzeln mithilfe von Deskriptoren operationalisiert. Zur weitergehenden Betrachtung werden folgend die Kompetenzstufen 6, 7 und 8 fokussiert, da für diese ein zusätzliches Ergänzungsinstrument zur Verfügung steht.

Als integraler Bestandteil des Deutschen Qualifikationsrahmens wird der Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse (HQR) (HRK & KMK, 2017) beschrieben. Dieser ist eine nationale Bearbeitung des europäischen Hochschulrahmens (QF-EHEA) (siehe European Centre for the Development of Vocational Training (Cedefop), 2018) (<https://www.cedefop.europa.eu>). In der Funktion eines Transparentinstruments für nationale und internationale Vergleichbarkeit



soll der HQR speziell Informationen für Studieninteressierte und Arbeitgebende bereitstellen sowie Unterstützung für die Evaluation, Akkreditierungsprozesse und Curriculumsentwicklung bieten (vgl. HRK & KMK, 2017, S.3 ff.). Ebenso setzt der HQR den Rahmen für fachspezifische, sektorale QR im deutschen Hochschulwesen (z.B. Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB)). Dabei sollen die Spezifika der Hochschule hinsichtlich ihres Bildungsauftrags und Selbstverständnisses sichtbarer hervortreten (vgl. Barotsch, 2009, S. 5).

Hintergründig habe die Öffnung der Hochschulen zur Fortsetzung von oder Mitwirkung an beruflichen Ausbildungswegen zur Notwendigkeit geführt, genauer zwischen der beruflichen und hochschulischen Bildung zu differenzieren. So verweist der DQR in seinen Stufen 6, 7 und 8 auf ebendiese Trennung, indem er eine hybride Beschreibung vornimmt (a. a. O.). In dieser Logik übernimmt der HQR den vorangestellten Part in der Entweder-oder-Auflistung.

Nach der Erstveröffentlichung des HQR 2005 erfolgte 2017 eine Weiterentwicklung, um die Merkmale der Hochschulbildung deutlicher abzubilden. Ein ergänzendes Handbuch „Hochschulbildung mit Kompetenz. Eine Handreichung zum Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse (HQR)“ (siehe Barotsch, 2019) wurde auf der Seite der Hochschulrektorenkonferenz (<https://www.hrk.de>) veröffentlicht. In dieser Handreichung liegt ein HQR-Kompetenzmodell in überarbeiteter Form vor (siehe Abb. 1-2). Allerdings tritt diese Fassung in einschlägigen Publikationen sowie infolge von Online-Suchstrategien zum HQR kaum in Erscheinung. Das HQR-Kompetenzmodell unterscheidet sich vom dem, welches im DQR hinterlegt ist. Geleitet von der Frage, was eine hochschulisch gebildete Person ausmacht, erfolgt im Kompetenzmodell des HQR eine Einteilung in vier Teildimensionen: (1) Wissen und Verstehen, (2) Einsatz, Anwendung und Erzeugung von Wissen, (3) Kommunikation und Kooperation sowie (4) wissenschaftliches Selbstverständnis, Professionalität (vgl. Barotsch, 2019, S. 12). Diese werden gleichwertig, sich gegenseitig zu einem Ganzen ergänzend, im Kreismodell gruppiert, wie Abbildung 2-2 zeigt. Dazu wird im Handbuch das Kompetenzvermögen einer akademisch gebildeten Person wie folgt erläutert:

Ausgehend von der Befähigung, eigene Wissensbestände auszubauen und zu reflektieren, löst sie gegebene (oder selbstgestellte) Aufgaben durch methodische wissenschaftliche Wissensgenerierung. Sie erledigt dies im sozialen Umgang mit den angemessenen fachlichen sowie den allgemein verständlichen Kommunikations- und Kooperationsformen und ist in ihrem Vorgehen verlässlich, methodisch und ethisch gewissenhaft den Standards wissenschaftlichen Arbeitens verpflichtet. (ebd., S. 18f.)

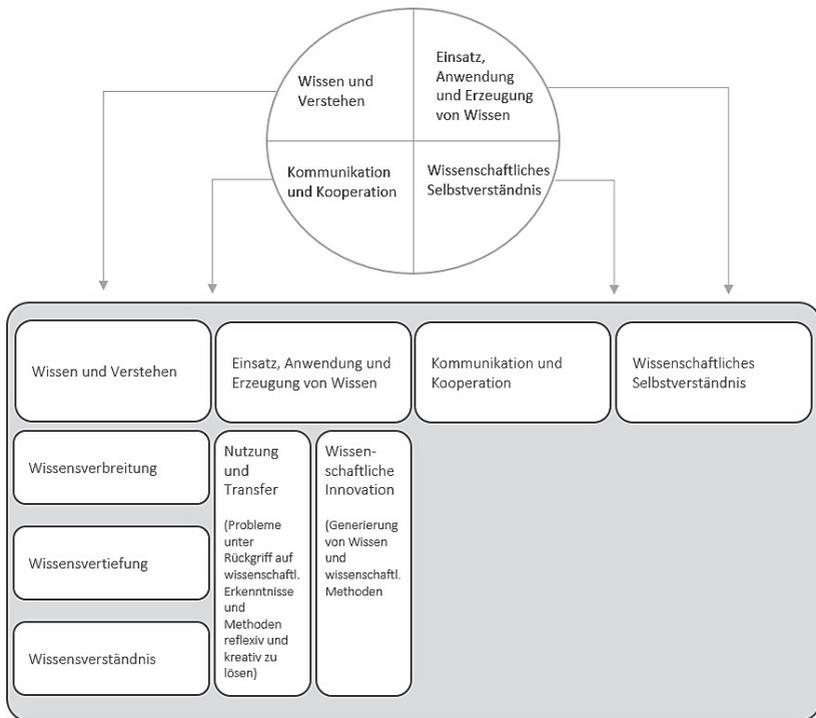


Abbildung 2-2: Kompetenzmodell des HQR

Quelle: Eigene Darstellung; adaptiert aus Handreichung zum HQR, Bartosch, 2019, S.18.

Die Dimension Wissen und Verstehen hebt das generell kritische Verständnis von Wissen hervor und damit „wird der landläufigen Zuordnung von Reflexionsfähigkeit als charakteristischer Befähigung von Akademikerinnen und Akademikern eine praktikable Position im Kompetenzmodell des HRK eingeräumt“ (ebd., S.14). Eine eigene Einteilung nimmt das Kompetenzschema des Qualifikationsrahmens für deutsche Hochschulabschlüsse (HQR) ebenso für die „nicht-fachlichen Kompetenzen“ vor und zwar in die beiden Bereiche „Kommunikation und Kooperation“ und „Wissenschaftliches Selbstverständnis/Professionalität“ (HRK, 2017, S. 3).

Um eine erwünschte Anschlussfähigkeit des HQR zum DQR zu demonstrieren, werden die DQR-Kompetenzkategorien Sozial- und Selbstkompetenz aus der Rubrik personale Kompetenzen den eben bezeichneten Bereichen zugeordnet (vgl. HRK, 2017, S. 4). Auffällig ist allerdings, dass in der Beschreibungsstruktur des HQR der alte Ausdruck Selbstkompetenz anstelle des neuen (Selbstständigkeit) verwendet wird (vgl. ebd., S. 4; vgl. Bartosch, 2019, S. 17; vgl. BMBF, 2013,



S. 16). So heißt es im HQR-Handbuch (Barotsch, 2019): „Wissenschaftliches Selbstverständnis und Professionalität dienen [...] zur Beschreibung der Selbstkompetenz der Absolventinnen und Absolventen“ (S. 15).

Erläuternd wird ergänzt, es

„werden überwiegend jene Aspekte der Kompetenz operationalisiert, die bei Weinert den affektiven Teil des Gesamtkonzepts Kompetenz ausmachen. Die kognitiven und motorischen Potentiale einer Person werden erst durch den vorhandenen Antrieb (Motivation), den Willen (Volition) und durch Sozialverhalten (Kommunikation und Kooperation) zur erfolgreichen Handlung gebracht“ (ebd., S.17).

Zwar wird nicht auf die Inkonsistenz zu den im DQR verwendeten Termini hingewiesen, jedoch angemerkt, dass eine Konzeption aufgegriffen werde, die sich durch eine „gewisse Offenheit charakterisiere“, aber „dennoch – oder gerade deshalb – von besonderer Bedeutung“ sei (a. a. O.). Eine weitere Erläuterung zu den Abweichungen liegt nicht vor. Gnahs erkennt desgleichen begriffliche Unschärfen im DQR und eine „inkonsistente Begriffsverwendung“, die „weit hinter den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zurückfällt“ (Gnahs, 2009, zitiert nach Gebrande, 2011, S. 2).

Die HQR-Matrix ist ebenso wie die des DQR niveaubezogen konzipiert und umfasst Stufe 1 (Bachelor-), 2 (Master-) sowie 3 (Doktoratsebene), die den Niveaus 6, 7 und 8 des DQR entsprechen (vgl. HRK, 2017). Die Deskriptoren beschreiben Lernergebnisse – im Verständnis von „Learning Outcomes“ (B-L-KS DQR, 2013, S. 27) –, über die Lernende am Ende einer Lernperiode verfügen. Die dafür gewählten Formulierungen sollen die Niveauunterschiede der verschiedenen Stufen zum Ausdruck bringen.

Für die\*den Anwender\*in ist die semantische Differenzierung der Niveaustufen für sich genommen verständlich. Schwierig wird es allerdings – nicht nur wegen des parallelen Lesens mehrerer Tabellen –, die Nuancierung nachzuvollziehen und in die Praxis zu transferieren. Beispielsweise wird im Kompetenzbereich Wissenschaftliches Selbstverständnis/Professionalität erwartet, dass die Absolvent\*innen ein Selbstbild entwickeln, das sich in der Bachelorphase (Stufe 1) „an Zielen und Standards professionellen Handelns in vorwiegend außerhalb der Wissenschaft liegenden Berufsfeldern orientiert“ (HRK & KMK, 2017, S. 7), auf Masterebene (Stufe 2) soll eine Ausrichtung „sowohl in der Wissenschaft als auch [an] den Berufsfeldern außerhalb der Wissenschaft“ (a. a. O.) erfolgen. In einem weiteren Beispiel liegt der Deskriptor-Unterschied darin, dass die Bachelorabsolvent\*innen ihr eigenes berufliches Handeln nur begründen, die Masterabsolvent\*innen dieses hinsichtlich alternativer Entwürfe reflektieren können sollen (a. a. O.). Jede\*r Praktiker\*in weiß, dass das Anleiten von Bachelorstudent\*innen gewiss nicht damit aufhört, das eigene Handeln zu begründen, sondern dass bei auftretenden Problemen



nach alternativen Entwürfen gesucht wird. Ebendiesen Missstand, dass „eine Differenzierung der Niveaustufen zum Teil schwierig ist, weil keine ausreichende Abgrenzung und Trennschärfe gegeben ist“ (Gebrande, 2011, S.13), bemängeln verschiedene Akteur\*innen aus Politik, Wirtschaft und Bildung, wie Gebrande 2011 in einer Untersuchung fach- und bildungspolitischer Stellungnahmen zum DQR zeigen konnte. Weitere häufig genannte Kritikpunkte der Stellungnehmer\*innen finden sich bezüglich der verwendeten Begrifflichkeiten oder Formulierungen der Deskriptoren. Als Lösungsvorschläge werden zum einen ein erweitertes, detaillierteres Glossar, zum anderen die Einführung typischer Musterfälle (Ankerbeispiele), die zu der Erklärung der Schlagwörter beitragen, diskutiert (a. a. O.). Diese beschriebene Differenzierungsproblematik teilen – stärker oder schwächer ausgeprägt – noch weitere Kompetenzordnungen und -beschreibungen, wie in folgender Ausführung erkennbar wird.

### *Weitere Orientierungsrahmen*

In den Lehr- und Lernorientierungen der UNESCO erfolgt eine Einteilung in die vier Bereiche „Learning to be, learning to do, learning to know and learning to live together“ (UNESCO, o. J.). Die erste Kategorie umfasst „to provide self-analytical and social skills to enable individuals to develop to their fullest potential psycho-socially, affectively as well as physically, for an all-round complete person“ (a. a. O.) und entspricht damit der Basisgruppe der personalen Kompetenzen. Die Einordnung der UNESCO findet sich darüber hinaus im Kompetenzatlas (vgl. Heyse, 2015, S. 8), ein Orientierungsinstrument für die Grundstrukturen menschlicher Fertigkeiten mit 64 Schlüsselkompetenzen, das mittlerweile weit verbreitet und wissenschaftlich abgesichert ist (a. a. O.).

Einen abweichenden Weg zur Extraktion einer Kompetenzauswahl zeigt das auf europäischer Ebene im Hochschulbereich durchgeführte TUNING-Projekt (vgl. Tuning Educational Structures in Europe, 2006), in dem ein Referenzrahmen berufsspezifischer Kompetenzen in definierten, berufsübergreifenden Handlungsfeldern für unterschiedlichste Berufe entwickelt wurde. Ergänzt werden diese um 16 generische Kompetenzen, unterteilt in instrumentell, interpersonal und systemisch. Die interpersonalen Kompetenzen richten sich auf das Individuum und seine „individual abilities relating to the capacity to express one’s own feeling, critical and self-critical abilities“ (Beneitone & Bartolome, 2014, S. 315, TUNING-Projekt, 2006). Weiter werden soziale Fähigkeiten inkludiert, beschrieben als „relating to interpersonal skills or team-work or the expression of social or ethical commitment“ (a. a. O.).



Eine andere, eher grobe Unterteilung wird im alltäglichen Sprachgebrauch über die Qualitäten *hart* und *weich* vorgenommen und dementsprechend auf sogenannte weiche Faktoren als Pendant zu Ergebnissen fachlicher Qualifikation im Sinne harter Merkmale abgestellt. Die weichen Faktoren bilden die Gruppe der überfachlichen Kompetenzen, „die in ihrer Mehrzahl fachun-spezifisch sind und für eine Vielzahl unterschiedlicher beruflicher Tätigkeiten als Bewertungskriterien herangezogen werden“ (Moser, 2018, S.4). Sie scheinen bedeutsam für „das Zurechtkommen des Menschen in der Gesellschaft und für seine Chance auf Erfolg“ (Hüttmann, 2016, S. 7) zu sein, um langfristig „den Arbeitsmarkt der Zukunft bestmöglich für sich nutzen zu können“ (Würzburger, 2016, S.67).

#### 2.1.4 Aktuelle Herausforderungen an die gesundheitsberufliche Ausbildung

Der Prozess, der sich aktuell in der Arbeits- und Lebenswelt in Deutschland vollzieht, wird als tiefgreifend beschrieben (BMAS<sup>1</sup>, 2017, S. 7). Er ist von Digitalisierung, Automatisierung, Flexibilisierung und Dezentralisierung geprägt und führt zu sich wandelnden, verschwindenden und neu entstehenden Tätigkeitsfeldern und damit verbunden zu einer Anforderungsumbildung an die Fachkräfte (ebd., S. 6, BMAS<sup>2</sup>, 2017, S. 15 ff.).

Eine entscheidende Rolle für gesamtwirtschaftliche Beschäftigungsgewinne oder -verluste spielt die Anpassungsfähigkeit der Institutionen, die den Arbeitsmarkt und das Bildungswesen konstituieren, sowie die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen (vgl. BMAS<sup>2</sup>, 2017, S. 11). Mit einer schnellen Digitalisierung und Automatisierung ist primär die Befürchtung assoziiert, dass Routinetätigkeiten mit geringer Qualifikation substituiert werden und folglich eine technologisch bedingte Arbeitslosenwelle ausgelöst wird (vgl. ebd., S. 10 ff.). Diese Sorge steht Prognosen gegenüber, „die nicht nur die Gefährdungspotenziale durch digitale Technologien quantifizieren, sondern auch die positiven Nachfrageeffekte von Produktinnovationen, Kosten- und Preissenkungen berücksichtigen“ (ebd., S. 10).

Einigkeit besteht darin, dass sich die allgemeinen und branchenspezifischen Kompetenz- und Qualifizierungsbedarfe zukünftig „auf breiter Front“ (ebd., S. 34) verschieben werden, wobei „Querschnittskompetenzen besonders gefragt, doch Spezialkompetenzen [...] wichtig“ bleiben (ebd., S. 36). Die ehemalige Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Andrea Nahles, resümiert im Fortschrittsbericht 2017 zum Fachkräftekonzept der Bundesregierung, „dass die Passgenauigkeit von Kompetenzen ein entscheidender Faktor sein wird, um Fachkräfteengpässe zu vermeiden“ (BMAS<sup>1</sup>, 2017, S. 7). Weitere treibende Kräfte, die die Arbeitswelt in Zukunft prägen,



sind neue Perspektiven, Erwartungen und Bedürfnisse junger Generationen, die verstärkte Zuwanderung sowie der fortschreitende demografische Wandel der Gesellschaft (vgl. BMAS<sup>2</sup>, 2017, S. 15 ff.). Für eine Passgenauigkeit von Kompetenzen ist folglich ein Blick sowohl auf die modifizierten Anforderungen von Beruf und Gesellschaft an das Individuum als auch die neuen Bedürfnislagen seitens des Individuums vonnöten. Für den beruflichen Werdegang jedes Einzelnen ist es von Vorteil, ja fast unumgänglich, über die reinen Fachkenntnisse hinaus weitere Fähigkeiten und Fertigkeiten zu besitzen, um mit den beruflichen und persönlichen Ansprüchen Schritt halten und die Balance zwischen verschiedenen Lebensbereichen wahren zu können.

### *Treibende Kräfte im Gesundheitswesen*

Neben den beschriebenen branchenübergreifenden zeichnen sich gleichsam branchenspezifische Umgestaltungen ab. Dies betrifft ebenso das Gesundheitswesen, das im Hauptfokus dieser Arbeit liegt und von weiteren Megatrends getrieben wird: epidemiologischer Wandel, überproportional steigende Gesundheitskosten, Verknappung der Arbeitskräfte sowie mündige Bürger\*innen und Patient\*innen mit einer Veränderung des Nutzerverhaltens (vgl. Sottas, 2016, S. 45; vgl. Widmer & Schaffhuser, 2018, S.7 ff.). Es handelt sich dabei um Einflussgrößen, „die mit unterschiedlichen, teils konvergierenden Wirkungsketten starke Umbrüche erzeugen“ (Sottas, 2016, S. 45). Eine Folge ist die Verschiebung der „Interventionen bei kritischen Akutsituationen, die ein strukturiertes und direktives Vorgehen erfordern, zu Settings, die von einer einzigen Fachperson nicht bewältigt werden können und entsprechend Co-Management unterschiedlicher, verteilter Kompetenzen verlangen“ (ebd., S. 46). Eine Kompetenzbedarfsanalyse für das Gesundheitswesen (BMAS<sup>2</sup>, 2016) stellt heraus,

„dass die emotionale Komponente der Arbeit mit Patienten(inn)en, die Fähigkeit, sich in Patient(inn)en einzufühlen und motivierend auf sie einzuwirken, [...] eine zentrale Anforderung an das Personal bleibt. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an das technische Grundverständnis, da die Beherrschung der Mensch-Maschine-Schnittstelle in immer mehr Bereichen wichtig wird“ (ebd., S. 45).

Die sogenannte „digitale Transformation“ (Holm, 2018, S.110), die viele Branchen bereits in eine neue Ära geführt hat, erreicht demzufolge auch das Gesundheitswesen. Holm (2018) bezeichnet in diesem Kontext *aHealth* (Automation), *mHealth* (mobile Health), *eHealth* (Telemedizininfrastruktur) und *pHealth* (personalisierte Medizin) als Basistechniken, die sich gegenseitig bedingen und die Grundlage für die digitale Transformation bilden (vgl. ebd., S. 111). Innovative Technologien – beispielsweise zum Zweck der Selbstvermessung oder Automation – versprechen spannende Möglichkeiten und Herausforderungen, aber auch Risiken. Eine Aufgabe der Zukunft besteht darin, diese o. g. grundsätzlichen Ansätze zu beherrschen und einen kritisch-



reflektiven Umgang zu lernen, um z.B. zu vermeiden, dass „Gesundheitskompetenz auf Eigenverantwortung reduziert wird, um Präventionsprogramme und Education diesbezüglich abzubauen“ (ebd., S. 113). Andererseits kann Big Data, gepaart mit künstlicher Intelligenz, in einem immer besseren (medizinischen) Verständnis resultieren und in Folge personalisierte und prädiktive Medizin verstärkt entwickelt werden (vgl. a. a. O.).

Darüber hinaus zeichnet sich verstärkt die Notwendigkeit ab, Mitarbeiter für den Versorgungssektor zu gewinnen und langfristig zu halten, wie der „Fortschrittsbericht Fachkräfte für 2017“ (vgl. BMAS<sup>1</sup>, 2017, S. 17) und der Studienbericht zu „Kompetenz- und Qualifizierungsbedarfe 2030“ (vgl. BMAS<sup>2</sup>, 2017, S. 21) belegen. Eine verbesserte Ressourcenallokation soll ermöglichen, dass die Versorgung der\*des individuellen Patient\*in flächendeckend geleistet werden kann. Die Forderung nach einer „weniger spezialisierten, ganzheitlichen und interdisziplinär orientierten Gesundheitsversorgung, die von einer präventiv-kurativ-rehabilitativ eingestellten Versorgungskette mit Fachleuten verschiedener Berufsgruppen gewährleistet werden soll“ (Bals, 2011, S.73), ist ein zentraler Aspekt hinsichtlich der zukünftigen Versorgungssituation.

Im Bewusstsein dieser Anforderungen ist die moderne Ausbildung der Gesundheitsberufe angehalten, die Auszubildenden adäquat auf eine immer komplexer werdende Versorgungsrealität vorzubereiten und dabei einem hohen Qualitätsniveau gerecht zu werden. Damit gehen hohe Anforderungen an die Patient\*innensicherheit einher. Darüber hinaus sollen Kompetenzen erworben werden, die eine evidenzbasierte Versorgung von Patient\*innen aller Altersgruppen über das gesamte Krankheitsspektrum adressieren unter besonderer Berücksichtigung ihres sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrunds (vgl. BMG, 2020, S. 2). Die geforderte (An-) Passungsfähigkeit der Ausbildung an die Umschwünge in der Arbeits- und Lebenswelt anvisierend, wurde als Maßnahme die Kompetenzorientierung und das Lernfeldkonzept in der beruflichen Bildung eingeführt.

## 2.2 Gesundheitsversorgung in Deutschland

Die Gesundheitsversorgung bildet zum einen die Umgebung, in der sich Kompetenzen für interprofessionelles Handeln in der Performanz zeigen, zum anderen konstituiert sie die Domain, aus der sich Kompetenzanforderungen an interprofessionelles Handeln erst ableiten lassen. Eine darauf bezogene und nur auf die Behandlung von Patient\*innen fokussierte Betrachtung greift zu kurz und bildet den Forschungskontext nicht vollumfänglich ab. Unerlässlich, um Steuerungsprozesse und Prioritäten in diesem Versorgungskontext zu verstehen, scheint System-



oder Gesundheitssystemkompetenz (vgl. Careum Stiftung, 2014, S. 27) und gesundheitspolitisches Orientierungswissen (vgl. Sottas et al., 2013, S. 15) vonnöten zu sein. Diese Bündelungsbegriffe umfassen neben der begrifflichen Ordnung Kenntnisse zu zentralen Aufgaben und Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung sowie Überschneidungen mit dem Wirtschafts- und Sozialsystem und berücksichtigen Kenntnisse zu den Konstrukten Gesundheit und Krankheit. Daran orientiert sich die Rahmung der Darstellung des Forschungskontextes.

Dem folgend geht es zunächst um die begriffliche Ordnung der – auf den ersten Blick – wenig trennscharfen Formulierungen Gesundheitssystem, -wesen und -wirtschaft in Abgrenzung zur -versorgung. Dazu werden mehrere Ansätze vergleichend aufgeführt und Arbeitsdefinitionen expliziert. In einem separaten Abschnitt erfolgt die Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Gesundheitsversorgung. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Themenstellung werden mehrere disziplinäre Perspektiven und Zugänge verfolgt. In der Zusammenschau zeigt sich die Bandbreite der Handlungsfelder, in denen es Gesundheitsberufe gibt oder mit denen jene Berührungspunkte haben. Entlang vorrangiger Versorgungsschwerpunkte werden wesentliche Eckdaten des Versorgungskontextes in Deutschland dargelegt. Daran zeigen sich zentrale Bedingungen der Berufspraxis der Gesundheitsberufe.

### 2.2.1 Begriffliche Ordnung: Gesundheitsversorgung, Gesundheitssystem, Gesundheitswesen

Um mit dem Gesundheitssystem in Berührung zu kommen, ist für viele Bürger\*innen die Gesundheitsversorgung eine bedeutsame Kontaktstelle, wie die Ergebnisse der - von der WHO beauftragten - europäischen Studie PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe, 2015) aufführt:

“For many citizens primary care is the first point of contact with their health care system, where most of their health needs are satisfied but also acting as the gate to the rest of the system. In that respect primary care plays a crucial role in how patients value health systems as responsive to their needs and expectations” (Kringos et al., S.30).

Assoziativ stehe das Gesundheitssystem allgemein für Krankenbehandlung und Heilung (vgl. Sottas, 2013, S. 5), auch wenn es damit auf wenig Teilaspekte reduziert werde. Damit wird – teils unbewusst – eine pathogenetische Sichtweise eingenommen, obwohl die Wortzusammensetzung – aus Gesundheit und Versorgung bzw. System – eigentlich eine Ausrichtung auf Gesundheit suggeriere. Wenig Beachtung erfährt das Wissen über Struktur und Funktionsweise des Gesundheitssystems in der alltäglichen Verwendung, das zum Verstehen beitrage und gleichzeitig eine hohe Anforderung sei, wie Simon (2017, S.11) in seinem Buch „Das Gesund-



heitssystem in Deutschland“ einleitend formuliert. Speziell für die Akteur\*innen in diesem System sei diese Sachkenntnis, von Sottas (2011, S.5) als Orientierungswissen betitelt, aber notwendig, da sie die Dynamik des Gesundheitssystems und seine Rahmenbedingungen, Überschneidungen mit dem Wirtschafts- und Sozialsystem ebenso umfasse wie Determinanten von Gesundheit und Krankheit. Um dieses Bewusstsein soll es im folgenden Abschnitt gehen. Einleitend wird das Gesundheitssystem skizziert und im Anschluss der Fokus auf die damit verknüpfte Versorgung gerichtet.

### *Gesundheitssystem*

Das Wort *Gesundheitssystem* wird häufig synonym zu *Gesundheitswesen* verwendet (vgl. Busse & Schreyögg, 2009, S.1; vgl. Haubrock, 2017, S.479). In der Vielzahl bestehender Lesarten divergiert das Verständnis von eng bis breit (vgl. Busse & Schreyögg, S.1). Greift eine traditionelle Auffassung eines Gesundheitswesens, in dem die persönliche Versorgung durch Heilberufe im Vordergrund steht (a. a. O.), zu kurz, so sind breitere Auslegungen konsensorientiert, aber wenig operationalisiert.

Um also einen „infiniten regress, d.h. man käme vor lauter Definieren nicht zur eigentlichen Forschung“ (Horlebein, 2009, S.12), zu vermeiden, wird auf der Basis fünf bereits genutzter Lesarten und Beschreibungen die Bedeutung des Ausdrucks eingegrenzt und zugleich präzisiert. Die resultierende Arbeitsdefinition als Explikationsversuch legt ein Verständnis für die sich anschließenden Abschnitte fest. Dabei sollen Struktur und Funktion des Gesundheitssystems Beachtung finden.

Verbreitet sind Sinndeutungen, die das Gesundheitssystem über Funktionsbereiche oder Ziele erklären. Konsentiert erscheinen dessen Funktionen, die ein Einwirken auf Gesundheit und Krankheit des Einzelnen oder der Bevölkerung vorsehen wie in der Festlegung von Klemperer (2015), der zufolge es alle gesellschaftlichen Aktivitäten mit dem primären Ziel, Krankheiten zu vermeiden und zu behandeln sowie die Gesundheit von Individuen und der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern (S. 248), umfasst. Inhaltlich ähnlich, nur knapper formuliert als „Gesamtheit des organisierten Handelns als Antwort auf das Auftreten von Krankheit und Behinderung und zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren“ (Busse und Schreyögg, 2009, S. 1), ist das Verständnis von Busse und Schreyögg (2009). Bislang weniger verbreitet und deshalb hervorzuheben, ist als weiterer Funktionsbereich die Wiedereingliederung in die soziale Teilhabe, den Haubrock (2018) in seinen Vorschlag integriert:



„Das Gesundheitssystem („health care system“) eines Landes umfasst alle Organisationen und Personen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe es ist, die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und die Wiedereingliederung in die soziale Teilhabe zu ermöglichen“ (S. 479).

Damit greift Haubrock (2018) eine aktuell bedeutsame Zieldimension auf, die im vorherrschenden bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit begründet, in der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO, 2005) (Abruf der deutschen Fassung: <https://www.bfarm.de>) klassifiziert und als Referenzklassifikation zur Bedarfsermittlung von Leistungsberechtigten gesetzlich verankert ist (SGB IX § 118). Vor dem Hintergrund der Aktualität und Bedeutsamkeit soll diese anvisierte Richtung neben den üblichen konsentierten Funktionsbereichen in die weiter unten folgende Arbeitsdefinition überführt werden.

Auch Grünberg (2014), in Anlehnung an Nagel (2007), bezieht sich auf die bereits genannten Funktionsmechanismen, verweist ergänzend aber auf die involvierten Akteur\*innen und deren Beziehungen. Auf ein eher systemorientiertes Verständnis deutet ihr Ansatz vom Gesundheitssystem als das gesellschaftliche Teilsystem, „welches alle individuellen und korporativen Akteure sowie deren Beziehungen und Funktionsmechanismen umfasst, die an der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung mitwirken“ (S. 174). Weiter erläutert sie, „dass das Gesundheitssystem von verschiedenen gesellschaftlichen Teilsystemen, wie dem Politik- und dem Wirtschaftssystem, nachhaltig beeinflusst wird“ (a. a. O.).

Wie hier angedeutet ist das Gesundheitssystem strukturell als ein Teil in das gesellschaftliche Gesamtkonzept eingebunden, womit eine wechselseitige Beeinflussung einhergeht. Innerhalb dieser strukturellen Zusammenhänge kommt dem Staat in aller Regel eine dominierende Rolle zu, indem er plant, finanziert und häufig selbst Aufwendungen erbringt, um Versorgungsleistungen bedarfs- und leistungsgerecht bereitzustellen (Schölkopf & Pressel, 2014, S. 1) (vgl. Abb. 2-3).

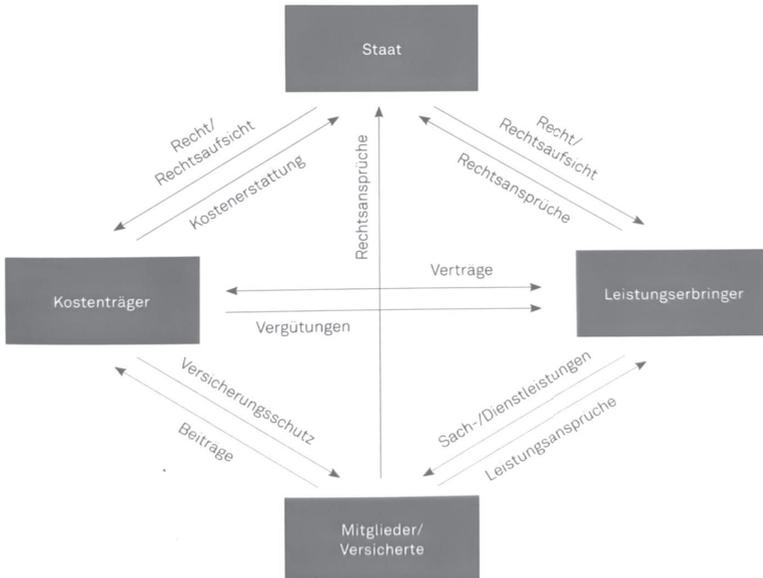


Abbildung 2-3: Die Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems  
Quelle: Simon, 2021, S.91.

Als ein Bereich zeigt sich das Gesundheitssystem selbst als eigenes vielschichtiges Ordnungsprinzip mit diversen Subsystemen. Zu diesen zählt die Gesundheitsversorgung, wie die Autoren der Studie „Building primary care in a changing Europe“ darlegen:

“Primary care can be conceived as a sub-system of the overall health care system, with a special focus on the facilitation of the access and utilization of coordinated services for the benefit of a population’s health” (Kringos et al., 2015, S. 13).

Eine andere Art struktureller Ordnung wählen Sottas et al. (2013) und gliedern das Gesundheitssystem in vier Aufgabenfelder für populations-, patienten-, organisationsbezogene und erkenntnisvermehrnde Aufgaben. In ihrem Entwurf seien die so definierten Aufgaben zwingend Gegenstand einer ganzheitlichen Gesundheitsbildungspolitik und stünden in gegenseitiger Abhängigkeit (S. 5). Als „overall health care system“ (Kringos et al., 2015, S. 13) wird diesem zusätzlich ein normativer Charakter zugewiesen, von Wendt (2013) beschrieben als „das institutionelle Versprechen in einer gesundheitlichen Krisensituation die notwendigen medizinischen



Hilfen zu erhalten und während der Krankheit gegen einen Verlust des Einkommens abgesichert zu sein“ (S.344). Anders ausgedrückt bildet es als Bedingungs- und Ermöglichungsgefüge den größten Rahmen für diverse Subsysteme.

### *Gesundheitssysteme – Ausgestaltung unter politischen und historischen Einflüssen*

Anders als die Begriffe Gesundheit, Gesundheitsversorgung und -wesen wird Gesundheitssystem im Plural verwendet – ein Hinweis darauf, dass es zu diesem verschiedene Formen der Ausgestaltung gibt. Auch wenn es in diesem Kapitel vorrangig um die Begriffsklärung geht, soll dies zum Anlass genommen werden, kurz darauf einzugehen, in welchen einflussnehmenden Zusammenhängen und unter welchen Einwirkungen sich diese unterschiedlich ausgestalten, aber gleichzeitig gleichen Prämissen folgen. Weitläufig gilt dies ebenso für die Gesundheitsversorgung, die als Teil des Systems genauso diesen Dynamiken unterliegt.

Gesundheitssysteme werden nicht von Fachleuten am Reißbrett entworfen, sondern entwickeln sich längerfristig und national unterschiedlich. Im Monitoring der Gesundheitssysteme und Politik (European Observatory on Health Systems and Policies; vgl <https://eurohealthobservatory.who.int>) zeigen sich teils gravierende Unterschiede im Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen, der Aufgabenverteilungen und der Finanzierung der damit verbundenen Leistungen. Eine Ursache sind die historisch gewachsenen Strukturen und Prägungen (vgl. Busse & Schreyögg, 2009, S. 2). Historisch-politischen Prozessen als Anhaltspunkt folgend wird häufig differenziert zwischen Ländern, deren Gesundheitssystem sich am Bismarck-Modell orientiert, und den Ländern, deren System am Beveridge-Modell ausgerichtet ist (a. a. O.).

Näher an der Realität, so argumentieren Schölkopf (2014), sei allerdings eine Strukturierung der Gesundheitssysteme in sechs Gruppen: Länder mit Sozialversicherungssystemen (z. B. Deutschland, Frankreich), einem Versicherungssystem mit Kopfpauschalen (Niederlande, Schweiz), mit nationalem (Großbritannien), regionalem (Spanien) oder kommunalem (Dänemark) Gesundheitsdienst und mit freiwilliger Privatversicherung und staatlicher Fürsorge (USA) (2014, S. 2 ff.). Die jeweilige Ausrichtung resultiert zusätzlich aus der aktuellen nationalen gesundheitspolitischen Orientierung. Diese Wandlungsfähigkeit gesundheitspolitischer Programmatik begründet Hensen (2011, S. 11) mit den zahlreichen Reformen der letzten Jahrzehnte im Umfeld der Gesundheits- und Sozialpolitik. Einflussnehmend sind ferner internationale Programmatiken, denen sich die Länder weltweit verpflichten, bei denen für Realisierungsstrategien kontinentale Zusammenschlüsse erfolgen.



Beispielhaft soll der Blick auf das gesundheitspolitische Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ im 21. Jahrhundert (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1998) gerichtet werden, u. a. wegen seiner thematischen Nähe zur Gesundheitsversorgung. Diese Vision wurde bereits während der Weltgesundheitsversammlung 1977 geboren, auf der Konferenz von Alma-Ata im Jahre 1978 konkretisiert und schließlich von der Weltgemeinschaft 1998 angenommen (ebd., S. 3). Zu deren Realisierung und an die Idee geknüpft, für den europäischen Raum ein „clearing-house on health care reforms“ zu errichten, bildete sich das „European Observatory on Health Systems and Policies“ (Azzopardi-Muscat, 2018, S.787). Nach 20 Jahren bezeichnet sich das Europäische Observatorium als „international knowledge brokers in this field. [...] [B]ased on a strong partnership of international agencies, national governments, decentralized authorities and research institutes. They are all committed to the idea of evidence-based policy-making for health“ (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, o. S.). Allerdings, so die Bewertung von Figueras und Voipio-Pulkki, sei die Überbrückung der Kluft zwischen Evidenzlage und politischer Umsetzung ein sehr komplexes Unterfangen (2018, S.3). Die Wissensvermittlung sei deshalb zu einem definierten Bestandteil der Arbeit der Informationsstelle geworden und bilde zusammen mit der Fortsetzung von Monitoring, Analysen und Evaluation den Auftrag für die nächsten 20 Jahre (a. a. O.). An diesem Beispiel wird die enge Verknüpfung zur Gesundheitspolitik – in der Funktion und Verantwortung zukunftsweisender und nachhaltiger Weichenstellung – deutlich, ohne explizit diese Materie weiter auszuführen.

Auf die strukturelle Wandelbarkeit und Möglichkeiten der Ausgestaltung des Gesundheitssystems verweist Hensen, indem er den Begriff *Gesundheitswesen* benutzt und als Umfeld charakterisiert, „in dem viele Vorstellungen und Gestaltungsprinzipien ihren Platz finden und das konstitutiv durch Wandel und gesellschaftliche Anpassung geprägt ist“ (2011, S.11).

Als ein zentrales Charakteristikum hebt Hensen Interdisziplinarität hervor:

„Das Gesundheitswesen ist interdisziplinär, weil sich berufliches Handeln nicht nebeneinander oder vor- und nachgelagert im Sinne eines multidisziplinären Vorgehens vollzieht, sondern mit Blick auf eine gemeinsame Zielsetzung das Zusammenspiel, d. h. die Einbindung und Nutzbarmachung der Wissensräume und Handlungsmuster der Akteure und Akteurinnen der unterschiedlichen Berufsgruppen notwendig macht; berufliches Handeln nach einem *Dazwischen* [Herv.i.O.] der jeweiligen fachwissenschaftlichen Bezugspunkte und Beruflichkeiten geradezu verlangt“ (Hensen, 2018, S.VI.)

### *Gesundheitswirtschaft*

Hergeleitet von der Wortzusammensetzung richtet sich die Gesundheitswirtschaft auf das Haushalten mit dem Gut Gesundheit, zu verstehen als die Gesamtheit an Einrichtungen und



Handlungen, die im Kontext mit den auf Gesundheit ausgerichteten ökonomischen Abläufen stehen. In enger Auslegung – mit Bezug zur griechischen Wortbedeutung von *oikonomia* – geht es darüber hinaus um die Haushaltsführung eines Staates mit seinen Ressourcen zum Zweck der Gesundheitsversorgung seiner Bürger\*innen.

Orientiert an einer Begriffsbestimmung der Nationalen Branchenkonferenz aus dem Jahr 2005 konstituiert die Gesundheitswirtschaft eine sogenannte Querschnittsbranche innerhalb der deutschen Volkswirtschaft, die „sinngemäß die Erstellung und Vermarktung von Waren und Dienstleistungen umfasst, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), 2021, S.6). Wird sich zwar häufig zunächst auf die auf Kuration ausgerichteten Wirtschaftszweige bezogen, so ist daneben oder darüber ein Gesundheitsmarkt entstanden, der in den letzten Jahren im Wachsen begriffen ist. Bereits 2006 verwies die Studie zum Gesundheitswesen der Zukunft im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) der Schweiz vom Gottlieb Duttweiler Institut (GDI) (vgl. Siegrist, 2006) darauf, dass durch den Paradigmenwechsel in der Gesundheit der neue Gesundheitsmarkt mit Fokus auf Prävention und die Erhaltung von Gesundheit als Katalysator für zusätzliches Wachstum funktioniere, Innovation fördere und einen Beitrag zur Verbesserung der Volksgesundheit leisten könne (S. 26 f.).

In Deutschland beliefen sich die Gesundheitsausgaben im Jahr 2019 auf rund 11,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Damit gehört Deutschland neben den Vereinigten Staaten, den Niederlanden, Schweden, Frankreich, Deutschland, Kanada und Japan zu den Ländern, die fast zehn Prozent oder mehr ihres Bruttoinlandsprodukts (BIP) für das Gesundheitswesen ausgeben (vgl. Destatis, 2022). Für den digitalen Gesundheitsmarkt wird bis 2025 ein Wachstum auf weltweit 979 Mrd. EUR prognostiziert (vgl. Bertelmann Stiftung, *Tech-Giganten im Gesundheitswesen*, 2022)

Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass Gesundheit und Krankheit zu einem großen und wichtigen umfassenden Markt geworden sind. Bisher hat sich dieser „grenzüberschreitend“ (Kickbusch, 2015, S. 17) zwischen Gesundheit und Krankheit bewegt. Die Studie „Wellness 2030“ des GDI (Bosshart & Kwiatkowski, 2018) weist jedoch darauf hin, dass in Zukunft die Grenzen zwischen Wellness und Gesundheit immer mehr verwischen werden. Damit mengen sich Fragen der Kauf- und Konsument\*innenentscheidung mit denen der Gesundheitsversorgung (a. a. O.) und der Mehrwert Gesundheit wird zunehmend zum Entscheidungskriterium für Konsument\*innen bei Waren und Dienstleistungen.



In der bereits erwähnten Studie zum Gesundheitswesen der Zukunft (2006) zeigte Siegrist auf, „dass unser Umgang mit Gesundheit und damit auch die Medizin sowie die entsprechenden Märkte vor einem Paradigmenwechsel stehen“ (S. 12). Indem die salutogenetische Perspektive in den Vordergrund rücke – und damit die Pathogenese abgelöst werde –, ergebe sich „für Anbieter mittelfristig eine Neubeurteilung ihrer Strategien, ihrem Marktfokus, ihrem Umgang mit Patienten wie Kunden sowie der Ausgestaltung von Prozessen“ (ebd., S. 81). Die hier angesprochene Wende deutet auf die sozialpsychologische Theorie der Salutogenese von Antonovsky (1979, 1996) hin. Sein Modell – als Antwort auf die beständige Kritik an der Perspektive des Gesundheitssystems – vereint eigene Beobachtungen, Ergebnisse der Stressforschung und das als salutogener Faktor postulierte Kohärenzgefühl ebenso wie eine neue Definition von Gesundheit und Krankheit. Im nächsten Schritt wird die Gesundheitsversorgung, deren Präzisierung und Abgrenzung erläutert.

### 2.2.2 Ebenen der Gesundheitsversorgung – eine interdisziplinäre Perspektive

Hinsichtlich des ersten Wortteils *Gesundheit* und an Antonovsky (1996) anknüpfend, ist zunächst festzuhalten, dass eine dichotome Einteilungslogik in die Zustände gesund oder krank abgelöst wird von einem Mehr oder Weniger an Gesundheit oder Krankheit, zwischen dem sich jeder Mensch bewegt. Der Zustand des Wohlbefindens bewegt sich mit vielen Zwischenstufen auf dem so betitelten HEDE-Kontinuum, gebildet aus den beiden Polen Gesundheit („health ease“) und Krankheit („dis-ease“):

„The salutogenic orientation has been proposed as providing a direction and focus, allowing the field to be committed to concern with the entire spectrum of health ease/dis-ease, to focus on salutary rather than risk factors, and always to see the entire person (or collective) rather than the disease (or disease rate) and the collaborator (Antonovsky, 1996, S.18)

In salutogenetischer Orientierung eröffnet sich ein breites Handlungsfeld der Gesundheitsversorgung. Je nach Sichtweise, Kontext oder Definition von Gesundheit und Krankheit setzen Akteure der Gesundheitsversorgung unterschiedliche Fokusse.

#### *Gesundheitsversorgung als Kontinuum*

Was heißt diese Graduierung von Gesundheit nun für die Gesundheitsversorgung? Wird Gesundheit als Fließgleichgewicht verstanden, dann ist implizit, dass Gesundheitsversorgung an jedem Punkt ansetzen kann und alle Zustände im Versorgungskontinuum umschließt. In verschiedenen aktuellen Veröffentlichungen der WHO wird der Umfang des Health Services beschrieben als



“broad continuum, from health protection, health promotion, disease prevention, diagnosis, management, treatment, long-term care, rehabilitation to palliative care can be provided according to an individual and the population’s need” (WHO-Europe, S.12)

Gesundheitsversorgung beinhaltet nicht nur die Umsorgung, also die gesamte bio-psycho-soziale Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von kranken Menschen. Ebenso umschließt sie nicht nur Formen individueller und kollektiver Prävention sowie die Förderung von Gesundheit. Ausgehend von individuellen und gesellschaftlichen Anliegen erstreckt sie sich über die gesamte Bandbreite der auf Gesundheit und Krankheit ausgerichteten Versorgungsleistungen.

Der Umfang dieses lückenlos Zusammenhängenden erschwert einerseits, ihre exakten Schwerpunkte zu bestimmen und einzugrenzen. Andererseits sensibilisiert diese erweiterte Sichtweise dafür, die Bemühungen um ein Mehr an Gesundheit gleichberechtigt neben Bestrebungen zur Vermeidung eines Mehr an Krankheit zu sehen und, diesen Gedanken weiterführend, danach zu fragen, wie sich das Aufgabenspektrum dadurch neu ausrichtet und welche Herausforderungen somit für die Akteur\*innen im Gesundheitswesen oder die\*den einzelne\*n Bürger\*in verbunden sind. Darüber hinaus stellt sich die Frage nach Einflussfaktoren, die auf Gesundheit und Krankheit einwirken und ein Hin- und Hergleiten auf dem Kontinuum bewirken.

Nach Definitionen suchend, offeriert der Duden (vgl. <https://www.duden.de>) den Vorschlag, den Terminus *Gesundheitsversorgung* mit *medizinischer Versorgung der Bevölkerung* gleichzusetzen. Diese auf den ersten Blick verständliche, abkürzende Definition verwendet allerdings sprachliche Formulierungen, die ihrerseits – zumindest im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs – wieder erläuterungsbedürftig oder auszulegen wären. Nicht nur die Frage nach inhaltlichen Merkmalen medizinischer Versorgung, sondern ebenso die angebotene Zuordnungsregel zwischen Gesundheitsversorgung und medizinischer Versorgung löst vermutlich einen fachwissenschaftlichen Diskurs aus. Diesen würden die Teilnehmer\*innen vermutlich schon bei einer einheitlichen und klaren Bedeutungsvorstellung des Wortbausteins *Gesundheit* im Definendum beginnen.<sup>2</sup>

Die weitere Annäherung an den Begriff über das Konturieren des Wortteils *Versorgung* zeigt, dass dieser laut Duden „das Versorgen mit etwas“, „Behandlung“ und „das Versorgen“ meint. Das gesamte Ausmaß zwischen aktivem Einbringen und passivem Empfangen sowie Mischformen scheint eingeschlossen zu sein. Es ist demgemäß naheliegend, danach zu fragen, welche

---

<sup>2</sup> Eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Gesundheit erfolgt in Kapitel 3.2.1.



Art der Versorgung mit der Zusammensetzung *Gesundheits-Versorgung* (primär) angesprochen wird oder werden soll. Nach Auffassung der Autorin lassen sich entlang der Zuschreibungsmöglichkeiten über den zweiten Wortbestandteil unterschiedliche Perspektiven aus diesem Bereich einnehmen (vgl. Abb.2-4):

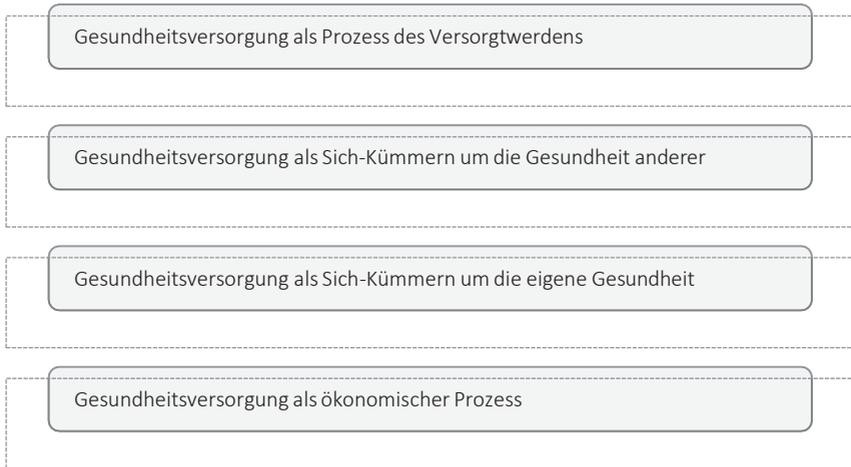


Abbildung 2-4: Versorgungsperspektiven  
Quelle: Eigene Darstellung.

Die so unterteilten Versorgungsperspektiven verdeutlichen zum einen die Mehrdimensionalität, die der Akt des (Ver-)Sorgens markiert. Hensen spricht von einer „Vielgestaltigkeit gesundheitlicher Versorgung“ (2011, S. 11), die sich stets als neue Option im Wechselspiel von Empfänger und Versorger in den verschiedenen Einrichtungen zeige. Zum anderen offenbare sich ein Nebeneinander der gesundheitsökonomischen und -theoretischen Perspektive und damit verbunden ein optionaler theoretischer Zugang zum vorgenannten Gegenstand.

#### *„The System framework of Primary Care“ – Verortung verschiedener Versorgungsaspekte*

Nach einem gesundheitstheoretischen Rahmen suchend, in dem sich die aufgezeigten Versorgungsperspektiven verorten lassen, erweist sich „The System framework of Primary Care“ (Kringos et al., 2015) als geeignet. Dieser wurde in der ländervergleichenden Studie „Building primary care in a changing Europe“ im Auftrag der WHO entwickelt (ebd., S. 33). Ursprünglich im Kreis der Operationalisierung extrahiert, ermöglichen die Dimensionen des Frameworks, die inhaltliche Merkmalsbreite der Gesundheitsversorgung zu erfassen und über die häufig sehr allgemeinen Charakterisierungen hinauszugelangen.



## Ein systembezogener Rahmen primärer Gesundheitsversorgung

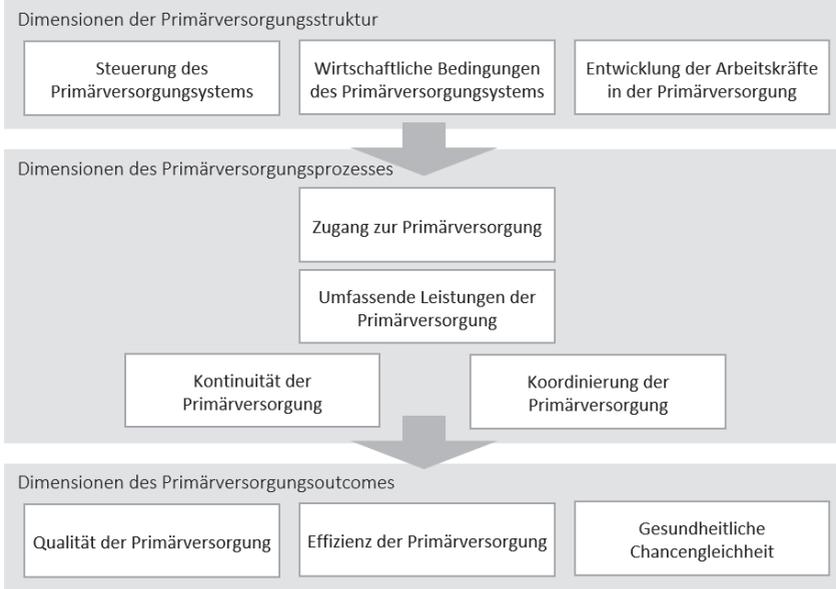


Abbildung 2-5: Ein systembezogener Rahmen primärer Gesundheitsversorgung

Quelle: Eigene Darstellung und Übersetzung in Anlehnung an Kringos et al., 2015, S.70.

Basierend auf den Ergebnissen eines systematischen Reviews von Kringos et al. (2015) wurde die Grundversorgung in zehn wesentliche Dimensionen unterteilt, die wiederum den drei Ebenen Struktur, Prozess und Outcome zugeteilt wurden (ebd., S. 33). Die Erläuterungen im Studienreport beachtend umfassen die Strukturdimensionen die Grundvoraussetzungen, die ein reibungsloses Funktionieren der Grundversorgung ermöglichen. Zu diesen zählen relevante Richtlinien und Vorschriften des Gesundheitssystems ebenso wie die Verfügbarkeit von finanziellen, personellen und materiellen Ressourcen. Hier ist aus Sicht der Autorin die Versorgungsperspektive *Prozess des Versorgtwerdens* mit bereitgestellten Passiva erkennbar.

Die als Prozess zusammengefassten Dimensionen konzentrieren sich auf wesentliche Punkte der Leistungserbringung in der Grundversorgung. Hierzu zählen in der Studie Breite und Umfang des Leistungspakets (*Comprehensiveness*), Zugang der Patient\*innen zu den Leistungen (*Access*) und die Funktionen der Kontinuität und Koordinierung der Versorgung. Der Zugang zu Leistungen kann durch die Entfernung der Leistungserbringer, die Organisation der Praxis (z. B. Terminvereinbarung, Nachsorge, Hausbesuche) und finanzielle Hindernisse wie z. B. Zuzahlun-



gen variieren (ebd., S. 67). Die Dimension Kontinuität umfasst Beziehungs- und Managementkontinuität (a. a. O.). Darunter wird die langfristige, über bestimmte Krankheitsperioden hinausgehende Beziehung zwischen Patient\*innen und einem Leistungserbringer verstanden, wobei die Qualität „in terms of accommodation of patients’ needs and preferences, such as communication and respect for patients, determine relationship continuity“ (ebd., S. 77). Verbunden mit dem Ziel, die medizinischen Informationen der\*des Patient\*in jedem Leistungserbringer organisiert zur Verfügung zu stellen, der sich um eben diese Person kümmert, beinhaltet die Managementkontinuität Koordination und Teamarbeit sowohl zwischen den Betreuer\*innen als auch über Unternehmensgrenzen hinweg (a. a. O.).

Die Dimension Koordination bezieht sich auf alle koordinativen Aufgaben einschließlich Abstimmung in der Grundversorgung, der Beiträge von Fachärzt\*innen und mit der öffentlichen Gesundheit. Hausärzten komme dabei eine wichtige Rolle zu, denn „Lack of coordination of specialist care can lead to unnecessary costs, duplication of services and higher risk of medical errors“ (ebd., S. 82). Diese Prozessdimensionen implizieren die Versorgungsperspektive der Dienstleistung, des Sich-Kümmerns um die Gesundheit anderer. Die Ebene tangiert vor allem Health Professionals, weitere Berufsgruppen und die Patient\*innen als Rezipient\*innen.

Auf die\*den Patient\*in schauend, ist zu ergänzen, dass ihre\*seine individuellen Kompetenzen und Lebensbedingungen u. a. darauf einwirken, wie leicht oder schwer zugänglich und verständlich Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung sind. Diese Art Einflussnahme wird unter dem Konstrukt Gesundheitskompetenz (Health Literacy) subsumiert und evaluiert, allerdings wird dies im Framework nicht explizit hervorgehoben. Vielmehr stand im Fokus, die Erreichbarkeit medizinischer Angebote zu messen, die unabhängig von der individuellen Kompetenzausstattung ist und unter dem Outcome-Parameter *Equality in Access* gefasst wird.

“The extent to which access to primary care services is provided on the basis of health needs, without systematic differences on the basis of individual or social characteristics, indicates the level of equality in access that is achieved“ (ebd., S. 68).

Zu den weiteren Outcome-Dimensionen zählen Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und Effizienz. In der erwähnten Analyse wurden die ausgewählten Länder zunächst hinsichtlich der adäquaten Nutzung ihrer Struktur der Grundversorgung für die Erbringung von Grundversorgungsleistungen verglichen und daraufhin, wie effizient die Qualität der Versorgung war (ebd., S. 112).



Somit eröffnet sich eine weitere Gesundheitsversorgungsperspektive, die in der erstellten Auflistung bisher nicht bedacht und zu ergänzen ist: Gesundheitsversorgung als Outcome politischer, gesellschaftlicher, wirtschaftlicher und gesundheitsprofessioneller Bemühungen.

Wie einleitend angemerkt, lassen sich die verschiedenen Versorgungsperspektiven in den Struktur-, Prozess- und Outcome-Dimensionen des Frameworks verorten. Für die ländervergleichende Studie konnten auf deren Basis Differenzen herausgearbeitet und bemessen werden. Da es im Rahmen dieser Arbeit im Hinblick auf das Thema Interprofessionelle Kompetenz in der Gesundheitsversorgung um die Darstellung der Vielschichtigkeit der Gesundheitsversorgung auf den verschiedenen Ebenen geht, soll anstelle aller Dimensionen mit der reduzierten Anzahl an Versorgungsperspektiven gearbeitet werden. Das geschieht im Bewusstsein der differenzierenden Struktur-, Prozess- und Outcome-Dimensionen.

#### *Einteilungssystematiken der Gesundheitsversorgung – gesundheitsökonomische Perspektive*

Bei der Recherche nach statistischen Daten zur Gesundheitsversorgung in Deutschland sind weitere Einteilungssystematiken zu entdecken – häufig gesundheitsökonomische Zugänge zu deren Erfassung –, die im Folgenden kurz dargelegt werden.

Die Aufschlüsselung der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) und Gesundheitspersonalrechnung (GPR) des Statistischen Bundesamts, die sich wiederum am „System of Health Accounts“ der OECD und der Systematik der „Health Labor Accounts“ des Statistischen Amtes der EU (Eurostat) orientiert (StBA, 2011a, 2011b), systematisiert die für die Gesundheitsversorgung bereitgestellten Mittel. Die Einteilung erfolgt in institutionelle, sachliche und personelle Ressourcen, die ein Spektrum zur Gesunderhaltung des Einzelnen und der Bevölkerung in Deutschland bilden.

Ähnlich zeigt sich die Einteilung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Neben der ambulanten, teil- und stationären Gesundheitsversorgung zählen hier die Teilsysteme Gesundheitsschutz und -förderung, Industrie, Forschung und Verwaltung zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Diese Aufgabenvielfalt spiegelt sich ebenso in dem dafür verwendeten Begriff *Health Care* wider, definiert als „systems of individual arrangements and social institutions through which health services of a personal nature are provided, organized, financed and controlled“ (Myers, 1986, zitiert nach Busse & Schreyögg, S. 1). Gesundheitliche Versorgung unterliegt keinem einheitlichen Prinzip und findet nicht auf isolierten Pfaden statt. Vielmehr



zeigt sich eine Verflechtung in einem vielschichtigen Gebilde. Während in den bisherigen Ausführungen die qualitativ inhaltlichen Aspekte im Vordergrund standen, liegt der Schwerpunkt der folgenden Darlegung auf den quantifizierbaren Dimensionen.

### 2.2.3 Bedingungsgeflecht quantitativ

Soll Gesundheitsversorgung in ihrer umfassenden Tragweite erfasst und verstanden werden, ist es notwendig, den Blick auf die quantifizierbaren Fakten zu richten, die diese bedingen oder die durch sie hervorgebracht werden. Auf ihren verschiedenen Ebenen werden Leistungen für die Gesundheit der Bevölkerung und des individuellen Gesundheitszustands erbracht, entweder in Form personaler Dienstleistungen, wie z. B. die physiotherapeutische Behandlung nach einer Sportverletzung, oder Sachmittel, wie z. B. Hilfsmittel und Medikamente, die entwickelt, produziert oder gehandelt werden. Unverzichtbar sind zudem institutionelle und personengebundene Ressourcen.

Im folgenden Abschnitt sollen anhand aktueller Daten und Zahlen relevante Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland skizziert werden. Hier sind die unter 2.2.2. herausgearbeiteten Versorgungsperspektiven strukturgebend.

Nicht am Vollständigkeitsanspruch orientiert, sondern dem Prinzip der Exemplarität folgend wurde zur Darlegung der Rahmenbedingungen folgende Zuordnung gewählt (vgl. Abb. 2-6):

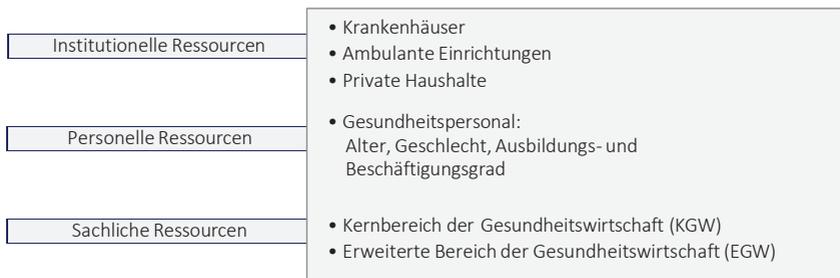


Abbildung 2-6: Ressourcenspektrum der Gesundheitsversorgung

Quelle: Eigene Darstellung.

Für den Prozess des Versorgtwerdens werden *institutionelle Ressourcen*, also Einrichtungen bzw. Institutionen, die diese Aufgabe erfüllen, aufgeführt. Sich um die Gesundheit anderer kümmern steht in Verbindung mit dem verfügbaren Personal, so dass dies unter dem Punkt *personelle Ressourcen* dargelegt wird. Ökonomische Prozesse zählen weitläufig zur Gesundheitswirtschaft, womit *sachliche Ressourcen* wie auch Merkmale der Gesundheitswirtschaft



den Schwerpunkt im dritten Abschnitt bilden. Steht das Sich-um-die-eigene-Gesundheit-Kümmern im Zentrum, lässt sich eine Verbindung zum Konstrukt *Gesundheitskompetenz* allgemein und zu Erkenntnissen zur Gesundheitskompetenz in Deutschland im Speziellen herstellen.

### *Institutionelle Ressourcen*

Erbringt eine Institution als Betrieb, Amt oder Dienststelle Leistungen des Gesundheitswesens, wird sie laut Statistischem Bundesamt „Einrichtungen im Gesundheitswesen“ (Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1998, o. S.) genannt und zwar unbeschadet der Zweckbestimmung, Trägerschaft, Organisation oder Rechtsform. Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) in Deutschland – nach dem international verwendeten *System of Health Accounts (SHA)* – inkludiert zur Erfassung sämtlicher gesundheitsrelevanter Ausgaben auf institutioneller Ebene alle potenziellen Träger, „unabhängig davon, ob sie von der gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung, anderen Versicherungssystemen oder von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden müssen“ (vgl. Methodenpapier, Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4).

Der Statistik zu ausgewählten Strukturdaten des deutschen Gesundheitswesens im Jahr 2018 – bzw. wenn verfügbar für 2020 - (vgl. Destatis, 2020, Statista, 2019) ist zu entnehmen, welche zentralen Einrichtungen mit welcher Anzahl vorhanden sind (vgl. Tab. 2-2).

Einrichtung	Anzahl
Medizinische Dienste der Krankenkassen (MDK)	15
MDK-Beratungsstellen	135
gesetzliche Krankenkassen	110
vertragsärztliche/psychol.-psychotherap. Einrichtungen (Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften, med. Versorgungszentren)	101.932
Krankenhäuser	1.903 (2020)
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	1.149
zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen	13.596
zugelassene ambulante Pflegedienste	13.323
öffentliche Apotheken (zur Versorgung im ambulanten Bereich)	19.123

Tabelle 2-2: Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Strukturdaten des deutschen Gesundheitswesens, Statista, 2019.



Mit einer Gesamtzahl von 151.334 – errechnet aus den in der Tabelle aufgeführten Basisdaten – bilden diese Organisationen eine wichtige Ressource, das Spektrum der integrierten Institutionen ist breit gefächert. Neue Versorgungsmodelle und Einrichtungsformen werden diskutiert. In der von der Robert Bosch Stiftung beauftragten Studie „Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann“ (Nolting, 2021) werden Modellrechnungen hinsichtlich des Nutzens von sogenannten Gesundheitszentren, die nach dem Konzept „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ (Robert Bosch Stiftung, 2017) arbeiten, durchgeführt. Den Ergebnissen zufolge „könnte mit 1.000 Standorten ein deutschlandweit flächendeckendes Angebot an Gesundheitszentren, die nach dem PORT-Konzept arbeiten, realisiert werden“ (ebd., S.8). Damit könnte eine Versorgungslücke geschlossen werden, die sich nach der präsentierten Prognoserechnung so zeigt,

„dass im Jahr 2035 etwa 11.000 Hausarztstellen unbesetzt und fast ein Fünftel der Kreise hausärztlich unterversorgt sein (Versorgungsgrad < 75 %) [werden]. Ein weiteres Fünftel der Kreise wird sich 2035 nahe der hausärztlichen Unterversorgung bewegen (Versorgungsgrad 75 % bis 80 %)“ (a.a.O.)

Folgend werden beispielhaft einige Bereiche, in denen eine große Anzahl der Gesundheitsberufe vorzufinden sind, näher beleuchtet. Die Dynamik und der Wandel sollen aufgezeigt und weniger eine nach Vollständigkeit strebende Zusammenschau aller institutionellen Rahmenbedingungen geboten werden, was dem Ziel dieses Kapitels nicht dienlich wäre. Die Skizzierung der Umstände folgt den Oberpunkten Krankenhäuser, ambulante Einrichtungen, Pflegedienste und private Haushalte.

### *Krankenhäuser*

Eine Verlaufsbetrachtung der Anzahl an Krankenhäusern insgesamt zeigt im 10-Jahresfenster von 2010 bis 2020 einen sinkenden Wert um 7,8 % – 155 Häuser –, was eine Reduzierung der verfügbaren Betten um 3,0 % bedeutet und sich in fast 15 Tsd. Betten bemerkbar macht (vgl. Statistisches Bundesamt (StBA), 2022, S.10). Verursacht durch Schließungen oder Fusionierungen sind von diesem Abwärtstrend öffentliche und freigemeinnützige Häuser betroffen, die privaten hingegen verzeichnen bei beiden Kennziffern positive Entwicklungen im zweistelligen Bereich (Krankenhäuser + 7,8 %, Betten + 14,2 %).

### *Ambulante Einrichtungen als Arbeitsorte vieler Gesundheitsfachberufe*

Zu den ambulanten Einrichtungen des Gesundheitssystems in Deutschland gehören laut Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamts diejenigen, die die ambulante Gesundheitsversorgung der Gesellschaft sicherstellen, dazu zählen: Arzt- und Zahnarztpraxen,



Praxen der sonstigen medizinischen Berufe, Betriebe des Gesundheitshandwerks, Apotheken und der Einzelhandel. Da in diesem Kontext absolute Zahlen wenig aussagekräftig erscheinen, soll dargestellt werden, welchen Stellenwert ambulante Einrichtungen als Arbeitsstätte haben. Dazu wird anhand ausgewählter Gesundheitsberufe dargelegt, wie hoch die Zahl der in diesem Sektor arbeitenden Personen ist. Die Daten der folgenden Tabelle sind als Vollzeitäquivalente ausgewiesen und geben die Anzahl der auf die volle vertragliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten an.

Tabelle 2-3: Gesundheitspersonal Verteilung auf ausgewählte Einrichtungen  
Quelle: Eigenen Darstellung, Daten: Destatis, 2022.

Gesundheitspersonal in Deutschland nach ausgewählten Einrichtungen im Jahr 2020 in Tausend	
Verteilung auf ausgewählte Einrichtungen der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung <sup>3</sup>	
Krankenhäuser	1229
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	119
Stationäre/teilstationäre Pflege	754
Verteilung auf ausgewählte Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung <sup>4</sup>	
Arztpraxen	710
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	540
Ambulante Pflege	418
Rettungsdienste	78
Gesamt	5837

Die Gesundheitsfachberufe sind - wie Tab. 2-3 zeigt - zu unterschiedlichen Anteilen in ambulanten und stationären Einrichtungen zu finden. Das quantitative Gesamtbild über die Anzahl und Verteilung der Beschäftigten auf die Einrichtungen zeigt, dass der stationäre/ teilstationäre

<sup>3</sup> Einrichtungen der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung umfassen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege.

<sup>4</sup> Hierunter fallen neben Praxen auch Apotheken und der Einzelhandel, die die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen. Des Weiteren gehören hierzu die Einrichtungen der ambulanten Pflege (vgl. Destatis, 2022)



Bereich weiter der zahlenmäßig stärkste Bereich ist. Der ambulante Bereich verzeichnet den größten Zuwachs an Gesundheitspersonal. Die Arztpraxen mit einem Anteil von 13 % und die Praxen weitere Gesundheitsberufe mit 9,3 % binden zusammen ca. so viel Gesundheitspersonal wie die Krankenhäuser mit einem Anteil von 21%. Im Bereich der ambulanten Pflege sind 418.00 Personen tätig und damit 233.000 mehr als im Vergleichsjahr 2010. Der stärkste Anstieg ist für Praxen sonstiger medizinischer Berufe zu verzeichnen (+294.000).

#### *Private Haushalte – Orte ambulanter Pflege*

Der zum Kapiteleinstieg genannte Gesamtwert der zur Gesundheitsversorgung bereitgestellten Einrichtungen (vgl. Tabelle 2-2) müsste deutlich nach oben korrigiert werden, wenn die Gruppe „sonstige Einrichtungen“ (GAR) und aus dieser die privaten Haushalte in die Berechnung einbezogen würden. Verbunden mit dem Ziel, dazu eine Schätzgröße zu erhalten, ist zu fragen, in wie vielen Haushalten eine Pflegeleistung erbracht und in welchem Umfang sie geleistet wird.

Laut Statistischem Bundesamt (Destatis, 2022) erreichte die Anzahl pflegebedürftiger Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) im Dezember 2019 in Deutschland 4,13 Millionen. Im Vergleich zu den Daten von Dezember 2017 nahm dieser Wert um 0,72 Millionen Pflegebedürftige (+ 21,2 %) drastisch zu. Der überdurchschnittliche Anstieg der Zahlen lässt sich auf die Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab dem 01.01.2017 zurückzuführen (o. S.). Fünf Pflegegrade ersetzen die bisherigen drei Pflegestufen. Nach diesen werden Betroffene durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung je nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit eingestuft. Ziel ist es, Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz möglichst lange ein Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen und durch Zahlung von Pflegegeld oder -sachleistungen zu unterstützen. Dadurch liegt ein Sondereffekt vor (vgl. Destatis, 2022).

Deutlich höher ist die Zahl der Leistungsbezieher, die zu Hause gepflegt werden. Waren es 2017 etwa 76 %, lag 2019 der Anteil mit 3,31 Millionen bei 80% (Destatis, Pflegestatistik, 2022). Zur Bestimmung der Zahl der Laienpflegepersonen in privaten Haushalten bietet diejenige der Leistungsempfänger von Pflegegeld einen wichtigen Anhaltspunkt. Bedingt durch die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit erhielten 1.933.000 Betroffene im Jahr 2020 ausschließlich Pflegegeld, welches alleinig selbstbestimmt für die Pflege im häuslichen Umfeld durch Angehörige oder Bekannte eingesetzt wird (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021, Barmer-Pflegereport, 2021, S. 59). Die Zahlen geben Anlass, die informelle Pflege als eine zentrale Komponente im deut-



schen Pflegesystem hervorzuheben (Geyer & Schulz, 2014, S. 294) und die pflegenden Angehörigen als „Deutschlands größten Pflegedienst“ zu betiteln (RKI, 2015, o.S.). Weitere 0,82 Millionen Pflegebedürftige erhielten Pflegesachleistungen – als alternative Leistungsart – und wurden zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste gepflegt (a.a.O.). Häufig erfolgt die Versorgung als Kombinationsleistung aus privater häuslicher Pflege und Unterstützung durch einen Pflegedienst. Laienpfleger werden durch den Pflegedienst entlastet, ergänzen aber wiederum dessen Arbeit, welche den Betroffenen nur temporär zur Verfügung steht. Geyer und Schulz (Geyer & Schulz, 2014) merken ergänzend an, dass „eine relativ große Zahl von Personen [hinzukommt], die die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung nicht erfüllen, aber auf Pflege und Hilfe angewiesen“ seien und „ebenfalls in den eigenen vier Wänden gepflegt und versorgt“ (S. 294) würden.

#### *Personelle Ressourcen – Eckdaten der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen*

Wenn eine Einrichtung im Gesundheitswesen eine Leistung erbringen will oder muss, benötigt sie ausreichend Personal. Bedingt durch den ausgeprägten Dienstleistungscharakter stellt hier die menschliche Arbeitskraft eine zentrale Ressource. Das Spektrum an Berufsgruppen, die an der „Vielgestaltigkeit gesundheitlicher Versorgung“ (Hensen, 2011, S. 11) täglich in Deutschland mitwirken, ist breit.

Seit 2011 hat die Gesundheitswirtschaft mehr als eine Millionen Stellen geschaffen und gilt als „Jobmotor“ (BMWi, 2021, S. 6). Gemäß Angaben des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) stellt das Gesundheitswesen mit einem Volumen von rund 7,4 Millionen Arbeitsplätzen mittlerweile jede\*r 6. Erwerbstätige\*n in Deutschland einen Arbeitsplatz (vgl. BMWi, 2021, S. 6). Diesen Angaben des BMWi liegt ein weitgefasstes Personalspektrum zugrunde, das gleichfalls die Sparten Wellness, Gesundheitstourismus etc. aus der Gruppe der „weiteren Teilbereiche“ (ebd., S.21) inkludiert.

Die Arbeitsplätze verteilen sich auf die medizinische Versorgung (66,2 %), industrielle Gesundheitswirtschaft (13,5 %) und weitere Teilbereiche (20,3 %) (ebd., S.53). Trotz sinkender Anzahl an Krankenhäusern nimmt die der dortigen Ärzt\*innen insgesamt mit einem durchschnittlichen Wachstum von 3,1 % p. a. seit 2010 zu (einschließlich Ärzt\*innen im Praktikum). Ein möglicher Erklärungsansatz für die höhere Personaldichte liegt in der fortschreitenden Spezialisierung (ebd., 2021, S. 34). Beachtlich ist das durchschnittliche Wachstum des Frauenanteils bei hauptamtlich Tätigen von 4,5 % p. a. im Vergleich zu 2,5 % p. a. bei den Männern. Parallel ist der Teilzeitanteil zwischen 2010 und 2019 von 17,0 % auf nunmehr 27,0% gewachsen (ebd., 2021,



S. 34). Die Zahl der Erwerbstätigen in Krankenhäusern stieg kontinuierlich seit 2010 um 0,1 Millionen Personen (+ 1,5 % p. a.) an (vgl. BMWi, 2018, S. 31).

Eine Verlaufsbeobachtung der Statistik von 2016 im Vergleich zu 2012 legt offen, dass medizinische Berufe wie Physio- oder Ergotherapeut\*innen einen deutlichen Zuwachs erfuhren. Deren Zahl wuchs um 27.000 (+ 10,2 %). Weniger stark ist das Wachstum (+7,9 %), wenn nur die Daten der Vollzeitbeschäftigten einbezogen werden (+15.000 (Vollzeitäquivalente)). Dies verdeutlicht, dass sich die Ergo- und Physiotherapie in die steigenden Beschäftigungstrends einreicht, wobei der Anteil der Physiotherapeut\*innen mit 234.000 Beschäftigten fast viermal so hoch ist wie die Zahl der Ergotherapeut\*innen. Die Zahl ausländischer Berufsabschlüsse fokussierend wurden im Jahr 2021 bundesweit 5% mehr im Ausland erworbene berufliche Abschlüsse anerkannt als im Jahr 2022 (vgl. Destatis, 2022). Davon waren rund zwei Drittel im Bereich der medizinischen Gesundheitsberufe zu verzeichnen.

Mit Blick auf das Alter des Gesundheitspersonals ist der Anteil der Altersgruppe 60 und mehr Jahre mit 14% ca. so groß wie der Anteil der Altersgruppe unter 30 Jahren mit 15% (Datenbasis, Destatis, 2022). Die Verteilung der Altersgruppen zeigt, dass 64% der Beschäftigten im Gesundheitssektor über 40 sind (a.a.O.). Die Berufe werden überwiegend von Frauen ausgeübt. Von den ca. 5,8 Millionen Beschäftigten waren im Jahr 2020 24,8% Männer (Datenbasis, Destatis, 2022). Im Hinblick auf Ausbildung und Nachwuchs ist die Frage der Prognose der Personalentwicklung entscheidend.

#### *Sachliche Ressourcen – Ausgaben nach Leistungsarten*

Durch das System einer umfassenden Gesundheitsversorgung entstehen hohe Kosten an Aufwendungen. Der Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am BIP lag 2019 in Deutschland bei 11,7 und damit 1,1 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der Länderauswahl (10,6 %). Nur die USA (17,0 %) Schweiz (12,1 %) haben einen höheren Anteil am BIP. Der USA-Anteil ist fast 1,6-mal so hoch wie der Länderdurchschnitt (vgl. OECD. Stat, Darstellung: WifOR, in: BMWi, 2021, S. 24). Ist heutzutage von Gesundheitsausgaben die Rede, sind vorrangig diejenigen für Krankheit, d. h. für den kurativen Bereich des Gesundheitswesens, gemeint. Daneben ist in den letzten Jahren ein sogenannter Gesundheitsmarkt entstanden, der im Wachsen begriffen ist. Diese Erweiterung des Marktes bildet sich gleichzeitig in der Berichterstattung zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR) in Deutschland ab. Neben dem traditionellen Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (KGW), der sieben Branchen aus den Zweigen medizinische Versorgung und industrielle Gesundheitswirtschaft umfasst, werden die übrigen unter dem



Oberbegriff „Erweiterter Bereich der Gesundheitswirtschaft (EGW)“ (vgl. ebd., S. 21) aufgelistet. Wie Abbildung 2-7 zeigt, zählen dazu Waren zur eigenständigen Gesundheitsversorgung, Sport-, Wellness- und Tourismusdienstleistungen, sonstige Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft, Investitionen und E-Health (a.a.O.). Der traditionelle Bereich inkludiert die Gütergruppen Humanarzneimittel, Medizinprodukte und medizintechnische Großgeräte, Krankenkassenversicherungen und öffentliche Verwaltung, Dienstleistungen stationärer und nichtstationärer Einrichtungen, Groß- und Einzelhandelsleistungen.



Abbildung 2-7: Kernbereich (KGW) und Erweiterter Bereich (EGW) der Gesundheitswirtschaft  
Quelle: Adaptiert aus BMWi, 2021, S. 21.

Beide Komplexe, so bestätigen die Ergebnisse der GGR für Deutschland für das Jahr 2020 (vgl. BMWi, 2021), sind von hoher und zunehmend wichtiger Relevanz für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung der deutschen Volkswirtschaft. Gemäß aktuellen Berechnungen (2020) sind der deutschen Gesundheitswirtschaft rund 12,1 % des BIP zuzuschreiben und 8,8 % der gesamtdeutschen Exporte (vgl. BMWi, 2021, S. 2ff.).

Die Wertschöpfungsquote der Gesundheitswirtschaft (das Verhältnis von Bruttowertschöpfung zu Produktionswert) liegt bei über 58 %. Das ist ein im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überdurchschnittlicher Wert (ebd., S. 11). Beachtlich sind die Ausstrahleffekte der Gesundheitswirtschaft auf die Bruttowertschöpfung in der deutschen Gesamtwirtschaft. Die Verflechtung mit Akteur\*innen aus anderen Wirtschaftsbereichen führt durch indirekte und induzierte Effekte dazu, dass mit jedem Euro Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft 0,77 Euro zusätzliche Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft einhergehen (ebd., S.13).



### *Der erweiterte Bereich der Gesundheitswirtschaft*

Die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft von insgesamt 364,5 Milliarden Euro wird zu einem Großteil (53,9 %) durch die medizinische Versorgung der Bevölkerung erzielt. Die Gesundheitsindustrie liegt anteilig mit 20,6 % (75,2 Milliarden Euro) hinter dem EGW mit 25,5 % (92,8 Milliarden Euro) (ebd., 2021, S. 7). Sowohl der Kern- als auch der erweiterte Bereich der Gesundheitswirtschaft wachsen stetig, wobei aktuell letzterer eine stärkere Zunahme verzeichnet als ersterer (ebd., S. 20). Vor dem Hintergrund dieser Befunde soll im Verlauf differenzierter auf den EGW eingegangen werden. Der Zuwachs bedingt einen zunehmenden Anstieg individuell finanzierter Leistungen. Auch wenn die kollektiv finanzierten Leistungen (z. B. über die Versicherungssysteme) im Kernbereich mit 327 Milliarden EUR nach wie vor das größte Volumen ausmachen (BMW, 2021, S. 20), sind individuell finanzierte Gesundheitsleistungen im Erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft der größte Wachstumstreiber (+41 Milliarden EUR) (a.a.O.). Beachtenswerterweise wächst ebendieser nicht traditionelle Bereich (EGW) seit 2011 mit 6,3% (ebd., S. 22) stärker als der KGW. Als aufschlussreich für eine genauere Betrachtung erweisen sich, wie im Glossar der GGR (BMW, 2021) der EGW definiert wird,

„Der Erweiterte Bereich der Gesundheitswirtschaft (EGW) umfasst Waren und Dienstleistungen, die nicht in den Kernbereich fallen, jedoch einen objektiven Gesundheitsnutzen besitzen und aufgrund einer subjektiven Kaufentscheidung in Hinblick auf Gesundheit erworben werden. Darüber hinaus fallen in den Erweiterten Bereich Waren und Dienstleistungen, die nicht als direkter Teil der Gesundheitswirtschaft betrachtet werden, die jedoch eine maßgebliche Rolle spielen für das Funktionieren der Gesundheitswirtschaft bzw. der gesundheitlichen Versorgung. Hierzu gehören beispielsweise Leistungen von Unternehmensberatungen für Krankenhäuser, Investitionen wie Forschung und Entwicklung, Ausbildung zu Gesundheitsberufen oder auch Bauinvestitionen“ (S. 87 f.).

### 2.3 Interprofessionalität- Zieldimension in Ausbildung- und Versorgungspraxis

Das Forschungsinteresse weitet sich, begründet vor dem Hintergrund gesundheitsbezogener Studiengänge, auf den Aspekt der Interprofessionalität bzw. Interdisziplinarität aus. Dies geschieht aus zwei Gründen: Zum einen sind einige der noch jungen gesundheitsbezogenen Studiengänge per se interdisziplinär konzipiert, wie beispielsweise die Studiengänge Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management (B.Sc.) (Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg)) (<https://www.haw-hamburg.de>), Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung (B.Sc.) (Steinbeis Business Academy (SBA)) (<https://www.steinbeis-academy.de>), Interdisziplinäre Gesundheitsförderung (IGF) (M. Sc.) (Hochschule Furtwangen) (<https://www.hs-furtwangen.de>), HELPP (Hebammenwesen, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Pflege) – Versorgungsforschung und Versorgungsgestaltung (M.Sc.) (Hochschule Osnabrück) ([www.hs-osnabrueck.de](http://www.hs-osnabrueck.de)) zeigen. Deren Absolvent\*innen haben nach Säuberlich als



„Schnittstellen-Expert(inn) dann oft die Aufgabe, zwischen den verschiedenen Denkweisen zu vermitteln und Brücken zu bauen“ (Säuberlich, o. J.). Zum anderen sollen laut Empfehlungen des Wissenschaftsrats (2012) in allen Gesundheitsversorgungsberufen relevante und übergreifende Qualifikationen wie die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf dem Qualifikationsweg erworben werden (vgl. ebd., S. 8). Studierende sollen folglich darauf vorbereitet werden, sich in einer zunehmend integrierten Gesundheitsversorgung zu orientieren und eine Handlungskompetenz in interprofessionellen Schlüsselsituationen zu erlangen. Dies ist somit eine wichtige Zieldimension im Studium, die im Rahmen dieser Arbeit als übergeordneter Handlungsbezug thematisch eingebunden werden soll.

### 2.3.1 Terminologie im Kontext berufsübergreifender Zusammenarbeit und Lehre

Die Verwendung des Begriffs *Interprofessionalität* – als Nomen oder Adjektiv – weist noch keine einheitliche Nomenklatur auf, vielmehr zeichnen sich jegliche Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit einer interprofessionellen Gesundheitsversorgung stehen, „durch eine gewisse definitorische Schwäche aus“ (Mitzkat et al., 2016, S.4). Infolge unzureichender theoretischer Reflexion und „unkritische[r] Übernahme von Sprachkonventionen“ (a. a. O.) erfolgen Differenzierungen wenig stringent. Oftmals werden unterschiedliche Begriffe fälschlicherweise als Synonyme verwendet, was beispielsweise auf Interdisziplinarität und Interprofessionalität zutrifft (vgl. Mahler et al., 2014, S.1 ff.).

Die Terminologie befindet sich auf diversen Begriffsebenen im Prozess und verlangt, relevante Formulierungen, zugrundeliegende Konzepte oder Modelle transparent und identifizierbar zu machen (vgl. Kälble, 2004, S. 37). Erst durch diese Klärungsarbeit können Verständigung und Zusammenarbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern (Forschung, Praxis, Ausbildung) des Gesundheitswesens gewährleistet werden (vgl. Mahler et al., 2014; vgl. Mitkat et al., 2016). Die englischsprachige Literatur weist zu diesem Thema und den dazugehörigen Definitionen deutlich mehr Publikationen auf (vgl. Herinek et al., 2019, S.12 ff). Außerdem ist hier erkennbar, dass Begrifflichkeiten nicht strikt voneinander getrennt werden, allerdings ließen sie sich durch eine gemeinsame Haltung und dasselbe Ziel besser miteinander verbinden (a.a.O.).

Der folgende Abschnitt widmet sich den Begriffsmerkmalen des vorgenannten Konstrukts. Im Sinne einer deutlichen Trennschärfe werden ferner *Interdisziplinarität* und dazu vergleichend Bildungen mit den Wortbestandteilen *professionell* und *disziplinar* dargelegt. Neben einer all-



gemeinen Klärung wird der Frage nachgegangen, wie diese im Kontext der Gesundheitsversorgung in Deutschland in Verbindung mit den Präfixen multi-, inter-, trans- und intra- verwendet oder genutzt werden könnten, um Art und Intensität der Zusammenarbeit zu differenzieren.

### *Interdisziplinarität*

Durch die Einteilung und Abgrenzung wissenschaftlicher Disziplinen ist die Voraussetzung geschaffen, dass diese auf verschiedenen Ebenen miteinander in Beziehung gesetzt werden können (vgl. Kaba & Käble, 2004, S.34).

Laut Eintrag im Soziologie-Lexikon (vgl. Reinhold & Lamnek, 2000) gibt es drei Anlässe für Interdisziplinarität:

- als Ausdruck für die Bezogenheit auf mehrere Fächer

Das ist dann der Fall, wenn eine wissenschaftliche Disziplin durch andere konstituiert wird, so bezieht sich z. B. *Viktimologic* unter anderem auf Kriminologie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Soziologie.

- als Anspruch, um einem Gegenstand eher gerecht werden zu können

Das ist der Fall, wenn bei der Untersuchung eines sozialen Phänomens mehrere theoretische Ansätze oder verschiedene Wissenschaftsdisziplinen herangezogen werden.

- als normative Forderung

Das ist der Fall, wenn ein Gegenstand/Phänomen/Konstrukt, z. B. das Soziale, so vielschichtig ist, dass sich notwendigerweise verschiedene Wissenschaftsdisziplinen mit unterschiedlichen Perspektiven mit diesem Gegenstand beschäftigen (vgl. ebd., S.307).

Interdisziplinarität lässt sich folglich als das Zusammenwirken von zwei oder mehreren unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen bzw. Fachwissenschaften im Forschungskontext verstehen (vgl. Schroeder, 2010, S.16), wobei die Interaktion zwischen den Bereichen oder Fächern, die sich an einem gemeinsamen dritten orientieren, das Hauptmoment ist (vgl. Käble, 2004, S. 38). Bilden beispielsweise Ärzt\*innen, Ergotherapeut\*innen, Physiotherapeut\*innen und Psycholog\*innen eine Forschungsgruppe, um gemeinsam die Sturzursachen von über 80-Jährigen zu untersuchen, handelt es sich um eine interdisziplinäre Forschungsgemeinschaft.



## Profession

Der Begriff *Profession* wird im alltäglichen Sprachgebrauch unterschiedlich verwendet. In einer weichen Fassung ähnelt dieser demjenigen des Experten (Vogt, 2015, S.63). In diesem Verständnis werden Professionen mit „wissensbasierten Berufen“ (Kalkowski & Paul, 2015, S.3) gleichgesetzt, die sich dadurch auszeichnen, definierte Anforderungen im Rückgriff auf abstrakte Konzepte und professionelle Problemlösestrategien zu bewältigen. Daneben existiert eine stark professionssoziologische Variante. Aus einer systemtheoretisch orientierten Perspektive nach Vogd (2015) ist Profession

„[...] für einige wenige besondere Berufsgruppen reserviert, die in der Hinsicht über ein solch hohes Maß an Autonomie verfügen, dass sie in Abwägung widersprüchlicher, oftmals inkommensurabler Ansprüche Entscheidungen für Klienten treffen. Die professionelle Sonderrolle reduziert sich hiermit nicht nur auf formalisierbares Wissen oder eine bestimmte Expertise, sondern beinhaltet darüber hinaus die Fähigkeit, unter Unsicherheit Entscheidungen zu treffen und diese in Hinblick auf die Verantwortung gegenüber den Klienten und der Gesellschaft abzuwägen und zu reflektieren“ (S. 63).

In einer an die disziplinäre Ordnung anschließenden Logik ließe sich ableiten, dass eine Profession der praktisch agierende Akteur der jeweils angehörigen Disziplin sei: „Medizin als Disziplin, Arzt als Profession“ (Mahler et al., 2014, S. 2).

Die Sozialisation eines Professionsstatus, wie er traditionell z. B. für Ärzt\*innen und Jurist\*innen reserviert ist, wird in der Literatur anhand verschiedener professionssoziologischer Aspekte auf Professionalität und mit diversen Ansätzen für Professionalisierung (Brandt, 2009, S.30ff.; Kloke, 2013, S.138) mit anhaltender Aktualität diskutiert. Mit Blick auf die Gruppe der Gesundheitsberufe sind diese Debatten bedeutsam, weil dem Sachverständigenrat Gesundheit (SVR-G) (2007) zufolge unterschiedliche Professionsentwicklungen der Gesundheitsberufe heute zu Mängeln in ihrer Kooperation und nicht zuletzt zu Einbußen bei der Versorgungsqualität führen. Denn eine negative Konnotation erhält der Ausdruck, wenn er als „Konstrukt zur Machtausübung“ (Sottas et al., 2013, S.24) und deren Etablierung als Streben nach Privilegierung und damit Diskriminierung der anderen Berufe verstanden wird.

Die nicht- bzw. jungakademischen Gesundheitsberufe streben nach mehr Anerkennung. Insbesondere Pflege- und therapeutische Gesundheitsberufe befinden sich aktuell im Professionalisierungsprozess, zählen aber nicht zu den Tätigkeiten, die in der Soziologie als klassische Professionen definiert werden (Kuhlmey, 2011, S.10). Treffender werden sie als „Profession im Werden“ (Sottas, 2013, S. 25) betitelt.

Eine Professionalisierung geht auf formaler Ebene mit der Herausbildung spezifischer Qualifikationsanforderungen einher, wie z. B. der Einrichtung formalisierter Studiengänge, Kontrolle



von Berufsqualifikationen, Organisation in Berufsverbänden und Entwicklung berufsständischer Normen (vgl. Reinhold & Lamnek, 2000, S. 307). Darüber hinaus gilt es, weitere Kriterien zu erfüllen, zu denen die Aspekte Expertenwissen, das Vorhalten der Leistungen als Monopol, kollegiale Eigenkontrolle und hohes Sozialprestige zählen (vgl. Kuhlmeiy, 2011, S. 10).

Im Sinne von Brandt (2009) ist Professionalisierung ein „multidimensionaler, richtungsoffener Prozess der Herausbildung einer bestimmten Organisationsform eines Tätigkeitsbereiches“ (S. 35). Mit Bezug zu den Gesundheitsberufen (Ärzt\*innen ausgenommen) zeigt die Entwicklung im zeitlichen Verlauf der letzten dreißig Jahre zwei Dinge: Einerseits werden professionelle Ressourcen zunehmend optimiert, andererseits braucht der Prozess weiterhin Zeit und Strukturveränderungen (Kuhlmeiy, 2011, S. 10). Dann, so beschreibt Kuhlmeiy (2011), können auf eine „zunehmende innerberufliche[n] Identität von Pflegenden oder anderen Gesundheitsberufen auch gesellschaftliche Anerkennung und professionelle Statusverbesserungen folgen“ (a. a. O.). Bis dahin ist für die im Feld Tätigen Wissen um Professionsentwicklung wichtig.

In Professionalisierungsfragen bringt Sottas (2013) den berechtigten kritischen Einwand, dass Kooperation und polyvalente Offenheit auf der Stecke bleiben würden, wenn diesbezügliche Bestrebungen zu einer Art „Stammesdenken“ (ebd., S. 24) und zur Bildung regelrechter „Territorien“ aus „Professionssilos“ (a. a. O.) führen. Denn Professionalisierung soll vielmehr dazu dienen, eine spezifische Kernkompetenz herauszustellen und eine Berufsidentität zu bilden. Jene wiederum ist entscheidend, wenn über Grenzen hinaus – also interprofessionell – zusammengearbeitet wird.

### *Interprofessionalität – Begriffsdifferenzierung und -verwendung*

Der Begriff *Interprofessionalität* ist aktuell vordergründig im sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Bereich angesiedelt. Wie die Freihandsuche zeigt, sind in Standardlexika benachbarter Disziplinen keine Einträge hierzu auffindbar, allenfalls *interdisziplinär* oder *intersektoral*.

Interprofessionalität kann im hier relevanten Kontext der Gesundheitsversorgung nach Zwarenstein et al. (2009) als ein ausgehandeltes „Übereinkommen zwischen Gruppen, hinsichtlich des Fachwissens und der Beiträge, welche sie einbringen können“ (S. 2), definiert werden. Verbunden mit dem notwendigen Aushandeln schließt diese gleichsam „die daraus erwachsenden Problemfelder (...), wie z.B. Spannungen durch Machtgefälle, Kommunikationsprobleme, Missverständnisse hinsichtlich Rollen und Verantwortung, sowie Konflikte durch unterschiedliche Vorstellungen bei der Behandlung und Versorgung“ (zit. n. Sottas & Kissmann, 2015, S. 7) ein.



Die WHO betont das Ineinandergreifen von Ausbildung und Praxis und definiert Interprofessionalität als „Lehre und Tätigkeit, die zustande kommt, wenn Fachleute von mindestens zwei Professionen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen im Sinne einer effektiven Kollaboration, welche die Gesundheitsresultate verbessert“ (2010, S.13). Der Aspekt der Umsetzung zeigt sich darüber hinaus im Vorschlag der Careum Stiftung (2005), demzufolge sie über die Reflexion gemeinsamer Grundwerte, Ethik, Wissen sowie Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie deren Anwendung im jeweiligen beruflichen Kontext die Brücke zwischen der Professionalität der Berufsgruppen schlägt.

Reichel und Herinek (2019) setzen eine hohe Qualität der Zusammenarbeit mit ihr gleich, indem sie festlegen: „Interprofessionalität steht für die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Professionen in Rahmen der Versorgungspraxis [...]“ (S. 10). Weiter ergänzen sie die Zielperspektive mit der Facette, dass es bei der Kooperation zentral sei, miteinander zu überlegen und zu arbeiten, um eine optimierte Patientenversorgung zu gewährleisten (a.a.O.).

Entgegen der vorliegenden Definitionsversuche entscheiden sich die Verfasser der von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in Auftrag gegebenen Studie „Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit“ für eine begriffliche Unbestimmtheit und verzichten bewusst auf eine Ex-ante Definition von interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ), denn diese [so die Einschätzung der Autor\*innen] „produzieren wenig Klarheitsgewinne, zumal in den meisten Studien die Charakteristika und Abgrenzungskriterien für IPZ immer wieder neu definiert werden“ (Atzeni et al., 2017, S. 5). Verbunden mit der Zielsetzung zu rekonstruieren, was Gesundheitsfachleute in ihrer Praxis unter IPZ verstehen, decken sie mittels Abweichungsanalyse zentrale Faktoren auf, die jene ausmachen. Aber, so betonen die Forscher\*innen, dezidiere dieses Vorgehen „nicht, eine allgemeine Definition oder gar ein normatives Ideal von IPZ abzuleiten“ (a. a. O.). Weiter merken sie kritisch an, dass die Abkürzung IPZ zugleich inhaltsleer wie mit Bedeutung überfrachtet sei und wegen dieser relativen Unbestimmtheit in ganz verschiedenen Kontexten als kommunikatives Vehikel oder eine Art kommunikative Klammer fungiere (a. a. O.). In beiden Funktionen könnten „unterschiedliche Ansprüche an eine Neugestaltung der Versorgung und des Gesundheitswesens als Ganzes gefasst werden, ohne dass diese Ansprüche in ihrer möglichen wechselseitigen Unübersetzbarkeit zu früh zum Problem werden müssten“ (ebd., S. 9).

### Zusammenfassende Veranschaulichung und Beschreibung zentraler Begrifflichkeiten

Die folgende Abbildung (Abb.2-8) gibt einen zusammenfassenden Überblick darüber, wie der Begriff Interprofessionalität und eng verwandte Wortverbindungen in der Terminologie von Sottas (2013, S.15) aufgefasst werden können. Darüber hinaus verdeutlicht die Übersicht zentrale Unterscheidungsmerkmale, die aus Sicht der Autorin dieser Dissertationsschrift die Entscheidung stützen, die Termini begriffssensibel zu verwenden.

Monoprofessionalität	Multiprofessionalität	Interprofessionalität	Transprofessionalität
<p>Berufsangehörige arbeiten ausgehend von oder an ihrer professionsspezifischen Basis, um unabhängig voneinander selektive Themen zu bearbeiten oder Expertise auf- bzw. auszubauen.</p>	<p>Berufsangehörige arbeiten ausgehend von ihrer professionsspezifischen Basis parallel oder aufeinanderfolgend im Rahmen ihrer Zuständigkeit, um die eigenen Aufgaben zu erledigen.</p>	<p>Berufsangehörige arbeiten ausgehend von ihrer professionsspezifischen Basis gemeinsam daran, mit einer dynamischen Situation umzugehen, die eigene und die Sichtweisen anderer zu berücksichtigen, voneinander zu lernen und gemeinsam praktikable Lösungen zu erarbeiten.</p>	<p>Berufsangehörige arbeiten gemeinsam mit aufgelösten Berufsgrenzen, überlappenden Kompetenzen, ohne nennenswerte Unterschiede an Aufgaben und können sich gegenseitig ersetzen.</p>

Abbildung 2-8: Veranschaulichung und Beschreibung zentraler Begrifflichkeiten

Quelle: Eigene Darstellung, inhaltlich in Anlehnung an Sottas, 2013, S.25.

### Zwischenfazit

Die Ausführungen zu den Begriffen Disziplin und Profession zeigen, dass sich diese im Kontext der therapeutischen Fach- und Pflegeberufe als semi-korrekt erweisen, da sie formal nicht konsistent sind. Es wäre trennschärfer, die Fachrichtungen als „Wissenschaften im Werden“ (Friedrichs & Schaub, 2011, S. 99) zu verstehen und von „Profession im Werden“ (Sottas, 2013, S. 25) zu sprechen. Die Verwendung der Termini in tragenden Dokumenten (WR, 2012, WR, 2015) und eine notwendige Pragmatik erlauben es, die angestrebte Anerkennung einiger Gesundheitsfachberufe als Disziplin und Profession als Status quo zugrunde zu legen.



Die so vollzogenen terminologischen Differenzierungen als Kenntnisbasis lassen eine Festlegung auf folgende Begriffsverwendung im Rahmen dieser Arbeit zu: Interdisziplinarität sowie eng verwandte Wortverbindungen werden immer dann verwendet, wenn eindeutig ein Forschungskontext, eine Forschungsperspektive oder die Beschreibung der wissenschaftlichen Ordnung erkennbar ist (vgl. Kaba & Käble, 2004, S.34; vgl. Reinhold & Lamnek, 2000, S. 307).

Interprofessionalität wird in Bezug auf Handlungen in der Berufspraxis und Lehre genutzt, wobei es bei letzterer um die praktische Ausführung von Lernhandlungen im Sinne von Interprofessional Education (IPE) und weniger um Forschungsaktivitäten und wissenschaftliche Diskurse geht (vgl. Reichel und Herinek, 2019, S.10; vgl. WHO, 2010, S. 13). Im Hochschulgeschehen wird den Erfahrungen der Autorin zufolge überwiegend von interprofessioneller Lehre in interdisziplinär angelegten Studiengängen gesprochen.

Um professionell mit den Formulierungen zu jonglieren, mögliche kritische Reaktionen fachlich einzuordnen und darauf kompetent zu reagieren, bedarf es eines genauen Blickes darauf, wie der Begriff Zusammenarbeit angewandt wird. Interessanterweise lässt sich feststellen, dass bei der Gesundheitsversorgung über die Adjektive *multi-, intra-, inter- und transprofessionell* Qualitäten einer Kollaboration kommuniziert werden, die in anderen Bereichen über Formulierungsvariationen zum Ausdruck gebracht werden (vgl. Sottas, 2013, S.25). Vom Standpunkt der Verfasserin wird dieser Aspekt häufig übergangen, weshalb er im Folgenden näher untersucht und interaktionale Attribute verschiedener Formen von Zusammenarbeit dargelegt werden. Zielgebend ist, aus betrieblicher und organisationspsychologischer Sicht für die Unterschiede, die zwischen Koordination, Kooperation, Kollaboration und Zusammenarbeit per se bestehen, zu sensibilisieren (siehe Kapitel 3.2.2).

### 2.3.2 Empfehlungen und normative Vorgaben im Hinblick auf interprofessionelle

#### Zusammenarbeit und dabei unterstützende Kompetenzen

Die Ausrichtung von Bildungsprozessen an Kompetenzen ist verbunden mit Änderungen und Anpassungen von Richtlinien, Praktiken und Bewertungen. Hierbei bilden Kompetenzbeschreibungen, -profile, -rahmen oder -modelle die Basis für die Entwicklung von Assessments und Curricula. Schlagwörter wie *Interprofessional Education (IPE)*, *Interprofessional Collaborative Practice (IPCP)* oder die häufige Kombination *Interprofessional Education and Collaborative Practice (IPECP)* sind nicht neu (vgl. Mathena, 2021, S. 12 ff.). Headlines wie „Welcome to the ‚New‘ Forty-Year Old Field“ (Brandt, 2015, S. 9) spiegeln wider, dass Bemühungen um professionisübergreifendes Lernen und kollaboratives Handeln in der Praxis seit nunmehr Jahrzehnten



thematisiert werden, auch wenn es hinsichtlich der Umsetzung oft ein besonders innovativer Ansatz zu sein scheint. Ein Blick in die Historie zeigt, dass schon 1920 der sogenannte *Dawson Report* (= Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services von Lord Dawson of Penn), der damals in London im Auftrag der Majestät veröffentlicht wurde, den Teamansatz bei der Entwicklung von Gesundheitszentren forderte und für die abgestimmte Koordination von präventiver und kurativer Versorgung warb:

“Preventive and curative medicine cannot be separated on any sound principle, and in any scheme of medical services must be brought together in close co-ordination. [...] It is vital to the success of any scheme of Health Service that there should be unity of idea and purpose, and complete and reciprocal communication between the associated Teaching Hospitals, Secondary Health Centres, Primary Health Centres, and the Domiciliary Services, whether the Centres are situated in town or country” (Ministry of Health, Dawson Report, 1920, o. S).

Die ergänzenden Ausführungen zur Arbeitsweise haben auch nach hundert Jahren nicht an Aktualität verloren. Insbesondere der Aufruf zu regionaler und überregionaler Zusammenarbeit ließ sich fast in gleicher Weise während der Covid-Pandemie vernehmen. Im historischen Rückblick auf die Entwicklungslinien von Medical Education verweist Mathena auf Folgendes:

“[T]he Flexner Report of 1910 made, among other recommendations, a commitment to the gold standard of medical education, the biomedical model. The reform of medical education might be considered the first step to standardizing medical education, but it also served to silo the educational system, compartmentalizing medical students from their health care peers” (Mathena, 2021, S. 13).

Aus den primär biomedizinisch ausgerichteten Ausbildungssilos verbreitete sich nicht vor 1970 „team-based education“ (vgl. Mathena, ebd.).

Als international entscheidender Schritt ist das WHO-Dokument „Learning together to work together for health. The Team Approach“ von 1988 zu nennen. Unter „Team Approach“ versteht die WHO „[p]reference for the use of teams to solve health problems“ (S. 6) und behandelt „team-work“ und „multiprofessional education“(ebd.) als zwei Manifestationen des Team Approachs. Wesentliche Merkmale, die ein Team aus soziologischer oder psychologischer Perspektive von einer Gruppe oder Aggregation unterscheiden, zeigen sich in dieser frühen Definition der Bezeichnung „health team“:

“A group of people who share a common health goal and common objectives, determined by common needs, to the achievement of which each member of the team contributes, in accordance with his or her competence and skill, and in coordination with the function of others (1). The manner and degree of such cooperation will vary and has to be determined by each society according to its own needs and resources. There can be no universally applicable composition of the health team” (WHO, 1988, S. 6).



So wie in der Auslegung auf mögliche Variationen von Health Teams verwiesen wird, die sich in Abhängigkeit der gesellschaftlichen Umgebung zeigen, unterstreicht die Erläuterung zur Arbeitsweise neben allgemeinen Kennzeichen eine gewisse fluide Ausgestaltung, die sich als im Prozess verstandenes Teamwork zeigt:

“Team-work is a process rather than an end in itself and occurs whenever two or more workers interact to solve problems, whether in a formally constituted team or informally in a superior-subordinate relationship” (a. a. O.).

### *Forderung nach gemeinsamer Ausbildung*

In den ersten Forderungen der WHO nach berufsgruppenübergreifendem Lernen wird der Ausdruck *Multi Professionell Education (MPE)* verwendet, wobei einfürend darauf verwiesen wird, dass „[t]he Term ‚interprofessional‘ is also found in the literature and has the same meaning as ‚multiprofessional““ (WHO, 1988, S. 6.). In später veröffentlichten Reports setzt sich die Bezeichnung *Interprofessional Education (IPE)* durch und wird von der WHO folgendermaßen definiert:

“Interprofessional education occurs when two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes. Professional is an all-encompassing term that includes individuals with the knowledge and/or skills to contribute to the physical, mental and social well-being of a community” (WHO, 2010, S. 13).

IPE inkludiert laut Übersetzung von *Education* (vgl. <http://www.dictionary.com>) die Bereiche Bildung, Ausbildung, Unterricht, Schulung und Pädagogik. Einen entsprechend umfassenden Begriff gibt es in der deutschen Sprache nicht. Die Formulierungen *interprofessionelle Ausbildung* im Gefüge von Bildungsstrategien, Ausbildungszusammenhängen, Bildungsformen etc. und *interprofessionelles Lernen* im Zusammenhang mit Lernhandlung, Projekten, didaktischen Wegen etc. zeigen sich als gängige Alternativen.

Weitere wichtige Etappen der Entwicklung dokumentieren die Berichte „World Health Report“ (WHO, 2000), „Working together, learning together: a framework for lifelong learning for the NHS“ (Department of Health (DoH), 2001) und „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ (WHO, 2010). Als richtungsweisend gilt zudem der Lancet-Report „Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world“ (Frenk et al., 2010). In diesem haben internationale Expert\*innen unter der Schirmherrschaft der renommierten Zeitschrift „The Lancet“ eine Standortbestimmung vorgenommen, indem sie eine Vision und Strategie für die Ausbildung auf der Tertiärstufe in den Bereichen Medizin, Pflege und Public Health entwickelten.



### Institutionen und Initiativen im Zusammenhang mit IPC und IPE

In der letzten Dekade sind sowohl international als auch national die Anzahl an Positionspapieren, die zu interprofessioneller Zusammenarbeit und Lernen aufrufen, als auch die Institutionen und Gremien, die sich zu diesem Zweck formiert haben, gestiegen. Tabelle 2-4 gibt einen Überblick zu den zentralen Einrichtungen bzw. damit assoziierten Initiativen rund um das Themenfeld interprofessionelles Lernen und Kollaborieren, die in der grundlegenden Literatur vielzitiert sind.

Tabelle 2-4: Zentrale internationale Einrichtungen und Initiativen zum Themenfeld interprofessionelles Lernen und Kollaborieren

Institution	Initiative/Statement
World Health Organization (WHO)  ( <a href="https://www.who.int">https://www.who.int</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Framework for Action on interprofessional Education and collaborative Practice (2010)</li> </ul>
American Interprofessional Health Collaborative (AIHC)  ( <a href="https://aihc-us.org">https://aihc-us.org</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenschluss von Einzelpersonen und Organisationen</li> <li>→ Fokus auf: IPE, IPCP &amp; Research</li> <li>Educational-practice linkage between the two in order to improve health care delivery</li> </ul>
Interprofessional Education Collaborative (IPEC)  ( <a href="https://www.ipecollaborative.org">https://www.ipecollaborative.org</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenschluss aus sechs Organisationen: AACN – American Association of Colleges of Nursing AACOM – American Association of Colleges of Osteopathic Medicine AAPC – American Association of Colleges of Pharmacy ADEA – American Dental Education Association AAMC – American Association of Medical Colleges ASPPH – Association of Schools and Programs of Public Health</li> </ul>
Institute of Healthcare Improvement (IHI)  ( <a href="https://www.ihl.org">https://www.ihl.org</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Triple Aim“ – Initiative Framework</li> <li>→ Zielt darauf ab, durch Teamarbeit die Patient*innenerfahrungen bei der Pflege sowie die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und die Kosten der Gesundheitsversorgung zu senken</li> </ul>
National Center for inter-professional Practice and Education (NCIPE)  ( <a href="https://nexusipe.org">https://nexusipe.org</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ernannt vom Health resources and Services Administration (HRSA) und U.S. Department of Health and Human Services (HHS)</li> </ul>
Health Professions Accreditors Collaborative (HPAC)  ( <a href="https://healthprofessionsaccreditors.org">https://healthprofessionsaccreditors.org</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbund aus 25 Körperschaften</li> <li>→ Guidance on Developing Quality Interprofessional Education or the Health Professions</li> </ul>
National Collaborative for improving the Clinical Learning Environment (NCICLE)  ( <a href="https://ncicle.org">https://ncicle.org</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NEXUS Conference</li> <li>→ Annual collaboration of leaders in IPE</li> </ul>



### *Aufrufe zu IPE und IPC im deutschsprachigen Raum*

Während oben genannte internationale überwiegend US-amerikanische/kanadische Gremien seit über zwei Jahrzehnten etablierte Konzepte, Studien und theoretische Diskussionen mit entsprechender monetärer Unterstützung voranbringen, ist das Themenfeld interprofessionelle Zusammenarbeit in den deutschsprachigen Ländern erst seit den 90er-Jahren präsent.

Auf nationaler Ebene verschafften verschiedenste Aufrufe und Beiträge von unterschiedlichsten Ausschüssen aus Wissenschaft und bildungspolitischen Bereichen der Interprofessionalität Aufmerksamkeit (vgl. Ewers & Walkenhorst, 2019, S.22). Diese plädierten und forderten eine Neuordnung und Umstrukturierung des Medizinstudiums sowie aller Gesundheits-, Pflege- und Therapieberufe. Bisherige Ausbildungsinhalte würden nicht auf mögliche spätere Kooperationen vorbereiten, so bewertete der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und der Wissenschaftsrat schon vor knapp 10 Jahren die Situation (vgl. SVR, 2007, vgl. Wissenschaftsrat, 2012). Konkret wies der SVR in seinem Gutachten im Jahr 2015 darauf hin, dass eine bedarfsgerechte Versorgung auf neue, den veränderten Anforderungen und Aufgaben entsprechende Formen der Kooperation sowie einen anderen Professionenmix angewiesen sei (vgl. SVR, 2015, S. 536). Drei Jahre später wird im Gutachten zur „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (SVR, 2018) als Beispiel dafür, „inwieweit interprofessionelle, sektorenübergreifende und patientenorientierte Zusammenarbeit zu einer bedarfsgerechten und besseren Versorgung führen kann“ (ebd., S. 475), das Entlassungsmanagement angeführt. Im gleichen Abschnitt wird darauf angespielt, dass der Rat „sich in vergangenen Gutachten bereits mehrfach mit der interprofessionellen Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe auseinandergesetzt und dabei Potenziale zur Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung in der Versorgung identifiziert“ (a. a. O.) habe. Dabei, so die Ergänzung des Rates, seien „eine unzureichende sektorenübergreifende Versorgung und ein Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen“ (SVR, 2007 zit. a.a.O.) als zwei zentrale Probleme zu nennen. Ferner würden die Kriterien der Effektivität und Effizienz im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen erfordern, die als notwendige Bedingung eine hinreichende Evidenz aus patient\*innenorientierten Studien und einer wirtschaftlichen Leistungserstellung aufweisen (vgl. SVR, 2015, S. 536).

Das Erbringen von Plausibilitäten ist insbesondere für die noch junge Akademisierung der Heilberufe in Deutschland von großer Bedeutung, weshalb umso stärker Vernetzung und interdisziplinärer Wissenstransfer für Empowerment in patient\*innenorientierten Studien genutzt



werden sollten. Entsprechend dieser Forderungen entstanden Förderinitiativen und Anpassungen in den Ordnungsmitteln der gesundheitsberuflichen Ausbildung. Tabelle 2-5 gibt einen Überblick zu zentralen Veröffentlichungen, die als Weichensteller betrachtet werden können. Einbezogen werden Initiativen der Schweiz, da in diesem Bereich häufig Synergien nutzende Initiativen im Bereich der Gesundheitsberufe mit diesem Land anzutreffen sind.

Tabelle 2-5: Positionspapiere, Gutachten und Förderinitiativen mit Schwerpunkten auf interprofessioneller Zusammenarbeit und Ausbildung

Jahr	Positionspapiere, Gutachten und Förderinitiativen mit Schwerpunkten auf interprofessioneller Zusammenarbeit und Ausbildung
2007	Gutachten des Sachverständigenrats „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ „Neue Kooperationsformen sollen u. a. durch die stärkere Einbeziehung von anderen Heil- und Gesundheitsfachberufen in der Versorgung und durch eine neue Verantwortungs- und Aufgabenverteilung gefördert werden“ (SVR-G,2007, S.11).
2009	Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ „Darüber hinaus müssen sich die Leitlinien auch auf die Betreuungsstruktur des Patienten, das interprofessionelle Handeln zwischen Primärversorgern, Pflege und anderen Leistungserbringern beziehen, die Schulung des Patienten und der Angehörigen berücksichtigen und die Wünsche des Patienten bereits in den Leitlinien thematisieren“ (SVR, 2009, S. 262).
2012	Empfehlungen des Wissenschaftsrats zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, „[...] die human- und zahnmedizinischen Studiengänge mit den pflege-, therapie- und heilwissenwissenschaftlichen Studiengängen stärker als bisher zu vernetzen, um so eine interprofessionelle Ausbildung zu ermöglichen“ (WR, 2012; S.92).
2013- 2022	- Förderprogramm „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ der Robert Bosch Stiftung - Denkschrift der Robert Bosch Stiftung „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“ (vgl. <a href="https://www.bosch-stiftung.de">https://www.bosch-stiftung.de</a> )
2015	Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ (Walkenhorst et al., 2015)
2013	Working Paper der Careum Stiftung „Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik“ (vgl. <a href="https://formative-works.ch">https://formative-works.ch</a> )
2015	Positionspapier „Interprofessionalität in der medizinischen Ausbildung“ der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) (vgl. <a href="https://www.bvmd.de">https://www.bvmd.de</a> )
2018	Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (vgl. <a href="https://www.nap-gesundheitskompetenz.de">https://www.nap-gesundheitskompetenz.de</a> ) Forderung: „Am Gemeinwohl orientierte Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem schaffen, die es allen Gesundheitsprofessionen – den ärztlichen wie den therapeutischen Gesundheitsberufen und auch der Pflege – ermöglichen, die Gesundheitskompetenz ihrer Adressaten durch Information, Beratung, Bildung und Anleitung aktiv zu fördern“ (Schaeffer et al., S.39).
2018	Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte   Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020 Interprofessionelle Lehrveranstaltungen (Maßnahme 7 des Masterplans) (WR, 2018, S.5)



	Die Kommission regt an „den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen in Form entsprechender Soll Vorschriften in der ÄApprO zu verankern, um dem Thema auf rechtlicher Ebene mehr Sichtbarkeit zu verschaffen und auch um einen gezielten Anreiz zur notwendigen Weiterentwicklung zu setzen“ (a.a.O., S. 84). Keine konkreten Vorgaben zur Qualität und Quantität interprofessioneller Lehrangebote.
2018	Graduiertenkolleg ILEGRA „Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen - Vermittlung, Prüfung, Evaluation“ (ILEGRA) Weltweit erstes Graduiertenkolleg, das sich mit Themen zur interprofessionellen Lehre in Gesundheitsberufen beschäftigt (vgl. <a href="https://www.bosch-stiftung.de">https://www.bosch-stiftung.de</a> ; vgl. <a href="https://www.ilegra.uni-osnabrueck.de">https://www.ilegra.uni-osnabrueck.de</a> )
2019	Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln. Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten. „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit“ (vgl. IMPP, 2019)
2017– 2020	Bundesamt für Gesundheit (BAG) in der Schweiz: Förderprogramm „Interprofessionalität im Gesundheitswesen“ unterstützt Forschungsprojekte und praxisorientierte Maßnahmen, um die nachhaltige Verankerung von Interprofessionalität in der Bildung und Berufspraxis zu erleichtern (vgl. <a href="https://www.bag.admin.ch">https://www.bag.admin.ch</a> )
2020	Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland – Entwicklung und Perspektiven Gemeinsam besser werden für Patienten (vgl. Nock, 2020)
2020	Gründung des Ausschusses „Interprofessionelle Ausbildung“ in der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) mit dem Ziel, „die interprofessionelle Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch aktuelle Erkenntnisse weiterzuentwickeln und Impulse für nationale und internationale Entwicklungen zu setzen“ (GMA, 2020).
2020	Gründung der Fachkommission „Interprofessionalität“ im Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) mit dem Ziel das Themenfeld Interprofessionalität aus therapeutischer Perspektive mitzugestalten (vgl. <a href="https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de">https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de</a> ).
2021	Veröffentlichung von vier Policy-Briefen zu interprofessioneller Zusammenarbeit - in der ambulanten Versorgung - in der stationären Versorgung - an der psychisch-somatischen Nahtstelle - in der Bildung (vgl. <a href="https://www.bag.admin.ch">https://www.bag.admin.ch</a> )
2021	„Ferner unterstützt die DHM umfassend die explizite Verankerung von Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium, von Inhalten der Digitalisierung der Medizin und des Arbeitens in interprofessionellen Teams“ [...] (Deutsche Hochschulmedizin (DHM), 2021, S. 4). Deutsche Hochschulmedizin (DHM), bestehend aus dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT)) <sup>5</sup> . (vgl. <a href="https://www.uniklinika.de">https://www.uniklinika.de</a> )
2022	Positionspapier GMA-Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen – aktueller Stand und Zukunftsperspektiven (Kaap-Fröhlich et al., 2022)
2022	Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung („interEdu“) (BIBB, 2022)

<sup>5</sup> Einschränkung: Eine Implementierung des NKLM 2.0 ist aufgrund der formalen Vorgaben der aktuell gültigen Approbationsordnung für diese Studierenden nicht zu 100 % möglich. Dazu in der Fußnote: Einige der im Referentenentwurf ÄApprO neu definierten Themen und Zusammenhänge sind auf Basis der alten Approbationsordnung kapazitätsrechtlich nicht deutschlandweit in gleicher Weise integrierbar, so z. B. interprofessionelle Kompetenzen (vgl. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP19/MTAPrV/Stellungnahme\\_DHM.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/MTAPrV/Stellungnahme_DHM.pdf)) [Abgerufen am 10.10.2022]



### *Digitalisierung für Gesundheit – aktuelle Forderungen hinsichtlich des Informationsaustausches*

Als notwendiger Ansatzpunkt im Rahmen der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit wird „ein zwischen den einzelnen IT-Systemen kompatibler Informationsaustausch, der dem Datenschutz genügt und die Patienten in den Mittelpunkt stellt“ (Amelung et al., 2017, zitiert nach: SVR, 2018, S. 488) hervorgehoben. Ebendiese Anliegen, die daran gebunden sind und im deutschen Gesundheitswesen noch nicht wie in anderen Branchen selbstverständlich umgesetzt werden, stehen im Zentrum des aktuellen Gutachtens „Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystem“ (SVR, 2021). Hierin werden Chancen, Risiken und Herausforderungen übergreifender elektronischer Aktensysteme – wie z. B. die fach-, einrichtungs- und sektorenübergreifende elektronische Patientenakte (eEPA) – thematisiert. Das zentrale Ziel wird wie folgt umrissen:

„Im Sinne aller aktuellen und potenziellen Patientinnen und Patienten ist ein dynamisch lernendes Gesundheitssystem zu realisieren. Fehler und neue Erkenntnisse müssen zutreffend analysiert und Einsichten daraus schnellstmöglich und systemweit in erfahrbare Fortschritte umgesetzt werden. Im Idealfall stehen innerhalb dieses dynamisch lernenden Gesundheitssystems alle erforderlichen Informationen zeitnah, vollständig, geschützt und sinnvoll aufbereitet zur Verfügung. Während Gesundheitsdatenverarbeitung heute primär für administrative Zwecke genutzt wird (wie die von den Krankenkassen gesammelten Abrechnungsdaten), würde sie dann vor allem der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, aber auch der Forschung dienen“ (SVR, 2021, S. 311).

Ein wenig überraschend ist die Feststellung, dass zwar vielfältige Strategien zur Digitalisierung thematisiert werden, aber der Bezug zum interprofessionellen Bedingungsgefüge nicht explizit benannt wird. Die Begriffe Team, Interdisziplinarität und Interprofessionalität tauchen im Dokument nicht auf bzw. wird der letztgenannte einmalig im Zusammenhang mit dem multi-bzw. interprofessionell ausgerichteten Curriculum „Evidenzbasierte Entscheidungsfindung“ erwähnt (vgl. ebd., S. 285). In der Gesamtbetrachtung scheint bei der Eruierung von sinnvollen digitalen Lösungen das Zusammenspiel mit den Akteur\*innen im Bereich der Gesundheitsversorgung und -bildung wenig bedacht worden zu sein, um im Zuge der Prozessverknüpfung eine ganzheitliche Lösung zu schaffen und zu implementieren.

### *Interprofessionelle Kompetenz(en) als neuer Kompetenzbereich*

Als Reaktion auf Um- und Aufbrüche in den Gesundheitssystemen reifen im nationalen und internationalen Raum Kompetenzmodelle, -rahmen und -formulierungen explizit für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Da eben dies der Gegenstand der hier vorliegenden qualitativen Untersuchung ist, werden an dieser Stelle überblicksartig die wesentlichen Fakten zusammengestellt, ohne Details offenzulegen.



Auf einer hohen Abstraktionsebene im Sinne eines normativen Zielbilds wird zur Systematisierung von Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsberufe - vorrangig in der medizinischen Ausbildung - das folgende Schema (vgl. Frank, 2005, S. 1 ff.) zur Konzeption neuer Studiengänge dieses Sektors genutzt (vgl. Sottas, 2011, S. 3 f.): Das CanMEDS-Modell – als Akronym für „Canadian Medical Education Directions for Specialists“ (Frank, 2005, S. 1 ff.) – berücksichtigt in ganzheitlicher Sichtweise die Bandbreite der Anforderungen in den Gesundheitsberufen und dabei explizit die Rolle des *Collaborators*. Dieser Rolle werden Teilkompetenzen und Lernziele zum medizinischen Wissen, wissenschaftliche und klinische Fähigkeiten sowie Fertigkeiten und professionelle Haltungen zugeordnet (vgl. Medizinischer Fakultätentag (MFT), 2015, o. S.). Allerdings ist anzumerken, dass der Rolle des Collaborators professionsspezifische Kompetenzen zugeschrieben werden, die zuvorderst auf die Kooperation im Team, allerdings nicht explizit auf interprofessionelle Teamarbeit hinweisen.

Geht es darum, Kompetenzbereiche oder Teilkompetenzen interprofessioneller Kompetenz zu explizieren, stehen internationale Rahmenwerke zur Verfügung bzw. wird auf diese Bezug genommen, beispielsweise sind aus Großbritannien das „Interprofessional Capability Framework“, aus Canada „The National Interprofessional Competency Framework“ und aus den USA „The Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice and the Curtin University“ (vgl. Thistlethwaite et al., 2014, S. 3 ff.) zu nennen. In diesen lassen sich Parallelen zu folgenden Kompetenzdomänen finden: (a) Values and Ethics, (b) Roles and Responsibilities, (c) Interprofessional Communication und (d) Teams and Teamwork (vgl. Interprofessional Education Collaborative (IPEC), o. J.). Ebendiese zentralen Domänen bildeten zudem die Grundlage für die Entwicklung des Entwurfs für ein „Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ (vgl. IMPP, 2019, S. 20) in Deutschland.

In der aktuellen Publikation „Interprofessional Education and Collaboration. An Evidence. Based Approach to optimizing Health Care“ (Hamson-Utley et al., 2021) wird in dem Unterkapitel „Models of Delivery (vgl. Doll, Breitenbach & Eliot, 2021) als Referenzpunkt auf vier zentrale Kompetenzen verwiesen:

- Values and ethics for interprofessional practice- Work with individuals from other professions to maintain a climate of mutual respect and shared values
- Roles and responsibilities – Use the knowledge of one’s own role and of other professions to assess and address the health care needs of patients and to promote and advance the health of populations.
- Interprofessional communication – Communicate with patients, families, communities, and professionals in health and other fields in a responsive and responsible manner that supports a team approach to the promotion and maintenance of health and the prevention and treatment of disease.



- Team and teamwork -Apply relationship-building values and the principles of team dynamics to perform effectively in various team roles to plan, deliver, and evaluate patient-centred care and population health programs and policies that are safe, timely, efficient, effective, and equitable“ (ebd., S. 22; übernommen von der Association of American Medical College im Auftrag der IPEC).

Auch in diesen Ausführungen zeigt sich der Bezug zu den oben genannten zentralen Kompetenzdomänen. Allerdings liegt für den deutschsprachigen Raum noch kein konsentierter Vorschlag hinsichtlich interprofessioneller Kompetenz vor, ebenso kann nicht auf ein national einheitliches Rahmenwerk zurückgegriffen werden. Zu diesem Zweck wurde in der Schweiz das Netzwerk *Competence Network Health Workforce (CNHW)* (vgl. <https://www.cnhw.ch>) gegründet, das gleichfalls die Arbeitseinheit *Arbeitsgruppe Schweizerischer interprofessioneller Kompetenzrahmen* umfasst (vgl. Kaab-Fröhlich et al., 2022, S.19).

### 2.3.3 Gestaltung von Curricula und kompetenzorientierter Lehr-Lernansätze

Es ist fragwürdig, welche Schritte nach der Festlegung eines Kompetenzmodells oder -rahmens vollzogen werden, um Lehr-Lernprozesse konsequent an den dargebotenen Fähigkeiten auszurichten und diese auch zu messen. Und, anders gefragt, wie sich das zugrundeliegende Kompetenzverständnis auf die Lehrgestaltung auswirkt, welche Bedeutung Lernziele haben und welche Rolle Studierende bei einer stringenten Kompetenzorientierung einnehmen.

#### *Kompetenzentwicklung und Kompetenzanbahnung durch förderliche Lehr-Lernsettings*

In didaktischer Hinsicht ist neben dem zugrundeliegenden Kompetenzverständnis relevant, wie die Entwicklung von Fähigkeiten unterstützt werden kann und wer diese Aufgabe wie, wann, in welchem Umfang und vor welchem theoretischen Hintergrund erfüllt. Fragen der Kompetenzentwicklung sind insbesondere für Dozent\*innen und Lehrkräfte von Bedeutung, da sie vor der Herausforderung stehen, diese nicht nur als Ergebniswert zu beurteilen, sondern sie in ihren Domänen über einen längeren Zeitraum in Einzelschritten anzubahnen, anzulegen oder zu deren Entwicklung anzuregen. Weinert (2001) folgt in seiner Definition der Tradition der Expertiseforschung und unterstreicht eine prozesshafte Kompetenzentwicklung, d. h. eine kontinuierliche Entwicklung und Vernetzung von Einzelkompetenzen. Darin zeigt sich ein für die Bildungsforschung wichtiges Merkmal, „dass Kompetenzen durch Erfahrung und Lernen in relevanten Anforderungssituationen erworben sowie durch äußere Interventionen beeinflusst werden können“ (Klieme & Leutner, 2006, S.880).



Was den Bereich gesundheitsbezogene Ausbildung und Studiengänge als Kern dieser Arbeit anbelangt, ist festzuhalten, dass bei didaktischen Zugängen nicht auf eine Fachdidaktik zurückgegriffen werden kann. Einhergehend mit der zunehmenden Akademisierung der Gesundheitsberufe, die bisher im sekundären Bildungssektor ausgebildet wurden, entwickelten sich diverse fachdidaktische Strömungen mit eigener Akzentuierung auf Pflege- (vgl. z.B. Ertl-Schmuck, 2000; vgl. Fichtmüller & Walter, 2007), Therapie- (vgl. von der Heyden, 2014) sowie Humandienstleistungsberufe (vgl. Institut für Gesundheitsforschung und Bildung (IGB), Abteilung 'Didaktik der Humandienstleistungsberufe', <https://www.igb.uni-osnabrueck.de>) oder breiter gefasst als Hochschuldidaktik für gesundheitsbezogene Studiengänge (vgl. Reiber, 2012). Im disziplinären Zugang der Erziehungs- und Gesundheitswissenschaften sind Beiträge zur Gesundheitspädagogik und Erziehung (vgl. Wulfhorst & Hurrelmann, 2009) zu unterscheiden. Tendenzen einer strikten Abgrenzung stehen neben Bemühungen einer breiteren Konsensfindung. Ungeachtet der disziplinären Ausrichtung arbeitete von der Heyden (2014) in Ableitung der Kompetenztheorie allgemeine fachdidaktische Implikationen heraus:

- „Kompetenzen können und müssen entwickelt werden,
- Kompetenzentwicklung setzt das Sammeln von Erfahrungen voraus,
- Kompetenzen finden in verschiedenen Situationen und auf unterschiedlichem Abstraktionsniveau Anwendung,
- Entwicklung von Einzelkompetenzen ist nicht sinnvoll“ (ebd., S. 218).

Diese Aspekte sind allerdings so allgemein und vage, dass sie nicht mehr als grobe Koordinaten darstellen, die beinahe beliebig interpretierbar sind. Die Realisierung derartiger Folgerungen erfolgt in sich voneinander abhebenden Lernformaten, Strategien und Settings. Festzustellen ist, dass die Linearität zwischen dem Einsatz spezifischer Methoden und der Kompetenzentwicklung nicht oder kaum festzustellen ist. Zur Frage, mit welchen Methoden oder Taktiken und an welchem Lernort sich Fähigkeiten nachhaltig anbahnen lassen, liegen derzeit keine zuverlässigen Pläne vor (ebd., S. 221).

In der Einteilung von Ufert (vgl. 2015, S. 29) erfolgt Kompetenzentwicklung in den Bereichen Familie, Schule, Hochschule und Arbeitswelt, verbunden mit den Befähigungszielen Lern-, Studier-, Erwerbs- und Innovationsfähigkeit. Im Rahmen dieser Untersuchung soll sie im Berufsbildungskontext und Hochschulzusammenhang Würdigung finden. Eine losgelöste Betrachtung erfolgt nur zum Zwecke der thematischen Verdichtung, ohne die enge Verknüpfung – auch mit dem Bereich Familie – an irgendeiner Stelle infrage zu stellen



### *Rahmung der Kompetenzentwicklung: Curricula und Kompetenzmodelle*

Die strukturelle und inhaltliche Grundlage für den berufsbezogenen Unterricht in Deutschland bilden Ausbildungsordnungen (AO) und Rahmenlehrpläne (RLP), wobei letztere in der Regel für jeden anerkannten Ausbildungsberuf in der Kultusministerkonferenz beschlossen werden (vgl. KMK, 2018, S. 33). Zur Gestaltung von Bildungsprogrammen im Schulkontext werden als normative Rahmenvorgabe Curricula eingesetzt, die Angaben zur systematischen Planung und Realisierung von Lehr- und Lernprozessen enthalten, wie z. B. Vereinbarungen, Leitgedanken, Unterrichts- und Unterweisungsinhalte, Unterrichtsprinzipien sowie Prüfungsmodalitäten bei öffentlichen Bildungsaufträgen (vgl. Sloane, 2010, S.205; vgl. Seufert, 2013, S.196). Kompetenzen sind in diesen Ordnungsmitteln ein tragendes Konstrukt. Bezogen auf den Forschungsgegenstand soll in der Folge beleuchtet werden, in welcher Absicht und Funktion das Konstrukt Interprofessionelle Kompetenz in bildungsrelevanten Ordnungsmitteln allgemein formuliert und kommuniziert wird. Dazu werden einige relevante Punkte der Curriculumtheorie hinzugezogen, ohne den theoretischen Rahmen entliehener Aspekte vollständig auszuleuchten.

Hinsichtlich prägender Eigenarten und ihrer inneren Struktur wird eine Unterscheidung zwischen prozess- oder produktorientierten Curricula unternommen, zu deren Entwicklung dementsprechend Produkt- und Prozessmodelle zur Verfügung stehen (vgl. Seufert, 2013, S. 204). Ferner werden gestaltungsoffenerer Entwürfe genannt, deren Verbreitung jedoch bisher rar ist (vgl. a. a. O.). Während eine kognitive Kompetenzauffassung – im Sinne von Competency – auf einen produktorientierten Ansatz verweist, gehen prozessorientierte Methoden mit einer Auslegung in Sinne von Competence konform (vgl. a. a. O.). An die jeweilige Methodik sind strukturelle Entscheidungen für die Gestaltung von Bildungsprogrammen geknüpft, ebenso geht damit eine Idee vom Verlauf des Kompetenzerwerbs einher. Die grundsätzliche Einteilung und Klassifizierung von Curriculum-Modellen basiert auf der Further Education Curriculum Review and Development Unit (vgl. FEU, 1980, in: Sheehan, 1986, S. 673, zit. n. Seufert, 2013, S. 205).

#### *Produktorientierte Curriculum-Modelle*

Der Fokus dieses Schemas liegt auf dem wünschenswerten Endergebnis eines Lernprozesses. Dieses wird über das Wissen bestimmter Sachverhalte sowie das Erlernen und Beherrschen spezifischer Fertigkeiten gedeutet, wobei ebenso das Verhalten von Lernenden in Lernzielen betont wird (vgl. Seufert, 2013, S. 204 ff.).



Die produktorientierte Struktur basiert auf der traditionellen Fachsystematik. Die darauf bezogenen Lerngebiete stellen auf konstruierte Entwürfe von Realitäten ab, wie sich z. B. Verstehen, Durchdringen und Beurteilen von Lerninhalten aus der Perspektive der jeweiligen Fachdidaktik theoretisch vollzieht. Geleitet von der Erkenntnisystematik der zugrunde liegenden Wissenschaft werden auf der Mesoebene Ziele und Fachinhalte curricular verankert (vgl. Seufert, 2013, S. 206). Systematisierungsbestrebungen führen häufig zu einer Unterteilung der Lernergebnisse in kognitive, affektive und psychomotorische Domänen und eine Hierarchisierung in Richt-, Grob- und Feinziel (vgl. ebd., S. 207 f). Auf der Mikroebene hat die\*der Lehrende einen hohen Grad an Freiheit, wie er das Lehr-/Lernsetting didaktisch ausgestaltet und den Unterricht organisiert. Folglich kann die\*der individuelle Lernende „[...] zu einem gewissen Grad als ein Wissensbehälter betrachtet werden. Was gelernt werden soll, ist durch andere vorbestimmt und der Lernende nimmt eine eher passive Rolle bei der Verarbeitung großer Mengen an Informationen ein, die aus allen Richtungen auf ihn einströmen“ (Seufert, 2013, S. 206). Verbunden mit dem Ziel einer hohen Rekursicherheit des Bildungsplans (vgl. ebd., S. 208) werden verhaltensorientierte Ziele dahingehend als vorteilhaft bewertet, dass die Absicht von Lernprozessen transparenter ist. Entscheidungsprozesse bezüglich Struktur und Inhalte der Lehre werden dadurch erleichtert, die Kommunikation unter den Beteiligten klarer und Methoden der Überprüfung und Bewertung genauer (vgl. a. a. O.). Mit Eiser (vgl. in: Sheehan, 1986, zit. n. Seufert, 2013, S. 206) lässt sich dagegen argumentieren, dass Bildungsergebnisse eine gewisse Unberechenbarkeit aufweisen würden und eine exakte Vorabbestimmung teilweise unmöglich sei. Darüber hinaus würden sich einige Fächer der Vorabfestlegung verhaltensorientierter Ziele entziehen wie z. B. die Kunst und der quantitative Anstieg möglicher Ziele stehe in keinem zeitökonomischen Gleichgewicht zur eigentlichen Lehre.

### *Prozessorientierte Curriculum-Modelle*

In Prozessmodellen werde anstelle vorbestimmter Ergebnisse innerhalb eines Lernprozesses deren Qualität in den Fokus gerückt (Seufert, 2013, S. 204). Handlungsorientierte Curricula werden diesen zugeordnet (ebd., S. 209), in denen anstelle der Fachsystematik eine relativ offene Handlungssystematik das Leitprinzip sei. Zum einen zeige sich dieses in der Gliederung des Lehrplans nach Kompetenzfeldern, die Problemstellungen, Aufgaben und Abläufe von realen Handlungssituationen widerspiegeln. Zum anderen resultiere daraus der Anspruch, dass „die Lernorganisation auf die ablaforientierte Bewältigung eines Prozesses im Sinne einer vollständigen Handlung ausgerichtet wird: Informieren, Planen, Ausführen, Bewerten“ (Seufert, 2013,



S. 210). Die dazu notwendigen menschlichen Fähigkeiten würden als Einheit betrachtet (ebd., S. 211), für deren Entwicklung Lernerfahrungen respektive Kompetenzentwicklung ermöglicht werden müssten. Der Rolle der Lernenden werde eine hohe Aktivität zugesprochen, damit beginnend, individuelle Ziele zu bestimmen oder mit der Lehrperson zu verhandeln. Kontrolle über und Verantwortung für den Lernprozess werde übernommen (a. a. O.).

Der\*dem Lehrenden obliegt die Aufgabe, das Lösen sinnvoller Probleme zu initiieren. Sowohl eine deutliche Lernerzentriertheit als auch Lehr-/Lernstrategien und ein Methodenmix mit hohem Anspruch an autonomes, individualisiertes Lernen sind kennzeichnend für diese Art Instrument. Hier zeigt sich implizit die Denkweise der Ermöglichungsdidaktik, ein Prozesscurriculum als eine anschlussfähige Möglichkeit zu setzen und Lernen als aktiven Prozess zu gestalten. Auf der Mesoebene treten anstelle vorbestimmter, detaillierter Lernziele einige Leitprinzipien. Der Rahmenlehrplan führt Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb der relativ offenen Handlungssystematik auf. Hinsichtlich der Überprüfung der Kompetenzentwicklung kann der Fortgang aus subjektiver Sicht über Selbsttests, Möglichkeiten zu Reflektion und Rückblick erfolgen. Darüber hinaus erfassen kontinuierlich eingesetzte Assessments und eine formative Evaluation weitere objektive Parameter.

Seufert (2013, S. 214) benennt die folgenden Stärken und Schwächen mit Bezug auf Läuchli (2007, S. 17):

Stärken:

- Ein vollständiges und nachvollziehbares Berufsbild im berufspädagogischen Kontext oder eine Vorstellung über künftige Anforderungen wird vermittelt und so mehr Klarheit darüber, dass nicht für einzelne Fächer oder die Bildungsinstitution gelernt wird.
- Hinsichtlich der Komplexität der im Wandel befindlichen Welt bietet die Ganzheitlichkeit von Handlungskompetenzen eine bessere Antwort auf die resultierenden multi-komplexen Anforderungen als ein disziplinäres Denken und Handeln mit der Zerstückelung fachlicher Kompetenzen.
- Überfachliche Kompetenzen können besser integriert werden (vgl. Seufert, 2013, S. 214).

Schwächen:

- Fehlende Detailangaben zu den Prüfungen und der Umstand, dass das Reproduzieren von Wissen nicht mehr ausreichend ist, können zu Unsicherheiten bei Lehrenden und Lernenden führen.



- Indem Handlungssituationen normativ gesetzt werden, besteht die Gefahr eines funktionalistischen Curriculumverständnisses. Und zwar in der Hinsicht, dass die Lernenden Handlungssituationen als objektiv gegebenen Status quo wahrnehmen und sich in diesem Verständnis frühzeitig auf einen Beruf oder Status festlegen, ohne die Möglichkeiten der aktiven Teilnahme und Mitgestaltung der Arbeitswelt zu erkennen (vgl. Seufert, 2013, S. 214, mit Bezugnahme auf Tramm & Reetz, 2010, S. 224).
- Wachsender Abstimmungsaufwand durch eine höhere Wahrscheinlichkeit von Redundanzen und Überschneidungen im Bildungsgang.
- Ableitung trivialer Zusammenhänge zwischen gegebenen Handlungsanforderungen, erforderlichen Kompetenzen und dargebotenen Inhalten (vgl. Seufert, 2013, S. 215). Dazu ein Beispiel von Tramm und Reetz (2010, S. 224, verwendet a. a. O.): „Pudding kochen als Anforderung – Puddingkoch-Vermögen als Kompetenz – Pudding kochen als Inhalt“.

#### 2.3.4 Umsetzung kompetenzorientierter Ausbildung im Kontext Medizin und Gesundheit am Beispiel CanMEDS-Rollenmodell und Entrusted Professional Activities (EPAs)

Bezogen auf das Konstrukt *Kompetenz* formulierte das Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) 2015 die Ambition: „The competency constructs need to be grounded in theory and best practices, while their presentation needs to be realistic and related to the daily practice of any physician“ (S. 6). Ebendieser Anspruch wird als herausfordernd beschrieben.

Kompetenzbasierte (Aus-)bildung oder Competency-based Education wird unterschiedlich interpretiert und umgesetzt, wie Frank et al. (2010) in einem systematischen Review zu deren Definitionen im Umfeld von Medical Education zeigen konnten. Das Autorenteam identifizierte 173 Auslegungen (ebd.). Innerhalb dieser explizierten sie vier Haupt- und sechs Unterthemen und führten diese zu einer Arbeitsdefinition von Competency-based Education for Medical Education zusammen:

„Competency-based education (CBE) is an approach to preparing physicians for practice that is fundamentally oriented to graduate outcome abilities and organized around competencies derived from an analysis of societal and patient needs. It deemphasizes time-based training and promises greater accountability, flexibility, and learner-centredness“ (Frank et al., 2010, S. 636).

Ein zeitlicher Rückblick auf verschiedene Phasen in der Entwicklung von kompetenzbasierten Ausbildungsmodellen und deren Implementierung seit Mitte des letzten Jahrhunderts verdeutlicht die Einflussnahmen theoretischer Strömungen, deren Prägung z. T. bis heute anhält. Die Bewegung hin zu einer ergebnisorientierten Ausbildung baute zunächst auf das Vorhandensein geeigneter Lernziele als Hauptprinzip bei der Entwicklung von Lehrplänen (vgl. Tyler, 1949). Anstelle der Dauer sollte auf Inhalte fokussiert werden. Der sehr anschauliche Vergleich, den



Frank et al. mittels des Tea-Bag-Modells (vgl. Snell & Frank, 2010, S.629) wählen, sollte erklären, dass Auszubildende nicht länger wie Teebeutel in eine Tasse zu halten seien und dabei nur die Dauer berücksichtigt werde, sondern der Blick darauf zu richten und zu dokumentieren sei, ob eine Wissensdiffusion stattfindet. Mit Bloom (1956) etablierte sich einige Jahre später eine Taxonomie, die Bildungsziele in Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen klassifiziert und als Bloomsche Taxonomie bis heute Verwendung bei der Formulierung von Lernzielen findet. Aufbauend auf Tyler und Bloom optimierte Mager (1975) Methoden zum Schreiben von Lernzielen. Ferner ist das Schema von Anderson und Krathwohl (2001) populär, das als Basis einer lernzieleorientierten Didaktik dient. Mit Auftrieb der Kompetenzbewegung in den 90er-Jahren übernahm der Kompetenzbegriff Oberhand ohne genaue Klärung, inwieweit und wodurch die gängigen Arbeitsbegriffe *Lernergebnis* und *Lernziel* abgelöst oder ergänzt werden bzw. in welchem Verhältnis sie zu diesem stehen.

Kritisiert wird, dass eine sinnvolle Verknüpfung von Lernzielen – häufig in großer Zahl vorhanden und diversen Wissenskategorien und Fächern zugeordnet – mit den relevanten Themen und Zielen des Ausbildungsprogramms nicht automatisch gegeben ist (vgl. ten Cate & Scheele, 2007; vgl. ten Cate et al., 2010). Missverständnisse werden hervorgerufen, wenn Lernziele gleichwertig oder mit mangelnder Trennschärfe parallel zu Kompetenzen aufgeführt werden. Lernzielkataloge stellen in der Aus- und Weiterbildung nach wie vor die ältesten Dokumente und umfassen primär wissensassoziierte Lernziele, die zum Gegenstand von schriftlichen Prüfungen werden. Vor dem Verständnishintergrund eines ganzheitlichen, auf professionelle Kompetenz abzielenden Ansatzes ist die kognitive Basis (Knowledge) nur ein Element in der Trias zusammen mit klinischen Fertigkeiten (Skills) und persönlicher Haltung (Attitude). Erst die Haltung initiiert die Bereitschaft zur Anwendung erworbener Kompetenzen im Praxisfeld der Patient\*innenversorgung und der damit verbundenen eigenverantwortlichen Problemlösung. Die Rolle rein wissensassoziiert Lernziele in kompetenzbasierten Curricula ist folglich eher als untergeordnet zu bezeichnen (vgl. Frank, 2005; siehe z.B. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), 2019; vgl <https://www.siwf.ch>). Mit dieser begrifflichen Klärung geht allerdings einher, wie Curricula aufgebaut sind, welchen Detaillierungsgrad sie anstreben und auf welcher Ebene Kompetenzüberprüfungen ansetzen.

Als Ausgangspunkt für die Initiierung von Curriculumentwicklung und kompetenzbasierter Lehre findet das im Rahmen der Medizinerausbildung am Royal College of Physicians and Sur-



geons of Canada (RCPC) entstandene CanMEDS-Rollenkonzept (vgl. Frank et al., 2010) außerdem in der Ausbildung weiterer Gesundheitsberufe weltweit Anklang. In Deutschland bildet das CanMEDS-Rahmenwerk die Basis für den *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)* (<https://nklm.de>), in der Schweiz bauen die Abschlusskompetenzen für die Gesundheitsberufe der Fachhochschulen in der Schweiz (Bundesamt für Gesundheit (BAG) Abteilung Gesundheitsberufe, Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe, Gesundheitsberufekompetenzverordnung GesBG; vgl. Sottas, 2011, S. 7–8) auf dem kanadischen Design auf und bei der Entwicklung des Kompetenzprofil Ergotherapie (vgl. Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) (<https://dve.info>) und Logopädie in Deutschland (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (DBL)) (<https://www.dbl-ev.de>) orientierten sich die Initiatoren an diesem Modell.

Anhand des CanMEDS-Rollenkonzepts (vgl. Frank, 2005) und seiner 2015 (vgl. Frank, 2015) eingeführten Ergänzungen lässt sich exemplarisch das Verständnis von kompetenzbasierter Ausbildung im Gesundheitsausbildungskontext darlegen. Zugleich zeigt sich, dass sich das Kompetenzverständnis des CanMEDS-Rollenkonzepts unterschiedlich interpretieren lässt und zu variierenden Formen der Curriculumentwicklung und Umsetzung führt. Der CanMEDS-Website (<https://canmeds.royalcollege.ca>) ist zu entnehmen, dass hinter dem Grundgerüst ein holistischer, systematischer Ausgangspunkt steht, der weit über das Rollenmodell hinausgeht. Das kanadische Ausbildungssystem gilt als führend und wird als globale Referenz benutzt. Insbesondere die Erneuerungen auf Grundlage der systematischen Forschung zwischen 2015 und 2018 vermitteln ein Verständnis von kompetenzbasierter Lehre, die sich über mehrere Ausbildungs- und Professionalisierungsetappen spannt und deshalb an dieser Stelle aufgegriffen und beispielhaft dargelegt werden soll.

In Deutschland wurde Mitte 2021 für die Mediziner Ausbildung eine Revision des NKLM (<https://nklm.de>) und ein ergänzendes Kompetenzprofil veröffentlicht, welche mit Verknüpfungen zum Gegenstandskatalog Medizin und Vorschlägen für Prüfungsformate einhergehen. Anzumerken ist, dass der NKLM 2.0 zwar die sich im Masterplan Medizinstudium abzeichnenden Entwicklungen aufgreift, in seiner Reichweite aber nur eine empfehlende Funktion hat, da er unter der derzeit geltenden Approbationsordnung bis voraussichtlich 2025 weiterhin rechtlich nicht verbindlich sein wird (vgl. [www.nklm.de](http://www.nklm.de)). In der jetzigen Fassung des NKLM wird auf CanMEDS nur als Literaturquelle verwiesen, wobei wesentliche Konzepte erkennbar sind. Sowohl die Gruppierung um die Arztrollen als auch die Einführung von EPAs (Entrusted Professional

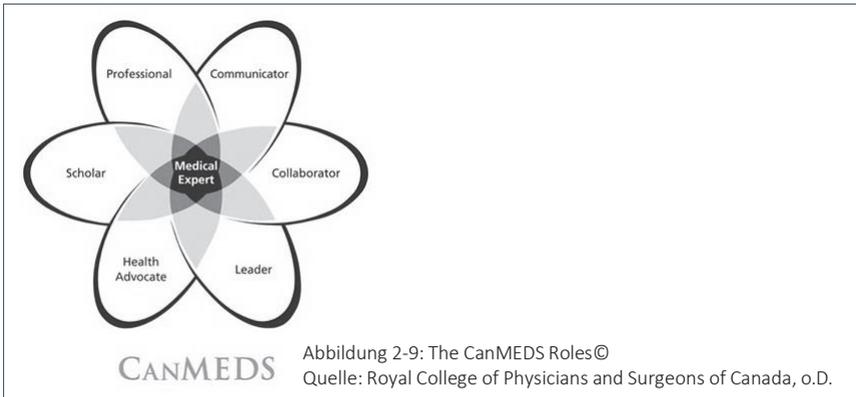


Activities) – zu übersetzen als *Anvertraubare Professionelle Aktivitäten (APA)* – und die Festlegung von Meilensteinen sind dort vorzufinden, ohne jedoch die diesbezüglichen konzeptionellen Hintergründe grundzulegen. Die synonyme Verwendung von Kompetenzen und Lernzielen, die begriffliche Unschärfe im Einsatz der Bezeichnungen *Meilensteine* und *kompetenzbasierte Verknüpfungen* sowie das Einführen eines sogenannten Kompetenzrads ohne theoretische Herleitung erschweren dem Leser aus Sicht der Autorin ein Begreifen der vollzogenen NKLM-Systematik.

Mit dem Wissen um die konzeptionellen Grundlagen von CanMEDS und mit Hinzunahme der Ausführungen von ten Cate (2007, 2020) – ausgewiesener Experte für Competency-based Medical Education an der Universität Utrecht – als weitere Referenzpunkte sollen nachfolgend das ursprüngliche CanMEDS-Modell und die EPAs als Beispiele für kompetenzbasierte Ausbildung im Verbund von Medizin und weiteren Gesundheitsberufen erläutert werden.

#### *CanMEDS-Rollenmodell und CanMEDS-Framework*

Verbunden mit dem Ziel, kompetenzbasierte Ausbildung in medizinischer Umgebung konsequent umzusetzen, wurde im Kontext des Projekts Competence by Design (CBD) von 2015–2018 das CanMEDS-Rahmenkonzept um weitere Elemente ergänzt. Die Basis bilden die sieben Rollen des Modells, die grafisch als ineinandergreifende Blütenblätter dargestellt werden und deren Mitte der *Medical Expert* bildet (Abb.2-9). Damit soll Folgendes zum Ausdruck gebracht werden: „[A] competent physician seamlessly integrates the competencies of all seven CanMEDS Roles“ (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, o.D.). Im ergänzenden CanMEDS-Framework (Frank et al., 2015) bilden diese sieben Rollen die ordnende Grundstruktur. Zu ihnen erfolgt jeweils eine Definition, Rollenbeschreibung und Auflistung von Schlüsselkonzepten. Darüber hinaus werden ihnen Kompetenzen zugeordnet, die in *Key Competencies* und *Enabling Competencies* unterteilt werden. Welche Kompetenzen der Rolle des Collaborator zugeschrieben werden zeigt Tabelle 2-7.



Collaborator	
Key competencies	Enabling competencies
Physicians are able to:	
1. Work effectively with physicians and other colleagues in the health care professions	1.1. Establish and maintain positive relationships with physicians and other colleagues in the health care professions to support relationship-centred collaborative care 1.2. Negotiate overlapping and shared responsibilities with physicians and other colleagues in the health care professions in episodic and ongoing care 1.3. Engage in respectful shared decision-making with physicians and other colleagues in the health care professions
2. Work with physicians and other colleagues in the health care professions to promote understanding, manage differences, and resolve conflicts	2.1. Show respect toward collaborators 2.2. Implement strategies to promote understanding, manage differences, and resolve conflicts in a manner that supports a collaborative culture
3. Hand over the care of a patient to another health care professional to facilitate continuity of safe patient care	3.1. Determine when care should be transferred to another physician or health care professional 3.2. Demonstrate safe handover of care, using both verbal and written communication, during a patient transition to a different health care professional, setting, or stage of care

Tabelle 2-6: Role of the Collaborator: Key und Enabling Competencies  
Quelle: Adaptiert von Frank et.al., 2015, o.S.

Die Beschreibung von Endmerkmalen (Tab. 2-6), über die in diesem Fall das ärztliche Fachpersonal am Ende der Ausbildung verfügt, übernimmt eine wichtige Orientierungsfunktion für die Gestaltung der Ausbildung und formt den großen Überbau der kompetenzbasierten Ausbil-



dung. Erkennbar ist in diesem Vorgehen ein analytischer Ansatz: für die einzelnen Rollen werden Kompetenzen und Subkompetenzen bestimmt, durch das Vorhandensein dieser lässt sich - so die Idee - eine kompetente Ärztin oder ein kompetenter Arzt definieren. In Kompetenzprofilen werden die professionellen Fähigkeiten im ganzheitlichen Sinne hinsichtlich Wissen, Fertigkeiten und Haltung subsummiert, allerdings greifen diese zu kurz (vgl. ten Cate et al., 2010, S. 670), da mit diesen Ausführungen noch nicht der Transfer in die Praxis und die dort zu erfüllenden Anforderungen konkretisiert werden.

### *Entrustable Professional Activities (EPAs) und Milestones*

Mit der Einführung der EPAs wurde ein weiteres tragendes Element für die Strukturierung und Umsetzung kompetenzbasierter Ausbildung etabliert. Ursprünglich lag der Missstand vor, dass die CanMEDS-Rollen im klinischen Alltag nicht ohne Weiteres als solche zu beurteilen sind (vgl. SIWF, 2019). Das EPA-Konstrukt geht auf ten Cate zurück und stößt neben der Medizin in weiteren Disziplinen, wie z. B. der Physiotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege auf Interesse und erfährt somit weltweite Verbreitung (vgl. ten Cate & Taylor, 2020, S.1). Darüber hinaus wird mit dem „8-item framework“ (ebd., S.4ff.) ein eigener Ansatz zur Unterstützung bei der Entwicklung von EPAs und deren Einbindung in Curricula veröffentlicht, der flexibel auf die sich wandelnden Umstände im Ausbildungskontext reagiert und Lehrende darin unterstützt, kontextsensible EPAs anzupassen, zu überarbeiten oder für die kompetenzbasierte Ausbildung zu definieren.

Um die konzeptionellen Hintergründe der Strukturelemente EPAs und Meilensteine erfahrbar zu machen, wird im folgenden Abschnitt auf die Grundlagenartikel von ten Cate (2010, 2020) zurückgegriffen.

### *Beurteilung von Kompetenz anhand von Verhaltensergebnissen*

Ten Cate (2020, S. 669) unterscheidet zwischen zwei Wegen der Kompetenzbewertung: Zum einen führt er eine traditionelle Bewertung unabhängig von der lokalen Umgebung und den Umständen an, wie sie in der Miller-Pyramide (1990) zur Beurteilung klinischer Skills definiert wird. Zum anderen nennt er das Kirkpatrick-Rahmenmodell, das für die Evaluation von Bildungsmaßnahmen entwickelt wurde und auf vier Stufen Lernergebnisse misst. In der Gegenüberstellung zeige sich die Begrenztheit eines kompetenzbasierten Ansatzes, der damit ende, dass „the learner ‚does‘ – that is, he or she performs the acquired skills in actual clinical practice“ (ten Cate, 2020 , S. 669). Ein gezeigtes Verhalten sagt noch nicht über das Outcome aus (vgl. Tab. 2-7).



Tabelle 2-7: Kirkpatrick hierarchy versus Miller hierarchy

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ten Cate et al, 2010, S.669.

Kirkpatrick	Miller
Results (outcome and impact)	-
Behaviour	Does Shows how
Learning	Knows how Knows
Reaction	-

Die Kirkpatrick-Hierarchie bindet zusätzlich auf der untersten Ebene die Zufriedenheit der\*des Lernenden sowie auf der höchsten Resultate von verändertem Verhalten in der Umwelt, dem System usw. ein. Mit Blick auf das Thema dieser Arbeit ist darauf hinzuweisen, dass für die Evaluation von Interprofessionellem Lernen die ursprünglichen Evaluationsstufen zu sechs Stufen weiterentwickelt wurden (Hamson-Utley, 2021, S.58; vgl. zur dt. Übersetzung Ehler et al., 2015, S.12). Diese Einteilung (Abb.2-10) sieht eine Einschätzung von Verhaltensergebnissen auf Personen- und Versorgungsebene vor und differenziert die Reaktion in Wahrnehmung und Veränderung der Wahrnehmung respektive Haltung, z.B. gegenüber anderen Gesundheitsberufen.

4b	Organisationsbezogene Veränderungen	Weitreichende Veränderung in der Organisation und der Gesundheitsversorgung.
4a	Patienten-Nutzen	Verbesserung der Gesundheit oder des Wohlbefindens von Patienten/Klienten
3	Verhalten	Identifiziert den Transfer interprofessionellen Lernens Einzelner in der beruflichen Praxis sowie eine Veränderung professioneller Praxis.
2b	Wissen und Fertigkeiten	Einbeziehen von Wissen und Fertigkeiten, die mit interprofessioneller Zusammenarbeit verknüpft sind.
2a	Einstellung/ Vorstellungen zur Zusammenarbeit	Veränderung in der wechselseitigen Einstellung oder Wahrnehmung zwischen den teilnehmenden Gruppen. Veränderungen in der Wahrnehmung oder Haltung gegenüber dem Wert/oder Nutzeneines Teamansatzes in der Versorgung einer bestimmten Personengruppe
1	Reaktion	Vorstellung von Lernende bezüglich der interprofessionellen Erfahrung und ihrem interprofessionellen Charakter

Abbildung 2-10: Evaluationsstufen nach Kirkpatrick modifiziert für die interprofessionelle Ausbildung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ehlers et al. 2015, S.12; Hamson Utley, 2021, S. 58.



Zu beobachten ist, dass die Bildungsforschung bis heute durch den Einsatz von Evaluation, Tests und Skill Assessments hauptsächlich Ergebnisse in Bezug auf die Ebenen I und II anstrebt (Hamson-Utley, 2021, S. 67).

Ten Cate, Snell und Carraccion (2010) sprechen sich dafür aus, dass „competence be described in the context of the interplay between the individual learner and the clinical environment“ (a. a. O.). Für diesen Ansatz, Kompetenzen im Zusammenspiel mit der konkreten Umwelt und dem individuellen Lernen zu beurteilen, sprechen den Autor\*innen zufolge drei Annahmen:

- „(1) competencies are most relevant when they are defined in the context of the clinical environment;
- (2) competence varies as the environment changes; and
- (3) although it is important to assess what a physician knows or can do, it is more important to assess and predict the results of those actions within the clinical environment“ (ebd., S. 670).

Allerdings sei es herausfordernd, Verhaltensergebnisse zu erfassen. Die Autor\*innen argumentieren, dass angesichts der Veränderungen, die das Gesundheitswesen und die medizinische Ausbildung in den letzten Jahrzehnten durchgemacht hätten, Verhaltensergebnisse aus Kompetenzen in Prüfungen immer schwerer vorherzusagen seien – selbst in stark strukturierten Formaten wie der *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*, also der beobachteten klinischen Prüfung. Darüber hinaus seien Verhaltensresultate das Produkt der Integration vieler Fertigkeiten und manchmal sei es sogar erforderlich, dass die\*der Lernende oder Praktizierende relativ schwache Kompetenzen kompensiere, indem sie\*er auf Ressourcen innerhalb der Praxisumgebung zurückgreife.

Die Verwendung von beispielsweise Patient\*innenergebnissen zur Beurteilung der Kompetenz einzelner Ärzt\*innen stellt jedoch eine enorme psychometrische Herausforderung dar (Norcini, 2005, zitiert nach ten Cate & Taylor, 2020, S.7) und wird durch die Möglichkeit von Attributionsfehlern erschwert. Allerdings, so ten Cate und Taylor (WHO-Regionalkomitee für Europa „Gesundheit 2020“), würden Lehrer\*innen ständig implizite Urteile darüber fällen, ob das Verhalten der Auszubildenden in der klinischen Lernumgebung zu den erwarteten Wirkungen führe. An diesem Punkt setzt das Konzept der EPAs an. Sie bieten einen konzeptionellen Rahmen, in dem Urteile formuliert werden können.

#### *Definition und Merkmale von Entrustable Professional Activities (EPAs)*

Definiert werden EPAs als „[a] key task of a discipline that can be entrusted to an individual who possesses the appropriate level of competence“ (CanMEDS, 2015, S. 7). Hinsichtlich des Umfangs werden sie als breite Aufgaben oder -gruppen aufgefasst (vgl. ten Cate & Taylor, 2020,



S. 2). Weiter wird charakterisiert, dass sie über das reine Ausführen einer klinischen Tätigkeit mit einem Patienten hinausgehen: „[A]n EPA must reflect an actual contribution to health care, in whichever form. Something that, to say it briefly, does not have to be checked again“ (a. a. O.). Diesen beobachtbaren Tätigkeiten werden einzelne CanMEDS-Kompetenzen zugewiesen.

Für die Abgrenzung zu den *Competencies* nennen ten Cate und Taylor als wesentliches Unterscheidungsmerkmal, dass „competencies describe persons“ und erläutern weiter: „Trainees who become competent professionals must acquire competencies that include knowledge, skills, and attitudes. It is how they synthesize and apply them to patients that generates professional work“ (a. a. O.). Anders ausgedrückt: Health Professionals können über Kompetenzen verfügen. Diese bündeln und charakterisieren all die Fähigkeiten und Kenntnisse, die sie als Einzelpersonen in ihre Berufsrolle einbringen. Hingegen kann ein Individuum keine EPAs besitzen, denn jene charakterisieren nur die zu erledigende professionelle Arbeit. Generell dienen EPAs der Operationalisierung einer kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung (vgl. ten Cate & Taylor, 2020, S. 2). Entscheidend sei hier „a stepwise and safe engagement of trainees in clinical practice – linking progressive proficiency to progressive autonomy in patient care“ (a. a. O.).

Im aktuell veröffentlichten Absolventenprofil „Medizin“ in Deutschland bilden EPAs mit den ärztlichen Kompetenzrollen zwei komplementäre Hauptbereiche: Während Erstere beschreiben, welche Kompetenzen die Absolvent\*innen zu erwerben haben, veranschaulichen Letztere, welche ärztlichen Tätigkeiten mit welchem Supervisionsgrad diese mit ihren Kompetenzen eigenständig ausführen können sollten (vgl. NKLM, 2021). Das Konzept der EPAs geht somit einen Schritt über den traditionellen Fokus der ergebnisorientierten Ausbildung hinaus, indem über diese der Fortschritt der Auszubildenden im Hinblick auf die erlangte Selbstständigkeit und notwendige Supervision (Level of entrustment; vgl. Abb.2-11) im Praxiskontext in den Blick genommen und evaluiert wird.



Levels of entrustment (ten Cate et al., 2010, S.673)	
I.	Resident has knowledge and some skill, but is not allowed to perform the EPA independently.
II.	Resident may act under proactive, ongoing, full supervision.
III.	Resident may act under reactive supervision, i.e., supervision is readily available on request.
IV.	Resident may act independently.
V.	Resident may act as a supervisor and instructor.

Abbildung 2-11: Levels of entrustment

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ten Cate et al., 2010, S.673.

Leitend ist die Idee, dass Lernenden – vergleichbar mit dem Bestehen einer Fahrprüfung – ab einem definierten Zeitpunkt in der Ausbildung das Know-how zugesprochen wird, ohne weitere Supervision eigenständig in der realen Welt medizinische Aktivitäten auszuführen vergleichbar mit dem autonomen Autofahren ohne Fahrlehrer. Ten Cate (2010) schlägt fünf Stufen – bezeichnet als *Levels of Entrustment* – vor, die dazu dienen sollen, Lehr-Lernprozesse zu strukturieren. Level IV z. B. reflects the attainment of full entrustment or acknowledgement of competence“ (vgl. Abb.:2-11). Ab dieser Stufe, so der Vorschlag, solle die Bestätigung für eine EPA Einzug in das Portfolio der Lernenden halten, verstanden als „statement of awarded responsibility“ (ten Cate & Scheele, 2007). Losgelöst von graduellen Benotungen plädiert ten Cate dafür, ähnlich wie bei dem erwähnten Führerscheintest, der\*dem Lernenden ihre\*seine Fertigkeiten zu bestätigen und damit Verantwortung zu übertragen. Kompetenz wird demzufolge mit Kompetenzschwelle konnotiert.

#### *Entwicklung von Kompetenzen über die Zeit und das Erreichen von Kompetenzschwellen*

Auf ten Cate (2010, S.673) (vgl. Abb. 2-12) geht die Darstellung zur Entwicklung von Skills/Kompetenzen zurück, die an die Grundlagen von Dreyfuß und Dreyfuß (1980, o.S.) anknüpft.

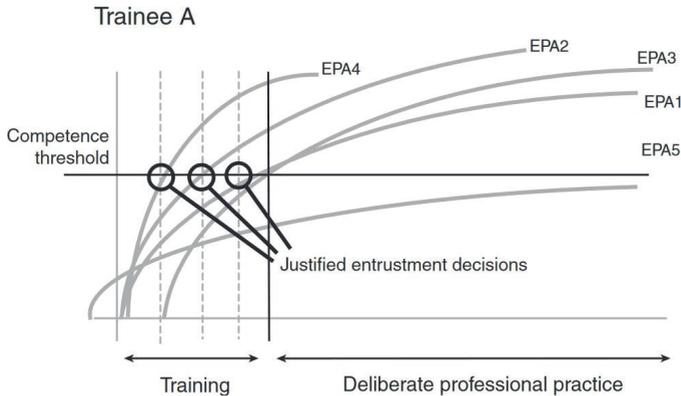


Abbildung 2-12: Lernkurven beim Kompetenzerwerb in anvertrauten beruflichen Tätigkeiten  
Quelle: ten Cate, 2010, S.673.

Nachvollziehbar zeigt diese Grafik (Abb.2-12) die einzelnen EPAs über die Zeit der Ausbildung und Praxisphase, die meist dieselben bleiben und an denen die auszubildende Person parallel arbeitet. Offensichtlich wird daneben, dass innerhalb der praktischen Ausbildung der Zeitpunkt, an dem ein Trainee die Kompetenzschwelle erreicht, von EPA zu EPA variieren kann. Gleichfalls können von Trainee zu Trainee interindividuelle Unterschiede hinsichtlich des Erreichens oder Überschreitens der Kompetenzschwelle für eine EPA bestehen. Hintergründig zeigt sich ein integratives Verständnis von Kompetenz, das sowohl die Sammlung an notwendigen Fähigkeiten, Wissen und Haltung als auch die Zuschreibung, eine Aufgabe selbstständig ausführen zu können, umfasst.

### *Milestones*

Milestones und EPAs werden im Zusammenspiel genutzt. Nach Einführung des Konzepts der Milestones in den USA im Jahr 2009 durch die Akkreditierungsgesellschaft *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* folgten Kanada (CanMEDS), die Schweiz, Deutschland (NKLM) und weitere europäische Länder zunächst in der medizinischen Ausbildung. Um die Komplexität umfangreicher beruflicher Aktivitäten herunterzubrechen und die Ansprüche an die Lernenden in der Praxis nachvollziehbar zu machen, Milestones,

„provide learners and supervisors with discrete information about the relevant skills of the discipline. CanMEDS Milestones that have been linked to an EPA are the individual skills that are needed to perform that task. For the purposes of learning and improvement, a resident and supervisor can focus on the EPA as a whole, or examine the CanMEDS milestones linked to that EPA. Over time, this detail is needed to help guide feedback and coaching for improvement“ (CanMEDS[online], o.D.; <https://canmeds.royalcollege.ca>).



Vor der Annahme, dass sich die Expertiseentwicklung über den gesamten Ausbildungszeitraum, darüber hinaus in der Weiterbildung und generell im Sinne eines lebenslangen Lernens vollzieht, werden Milestones mithilfe steigender Ansprüche formuliert, charakterisiert und der Lerninhalt einer jeden Kompetenz Entwicklungsstufen zugeordnet. Vergleichbar ist diese Gliederung mit der vertikalen Struktur des DQR (vgl. B-L-KS DQR, 2013) bzw. HQR (vgl. HRK & KMK, 2017), mit der zudem versucht wird, das theoretische Konstrukt der Kompetenz zu operationalisieren. Allerdings, und das ist der entscheidende Unterschied, wird mit den Milestones der individuelle Kompetenzaufbau adressiert und nicht das erwartete Outcome eines Berufs, der einer formalen Kompetenzstufe zugeordnet wird. EPAs wiederum dienen dazu, Meilensteine und damit Kompetenzen mit der klinischen Praxis zu verknüpfen, um sie zweckmäßig zu machen (vgl. ten Cate, 2005, S.177). „[...] EPAs are one way to ensure competency by envisioning and operationalizing specific holistic learning across competencies and milestones“ (Wagner & Reeves, 2015, S. 1).

Ein Beispiel aus der ärztlichen Weiterbildung verdeutlicht, wie simpel sich die Beschreibung einer EPA an Praxistätigkeiten orientiert. Zu Beginn der Weiterbildung „[...] können Informationen über einen Patienten gesammelt werden, so dass eine Diagnose gestellt werden kann“ (Frick, 2019, S. 260). An deren Ende hingegen kann „ein umfassendes Therapiekonzept erstellt werden“ (ebd., S.261).

### Überprüfung der EPAs – Beispiele für Workplace-based Assessments

Für die Verantwortlichen im Praxiskontext besteht die Herausforderung, EPAs an mehreren Zeitpunkten zu bewerten, zu evaluieren und schlussendlich zu entscheiden, ab welchem Moment ein\*e Auszubildende\*r als *entrusted* gilt. Einen Überblick über mögliche Assessments gibt die tabellarische Auflistung von Frick (2020, o.S.) (Tab. 2-9), die auf der schweizerischen Homepage zur ärztlichen Weiterbildung hinterlegt ist (<https://www.siwf.ch>).

Tabelle 2-8: Beispiele für Workplace-based Assessments  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Frick, 2020, o.S.

Workplace-based Assessments	Erklärungen
Reflective Practice	Schriftliche Reflexion über eine klinische Situation und die eigene Rolle darin
Case-based Discussion	Leiten oder Beteiligung bei fallbasierten Diskussionen
Hand-overs	Qualität der Übergaben im Schichtbetrieb
Chart reviews	Durchsicht der [Krankengeschichte] KG-Führung: Sinnhaftigkeit der Einträge, Vollständigkeit der Diagnoseliste, Austrittsberichte



On-call services	Analyse einer Nachtschicht, zum Beispiel anhand der selbstständig betreuten Patienten, am nächsten Tag
Ward rounds	Beurteilung einer vollständigen Visite
Professional presentations	Beurteilung in Präsentationen (Kongressen etc.)
Journal Clubs	Beurteilung der wissenschaftlichen Aufarbeitung eines Artikels
Publikation	Qualität von Publikationen
Consultation Observation Tool	Supervision einer ganzen ambulanten Konsultation (direkt oder in Videoformat)
Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)	Evaluation eines durchgeführten Eingriffs, zum Beispiel Lumbalpunktion
Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)	Beurteilung von vorher bestimmten kurzen Alltagssequenzen, zum Beispiel Patientengespräche
Objective structured clinical examinations (OSCE)	Beurteilung einer fallbasierten Situation mit Schauspielpatienten, zum Beispiel Herzinfarkt
Multi-Source Feedback (MSF)	Meist 360 Grad Feedback, inklusive Patienten und paramedizinisches Personal, z.B. Physiotherapie
Patient Satisfaction	Feedback von Patienten in Form von direkten Feedbacks oder Fragebogen

### *Anvertraubare berufliche Tätigkeiten (APTs) und interprofessionelle Ausbildung*

Anvertraubare professionelle Tätigkeiten (APTs) und Meilensteine - Entrustable Professional Activities (EPAs) und Milestones - werden international in der medizinischen Ausbildung als Ordnungs- und Überprüfungsinstrument eingesetzt. Die Anwendung dieser Ansätze in der interprofessionellen Ausbildung ist noch zu klären. Wagner und Reeves (2015) kündigten in einem Kurzbericht im Journal of Interprofessional Care eine Studie zu EPAs im interprofessionellen Ausbildungskontext an. Als Ziel dieser geplanten Arbeit definieren sie, das Meilensteinkonzept für die interprofessionelle Ausbildung hervorzuheben sowie EPAs zu identifizieren, um damit eine vorhandene Lücke in der Grundlagenliteratur zu schließen. Ebenso wollten sie dadurch die Sinnhaftigkeit für diesen Kompetenzbereich gewährleisten und das tatsächliche Lernen an möglichen Bewertungen ausrichten. Recherchen der Autorin dieser Arbeit zufolge liegen bisher keine Ergebnisse dieser angekündigten Studie vor.

In Deutschland wurde in Heidelberg mit dem Projekt „Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation HIPSTA“ (2007) eine interprofessionelle Ausbildungsstation etabliert, die die postoperative Versorgung nach großen abdominalchirurgischen Eingriffen adressiert und damit sowohl national als auch international – bezogenen auf die disziplinäre Ausrichtung – eine Besonderheit darstellt (vgl. <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de>). Die Projektverantwortlichen



(Mihaljevic et al., 2018) beschreiben den Prozess der Curriculumsentwicklung und binden EPAs ein. Sie begründen diesen Schritt damit, dass ihnen diese als am besten geeignet erscheinen, um arbeitsplatzbasierte Lernziele zu definieren, die eine Beurteilung bei der täglichen Arbeit ermöglichen und in ihrer Ausgestaltung präzise und praxisrelevant sowie in ihrer Anzahl begrenzt, spezifisch und klar seien (ebd., S.14). Während diese Punkte mit den o. g. Eigenschaften von EPAs nach ten Cate (2010) konformgehen, sind die folgenden Schritte zu deren Beschreibung nicht bis in die entscheidenden Details hinein nachvollziehbar. Legitimiert mit der Absicht, auf den Erfahrungen anderer Zentren aufzubauen, wurden in enger Absprache mit dem Karolinska-Institut, Schweden, (vgl. Mihaljevic et al., 2018, S.14 ) zwei interprofessionelle Lernziele für das Curriculum übernommen. Weiter verweisen die Autoren darauf, dass die Formulierungen von drei *interprofessionellen EPAs* – so werden diese im Originaltext genannt – auf den Arbeiten von Wölfel et al. (2016) sowie Berberat et al. (2013) basieren und diese im Zuge dessen für das IPSTA Curriculum definiert wurden. Eine konkrete Benennung der interprofessionellen EPAs erfolgt im Artikel nicht. Die angegebenen Quellen beziehen sich nicht explizit auf interprofessionelle EPAs. Es werden APTs in der Weiterbildung (Berberat et al., 2013) und ein interprofessionelles Vorgehen zur Bestimmung von Kompetenzen zur Durchführung von Visiten thematisiert (Wölfel et al., 2016).

Unter der Überschrift „The viability of interprofessional entrustable professional activities“ greifen ten Cate und Pool (2019) in ihre Untersuchung das Thema EPAs in Kontext interprofessionelle Ausbildung auf. Sie stellen fest, dass Interprofessionelle Ausbildung einen inhärenten Fokus auf das Kollektiv hat, wohingegen EPAs - verstanden als Einheiten der Berufspraxis - die einem Auszubildenden vollständig anvertraut werden können, sobald er die erforderliche Kompetenz für die unbeaufsichtigte Ausführung dieser Tätigkeit nachgewiesen hat, den Schwerpunkt auf dem Individuum haben. Folglich seien Versuche beides miteinander in Verbindung zu bringen nicht unproblematisch.

Vor dem Hintergrund, dass viele Aufgaben im modernen Gesundheitswesen interprofessionelle Zusammenarbeit beinhalten, argumentieren ten Cate und Pool (2019), dass einige EPAs von Natur aus einen starken interprofessionellen Charakter besitzen und kommen zu dem Schluss „that neither team EPAs nor individual IPE EPAs are a viable construct, but the competence to work interprofessionally should be considered with many if not all EPAs“ (ebd., S. 1261). Auch wenn weder interprofessionelle Team-EPAs (für die ein Team zertifiziert werden kann oder



sollte) noch IP-EPAs für Einzelpersonen keine praktikablen Konzepte seien, betonen ten Cate und Pool (2019)

„there are important components of activities that do not naturally fit with the definition of an EPA, such as interprofessional collaborative skills and attitudes. Most often these are qualities that are relevant for several EPAs. Interprofessional collaboration pervades much of healthcare practices and the question how to reconcile IPC with entrustable professional activities is legitimate“ (S. 1261).

Mit dieser Argumentation stärken ten Cate und Pool (2019) einerseits die Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit, indem sie erläutern, dass bei der Beurteilung der Lernenden und der Entscheidung über die Betrauung mit den meisten klinischen Aufgaben die Kompetenz zu interprofessioneller Zusammenarbeit überprüft werden müssen. Andererseits stellt sich aus der Perspektive der Bildungsgestaltung die Frage, wie die Anbahnung interprofessioneller Kompetenz gelingen kann, wenn sie als Querschnittskompetenz eingestuft wird.

Erste vorsichtig positive Ergebnisse in Deutschland - z.B. die Fall-Kontroll-Studie mit Medizin-studierenden am Universität Klinikum Eppendorf (UKE) von Brätz et al. (2022) - geben Hinweise, dass Auszubildende, die einen Einsatz auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation absolviert haben, bei der Bewertung und Zuschreibung von EPAs besser abschneiden, als Studierende ohne dieses Training (Brätz et al., 2022, S.3).



## 3 Theoretisch-konzeptionelle Bezüge und aktueller Forschungsstand

### 3.1 Kompetenzmodelle als Forschungsgegenstand: Theoretische Ansätze der Kompetenzmodellierung

In Bezug auf die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit, Zusammenhänge der Modellierung interprofessioneller Kompetenzen in der beruflichen Bildung zu verstehen, ist es angesichts der Definitionsvielfalt unerlässlich, einen kurzen Einblick in den Kompetenzdiskurs der empirischen Bildungsforschung und Organisationspsychologie zu geben. Zunächst soll der Kompetenzbegriff bzw. kompetenznahe Konstrukte hinsichtlich ihrer Basiselemente erschlossen werden, um darauf aufbauend zwei aktuelle theoretische Stränge der Kompetenzkonstruktion darzulegen. Aus diesen resultieren unterschiedliche Verfahren und Methoden der Kompetenzmodellierung sowie -messung. Relevante konzeptionelle Linien, die sich in Ansätzen zur Auslegung, Erfassung und Messung von Fertigkeiten je nach disziplinärer Sichtweise auf die konstituierenden Aspekte des Kompetenzkonstrukts zeigen, werden resümierend dargelegt. Im Sinne der GTM werden damit in den folgenden Abschnitten die sensibilisierenden Entwürfe sichtbar, die im Verlauf der Theoriebildung forscherrinnenseits Einfluss genommen haben. Durch die Hinzunahme sensibilisierender Konzeptionen zu potentiellen Denk- und Handlungslogiken der Kompetenzmodellierung konnten bei der iterativ vollzogenen Analyse der Kompetenzmodelle Theorieelemente reflexiv entdeckt und rückbindend auf das Datenmaterial verdichtet werden.

#### 3.1.1 Theorien zum Konstrukt Kompetenz - Ausgangspunkt der Modellierung

Begriffliche Vagheit (vgl. Lerch, 2017, S. 53; vgl. Moser, 2018, S.2), Unschärfeproblematik (vgl. Pätzold, 2006, S. 75 ff.; vgl. Hüttmann, 2016, S. 6 ff.) sowie „Untiefe“ (Reichenbach, 2008, S.35) sind gegebene Begleiter im Themen- und Forschungsfeld Kompetenz(-entwicklung). Zunächst die Verwendung im Sprachgebrauch betrachtend, fungiert die Bezeichnung *Kompetenz* zum einen als Beschreibung von Zuständigkeiten bzw. Befugnissen und zum anderen wird sie im Sinne des Vorhandenseins von Sachverstand und Fähigkeiten zur Ausführung einer Handlung verwendet (vgl. Duden [online], o. J.). Selten wird jedoch auf die Wortherkunft eingegangen: *Competentia* (lat.) bedeutet bezeichnenderweise ‚Zusammentreffen‘. Interpretierbar bleibt, ob damit die Koinzidenz von Faktoren respektive Wissen, Können und Wollen für menschliche Aktionen (physische Handlungen, geistige Operationen etc.) impliziert wird oder diejenige von



menschlichen Voraussetzungen und Handlungsbedingungen. Im Zusammenhang mit Berufsbildung finden sich beide Zuschreibungen.

Innerhalb dieses sehr breit gespannten Bedeutungsrahmens zeigen sich grundlegende Unterschiede, wie berufliche Kompetenz ausgelegt und diagnostiziert wird (Rüschhoff, 2019, S. 6). Als Erklärungsgrund für diese Differenzen verweist Rüschhoff – Verfasserin der systematischen Übersichtsstudie zu Methoden der Kompetenzerfassung in der beruflichen Erstausbildung in Deutschland (2019) – auf die „verschiedenen Historien und fachlichen Hintergründe der jeweiligen Disziplin als auch auf unterschiedlichen Schwerpunkten und Zielsetzungen in der Modellierung und Messung von Kompetenz“ (S. 6). Weiter folgert sie: „Eine Beurteilung der Legitimation unterschiedlicher Kompetenzdefinitionen ist somit nicht möglich und auch nicht sinnvoll, sondern kann jeweils nur vor dem Hintergrund des Kontexts, in dem Kompetenzen untersucht werden, und dem Zweck der Untersuchung vorgenommen werden“ (Rüschhoff, 2019, S.6).

#### *Konstituierende Elemente des Kompetenzkonstrukts*

Auch wenn häufig vom Kompetenzkonstrukt die Rede ist, besteht in der Literatur keine Einigkeit darüber, wie hier die Grenzen zu ziehen sind (vgl. Rüschhoff, 2019, S. 8). Diesbezügliche Forschungspositionen werden in den Erziehungswissenschaften – prägend rezipiert von Harting und Klieme (2006), Reetz (1984) und Roth (1971) – und in der Psychologie (vgl. Rosenstiel, 2005; vgl. Heyse, 2015; vgl. Weinert, 2014) bezogen. Große inter- sowie intradisziplinäre Unterschiede führen zu der Einschätzung, der Kompetenzbegriff sei „im höchsten Maß theoriereaktiv“ (Erpenbeck et al., 2017, S.XII). In der Konsequenz gilt das ebenso für die konstituierenden Punkte, die begrifflich erfasst und zusammengefügt werden. Kompetenzkonzeptionen rekurren auf sprachwissenschaftliche sowie sozialisationstheoretische Zusammenhänge, handlungstheoretische Ansätze und funktional-pragmatische Kompetenzkonzepte in der Psychologie (Klieme & Hartig, 2007, S.11). Mit Blick auf die Genese von Kompetenzkonstrukten in voneinander unabhängigen wissenschaftlichen Umgebungen wird in der soziologischen Theorie der Herrschaft von Weber (1990) Kompetenz im Sinne von Zuständigkeit und Verfügung über Zwangsmittel (ebd., S. 14) verwendet. Die pragmatisch-funktionale Tradition der amerikanischen Psychologie ab Ende der 50er-Jahre und für die Linguistik Chomsky (1981) führten den Kompetenzbegriff ein, um Fähigkeit und Bereitschaft menschlichen Handelns jenseits traditioneller behavioraler Kategorien und Einteilungen der psychometrischen Intelligenzforschung einzuschließen (zur Begriffsgeschichte vgl. Vonken, 2005, S.15 ff.).



Weitgehend etabliert hat sich die auf Chomsky (1981) zurückgehende Einbindung des Konstrukts Performanz in das grundsätzliche Kompetenzverständnis (vgl. Rüschoff, 2019, S. 8; vgl. Zlatkin-Troitschanskaia & Seidel, 2011, S. 220). Im Sinne von Chomsky (1981) – als Sprachwissenschaftler interessiert an der Erklärung des allgemeinen Sprachvermögens – umfasst Kompetenz Wissen und Fähigkeiten, welche für die Erzeugung von Sprache vorhanden sein müssen. Die Performanz beziehe sich auf die tatsächliche Anwendung dieses Wissens und dieser Fähigkeiten in Form von Sprache (vgl. Chomsky 1981). Diese Abgrenzung, gleichwohl ebenfalls Konstruktymbiose zwischen Kompetenz und Performanz, ist in zahlreiche Konzepte der Psychologie und Pädagogik eingegangen: Kompetenz als gegebenes universales handlungsgenerierendes Potential des Menschen und Performanz als die tatsächliche Realisierung von Kompetenz in spezifischen Situationen. In diesem Zusammenspiel zeige sich gemäß Sloane und Dilger (2005) ein strukturalistisches Verständnis von Kompetenz und Performanz, „welches insbesondere von Chomsky (1957, 1965, 1969) als generatives Verhältnis ausgedeutet wurde“ (ebd., S.7).

Welche weiteren konstituierenden Elemente sind in das Konstrukt eingebunden? In welchem Verhältnis stehen Kompetenz, Performanz und weitere Faktoren? In sprachwissenschaftlicher Absicht bedürfe die Untersuchung sprachlicher Performanz eines Menschen die Betrachtung all jener Faktoren, welche diese hervorrufen und von denen die sprachliche Fertigkeit lediglich eine unter vielen sei (vgl. Chomsky, 1981, S.203 ff.). Jene sei eine notwendige, jedoch keine hinreichende Voraussetzung für Performanz (a.a.O.). Konzeptionell sind folglich Elemente zu integrieren, die zur jeweiligen Realisierung der Kompetenz führen, wie z. B. personale und situative Faktoren (vgl. Klieme & Hartig, 2007, S.11). Die Feststellung, dass weitere Bausteine eingebunden werden, beantwortet aber noch nicht die Frage nach dem Wie und welche dies seien. Gemäß Klieme und Harting richte sich der Aufmerksamkeitsfokus auf die Performanz, wohingegen die Kompetenz theoretisch nicht weiter interessiere (a. a. O.). Für die Berufspädagogik und Bildungsforschung sei festzustellen, dass die Performanz zwar den relevanten Bezugspunkt in der Einschätzung von Kompetenz markiere, jedoch würden sich die konzeptionellen Ansätze im Umfang dessen unterscheiden, was in das Konstrukt beruflicher Kompetenz integriert werde (vgl. Rüschoff, 2019, S. 8).

Diesbezügliche konzeptionelle Herangehensweisen lassen sich in kognitionsbezogene und handlungsorientierte gruppieren (vgl. Zlatkin-Troitschanskaia & Seidel, 2011, S.220; vgl. Rüschoff, 2019, S.6). Damit wird in Anlehnung an Harting und Klieme (2007) eine



Zuordnungslogik gewählt, die in der Bildungsforschung beispielsweise von Zlatkin-Troitschanskaia und Seidel (2011, S. 224 ff.) als Diskussionsgrundlage verwendet und im aktuellen Forschungsbericht des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) von Rüschoff (2019, S.8 ff.) zur Systematisierung verfolgt wird. Dieser Unterscheidung entsprechend werden in den folgenden Abschnitten die konstitutiven Elemente kognitions- und handlungsbezogener Instrumente skizziert.

### *Kognitionsbezogene Konzeptionen*

Kennzeichnend für diesen Ausgangspunkt ist, dass die kognitive Basis des Handelns im Fokus steht, hingegen personale und affektive Determinanten nur bedingende Faktoren sind (vgl. Zlatkin-Troitschanskaia & Seidel, 2011, S. 221). Ihr Einwirken auf die Realisierung von Kompetenz (Performanz) ist zwar anerkannt, aus der theoretischen Sicht sind jedoch motivationale, volitionale und soziale Größen keine konstituierenden Elemente der Kompetenz (vgl. Harting, 2008, S.15), sondern Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese werden ebenso unter der Bezeichnung *kontextspezifische kognitive Leistungsdisposition* konzentriert (vgl. Harting & Klieme, 2006, S.129) und die Eingrenzung auf diese unterstrichen, welche gemäß Harting (2008), „forschungsstrategisch begründet“ (S. 14) sei. Sichtbar werde die Kompetenz in der Bewältigung vorab definierter Anforderungen durch die Dispositionen, die jene formen (vgl. Rüschoff, 2019, S. 6).

Im Bildungsforschungsbeitrag zum Schwerpunktprogramm „Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern. Theorien, Konzepte und Methoden“ (Jude et al.,2008) wird die o. g. Kompetenzdefinition um das Attribut *erlernbar* ergänzt und so zur „erlernbare[n] kontext-spezifische[n] kognitive[n] Leistungsdisposition“ (Harting, 2008, S. 17). Damit wird ein Merkmal herausgestellt, welches die Abgrenzung zu kompetenznahen Konstrukten, wie z. B. der Intelligenz, erleichtern soll. Dem Kriterium der Erlernbarkeit steht gegenüber, dass diese in der Regel als relativ stabil und zu einem wesentlichen Teil vererbbar angesehen wird (Harting & Klieme, 2006, S.130). Mit der Beordnung *kontext-spezifisch* wird ein weiteres Unterscheidungszeichen betont, denn

„[m]it dem Begriff der Intelligenz wird gemeinhin die Fähigkeit zur Lösung neuer Probleme ohne spezifisches Vorwissen verbunden, d.h. es werden darunter breit generalisierbare Leistungsdispositionen zusammengefasst. Durch die Bindung von Kompetenz an spezifische Kontexte gewinnt der Begriff eine eigenständige, von allgemeinen kognitiven Fähigkeiten abgesetzte Bedeutung“ (a. a. O.).

Eine hohe Präsenz vor allem in der empirischen Bildungsforschung hat die Erklärung von Weinert (2001), der Kompetenzen deutet als



„die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Weinert, 2001, S. 27 f.).

Explizit durch das Betonen kognitiver Fähigkeiten wird hier auf ein Kompetenzverständnis rekurriert, das wesentlich einer kognitionspsychologischen Begriffstradition folgt. Viel Interpretationsraum eröffnet die Subjunktion „sowie“, da damit zum einen die Reichweite der Definition offen und zum anderen unklar bleibt, inwieweit motivationale, volitionale und soziale Bereitschaften und Fähigkeiten die kognitive Ebene als bedingende oder konstituierende Faktoren ergänzen (vgl. Zlatkin-Troitschanskaia & Seidel, 2011, S. 220 f.; vgl. Rüschoff, 2019, S. 9). Kognitionspsychologisch geprägte Auslegungen erfahren allerdings in spezifischen Forschungssettings häufig eine Eingrenzung auf bestimmte Facetten. Wie Beispiele auf berufspraktischer und politischer Ebene zeigen – z. B. ASCOT-Initiative zur technologiebasierten Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung (vgl. BMBF, 2015) –, werden in einem analytischen Verständnis von Kompetenzen volitionale und motivationale ausgegrenzt und nicht als konstituierender Teil des Konstrukts gesehen. Werden Volition und Motivation - weiche Variablen - dennoch messtechnisch integriert, sei durch „die zusätzliche Berücksichtigung von Volition und Motivation in empirischen Erhebungen [ist] eine sukzessive Annäherung an das im berufsbildungspolitischen Kontext verwendete normative Konstrukt der beruflichen Handlungskompetenz intendiert“ (BIBB, o.S.) Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) verweist explizit darauf, dass seinen Forschungsarbeiten ein analytisches Begreifen von Kompetenzen im Sinne kognitionsorientierter Ansätze zugrunde liegt, „das mit dem im berufsbildungspolitischen Kontext verwendeten normativen Begriff der beruflichen Handlungskompetenz vereinbar ist“ (BIBB, o.S.).

#### *Handlungsbezogene und mehrdimensionale Konzeptionen*

Handlungsbezogene Konzeptions- und Definitionsansätze gehen über individuelle Leistungsdispositionen hinaus und binden all das ein, „was einen Menschen zur effektiven Anwendung seines Wissens und seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten befähigt“ (Rüschoff, 2019, S.9). In mehrdimensionale Ansätze werden neben kognitionsbezogenen auch soziale, volitionale und motivationale Aspekte sowie wertbezogene Einstellungen einbezogen. Zu den Definitionsansätzen, die die Mehrdimensionalität des Kompetenzkonstrukts hervorheben, zählt die Definition beruflicher Handlungskompetenz – in der Auslegung der KMK - als „die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (KMK 2011, S. 14). Eine weitere mehrdimensionale Betrachtungsweise liegt in der Definition von Kompetenz als



Selbstorganisationsdispositionen im Sinne der „bis zu einem bestimmten Zeitpunkt entwickelten inneren Voraussetzungen zur Regulation der Tätigkeit“ (Erpenbeck et al., 2017, S. XII ff.).

#### *Internationale Konzeptionen: Competence und Competencies*

In deutschsprachigen Veröffentlichungen, die grundsätzlich nur auf einen Kompetenzbegriff zurückgreifen können, zeigen sich hinsichtlich der englischsprachigen Begrifflichkeiten *Competence* und *Competency* demzufolge Übersetzungsunschärfen: *Competence*, Plural *Competences*, wird sowohl mit ‚Kompetenz‘, ‚Fähigkeit‘ oder ‚Qualifikation‘ übersetzt, ähnliche Varianten zeigen sich bei der Translation von *Competency/Competencies*. Weinert (2001) bestätigt dazu: „In general, we know what the terms ‚competence‘, ‚competency‘, ‚competent behavior‘, or ‚competent person‘ mean, without being able to precisely define or clearly differentiate them“ (S. 45). Dennoch eignen sie sich, um die verschiedenen Abstraktionsebenen und damit verbundenen Verwendungsfunktionen darzulegen.

Gemäß der Wirtschaftspädagogen Seufert (2013, S. 210) und Sloane (2003, S.5) werde im erziehungswissenschaftlichen Kontext unter dem angelsächsischen Modell *competence* ein ganzheitlicher und generischer Ansatz verstanden. Demzufolge sei *Competence* eine grundlegende Disposition, die dem Individuum sachgerechtes und ethisch adäquates Handeln ermögliche (vgl. Seufert, 2013, S. 219). Damit werde ein grundsätzliches generisches Können adressiert, „not strictly confined to traditional subject domains or industries“ (European Commission, 2018, S. 75). Dieses umfasse in der Tiefenstruktur ganzheitliches Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen (vgl. Seufert, 2013, S. 210.). Folglich sei *Competence* durch Mehrdimensionalität charakterisiert: zum einen hinsichtlich der generischen inhaltlichen Ausrichtung und zum anderen, weil Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen in der Tiefenstruktur eingebunden seien. Fokussiert wird nicht nur auf das Endprodukt, sondern auch auf den Prozess (a. a. O.). Um der Mehrdimensionalität zu begegnen, „the educator-facilitator is required to structure multi-dimensional learning processes and content“ (European Commission, 2018, S. 75). Im Sinne einer Erleichterung in der Umsetzung und um die Qualität des Lernprozesses anzusprechen, würden im Zusammenhang mit *Competence* inhaltliche Angaben gemacht, wie normative Zielvorgaben erreicht werden könnten (vgl. Seufert, 2013, S. 210).

#### *Competency*

Hingegen repräsentiert *Competency* bzw. *Competencies* (Plural) die konkrete Outcome-Perspektive. Diese ist in der Form ausgestaltet, dass sie mehrere Kompetenzkomponenten oder



Eigenschaften – z.B. psychologische Verhaltensmerkmale klassifiziert – als mehr oder weniger komplexe Konstellationen umfasst. Die konkrete Outcome-Perspektive tritt beispielsweise im Konzept des Lernfeldcurriculums als kompetenzbasierte Zielformulierung in Erscheinung und legt als Strukturvorgabe einen Status quo im engeren Sinne fest (vgl. Seufert, 2013, S. 210). Eine Gegenüberstellung verdeutlichender Aspekte fasst Tabelle 3.1 mit Bezug auf Sloane (2003) und Seufert (2013) und um Aspekte aus Sicht der Autorin ergänzt zusammen.

Tabelle 3-1: Gegenüberstellung competence und competencies

Quelle: Eigenen Darstellung in Anlehnung an Seufert, 2013 und Sloane, 2003.

Competence beschreibt, WAS eine*ein Lernende*r	Competency beschreibt, WIE sich ein beabsichtigtes Ergebnis
<ul style="list-style-type: none"> <li>- nach prozessualer ganzheitlicher Kompetenzerbahnung</li> <li>- in der performativen Umsetzung</li> <li>- in einer bekannten oder neuen Situation</li> <li>- in einer allgemeinen Domain</li> <li>- auf einem definierten Niveau</li> </ul> zeigen soll (normative Vorgabe) bzw. zeigen kann	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nach einer zeitlich umrissenen Kompetenzerbahnungsphase/Lernerfahrung</li> <li>- auf der Basis von theoretisch notwendigen inneren Komponenten</li> <li>- in einer inhaltlich umrissenen Aufgabe</li> <li>- in einer spezifischen Domain</li> </ul> zeigt (deskriptive, partikuläre Qualitäten)
- Kapazität: Ganzheitliche Handlungskompetenz	- Lern- und Verhaltensziele; einzelne Fähigkeiten

### *Funktionen von Kompetenzbeschreibungen im Rahmen der Bildungsgestaltung*

Grundsätzlich ist zu fragen, ob Kompetenzen das Leitmotiv in Bildungsprozessen beschreiben, das Outcome von Lerneinheiten festlegen oder widerspiegeln, wie eine Person eine konkrete Aufgabe durchführt. Die Beantwortung dieser Fragen führt zur Feststellung, dass sie unterschiedliche Funktionen auf teils abweichenden Abstraktionsebenen übernehmen. Weiter ist festzustellen, dass die Abstraktionsebenen selten klar differenziert und entsprechend verdeutlicht werden. Resümierend gilt festzuhalten, dass in der gesundheitsberuflichen Bildungsgestaltung der Kompetenzbegriff in doppelter Funktion verwendet wird. Kompetenz ist zum einen Leitziel: Als normative Vorgabe bringt der Begriff (Handlungs-)Kompetenz zum Ausdruck, dass ein mehrdimensionales und ganzheitliches Handlungsvermögen notwendig ist, um mit wechselnden Anforderungen der Berufspraxis umgehen zu können. Diese Notwendigkeit legitimiert eine Ausrichtung von Bildungsprozessen an der Maxime Handlungskompetenz. Zum anderen dienen Kompetenzen als Ordnungsgröße und sind Gegenstand der Bildungsgestaltung. Mit Hilfe von Kompetenzen bzw. Kompetenzbeschreibungen soll aufgezeigt werden, wie sich Handlungskompetenz in der Domäne der Gesundheitsberufe idealerweise äußert, z.B. am Ende einer Ausbildungssequenz. Um wiederum Kompetenzen im Sinne von erwünschten bzw. erwarteten



(Leistungs-)fähigkeiten differenzieren zu können, werden - und hier ist die englischsprachige Unterscheidung dienlich - *skills* und *competencies* beschrieben. Skills beschreiben Tätigkeiten und Competencies Verhaltensaspekte. Folglich liegen im deutschsprachigen Ordnungsmitteln Kompetenz(beschreibungen) mit Objektbezug und Subjektbezug vor. Eine Unterscheidung wird nicht vollzogen. Der Versuch einer Differenzierung erfolgt im angelsächsischen Raum durch die Bezeichnungen Competence und Competency (vgl. Seufert, 2013, S. 210).

### 3.1.2 Theoretische Ansätze der Kompetenzmodellierung

Unterschiedliche Begrifflichkeiten wie Kompetenzerfassung, -identifikation, -feststellung, -bestimmung oder -analyse betiteln Verfahren zu dem Zweck, jene in und für ausgewählte Situationen herauszufiltern und zu beschreiben (vgl. Sauter & Staudt, 2016). Diese Schritte – wie auch immer sie betitelt seien – würden in das große Feld der Kompetenzmessung gehören und gleichzeitig die Basis für die Konzeption von diesbezüglichen Modellen bilden (vgl. Krumm et al., 2016). Nicht immer sei jedoch eine stringente Abgrenzung und Beschreibung dieser Prozesse als eigenständige Verfahrenswege erkennbar. Grundsätzlich zu unterscheiden sei, dass Methoden stets die Art und Weise der Datenerhebung zur Kompetenzerfassung beschreiben. Die Bezeichnung *Verfahren* hingegen gibt Auskunft über die Vorgehensweise für die Analyse, die gleichfalls mehrere Methoden kombinieren könne (vgl. Hamborg & Schaper, 2018a, S. 2 ff.).

Nicht unumstritten ist der Begriff *Kompetenzmessung* oder *-feststellung*. Dieser trage einen Widerspruch (vgl. Koch & Hagedorn, 2018, S.14 ff.) in sich, wenn der weit verbreitete Konsens in der Kompetenzdebatte zugrunde gelegt werde, dass Kompetenzen grundsätzlich nicht feststellbar seien. Erpenbeck und Rosenstiel (2007) schlagen vor, die Feststellung als „eine Form von Zuschreibung (Attribution) auf Grund eines Urteils des Beobachters“ (S. XVIII f.) anzusehen, mit der eine Annäherung an „innere, unbeobachtbare Voraussetzungen“ (a. a. O.) erfolge. Andere Verfahren setzen auf Selbsteinschätzung oder kombinierte Prozeduren aus Anforderungsanalyse und Kompetenzableitung, um das Moment der begrifflichen Paradoxie zu umschiffen. Im berufspädagogischen Umfeld sei der Behelf, zwischen Kompetenz und kompetentem Handeln zu differenzieren und die Begriffseinführung der aktuell Konjunktur erfahrenden *Potenzialanalyse* vorgenommen zu haben (vgl. Koch & Hagedorn, 2018, S. 40).

Da die Frage der korrekten Begriffswahl an dieser Stelle nicht gelöst werden kann, wird im Folgenden trotz Widersprüchlichkeiten das Konstrukt Kompetenz in Verbindung mit Nomen des



Wortfelds *Feststellung*, *Definition* und *Messung* benutzt. Für die\*den Anwender\*in von kompetenzbezogenen Verfahren ist es wichtig, für die Besonderheiten disziplinärer Zugänge sensibilisiert zu sein. Während der Kompetenzansatz in der (Berufs-)Pädagogik verankert sei, stütze sich die klassische Anforderungsanalyse auf die (Eigenschafts-)Psychologie (vgl. Kersting & Klehe, 2018). Es erfolgt eine Annäherung an Zugänge der Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Bildungs- und Erziehungswissenschaften, da interprofessionelle Kompetenzen sowohl unternehmensstrategische Relevanz als auch Gewichtigkeit in Bildungsfragen besitzen. Weiter bietet diese multidisziplinäre Herangehensweise die Chance, Besonderheiten aufzudecken, die in gemeinsamen Anwendungsbereichen das Potential für Missverständnisse bieten.

#### *Bezugspunkte bei der Kompetenzmodellierung: Situations- oder Subjektbezug*

Grundsätzlich gelte, dass Kompetenzen erst in Handlungszusammenhängen und sozialen Kontexten sichtbar werden (vgl. Kauffeld, 2006; vgl. Kauffeld & Grote, 2009). Folglich würden Handlungen, an denen überdies Erhebungsinstrumente methodisch anknüpfen, zum Ansatzpunkt für deren Erfassen (vgl. Kauffeld, 2006, S.14). Allerdings muss mit Blick auf den Sprachwissenschaftler Chomsky (vgl. 1969, S. 14 f.) zwischen konkret sichtbarem Handeln – der Performanz – und einem möglichen Handlungsvermögen – der Kompetenz – differenziert werden. Im Bewusstsein dieser kategorialen Trennung sei für die Kompetenzfeststellung entscheidend, dass diese im Sinne generativer Bewältigungsvermögen keineswegs mit ihrem tätigen Ausdruck – der Performanz – gleichzusetzen sei (vgl. Koch & Hagedorn, 2018, S. 13). Vom beobachtbaren Verhalten könne allenfalls auf innere Voraussetzungen rückgeschlossen werden, Kompetenzen würden sich jedoch nicht bedenkenlos identifizieren lassen (a.a.O.).

Wenn Handlungen einen wesentlichen Zugang zur Kompetenzfeststellung bilden würden, sei zu beachten, dass sich diese nicht von alleine in isolierten Räumen vollziehen würden und Kompetenz erst als Relation von Person und Umwelt möglich werde (vgl. Lerch, 2016, S. 48). Ein Blick auf Verfahrensansätze der Kompetenzerfassung zeigt, dass diese Person-Umwelt-Relation jedoch nicht als Einheit, sondern überwiegend separiert betrachtet wird. Bei den eingesetzten Verfahren dominiert entweder der Situationsbezug – also der Blick auf die Umwelt – mit entsprechenden anforderungsorientierten Vorgängen oder die Subjektrelation – demnach der Bezug auf die Person – mit passenden subjektorientierten Methoden.

#### *Situationsbezug*

Kompetentes Handeln werde als situationsangemessen begriffen (vgl. Reischmann, 2004, S.43 f.) oder anders umschrieben als das erfolgreiche Bewältigen von Anforderungen. Kompetenz



impliziere folglich objektive, situative Handlungsvoraussetzungen aufseiten der jeweiligen Situation (vgl. Lerch, 2016, S. 48). Daraus wird ersichtlich, dass erst das Wissen um die Bedarfe einer konkreten Situation eine Ableitung notwendiger oder erwünschter Kompetenzen ermöglicht. Der Situationsbezug manifestiert sich in Anforderungsmerkmalen, die beschreiben würden, was für den Erfolg in einem bestimmten Tätigkeitsfeld zentral sei (vgl. Krumm et al., 2016, S.4). Zu den situativen Handlungsvoraussetzungen würden ferner zeitliche und materielle Ressourcen sowie die Zuständigkeit zur Handlungsdurchführung zählen, um in einer Situation Kompetenzen realisieren zu können (vgl. Oeder, 2004, S. 8, zitiert nach Lerch, 2016, S. 48).

Um den Situationsbezug bei der Kompetenzfeststellung zu berücksichtigen, kommen deskriptive Ansätze zum Einsatz. Die eingegrenzte Situation, z. B. eines bestimmten Berufsfelds oder eine Domain, bildet den Ausgangspunkt analytischer Bestrebungen und die Frage danach, was eine vorliegende Konstellation zur erfolgreichen Bewältigung verlangt, ist leitend. Da die Ergebnisse als Anforderungen formuliert werden, wird in diesem Zusammenhang von einer Arbeits- oder Anforderungsanalyse mit entsprechenden anforderungsorientierten Verfahren gesprochen. Diese verlaufen häufig standardisiert und verfolgen eine möglichst objektive Beschreibung von Kompetenzen. Auf Grundlage dieser Beschreibungen werden Kompetenzen konzeptionell modelliert und in Form von Kompetenzprofilen oder -modellen dargestellt. Der Zweck von Arbeits- und Anforderungsanalysen besteht ferner darin, festzustellen, inwiefern die für eine Situation erforderlichen Kompetenzen mit den tatsächlichen einer Person übereinstimmen oder von diesen abweichen. Den Kompetenzbegriff vermeidend geht es um den Fit zwischen Anforderungsmerkmalen der Umwelt und dem Handlungsvermögen der Person.

### *Subjektbezug*

Leitend sei beim Subjektbezug (vgl. Lerch, 2016, S.25), was eine Person in einer konkreten Situation kompetent mache. Subjektorientierte Konzepte und Perspektiven sehen die Berufsorientierung als Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung. Sie würden auf die Entwicklung eines (beruflichen) Selbstkonzepts und eine eigenverantwortliche Biografiegestaltung zielen, sich auf die Person und ihre Erfahrungen konzentrieren und viel Freiraum für Selbstreflexion geben (vgl. Kunert, 2016, o.S.).

Der Subjektbezug lässt sich mit Stevenson (2012) konkretisieren, der auf die im englischsprachigen Raum verbreiteten Kompetenzmodellvarianten KSA und KSAO referenziert (*Knowledge, Skills, Abilities and Other Characteristics*): „a traditional job analysis would be the result of a



detailed, KSA-focused, work-oriented, descriptive approach. On the other hand, a typical competency model would reflect a general, KSAO-focused, worker-oriented, prescriptive approach“ (ebd., S. 95).

Nach dieser Darlegung der Unterschiede zwischen Situations- und Subjektbezug sollen nun wesentliche Verfahrensschritte und Kennzeichen der Anforderungs- und Kompetenzanalyse erläutert werden. Hier wird die arbeits- und organisationspsychologische Perspektive ebenso verfolgt wie erziehungswissenschaftliche Prämissen, allerdings ohne weiter auf die vorangehend thematisierten Disziplinkontroversen infolge der Kompetenzdebatten einzugehen.

#### *Arbeits- und anforderungsorientierte Analysezugänge*

Etablierte methodische Analysezugänge der Arbeits- und Organisationspsychologie und ihre primären Zielsetzungen zeigt Tabelle 3-1, die sich auf Auflistungen von Homberg und Schaper (2018, S. 5 ff.) bezieht. Neben der Auftragsbeschreibung sowie den Ausgangs- und Rahmenbedingungen einer Aufgabe sollen bei deren Betrachtung die mit den Aufgaben verbundenen Anforderungen ermittelt werden.

Ansätze und Methoden zur Analyse von Aufgaben, Tätigkeiten und Arbeitssystemen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mündliche und schriftliche Befragungen (Einzel- und Gruppeninterviews)</li> <li>• Beobachtungen (direkte und indirekte Beobachtungen)</li> <li>• Physikalische und physiologische Messmethoden</li> <li>• Methoden der arbeitspsychologischen Laborforschung</li> <li>• Simulationen</li> <li>• Analyse betrieblicher Daten/Dokumente z. B. Arbeitsplatzbeschreibungen, Unfallstatistiken</li> <li>• Aufgabeninventare</li> <li>• Methode der kritischen Ereignisse (Critical Incident Technique, CIT)</li> <li>• Hierarchische Aufgabenanalysen (Hierarchical Task Analysis, HTA)</li> <li>• Ansätze der kognitiven Aufgabenanalyse (Cognitive Task Analysis, CTA)</li> </ul>

Abbildung 3-1: Ansätze und Methoden zur Analyse von Aufgaben, Tätigkeiten und Arbeitssystemen  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Homberg & Schaper, 2018, S.2 ff.

Die Abbildung 3-1 zeigt die Varianten der Datenerhebung, die kontextbezogen spezifiziert werden. Aus den Ergebnissen lassen sich Anforderungsmerkmale folgern, die sich im arbeits- und organisationspsychologischen Kontext je nach Art des Anspruchs in Aufgaben-, Verhaltens- und Eigenschaftsanforderungen (vgl Krumm et al., 2012, S.2 ff.) einteilen lassen und am besten an einem praktischen Beispiel zu verdeutlichen sind.



Erläuterungen nach Krumm et al. (2012) auf die Gesundheitsberufe übertragend zeigen sich beispielsweise im Falle der Physiotherapie folgende Voraussetzungen: Die Aufgabenanforderung „Kenntnisse aller Muskeln“ entsteht unmittelbar aus der Ausführung einer mit der beruflichen Tätigkeit verbundenen Aufgabe, wie z. B. infolge einer Rückenbehandlung zur Verringerung von Muskelkontraktionen. Bezieht sich ein Bedarf auf das tatsächliche Agieren, beispielsweise „empathisches Verhalten“, so handelt es sich um eine Verhaltensanforderung. Ist die besondere Ausprägung einer bestimmten im Zusammenhang mit einer beruflichen Tätigkeit geforderten Eigenschaft relevant, dann liegt eine Eigenschaftsanforderung vor. Ein Physiotherapeut unterstreicht beispielsweise die Glaubwürdigkeit seiner Arbeit mit einem guten Maß an Sportlichkeit.

Laut Krumm et al. (2012, S. 12) würden die Analyseergebnisse in einem Anforderungsprofil münden, das die in der Personalpsychologie – als Teil der Wirtschaftspsychologie - etablierten Merkmale zusammenstellt und damit in Kompetenzmodellen die Tiefenstruktur im Sinne eines wissenschaftlich etablierten psychologischen Fundaments bildet. Somit seien Anforderungsprofile als Teil von Kompetenzmodellen anzusehen und Verfahren der Anforderungsanalyse als Element der Kompetenzanalyse.

#### *Abgrenzung Arbeits- bzw. Anforderungs- und Kompetenzanalysen*

Eine grundsätzliche Differenzierung zwischen Arbeits- bzw. Anforderungs- und Kompetenzanalysen wird mehrheitlich in der Grundlagenliteratur der Arbeits- und Organisationspsychologie und Kompetenzforschung vollzogen. Kritische Stimmen (vgl. Schuler, 2000, Woodruffe, 1999 zit. n. Krumm et al., 2012) hinterfragen allerdings über die Grenzen Deutschlands hinaus, inwieweit sich überhaupt Kompetenzbeschreibungen von Anforderungsmerkmalen unterscheiden lassen könnten, ob diese nicht gleichstellbar seien und demzufolge wissenschaftlich fundierte Verfahren der Anforderungsanalyse in der Arbeits- und Organisationspsychologie nicht bereits die Kompetenzanalyse abdecken würden. In derartigen Hinterfragungen scheint sich nicht nur eine Gegenposition zur Kompetenzbewegung, sondern gleichsam ein Aufbäumen der Profession der Arbeits- und Organisationspsychologen zur Stärkung ihrer etablierten Diagnostikverfahren zu offenbaren. So dokumentiert die psychologische Fachliteratur eine lange Forschungstradition zu den Begriffen *Anforderungsanalyse* oder *Anforderungsmerkmale* mit einer Fülle an relevanten Erkenntnissen. Unter *Kompetenzmodelle* und *Kompetenzen* sind hingegen kaum Auskünfte zu finden (vgl. Krumm et al., 2016, S.1). Diese Tendenzen bezeichnet Sarge (2013, S.134) als „passiven Widerstand deutschsprachiger Wissenschaftler gegen eine in ihren



Augen überflüssige Mode“ und rezipiert die in ähnliche Richtung weisende Meinung amerikanischer Kritiker [...], „dass Competencies bestenfalls als ein trendiges Wort für Fähigkeiten/Fertigkeiten sind, also für gängige Kategorien, in denen man gewöhnlich Anforderungen an einen Job formuliert“ (Sarges, 2013, S.134). Demgegenüber stehen Herangehensweisen zur Bildung integrierender Kompetenzmodelle, die die Anforderungs- und Kompetenzanalyse ergänzend miteinander verbinden würden (vgl. Kumm et al., 2012, S.10 ff.). Eine Mischung aus psychologischer Expertise zu Anforderungsanalysen und praktischem Erfahrungswissen zur Erstellung von Kompetenzmodellen sei vielversprechend (vgl. ebd., S. 2). Im Kontext (Berufs-)pädagogik, Medizin- und Pflegepädagogik ist es kaum möglich, die Kompetenzorientierung zu umgehen, auch wenn es kritische Meinungen gibt. Allerdings fehlt hier eine trennschärfere Offenlegung, inwieweit Verfahren zur Kompetenzbestimmung dem Kompetenzansatz entspringen, ursprünglich der Arbeits- und Organisationspsychologie zuzuordnen sind oder als Mischformen gestaltet wurden.

Die nachfolgende Abbildung 3-2 stellt einen Versuch dar, die Erkenntnisse aus der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Kompetenz (vgl. Kapitel 3.1.1) und mit möglichen Verfahren der Kompetenzmodellierung (vgl. 3.1.2) in einer Zusammenschau von unterschiedlichen Zugängen und Ansätzen der Kompetenzmodellierung zusammenzuführen.

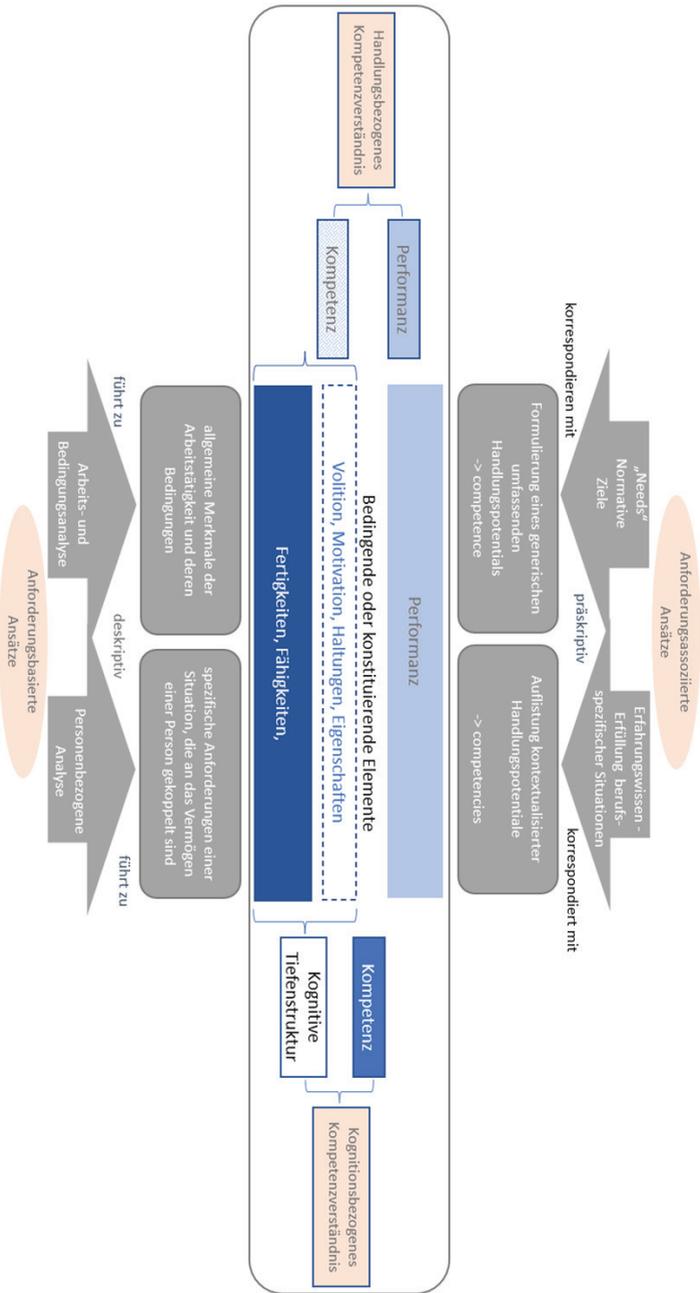


Abbildung 3-2: Zusammenschau unterschiedlicher Zugänge und Ansätze der Kompetenzmodellierung  
 Quelle: Eigene Darstellung



### 3.1.3 Zwischenfazit – Erkenntnisinteresse und Gründe für einen qualitativen Kompetenzforschungsansatz

In Tabelle 3-2 werden mögliche Modellierungen von Interprofessioneller Kompetenz vergleichend in den Blick genommen. Die idealtypischen Modellierungsformen - die teils überlappend, teil distinkt sind - wurden von Philipp (2015, S.31) für den Bereich Lesekompetenz herausgearbeitet. Mit der Übertragung dieser Differenzierungslogik auf das Konstrukt Interprofessionelle Kompetenz lässt sich verdeutlichen, wie die disziplinäre Sicht das Erkenntnisinteresse und Vorgehen beeinflusst.

Tabelle 3-2: Mögliche idealtypische Modellierungen von Interprofessioneller Kompetenz  
Quelle: Eigene Darstellung adaptiert nach Philipp, 2015, S.31.

Modellierung	Differenziell-psychologisch	Kognitions-psychologisch	Pädagogisch-psychologisch	Soziologisch	Didaktisch
Interprofessionelle Kompetenz als...	Produkt	Prozess	Trainierbare Fähigkeit(en)	Enkulturationsprozess/kulturelle Praxis	Beeinflussbares - Mehrebenenkonstrukt
Erkenntnisinteresse und Vorgehen	Testen von Fähigkeiten in der Domäne Zusammenarbeit im Gesundheitswesen  Vergleich von Personen bzw. Individualdiagnostik	Beschreibung und Modellierung von Teilprozessen auf diversen Ebenen  Integrative Betrachtung aller kognitiven Prozesse	Gezielte Förderung von Zusammenarbeitsprozessen auf verschiedenen Ebenen des Zusammenarbeitens  (überwiegend differenziellpsychologische) Überprüfung der Effektivität von Interventionen	Verständnis konstruktiver sozialisatorischer Prozesse  Rekonstruktion des Kompetenzerwerbs in diversen sozialen Kontexten	Systematische Verordnungs- und Auswahl von Fördermaßnahmen interprofessioneller Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen  Gestaltung der Erwerbsprozesse im schulischen Kontext

Über die gewählte Zusammenschau lässt sich der Fokus der vorliegenden Arbeit konturieren. Dieser liegt auf der didaktischen und soziologischen Perspektive. Das Erkenntnisinteresse gilt der Klärung, was für ein normativ wünschenswertes Handeln mit Interprofessioneller Kompetenz assoziiert wird, wodurch dieses bedingt ist und wie auf der Akteursebene der Bildungsgestaltung Einfluss genommen werden kann. Ein qualitativer Forschungszugang steht im Einklang mit dem so formulierten Erkenntnisinteresse (vgl. Kapitel 4).



## 3.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit als Forschungsgegenstand: Zentrale Differenzen und Befunde zu Aspekten interprofessioneller Kompetenz

### 3.2.1 Krankheit als Anlass und Gesundheit als Ziel der Zusammenarbeit: Eine gesundheitstheoretische Annäherung an zwei zentrale Inhaltsdimensionen

Die lebensweltliche Geläufigkeit in der Begriffsverwendung von Gesundheit suggeriert trügerische Klarheit und torpediert fast die Frage danach, was diese ist. Tatsächlich berührt die begriffliche Detektion nicht nur unzählige Fachdisziplinen, sondern kommt obendrein nicht ohne die Betrachtung ihres Counterparts, dem Konstrukt Krankheit, aus. Die Auseinandersetzung mit beiden Begriffen schien lange Zeit entbehrlich. Treffend zitieren Rothhaar und Frewer den Philosophen und Arzt Jaspers, der vor rund 50 Jahren noch schreiben konnte: „Was gesund und was krank im Allgemeinen bedeutet, darüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten den Kopf“ (Jaspers, 1965, S. 652 zit. n. Rothhaar & Frewer, 2012, S. 7).

Ungeachtet der Debatte um inhaltliche Dimensionen werden Gesundheit und Krankheit, da sie zentrale Gesundheitsdisziplinen sind, traditionell als wissenschaftliche Termini und Phänomene weitgehend der Medizin und den Ärzten als wesentliche Berufsgruppe des Gesundheitswesens zugeordnet. Fragen nach deren Bedingungen sowie dem Gesundheits- und Krankheitszustand der Bevölkerung führen in das interdisziplinäre Feld der Gesundheitswissenschaften, die in Deutschland als eher junge Lehre auf eine Tradition von gut 20 Jahren Public Health in Forschung, Lehre und Praxis zurückblicken kann.

Neue Entwicklungen in der Medizin wie die prädiktive Gendiagnostik, das Enhancement und Angelegenheiten der Allokation und Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen sind so stark wie noch nie auf einen intersubjektiv validen Gesundheits- und Krankheitsbegriff angewiesen, vom dem wesentlich abhängt, ob und in welcher Hinsicht die Betroffenen jeweils als gesund oder krank betrachtet werden (vgl. Rothhaar & Frewer, 2012, S. 7). Der Krankheitsbegriff begründet erst die Vorstellungen von Therapie, Behandlung, Prävention und Enhancement wie derjenige zu Gesundheit das Feld Gesundheitsförderung und Wellness legitimiert. Über beide Anschauungen werden Aufgaben sowie Pflichtgebote der Solidargemeinschaft im Allgemeinen und der interprofessionellen Zusammenarbeit im Speziellen nach innen wie nach außen hin bestimmt und abgegrenzt, bzw. eine Notwendigkeit erst erkannt.

Damit erklärt sich das Vorhaben dieses Kapitels, entlang des Leitbegriffs Gesundheit – im Zusammenspiel mit der Idee von Krankheit – mögliche Ausprägungen eines (inter-)subjektiven



Gesundheits- und Krankheitsbegriffs herzuleiten und abzubilden. Die Fülle und theoretische Tiefe gesundheitstheoretischer, (medizin-)soziologischer, medizinethischer, humanbiologischer, medizinischer sowie (gesundheits-)psychologischer Zugänge zu den beiden Gebilden wahrnehmend werden aus dem multidisziplinären Feld nur dem Ziel dienliche Einzelaspekte herausgearbeitet. Auf eine Übersicht mit Vollständigkeitsanspruch wird an dieser Stelle demnach verzichtet.

#### *Definition(en) von Gesundheit und Krankheit*

Gesundheit und Krankheit sind beobachterabhängige Konstruktionen, auf die eine eher objektivierende (z. B. als Arzt) oder subjektivierende Sicht (z. B. als Betroffener oder Angehöriger) eingenommen wird. Die zahlreichen Erklärungen dazu sind allesamt Interpretationen und reichen von naturalistischen bis hin zu evaluativen Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit (vgl. Wills & Baumann-Hözl, 2018, S.278). Dass Gesundheit interpretationsabhängig sei und die Frage danach, was sie beinhalte, nicht selbstverständlich beantwortet werden könne, heiße aber keineswegs, dass sie ein beliebiges Konstrukt sei (a. a. O.).

#### *Gesundheit*

Als unzureichend gilt – darüber besteht in der gesundheitswissenschaftlichen Debatte Einigkeit –, Gesundheit auf das Fehlen von Krankheiten zu reduzieren und eine bio-medizinische Negativdefinition als alleinige Option zu akzeptieren (vgl. Faltermaier, 2009, S.46 f.). Bei diesbezüglichen Ansätzen hat diese für Gesundheit gewählte Abgrenzungsaussage jedoch ihre Berechtigung

Die Definition der WHO 1949 (zit. n. WHO, 2020, S.1) dokumentiert schon früh die Absicht, einen disziplinübergreifenden, mehrdimensionalen und umfassenden Ansatz hervorzubringen. Mit ihrer Gesundheitsauslegung konstituierte sie eine Idealform des Genesenseins, die häufig als Idealnorm fungiert. Diese Zuschreibung steht in Kombination mit dem Entstehungszeitpunkt, den schwerlastenden Eindrücken des Zweiten Weltkriegs und der nicht zu verkennenden historisch-politischen Wirkung. Auch nach über siebenzig Jahren besitzt der damals hervorbrachte Gesundheitsbegriff den höchsten Bekanntheitsgrad und nationalen wie internationalen Verbreitungsradius in öffentlichen Dokumenten, Informations- und Marketingbroschüren, Internetauftritten sowie Schulbüchern. Aus dem Wortlaut der WHO, die Gesundheit als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease



or infirmity“ (WHO 1949 zit. n. WHO, 2020, S.1) versteht, lassen sich wesentliche genuine Konstruktelemente (interpretativ) ableiten (vgl. Liem & Flatscher, 2012, S.19):

- Gesundheit ist assoziiert mit Wohlbefinden
- Wohlbefinden wird subjektiv wahrgenommen, individuelles Befinden ist Referenzpunkt
- Wohlbefinden umfasst körperliche, geistige/seelische und soziale Anteile
- soziale Anteile von Wohlbefinden verbinden Person und Umwelt

Neben definitionsimmanenten Begrenzungen und epidemiologischen Einschränkungen, steht die WHO-Auslegung hinsichtlich folgender, von diversen Autoren rezipierter Punkte (vgl. z.B. Razum & Kolib, 2020, S. 19 ff.) in der Kritik. Der Gesundheitsbegriff sei zu utopisch (durch die Attribuierung „complete“), zu starr (wegen der Gleichsetzung von Gesundheit mit einem Zustand („state“) und das unausgereifte, statische Denken in Extrempolen), zu stark auf die subjektive Sichtweise akzentuiert und durch die ungenaue Mehrdimensionalität kaum zu operationalisieren oder messen (vgl. Jacob & Kopp, 2018, S. 147). Drastischer formulieren Jacob und Kopp, dass bei gegebenen definitorischen Mängeln ein entsprechender Versuch der Operationalisierung zu einem ubiquitär hohen Niveau an Krankheit führe (a.a.O).

Zum Teil seien die Mängel Übersetzungsungenauigkeiten geschuldet: So sei „complete“ eher mit „umfassend“ zu übersetzen und in der Übertragung von „state“ zu „Zustand“ zeige sich eine Verschiebung gegenüber dem englischen Originalbegriff (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022, o.S.). Weniger irritierend sei hier die Wortwahl „Stadium“ (a.a.O.)

Wie sich in weiteren Vorschlägen zeigt, sind den Begriffsbildungen meistens theoriegeleitete Vorstellungen vorgelagert. Franzkowiak und Hurrelmann (2022, o. S.) stellen auf der Homepage der BZgA in der Zusammenschau wesentlicher Leitbegriffe unter dem Eintrag zu Gesundheit anstelle einer einzelnen Definition verschiedene konzeptionelle Strömungen dar. Nachfolgend werden exemplarisch mittels der oben genannten Publikationen disziplinäre Schwerpunkte verdeutlicht, wobei die Auflistung keinesfalls abschließend ist.

Relevant erscheinende Unterschiede zeigen sich in folgenden Verständnismöglichkeiten:

*Gesundheit als körperliche und geistige Fitness* zur Erfüllung täglicher Rollenverpflichtungen steht mit einer soziologischen Sichtweise – am stärksten geprägt vom Soziologen Parsons (1972) – in Verbindung, die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in körperlicher und sozialer Hinsicht als Mitgliedsein der Gesellschaft herausstellt.



*Gesundheit als persönliche Stärke* ist eine aus der Humanpsychologie abgeleitete Idee, die Genesung durch Selbstverwirklichung und -entdeckung postuliert und auf Arbeiten von Maslow (1970) gründet.

*Gesundheit als Ware*, die gekauft oder gegeben wird, ist als Annahme an eine ökonomische Sicht gekoppelt. Die Vorstellung des käuflichen Erwerbs verleite dazu, Gesundheit und Krankheit in einzelne Teile zu zerlegen und höhere Ausgaben für die Gesundheitsversorgung als Garant für Gesundheit anzunehmen.

*Gesundheit als körperlich-seelisches Fließgleichgewicht* verweist auf salutogenetische Konzeptionen (vgl. Antonovsky, 1996). Sie seien nur in Teilen konkret und eher als Metaphern zu deuten (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann, 2018, o. S.), wobei die metaphorische Wirkung hinsichtlich der Ablösung dichotomer Gesundheitsvorstellungen beachtlich sei.

*Gesundheit als Zustand vollkommenen Wohlbefindens* weist auf die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Dimensionen der Gesundheit hin, wie es z. B. im biopsychosozialen Modell von Engel (1980, S. 537) beschrieben und in der ganzheitlichen und positiven Definition der WHO (1949 zit. n. WHO, 2020, S.1) aufgegriffen wird.

Wie diese Beispiele belegen, ist die begriffliche Festlegung von Gesundheit und Krankheit überwiegend disziplingebunden (vgl. Hurrelmann & Richter, 2013, S. 112). Bleibt es bei einer disziplinär abgeschotteten Begriffsbildung, sei dies hinderlich für einen fruchtbaren Austausch über die Schwelle der Denkansätze hinaus (vgl. Franzkowiak & Hurrelmann, 2018, o. S.). Ein Konsens über eine wissenschaftliche Auslegung von Gesundheit stehe noch aus (vgl. Faltermaier, 2009, S. 47 f.).

In der ihr zugeschriebenen Verantwortung trieb – und treibt – die WHO die Debatte um die Gesundheitsdefinierung voran und legte 1986 in der Ottawa-Charta im Gesundheitsförderungsansatz wesentliche Explikationen nieder:

„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO, 1986, S.1).

Entsprechend dieser Weiterentwicklung sei Gesundheit in gemeinsamer Verantwortung sowohl ein Produkt der Gesellschaft als auch des Einzelnen. Verdeutlicht werde ihr dynamischer



und positiver Charakter, der subjektive Anteile assimiliere. Unmissverständlich wird die Prozesshaftigkeit im alltäglichen Leben anstelle eines einmalig zu erreichenden Zustands betont. Den Dreiklang – der geltenden WHO-Definition (2020) - beibehaltend werde die zuvor prägende Formulierung des körperlichen, geistigen/seelischen und sozialen Wohlbefindens durch soziale und individuelle Ressourcen sowie Leistungsfähigkeit ersetzt. Die Integration verschiedener Auffassungen ist gut erkennbar.

Einen Versuch in diese Richtung unternehmen ferner Hurrelmann und Richter (2013). Verbunden mit dem Ziel, eine integrativ wirkende und interdisziplinär einsetzbare Definition hervorzubringen, schlagen sie vor:

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Lernpotentiale möglich, und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147).

### *Krankheit*

Generell erscheine es einfacher, das Konstrukt Krankheit begrifflich zu fassen als das der Gesundheit (vgl. Liem & Flatscher, 2012, S. 18). Beispielhaft zu erkennen ist dies im Eintrag zu Krankheit im Lexikon für Ethik, demzufolge es zweckgemäß scheine,

„zum einen Krankheit als Funktionsstörung zu interpretieren, nämlich als Störung eines funktionalen Gleichgewichts, und zum anderen nicht das Verfehlen des Idealzustandes, sondern die Abweichung von statistischen Normalwerten als Krankheitskriterium anzusetzen“ (Horn, 2002, S. 142 zit. n. Liem & Flatscher & Liem, 2012, S.19).

Ergänzend anzufügen ist, dass die Negativformulierung im Zitat „nicht das Verfehlen des Idealzustandes [...] als Krankheitskriterium anzusetzen“ (a. a. O.) Kritik an der Idealnorm der WHO-Definition erkennen lässt. An ihre Grenzen stößt gleichfalls ein funktionales Krankheitsverständnis. Um den Zustand einer Person als funktional gestört, von der Norm abweichend, zu deklarieren, sind festgelegte Richtwerte notwendig. Was bei einem Beinbruch naheliegend ist, eröffnet bei Kopfschmerzen und zu hohem Körperfettanteil Interpretationsspielraum. Kranksein geht einher mit einer normativen Rahmung. Erfolgt eine Orientierung an statistischen Normalwerten und am Normbegriff, ist es naheliegend zu fragen, wo, wie und von wem der Cut-off-Wert zum Normalen gesetzt wird.



### *Werttheoretische Überlegungen zum allgemeinen Krankheitsbegriff*

Werttheoretische Überlegungen führen zu der seit den 1950er-Jahren geführten medizinphilosophischen Diskussion zum allgemeinen Krankheitsbegriff. In diesen Theorien bildete sich – besonders in den Anfängen der Theoriegenese – das Lager der klassischen Psychiater und der sozialkonstruktivistischen Antipsychiater, zu erkennen an den naturalistischen oder normativen Deutungen (vgl. Liem & Flatscher, 2012).

Naturalistische Auffassungen zeigen sich darin, dass der (jeweilige) Krankheitsbegriff auf wertfrei beschreibbare, in diesem Sinne objektive Merkmale und nicht auf der Basis von Werturteilen, Werten, individuellen Präferenzen oder sozialen, kulturabhängigen Normen definiert wird (vgl. Hucklenbroich, 2016, S.460). Dieser Ansatz ist als deskriptivistisch oder allenfalls objektivistisch zu bezeichnen. Demgegenüber steht die Position der Normativisten, in deren Krankheitstheorien explizit oder implizit auf solche evaluativen oder normativen Prämissen zurückgegriffen wird (a. a. O.). Diese Zweiteilung ist jedoch nicht so eindeutig, wie sie zunächst erscheint, denn in beiden Lagern zeigen sich erhebliche Differenzen zwischen den jeweils herangezogenen Merkmalen, Kriterien oder Prämissen. Weitere Unklarheiten und Kontroversen zeigen sich nach Hucklenbroich (2016) dahingehend,

- „1. ob ein herangezogenes Merkmal – z.B. die Begriffe der Funktion, der Fähigkeit oder des Ziels – als deskriptiv oder normativ einzuordnen ist;
2. was alles als ‚Wert‘ oder ‚Norm‘ zählt und ob hier nicht erheblich differenziert werden müsste;
3. und welches die Intention der vorgelegten Krankheitstheorie selbst im Hinblick auf die wissenschaftliche Medizin und deren Krankheitslehre ist [...]“ (ebd., S. 459 f.)

Um wissenschaftstheoretische Ein- und Abgrenzung bemüht, sollte der Krankheitsbegriff nicht mit denen der Behandlungsindikation und -bedürftigkeit vermischt werden, denn Letztgenannte markieren den Übergang zu normativ-praktischen Betrachtungen und damit in das Zuständigkeitsterrain der Ethik. Der Krankheitsbegriff fungiere als Grenzbezeichnung und das gelte zunächst noch unabhängig davon, welche ethischen Forderungen an diese Abgrenzung geknüpft würden (vgl. Rothhaar & Frewer, 2012, S. 7).

### *Gesundheit und Krankheit als Normativdefinition*

Ob als Idealnorm oder abhängig von statistischen, sozialen oder individuellen Richtlinien, übernehmen die Begriffe Krankheit und Gesundheit – mit unterschiedlicher Reichweite – die Funk-



tion von Grenzausdrücken. Zu berücksichtigen sind diesbezüglich zwei Punkte: Einerseits können Faktenaussagen – z. B. physikalische, chemische oder biologische Daten – zum Gesundheits- oder Krankheitszustand einer Person oder Gruppe aus dem methodischen Ansatz heraus nicht beschreiben, was normativ sein soll. Flatscher und Liem (2012) verdeutlichen, dass „[d]as Schließen von deskriptiven ‚Ist-Sätzen‘ auf normative ‚Soll-Sätze‘ [...] ein (naturalistischer) Fehlschluss“ [sei]. „Aus Sein folgt nicht ein Sollen. Die deskriptive Medizin befindet sich daher in einem ‚normativen Vakuum‘“ (Waldenfels, 1998, S.143f. zit. ebd., S.19). Andererseits beschreibt der statistische Durchschnitt nicht das Normale von Gesundheit. Auch wenn z. B. (fast) alle Kinder in einer Klasse adipös werden, ist das nichts Normales. Die vorschnelle Gleichsetzung von Durchschnittswert und Maßstäblichkeit ist folglich unzulässig ebenso wie die Gleichstellung statistischer Faktenaussagen mit Normvorgaben.

Danach fragend, wie Normen und normativ geltende Entscheidungen in Verbindung mit Gesundheit und Krankheit entstehen, formuliert Hucklenbroich (2016) folgende These:

„[D]as Wissen der Medizin über Krankheiten und Behandlungsverfahren wird auf den konkreten Einzelfall angewendet, indem *Behandlungsindikationen* [Herv.i.O.] gestellt werden. Diese stellen logisch gesehen Aussagen über Zweck-Mittel-Relationen dar, sind also allenfalls bedingt normativ. Erst unter Hinzuziehung von eigentlichen Normen, Werten oder Intentionen der dazu berechtigten Instanzen (individueller Patient, Gesundheitsamt, Gesetzgeber, etc.) können daraus strikt normative Entscheidungen gewonnen werden“ (S. 483).

Es zeigt sich die entscheidende Rolle des individuellen Patienten, des Gesundheitsamts und der Gesetzgeber hinsichtlich eines normativen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses. Deutlich wird desgleichen die Beschränktheit eines rein funktionalen Krankheits-/Gesundheitsbegriffs als Terminus, demzufolge Gesundung bloß restitativ, d. h., im Sinne des Herstellens einer alten deskriptiven Ordnung verstanden wird, was zugleich als Reparaturmedizin benannt wird.

Festgehalten werden kann, dass sich Gesundheit als isoliertes Konstrukt zwar definieren lässt, der normative Charakter aber eine systemorientierte Betrachtung verlangt. Und schließlich scheint ein Stück weit akzeptabel zu sein, dass sich „das über Krankheit Hinausgehende“ (Flatscher & Liem, 2012, S. 18) methodisch schwer erschließen lasse und die eigenständige Dimension von Gesundheit zum Teil im Verborgenen bleibe (Gadamer, 1993 zit. a.a.O.).

#### *Verantwortung für die Gesundheit – die Rolle der Patient\*innen*

Infolge des sich weiter vollziehenden Paradigmenwechsels ist es in einem auf Gesundheit ausgerichteten Versorgungsprozess kaum möglich, den momentanen und zukünftigen Veränderungen nur aus einer traditionellen Krankenrolle mit tendenziell passivem Charakter heraus zu



begegnen. Es herrscht eine Rollenvielfalt und „wir alle als Bürger, Konsumenten und Patienten tragen zur Gesundheitsförderung bei“ (Kickbusch, 2014, S. 22). Wie sich der Part des Patienten in den letzten Jahren zu wandeln begonnen hat, beschreiben Ospelt-Niepelt et al. (2010) die in einer Untersuchung zur Patientenbildung in der Schweiz im Auftrag der Careum Stiftung (2010) mit zwei wesentlichen Tendenzen:

„Große Teile der Bevölkerung wünschen sich, intensiver in Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden, wenn es um ihre Gesundheit geht. Gleichzeitig betonen auch Leistungserbringer, Leistungsträger und der Staat zunehmend die Mit- bzw. Eigenverantwortung des Einzelnen in Bezug auf seine persönliche Gesundheit“ (ebd., S.2).

Diese Mit- und Eigenverantwortung bezieht sich auf Informationen über die Krankheit und ihre Behandlungsalternativen sowie den persönlichen Umgang mit psychischen und körperlichen Beschwerden (a.a.O.). Ebenso gehört dazu die Fähigkeit des Bürgers, stichhaltige Entscheidungen für die eigene Gesundheit und die anderer zu fällen (Kickbusch, 2014, S.30). Dazu nun einige verdeutlichende Alltagsbeispiele:

Immer dann, wenn sich Fragen stellen wie: zuckerfreies Müsli oder Fruit-Snacks aus der Health-Werbung? Fahrrad oder Auto? Fahrradhelm oder Lieblingsmütze? Impftermin vereinbaren oder absagen? Kopfschmerz ignorieren oder Tablette einwerfen? Antibiotikum oder Naturwirkstoff? IGeL-Leistung kaufen oder Geld sparen? Rat des Hausarztes befolgen oder Zweitmeinung einholen? Dann ist der Mensch gefordert, einen Entschluss für die eigene Gesundheit oder die anderer zu fällen. Idealerweise folgt eine reflektierte und kompetente Entscheidung, der das Wissen darüber vorangestellt ist, was in den auf Gesundheit bezogenen Bereichen Ernährung, Bewegung, Sicherheit, Schutz, Behandlung, Stress usw. empfehlenswerter ist. Die WHO sieht genau darin eine stets herausfordernde Aufgabe für den Menschen, „Entscheidungen zugunsten einer gesunden Lebensweise zu treffen und [seinen] eigenen Weg und den [seiner] Familie durch komplexe Lebenswelten und Gesundheitsversorgungssysteme zu steuern“ (Kickbusch et al., 2016, S.1). Wenn es trotz zunehmender gesellschaftlicher Komplexität, Informationsflut und Fehlinformationswellen gelinge, kompetente Entschlüsse zu treffen, dann zeige sich das, was international als *Health Literacy* bezeichnet (vgl. z.B. Sørensen et al., 2012) und in der deutschsprachigen Diskussion mit Gesundheitskompetenz übersetzt werde.

### *Zwischenfazit*

Die terminologische Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit hat verdeutlicht, dass nicht nur diese selbst, sondern ebenso die Auslegungsprozesse über die Dekaden betrachtet Dynamiken aufweisen. Zudem verlangen Normativdefinitionen eine systemische Einbindung.



Was bedeutet das gegenwärtig für die Gesundheitsversorgung und die mit ihr verbundenen Aufgaben?

- Die vielfältigen Definitionen und zugrundeliegenden theoretischen Zugänge zu den Konstrukten Gesundheit und Krankheit veranschaulichen die Größe des multidisziplinären Feldes, das zugleich die Gesundheitsversorgung umgibt.
- Der noch ausstehende Konsens einer wissenschaftlichen Definition von Gesundheit bedeutet im Rahmen dieses Kapitels, bei der Bestimmung von Versorgungsaufgaben nach der interdisziplinären Tragfähigkeit zu fragen und die Intention der zur Legitimation vorgelegten Krankheits- bzw. Gesundheitstheorie mitzuverfolgen.
- Für die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Institutionen und Akteure liefern diese Festlegungen keine lineare Zielführung. Gesundheitsversorgung umschließt – rückbindend an das individuelle sowie kollektive Krankheitsgeschehen – Restitution, Akquisition und Kompensation.
- Sowohl deskriptive als auch normative Begriffsbestimmungen stoßen an ihre Grenzen. Um Aufgaben der Gesundheitsversorgung zu bestimmen oder zu legitimieren, sind statistische Grundlagen ein Zugang. Erst in Verbindung mit individuellen und kollektiven Normen übernehmen Gesundheit und Krankheit die Funktionen von Grenzbegriffen. Das, was in einer Gesellschaft als Aufgabe der Gesundheitsversorgung angesehen wird, kann in gewisser Hinsicht ein Spiegel sozialer und kultureller Gepflogenheiten sein.

Andererseits behindere mangelhafte Kenntnis über diese bestimmenden Faktoren eine Vernetzung, interprofessionelle Zusammenarbeit und effektivere Abläufe (vgl. Sottas et al. 2013, S. 7).

### 3.2.2 Formen und Merkmale verschiedener Arrangements von Zusammenarbeit

Nachdem vorangestellt eine begriffliche Klärung zu interprofessionell bzw. Interprofessionalität erfolgt ist (vgl. Kapitel 2.3.1), werden nun die verschiedenartigen Formen, wie Menschen miteinander arbeiten, behandelt. Denn erst durch die Klärung der Terminologie – und damit ist gleichzeitig diejenige von Zusammenarbeit inkludiert – werden Konstellationen und Beziehungen der Berufsgruppen innerhalb der Gesundheitsversorgung deutlich (vgl. Mitzkat et al., 2016, S.1). Bei der Recherche nach Synonymen zu diesem Wort liegt die Trefferzahl bei 138 in elf Gruppen. Aus der angezeigten Gruppe (scheinbarer) Bedeutungsgleichungen tauchen in einschlägigen deutschen Publikationen zum Themenfeld der interprofessionellen Zusammenarbeit die Wörter *Kooperation*, *Partnerschaft*, *Teamarbeit*, *Kollaboration* und *Koproduktion* auf. Sowohl in der Praxis als auch in der Literatur wurden und werden verschiedenste Kooperationsformen ausprobiert und diskutiert. Aber welche Form der Zusammenarbeit wird mit wel-



chem Begriff in Verbindung gebracht? Welche interaktionalen Merkmale tragen diese unterschiedlichen Arbeitsformen allgemein und im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung? Diese Fragen sind für den folgenden Abschnitt wegweisend, in dem es zunächst um allgemeine Unterschiede zwischen verschiedenen Arbeitsformen geht, bevor auf deren Spezifika im Kontext der Gesundheitsversorgung fokussiert wird.

*Zusammenarbeit auf sektoraler und organisationaler Ebene: 3K-Kollaborationsmodell und 5C-Modell intersektoraler Zusammenarbeit*

Aufgrund seiner Verbreitung und einprägsamen Visualisierung verschiedener Arbeitsformen sollen aus dem Umfeld der betrieblichen Zusammenarbeit und des Managements das 3K-Modell und seine Erweiterung, das 5C-Modell, vorgestellt werden. Das 3K-Modell (im Englischen: *3C-Modell*) (Borghoff & Schlichter, 1998; Alberto et al., 2011) trägt seinen Namen wegen der zugrundeliegenden Unterteilung in Kommunikation, Koordination und Kooperation. Es diente ursprünglich als Klassifizierungsmodell für besondere Software für Gruppen, sogenannte Groupware-Systeme (Johnson-Lenz, 1982), bzw. für Computer Supported Cooperative Work (CSCW) (Borghoff & Schlichter, 1998). Je nach intendierter Unterstützung wird unterteilt, inwieweit ein Groupware-System der betrieblichen Zusammenarbeit in virtuellen Netzwerken auf den Ebenen Kommunikation, Koordination oder Kooperation – ggf. zudem in möglichen Überlappungsbereichen – eingesetzt wird.

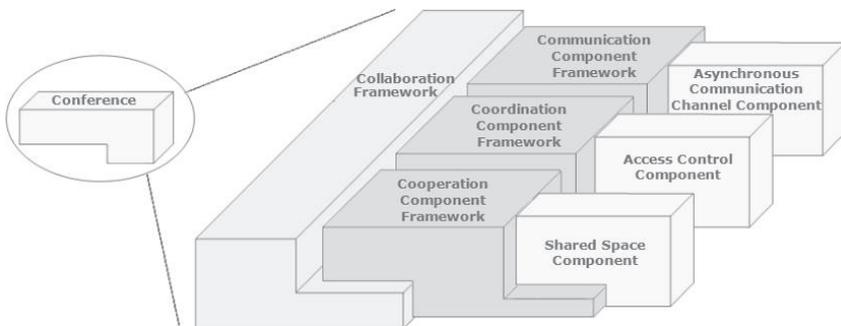


Abbildung: 3-3: Architecture of a collaboration service  
Quelle: Fuks et al., 2008, S.642.



Diese Einteilung impliziert, dass sich Bedingungen und Ansprüche unterscheiden, je nachdem, ob Mitarbeiter nur kommunizieren, kooperativ oder koordinativ zusammenarbeiten. Hinsichtlich der betrieblichen Zusammenarbeit in Krankenhäusern oder Versorgungszentren bedarf es folglich der Klärung, wer mit wem wie zusammenarbeitet, um IT-Lösungen so zu gestalten, dass sie effizient und effektiv sind. Bei wem reicht ein E-Mail-Transfer, wer kann gemeinsam auf Dokumente zugreifen und diese bearbeiten und wer erteilt schließlich und endlich die Frei- oder Weitergabe von Dokumenten. Diese Aspekte sind auf organisationaler Ebene hinsichtlich der fortschreitenden Digitalisierung von beträchtlicher Bedeutung.

#### *Five-C-Modell – Inter-Organisational-Working Arrangements nach Keast (2015)*

Um letztlich eine weitere Differenzierung vorzunehmen, bietet sich die Unterteilung der australischen Wissenschaftlerin Keast in fünf C - Competition, Cooperation, Coordination, Collaboration und Consolidation - an. Diese bilden ein Kontinuum an *Interorganisational relationships* (Abb. 3-5) mit jeweils typischen Charakteristiken. Dieses Kontinuum wird in verschiedenen (Forschungs-)Kontexten wie z. B. bei sozialpolitischen Themen, wie das Queensland Kinderschutz-Reformprogramm (vgl. Keast, 2015), oder bürgerpolitischen Inhalten, wie die Zusammenarbeit von gemeinnützigen Organisationen und Unternehmen (vgl. Keast, 2016; vgl. Stout & Keast, 2021) genutzt.

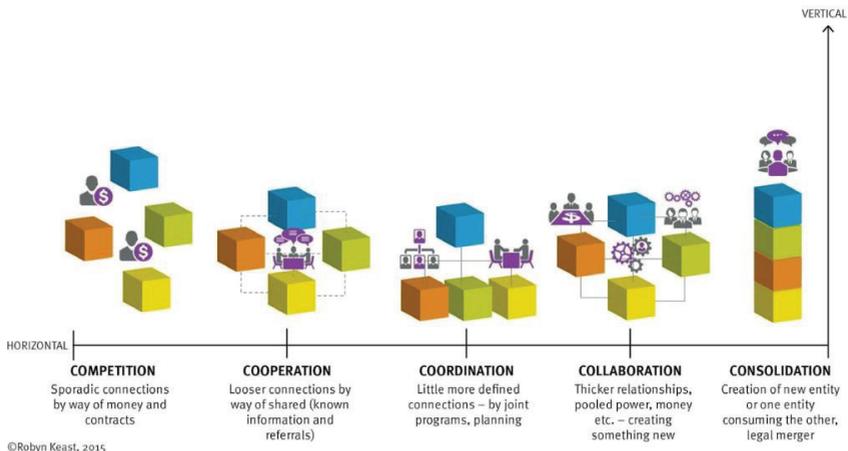


Abbildung 3-4: Interorganisational working arrangements

Quelle: Keast, 2015, S.4.

Die auf dem Kontinuum der horizontalen Integration verwendeten Begriffe sollen im Folgenden analysiert werden, um Leistungsmaßstäbe für eine Kooperation zu betonen. Die Erläuterungen



sind der Veröffentlichung „A Guide to Collaborative Practice: Informing Performance Assessment & Enhancement“ (Keast, 2015) der Queensland Kommission für Familie und Kinder (QFCC), deren Inhalte sich auf den Forschungsprojektbericht von Keast stützen, entnommen und frei übersetzt.

Kooperation bezeichnet eine informelle Vereinbarung zwischen Menschen oder Organisationen, um einheitliche Aktionen zu ergreifen, die ihre autonomen Maßnahmen oder Programme erfolgreicher machen. Jedes kooperierende Gremium bleibt unabhängig, passt die Praktiken aufeinander an, teilt kein Risiko und behält die volle Autorität (vgl. Keast, 2015, S.4).

Der Koordination wird ein etwas formellerer Charakter zugeschrieben, da die koordinierenden Parteien festlegen, dass ihre einzelnen Aufträge kompatibel sind und sie zusammenarbeiten können, um ihre separaten, aber anpassbaren Tätigkeiten voranzutreiben. Die Koordination umfasst ein geringes Maß an gemeinsamer Planung, die solidarische Nutzung von Ressourcen, die Definition kompatibler Rollen und eine voneinander abhängige Kommunikation. Ein gewisses Risiko wird erwartet, wenn die Parteien ihre Bemühungen aufeinander abstimmen, die für beide erfolgreich sein können oder nicht. Jede Organisation behält ihre Autonomie und individuelle Autorität (a.a.O.).

Bei der Kollaboration geht es um eine andere Art zu denken und sich zu verhalten. Sie basiert auf stärkeren zwischenmenschlichen Beziehungen, die durch Prozesse und Mechanismen unterstützt werden, um einen Wandel zu erleichtern. In einer kollaborativen Zusammenarbeit geben Mitglieder einen Teil ihres Selbst auf, um etwas Neues zu schaffen (vgl. Schrage, 1990, S.20 zit. n. Keast, 2015, S.4). Kollaboration hebt den starken relationalen Aspekt und die Prozessorientierung der Zusammenarbeit hervor. Das heißt: Letztgenannte ist nicht nur ein Resultat, das erreicht werden soll, vielmehr ist es bei differierenden Erwartungen und Stärken von Beziehungen eine Art zu denken, sich zu verhalten und zu arbeiten. Ferner fordert diese Art von Kooperation, dass Mitglieder eine voneinander abhängige Beziehung zu anderen anerkennen, sie ein Problem also nicht alleine lösen können, und das Fachwissen, die Unterstützung und Ressourcen anderer Personen und Organisationen benötigen. Folglich beruht die Zusammenarbeit auf starken zwischenmenschlichen Vertrauensbeziehungen (persönlich/organisatorisch), Gegenseitigkeit und Ansehen als Bindeglied zwischen Menschen und ihren Bemühungen (vgl. Keast, 2015, S. 3).



Als prägnante Unterscheidung arbeitet Keast (a.a.O) heraus: Während sich Kooperation und Koordination weitgehend darauf konzentrieren, die gleichen Dinge zu tun, wenn auch effizienter, geht es bei der Kollaboration im Wesentlichen um „systems change, creating something new being creative and forming a ‚new whole‘“ (Keast, 2015, S.3). Verbunden mit der Herausforderung, die jeweilige Form der Zusammenarbeit dem gewünschten Zweck anzupassen, haben alle ihre Ausgestaltungen ihren Wert und ihre Anwendung. Kollaboration sei jedoch fundamental „about systems change, creating new ways of thinking, behaving and working, for example, new service models“ (Keast et al., 2004 mit Bezug auf Innes & Booher, 2010, Schrage, 1990).

An den Klassifizierungsmodellen zeigt sich, dass deutliche Unterschiede zwischen den Varianten von Zusammenarbeit bestehen. Die Kenntnis darüber ist sowohl für Außenstehende relevant, die für die Akteure in Kooperationsprozessen passgenaue Produkte oder wirksame Lösungen anbieten wollen, als auch für die Akteure selbst, um ein hohes Maß an Konformität hinsichtlich Anforderungen, Erwartungen und Zielsetzung zu erreichen.

Jetzt ließe sich argumentieren, dass die intersektorale bzw. interorganisationale Zusammenarbeit, auf die sich diese Schemata beziehen, weniger bedeutsam ist für die interpersonale Zusammenarbeit auf Patient\*innen/ Klient\*innen Ebene. Vor dem Geschehen, dass viele der Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden – kommerziell, kulturell, wirtschaftlich, ökologisch, politisch und sozial – von Verfahrensweisen außerhalb des Mikrosystems Krankenhaus und auch außerhalb des Gesundheitssektors beeinflusst werden, sind multi- und intersektorale Handlungsweisen für eine wirksame Gesundheitsförderung auf lokaler, nationaler, regionaler und globaler Ebene erforderlich (vgl. WHO, 2018, S. 17). Allgemein lassen sich sektorübergreifende Methoden für Gesundheit und Wohlbefinden definieren als „actions undertaken by sectors outside the health sector, possibly, but not necessarily, in collaboration with the health sector, on health or health equity outcomes or on the determinants of health or health equity“ (WHO & Public Health Agency of Canada (PHAC), 2008, S.3).

### Zusammenarbeit auf der Mikroebene: The „Cross-Professional Continuum“ nach Jakobsen (2011)

Werden das Maß und die Ausprägung von Zusammenarbeit von Akteuren der Gesundheitsversorgung auf der Mikroebene beschrieben, wird häufig das Kontinuum nach Jakobson als Basis herangezogen.

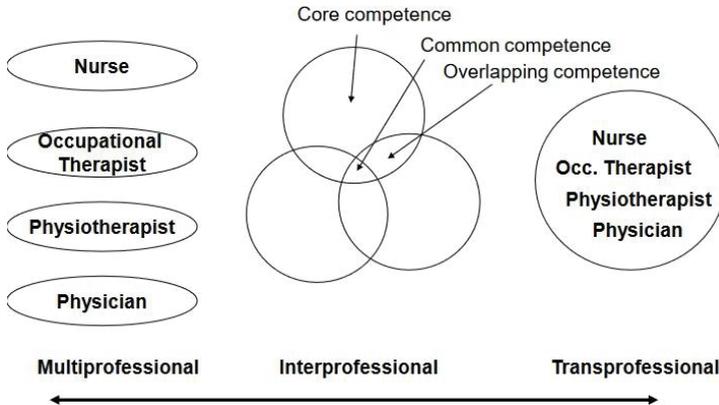


Abbildung 3-5: The „Cross-Professional Continuum“ nach Jakobsen  
Quelle: Jakobson, 2011, S.13.

Die vielzitierte Abbildung (vgl. Mahler et al., 2014, S. 2) entstand zur Dissertation von Jakobson (2011) zum Thema „Learning with, from and about each other: Outcomes from an interprofessional training unit“ (Jakobsen, 2011) und soll interprofessionelle Zusammenarbeit als ein Teil des Kontinuums der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen untereinander zeigen. Zudem wird auf Kompetenzen verwiesen, und zwar auf Kernkompetenzen, die jede Berufsgruppe (links) hat, während es diese (mittig) auch überlappend gibt sowie gemeinsam. Bei der transprofessionellen Zusammenarbeit (rechts) verschwinden diese Grenzen.

Der Doppelpfeil verweise darauf, dass es sich nicht um drei fixe Positionen handle (vgl. Jakobson, 2011, S. 12), sondern ein dynamisches Assimilieren möglich sei. Bewegung bestehe nicht nur auf der horizontalen Ebene, sondern auch bei der mittig platzierten interprofessionellen Zusammenarbeit, wie Jakobson erläutert: „the circles representing the interprofessional part of the continuum can change in size and in location relative to each other“ (a. a. O.). Damit verschiebe sich zudem der Kompetenzzuschnitt, also die Verteilung von *core*, *common* und *overlapping competence*. Während auf der linken Seite die einzelnen Professionen für sich stünden und entsprechend ihrer Kernkompetenzen voneinander unabhängig agieren würden – wie



die Umkreisungen zeigen –, würden am linken Ende alle Professionen ohne erkennbare Abgrenzungen in einem Kreis agieren. In hohem Maß gemeinsame Fähigkeiten nutzend seien integrierte Behandlungspläne, die alle Teammitglieder gemeinsam verfolgen und dazu ihre Expertise austauschen und integrieren würden, das ultimative Ziel (vgl. Jakobsen, 2011, S. 16).

### *Typologien interprofessioneller Arbeit*

Eine Gegenüberstellung verschiedener Typologien interprofessioneller Arbeit, die Tetzlaff (Tetzlaff, 2019) im Rahmen ihrer Forschung zu interprofessioneller Kooperation und Kommunikation im Pflegeheim zusammenstellte und in ihrer Dissertation – eine der wenigen deutschsprachigen Arbeiten in diesem Bereich – veröffentlichte, soll an dieser Stelle hinzugezogen werden, um die aktuelle Debatte darzulegen. Abbildung 3-7 zeigt eine um weitere Quellen ergänzte Zusammenschau verschiedener Typen und Abstufungen interprofessioneller Zusammenarbeit im Kontext der Gesundheitsversorgung.

Typologien und Abstufungen interprofessioneller Zusammenarbeit im Kontext Gesundheitsversorgung					
Thylefors et al. (2005)	Multiprofessionelle Teams		Interprofessionelle Teams	Transprofessionelle Teams	
Reeves et al. (2010)	Interprofessionelles Networking		Interprofessionelle Kollaboration	Interprofessionelle Koordination	Interprofessionelles Teamwork
Careau et al. (2014) Continuum of Interprofessional Collaborative Practice in Health and Social Care; (siehe auch Gerber et al., 2018)	Unabhängige Versorgung	Parallele Versorgung	Konsultation/ Bezugnehmende Versorgung	Abgestimmte Versorgung	Geteilte Versorgung
Atzeni et al (2017)	koordinative Verdichtung		projekthafte Verdichtung	Ko-kreative Verdichtung	
Oetterli et al. (2017)	Abstimmung (Multidisziplinarität)		Verknüpfung (Interdisziplinarität)	Co-Kreation (Transdisziplinarität)	

Abbildung 3-6: Typologien und Abstufungen interprofessioneller Zusammenarbeit

Quelle: Eigene Darstellung und Ergänzung in Anlehnung an Tetzlaff, 2019, S.34.

Bei den Einteilungen von Thylefors et al. (2005) und Reeves et al. (2010) handelt es sich um literaturbasierte Typologien interprofessioneller Arbeit. Die Zusammenstellung von Atzeni et al. (2017) resultiert aus einem rekonstruktiven Forschungsansatz mittels narrativer Interviews mit 25 Expert\*innen aus verschiedenen Versorgungseinrichtungen in der Schweiz. Anknüpfend an den Kontinuum-Ansatz liegt der Einteilung von Oetterli (2017) eine qualitative Studie mit dem Fokus auf IPZ an der Schnittstelle zwischen den Bereichen Gesundheit- und Sozialwesen zugrunde. Das von Careau et al. (2014 and rev.2018) im Auftrag des Réseau de collaboration



sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) entwickelte *Continuum of Interprofessional Collaborative Practice in Health and Social Care* (2018, S.8) stützt sich auf theoretisches Wissen und Erfahrungswissen von Stakeholdern kollaborativer Praxis. Über verschieden Qualitäten der Interaktion hinausgehend werden Verbindungen zu weiteren relevanten Konzepten dargestellt (Abb.3-8).

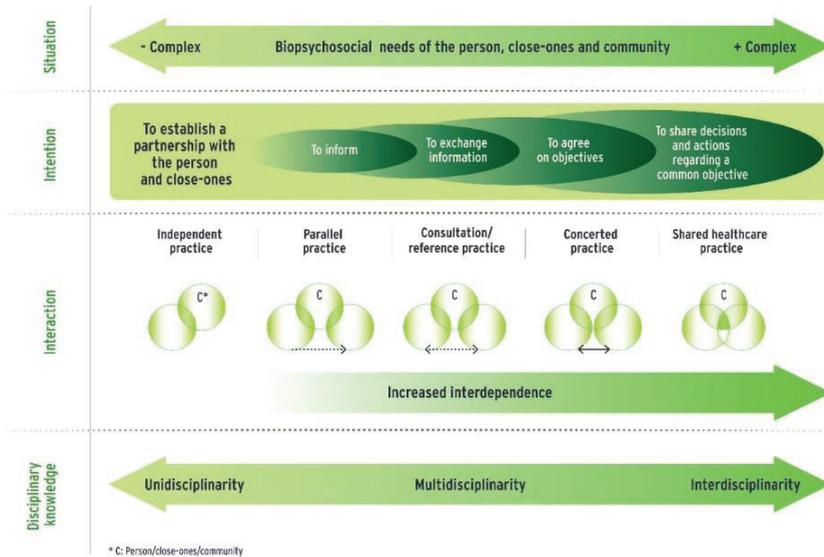


Abbildung 3-7: Continuum of Interprofessional Collaborative Practice in Health and Social Care  
Quelle: Careau, 2018, S.8.

Das Kontinuum verdeutlicht, dass die biopsychosozialen Anliegen von Einzelpersonen, Bezugspersonen oder der Gemeinschaft hinsichtlich der Komplexität variieren und folglich unterschiedliche Formen der Versorgung, ein angepasstes Wissensspektrum und eine zunehmende Verdichtung geteilter Entscheidungsfindung erfordern (vgl. Careau, 2018, S.8). Damit wird die Relevanz des Ausgangsproblems und das Verständnis von biopsychosozialer Gesundheit sowie Relationen zu weiteren Aspekten herausgestellt (vgl. Kapitel 3.2.1). Weiter zeigt sich, dass der Grad der Interaktion zwischen den Fachleuten von der Komplexität der Bedürfnisse der Personen und ihren Angehörigen abhängt (vgl. Careau, 2018, S.9).

Wie die Typologien und Abstufungen verdeutlichen müssen Praktiker\*innen zum einen verschiedene Teamkonstellationen kennen und sich dieser bewusst sein. Zum anderen müssen sie



in der Lage sein, sich in beide Richtungen entlang des Kontinuums der Zusammenarbeit zu bewegen und ihre kollaborativen Praktiken der Komplexität der Ausgangssituation anzupassen. Inwieweit interprofessionelle Kompetenz eben diese Anforderungen berücksichtigt thematisiert das folgende Kapitel.

### 3.2.3 Befunde zu ausgewählten Aspekten interprofessioneller Kompetenzen und darstellenden Kompetenzmodellen

Auf der Ebene der Konzeptualisierung interprofessioneller Kompetenz liefert die Untersuchung von Mills et al. (2020) wertvolle Hinweise. Die unterschiedliche Verwendung von Terminologien in Kompetenzrahmen und das z. T. wenig beachtete Bewusstsein konzeptioneller Unterschiede waren Anlass für ihr Scoping Review. Infolge einer breit angelegten Literaturrecherche wurden zunächst die identifizierten Publikationen zu Kompetenzrahmen (n = 623) quantitativ nach zentralen Schlüsselkategorien untersucht. Themenbezogen gingen 70 Datensätze in die qualitative Volltextanalyse ein, von denen 40 % gesundheitsbezogene Kompetenzrahmen waren. Die Ergebnisse zeigen, dass in diesen eine willkürliche Vermischung des verhaltensorientierten und funktionalen Ansatzes in den Definitionen der Verwendung von Begriffen vorliegt. Diese Feststellung erläutern die Autor\*innen an einem Beispiel des CanMEDS-Modells:

“[T]he framework [...] includes task-based competencies, such as planning and performing procedures (functional approach), and personcentric competencies, such as demonstrating commitment to high-quality care (behavioural). There is clearly a disparity between how the terms ‘competence’ or ‘competency’ are being conceptualized and how they are being used” (Mills et al., 2020, S. 15).

Unter den identifizierten gesundheitsbezogenen Kompetenzrahmen weisen vier Datenfälle (Mills et al. 2020, S.10) einen funktionalen Ansatz auf, der damit einhergeht, dass ein gewisses Maß an Beherrschung bestimmter Rollen, Handlungen und Aufgaben adressiert wird. Drei andere Datenfälle (a.a.O.) betonen ausdrücklich die Entwicklung von Fertigkeiten ohne Bezugnahme auf eine bestimmte Rolle, Tätigkeit oder Aufgabe und orientieren sich somit an einem verhaltensorientierten Ansatz. Bei vier Kompetenzrahmen liegt eine Vermischung vor. Am Beispiel der WHO wird demonstriert, dass selbst innerhalb einer Organisation Inkonsistenzen bestehen und beide Ansätze angewendet werden (Mills et al., S. 8 ff.). Die Autor\*innen der Studie unterbreiten einen Vorschlag für die Rekonzeptionalisierung der Terminologie in gesundheitsbezogenen Kompetenzrahmen, z. B. wird eine Unterscheidung hinsichtlich „competency“ und „activity“ vorgelegt:

“The first distinction is necessary because competencies, being embodied by a person, translate across multiple roles, activities and tasks. How these competencies are expressed may differ depending on how they are contextualised. Activities can be differentiated from competencies



in that they are time limited (they begin and end), while competencies are durable. For example, ‘communicates effectively’ would be considered a competency, while, ‘conducts an intervention’, would be considered an activity” (Mills et al., 2020, S. 11).

Ohne den Anspruch auf eine vollumfängliche Lösung zu erheben, soll der Vorschlag – die Definition zentraler Schlüsselbegriffe und eine Darstellung der Beziehung der verschiedenen Terminologien zueinander (vgl. Abb. 3–9) – Inkonsistenzen bei der Konzeption und Verwendung von Schlüsselbegriffen verringern und dadurch Hindernisse für Forschung und Entwicklung, Konsens, Kommunikation und Zusammenarbeit reduzieren und das Potenzial von Kompetenzrahmen zur Bewältigung der realen Herausforderungen für die Arbeitskräfte anheben.

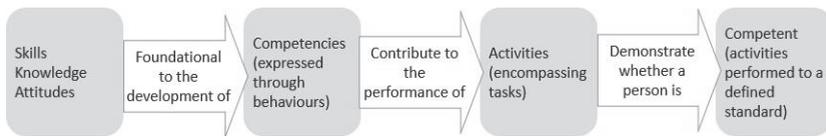


Abbildung 3-8: Konzeptualisierung der Terminologien in gesundheitsbezogenen Kompetenzrahmen  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mills et al., 2020, S.12.

#### *Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Schweiz*

In dem vom Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragten Projekt „Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate“ wurden Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen der Schweiz definiert und erarbeitet (vgl. Huber et al., 2019). Im Ergebnis des dreiphasigen Mixed-Methods-Designs im Rahmen eines Delphi-Prozesses liegt in tabellarischer Auflistung ein Kernset von 20 Kompetenzbeschreibungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit vor (ebd., S. 17). Die Extraktion der Kompetenzen erfolgte mittels einer qualitativen textbasierten zielgeleiteten Inhaltsanalyse. Zur Reduktion der 144 Kompetenzbeschreibungen, die am Material der 53 inkludierten Studien identifiziert wurden, gab es eine zusätzliche Expert\*innendiskussionen mittels Online-Befragung und eine Bewertung im Rahmen einer Konsensus-Konferenz. Folgende Kompetenzen wurden als die wichtigsten herausgestellt (Huber et al., 2019, S. 49):

- „- Umsetzung professioneller Verhaltensweisen (z.B. Einhalten der Schweigepflicht, Beachtung von Privatsphäre und Würde etc.) und zentraler Werte (Ehrlichkeit, Integrität, Respekt, Vertrauen) in der IP-Patienten-/Klientenversorgung;
- respektvoller, toleranter Umgang mit eigenen und fremden Meinungen, Rollenvorstellungen und -zuschreibungen;
- aktiver Einbezug von Patienten/Klienten/Angehörigen über den gesamten Behandlungsprozess.“



Die Autor\*innen merken an, dass bei der Kategorienbildung im Auswertungsprozess zwar zunächst Persönlichkeitseigenschaften als eigener thematischer Block aufgenommen worden seien, im Weiteren jedoch nicht verfolgt wurden, da diese nicht explizit Teil des Auftrags gewesen seien (ebd., S. 20). Als Einschlusskriterien mussten die Studien „eine übergeordnete, interprofessionelle Kompetenz beschreiben und eine Kompetenzdefinition musste angegeben oder das Verständnis des Begriffes ‚Kompetenz‘ musste erschließbar sein“ (Huber et al., 2019, S. 73). Ausgeschlossen wurden hingegen „Kombinationen, die auf eine Teilkompetenz fokussierten, wie beispielsweise ‚interprofessional communication‘“ (a. a. O.). Angaben zum Kompetenzverständnis, das der Studie zugrunde liegt, liegen im Abschlussbericht nicht vor.

Die Formulierungen der Kompetenzen lassen sich vor dem kompetenztheoretischen Hintergrund als eine Mischung aus tätigkeits- und verhaltensbezogenen Beschreibungen einordnen. Beispiele für tätigkeitsbezogene bzw. funktionale Kompetenzbeschreibungen sind:

- Weitergabe und Zurverfügungstellung von relevanten, notwendigen Informationen und Empfehlungen im IP-Team
- Umsetzung einer wissensbasierten und partizipativen Entscheidungsfindung über den gesamten Behandlungsprozess im interprofessionellen Kontext (vgl. Huber et al., 2019, S. 46)

Für verhaltensbezogene Beschreibungen lassen sich anführen:

- respektvoller, anerkennender Umgang mit eigenen und fremden Meinungen, Rollenvorstellungen und -zuschreibungen innerhalb des IP-Teams
- respektvoller, anerkennender Umgang mit anderen (Professions-)Kulturen, Wertvorstellungen, Glaubenssystemen (vgl. a. a. O.)

### *Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung*

Zur Festlegung interprofessioneller Kompetenzen wurde in der Studienaufbauphase des Studiengangs Interprofessionelle Gesundheitsversorgung am Standort Heidelberg eine strukturierte Bedarfsanalyse in Anlehnung an das Curriculum-Entwicklungsmodell von Kern et al. (zit. n. Mahler et al., 2012, S. 526) durchgeführt. Das Vorgehen dieser Untersuchung fokussierte auf Handlungsfelder und Aufgabengebiete, von denen insgesamt dreizehn unterschiedliche identifiziert wurden sowie weitere fünf konkrete Tätigkeiten und zwölf Basisthemen (vgl. Mahler et al.,



S. 527). Diese Resultate wurden in Items überführt und deren Wichtigkeit mittels Online-Befragung (n= 139) unter Auszubildenden und Interwies mit Berufstätigen (n= 82) eruiert. Die Kompetenzen wurden in Anlehnung an das CanMEDS-Modell (vgl. Frank, 2005) gruppiert, in der Expert\*innengruppe konsolidiert und formuliert. Ohne die letztgenannten Schritte im Artikel näher zu veranschaulichen, schreiben die Autor\*innen, die identifizierten Kompetenzen wären „den fünf Kernkompetenzen der WHO für die interprofessionelle Zusammenarbeit (2005) sehr nahe [...]: Patientenzentrierte Versorgung, Beteiligung und Zusammenarbeit, Qualitätsentwicklung, Informations-/ Kommunikationstechnologie und Public Health Perspektive (Mahler et.al., 2012, S.529).<sup>6</sup>

In der Untersuchung von Hallwass und Hollweg (2017) wird der Frage nachgegangen, wie Interprofessionalität in den Modellstudiengängen der Pflege- und Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen verankert ist, d. h., welche Zieldimensionen angebahnt werden sollen. Dazu wurden sechs Einzelinterviews und ein weiteres in der Gruppe durchgeführt und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Nennungen wurden nach Häufigkeit sortiert. Diese für qualitative Forschung sehr reduziert erscheinende Sortierung brachte laut Ergebnisbeschreibung folgende zwei als am wichtigsten eingestuftem Teilkompetenzen hervor: Kennen der Rollen und Verantwortlichkeiten unterschiedlicher Berufsgruppen sowie eine wertschätzende Kommunikation unter den verschiedenen Berufsgruppen (Hallwass & Hollweg, 2017, S. 102). Neben weiteren Maßnahmen der Umsetzung wird das Konstrukt interprofessionelle Kompetenz als Zieldimension nicht weiter thematisiert. Tabellarisch wird noch auf folgende Punkte verwiesen: Reflexionskompetenz, Patient\*innenorientierung, Nutzung anderer Berufsgruppen im Versorgungsprozess zur Informationsbeschaffung und zur persönlichen Weiterentwicklung, Koordination multiprofessioneller Teams, Initiierung gemeinsamer Therapien mit Kolleg\*innen anderer Berufsgruppen und gemeinsames Forschen (vgl. a. a. O.).

### 3.2.4 Zwischenfazit: Forschungsdesiderate und leitende Forschungsfrage

Wie die Ausführungen in der thematischen Hinführung (2.3.2) und dem vorangegangenen Abschnitt zeigen, ist interprofessionelle Kompetenz bzw. sind interprofessionelle Kompetenzen in der Bildungsgestaltung Gegenstand normativer Vorgaben und in vielen Bildungsgängen der Gesundheitsberufe curricular verankert.

---

<sup>6</sup> Die Autor\*innen beziehen sich auf folgende Publikation: Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions (WHO, 2005).



In den vorliegenden Rahmenwerken und dokumentierten Ausrichtungstendenzen wird überwiegend auf bestehende internationale Definitionen und Ausarbeitungen zurückgegriffen oder auf deren Basis eine Ausformulierung vorgenommen. Untersuchungen zur Entwicklung von Kompetenzprofilen und -beschreibungen (vgl. Behrend et al., 2022, vgl. IMPP, 2020, vgl. Robert Bosch Stiftung, 2019, vgl. Huber et al., 2019, vgl. Mahler et al., 2012) basieren auf Expert\*inneneinschätzungen sowie Selbstberichten und orientieren sich an internationalen Modellen bzw. übernehmen deren Inhaltsdomänen (vgl. Canadian Interprofessional Health Collaborative. (CIHC) (2010); vgl. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC) (2011)). Im Ergebnis liegen Listen von Lernzielen, -inhalten oder Ausbildungszielen vor, z. T. in hoher Anzahl (vgl. NKLm; <https://nklm.de>). Bei der Entwicklung werden qualitativ deskriptive und/oder quantifizierende Methoden verwendet. Die Fokussierung oder Zielsetzung liegt vorrangig auf Ableitungen für Lehr-Lernangebote und Prüfungsformaten. Die Entwicklung eines nationalen Referenzrahmens, wie er beispielsweise in Kanada vorliegt, steht für Deutschland ebenso wie für die Schweiz noch aus. Um die Konsentierung voranzubringen (vgl. Careum Stiftung, 2021), hat sich – wie bereits erwähnt – für die Schweiz im Rahmen der Förderstrategie das Netzwerk CNHW gebildet, aus dem die *Arbeitsgruppe Schweizerischer interprofessioneller Kompetenzrahmen* hervorging (vgl. Kaap-Fröhlich, 2022, S.14).

Konkrete Forschungsprojekte zur interprofessionellen Zusammenarbeit finden im deutschsprachigen Raum seit den 90er-Jahren im Bildungs- sowie Versorgungsbereich statt. Der Hauptfokus liegt auf der Evaluation von durchgeführten Maßnahmen, Auswirkungen auf die Haltung und Einstellungen von Studierenden und Praktiker\*innen sowie der Entwicklung von Assessments (vgl. Ehlers et al. 2017, S. 40). Ebenso von Interesse sind Outcome-Parameter, um evidente Belege für den Effekt von interprofessioneller (Aus-)Bildung auf eine verbesserte Patient\*innenversorgung hervorzubringen (vgl. ebd., S. 42).

Aus professionssoziologischer Perspektive findet das Thema der berufsübergreifenden Zusammenarbeit außerhalb und innerhalb des Versorgungskontexts seit über 30 Jahren Beachtung (vgl. Walkenhorst, 2015.S.572), allerdings wurden diese Betrachtungen bisher weniger in Beziehung zu Fragen der Bildungsgestaltung gestellt. Erst in jüngster Zeit finden diese Zusammenhänge Beachtung. Theoretische Auseinandersetzungen mit dem Gegenstand interprofessionelle Kompetenz finden bezogen auf Anwendung und Verwendung statt, weniger ist sie selbst Gegenstand von Untersuchungen (vgl. Walkenhorst, 2015, S.578). Weiter ist festzustellen, dass



entweder untersucht wird, welche additiven Elemente zu guter interprofessioneller Zusammenarbeit befähigen und folgerichtig z. B. interprofessionelle Kommunikation, Haltung zu Interprofessionalität etc. erforscht werden. Oder es werden Handlungsfelder und -aufgaben eruiert, die interprofessionelles Handeln erfordern oder in denen sich dieses in der aktuellen Versorgungspraxis zeigt (ebd., S. 580). Zu interprofessionellen Kompetenzen im deutschsprachigen Raum gibt es entweder eine Vielzahl kleinschrittiger Subdimensionen und Komponenten, die den Kern verschleiern, oder bei einer Reduzierung auf wenige Kernelemente bleibt der intendierte Kompetenzbereich sehr allgemein, somit handlungs- und ergebnisoffen.

Die Spezifizierung interprofessioneller Handlungen und Aktivitäten, für die Kompetenz nachgewiesen bzw. in denen sich auf der Performanzebene interprofessionelle Kompetenz zeigen soll, erfolgte bisher nicht als oder mit Bezug auf ein Handlungsmodell. Das Zusammenbringen von Kennzeichen interprofessioneller Kompetenz und die Auseinandersetzung mit Merkmalen interprofessionellen Handelns aus interaktionistischer Perspektive ist ein wichtiges Forschungsdesiderat. Um diesem Desiderat nachzugehen, war folgende Fragestellung erkenntnisleitend:

Was für ein Handeln wird mit interprofessioneller Kompetenz im Kontext der Gesundheitsversorgung assoziiert und welche Wege des Kompetenzaufbaus lassen sich in bestehenden Modellen und Kompetenzrahmen identifizieren?

Um das Verständnis vom interprofessionellen Handeln zu vertiefen und verschiedene Facetten differenziert auszuleuchten, wurde folgenden Aspekten nachgegangen:

- Was soll agierende Personen im Gesundheitsbereich kennzeichnen, die Anforderungen im interprofessionellen Versorgungssetting kompetent bewältigen müssen?
- Um welche Handlungen und Aktivitäten geht es, für die interprofessionelle Kompetenz nachgewiesen werden soll?
- Welche Qualitäten sollen sich in der Performanz zeigen und welche Ebene der Beteiligten wird adressiert?
- Welche weiteren Einflussfaktoren lassen sich herausarbeiten, die beim Kompetenzaufbau zu berücksichtigen sind?



## 4 Methodologische Rahmung und methodischer Prozess: Verortung und Umsetzung qualitativer Kompetenzforschung

Das Forschungskonzept einer wissenschaftlichen Arbeit ist mit einer Anleitung für einen mehrschrittigen Prozess zu vergleichen, die ähnlich beschaffen ist wie z. B. eine Gebrauchsanweisung für Bausätze, Kochrezepte oder Tutorials zum Installieren von Software. So wie bei alltäglichen Handlungen ist es ebenso bei Forschungsvorhaben wünschenswert, dass sich in der Erläuterung der Logik und Konsistenz eine nachvollziehbare Klarheit zeigt. Als Status der Wissenschaften lässt sich festhalten, dass „RezipientInnen wissenschaftlicher Texte [...] den Forschungsprozess nachvollziehen, ja in gewisser Weise Theorien selber nachforschen“ können müssen, „indem die AutorInnen ihnen Elemente eines jeden Forschungsprozesses getrennt vorlegen [...]“ (Brüsemeister, 2008, S.13)

Diesen Status anvisierend wird zunächst auf die empirische (qualitative) Sozialforschung als disziplinärer Rahmen eingegangen (4.1.1). Um den Leser den gedanklichen Gang und die Entscheidung für eine pragmatistische Methodologie nachvollziehen lassen zu können, werden umfangreich erkenntnis- und wissenschaftstheoretische (Vor-)Überlegungen dargelegt (4.1.2). Dabei wird stets der Bezug zum Thema „Kompetenzen für interprofessionelles Handeln“ hergestellt und mögliche Herangehensweisen, die aus den jeweiligen erkenntnistheoretischen Positionen resultieren, thematisiert. Auf die am Pragmatismus (4.1.3) und Konstruktivismus (4.1.4) orientierten Forschungsparadigmen wird gesondert eingegangen, um deren Leitfunktion für bzw. die Einflussnahme auf das Vorgehen zu erläutern. Daraus resultiert die Forschungsperspektive, die unter 4.1.5 zusammengefasst wird. Weiter werden Argumente für die gewählte Grounded-Theory-Methodologie (GTM) und darauf abgestimmte Methoden angeführt.

Generell verweisen Angaben zur Methodologie auf die „Logik des Weges“ (Bethmann, 2020, S. 135). Da Durchleuchten im Stil der Grounded Theory bedeutet, anstelle einer exakten A-priori-Festlegung von Datenerhebungs- und Analyseprozessen die Genese von iterativen Forschungsschritten aus dem vorliegenden Untersuchungsgegenstand zuzulassen, wird diese Logik des Forschens detailliert beschrieben (4.2.1). Es folgen Analyseschritte (4.2.2) und wesentliche Strategien der Datenerhebung (4.2.3) des Forschungsprozesses. Innerhalb der Scientific Community der Grounded Theory zeigen sich – neben übereinstimmenden Grundzügen – sozialtheoretische und erkenntnislogische Differenzen (vgl. Breuer et al., 2019, S.63 ff.; vgl. Strübing, 2021, S. 69 ff.) Infolgedessen sind Angaben zu den Autoren und den von ihnen her-



ausgearbeiteten Besonderheiten hinsichtlich der Anwendung der GTM angezeigt. Die vorliegende Arbeit entsteht in Anlehnung an Strauss und Corbin (2010) und unter Berücksichtigung von Charmaz (2014), die eine konstruktivistische Grounded Theory zugrunde gelegt hat. Die Visual Grounded Theory (vgl. Konecki, 2019) (4.3) ist als innovativer Ansatz zu verstehen, der den Forschungsprozess auf Basis von visuell-textuellen Daten beschreibt. Da dieser Weg hier eingeschlagen wird, erfolgt – dessen beide Pioniere berücksichtigend – eine Beschreibung dieser Verfahrensvariation nach Konecki (2019) (4.3.1) sowie Mey und Dietrich (2016) (4.3.2).

Um Datenmaterial in den Forschungsprozess der GTM einbinden und analysieren zu können, bedarf es gegenstandsangemessener Methoden. Generell kodifizieren Arbeitsweisen die Regeln des Forschens, die in einem bestimmten disziplinären Kontext anhand eines bestimmten Gegenstands entwickelt wurden (Bethmann, 2020, S. 7). Mit unterschiedlicher Ausprägung tragen diese „disziplinäre Stempel“ (ebd., S.135), so dass ihre Passung in anderen Forschungskontexten fraglich und ihre Umsetzung erschwert sein kann, weil sich z. B. strenge Vorgaben zum Forschungsprozedere zeitlich oder monetär nicht realisieren lassen. Der Gegenstand dieser Arbeit – Kompetenzen für interprofessionelles Handeln – ist im erziehungswissenschaftlichen Kontext verankert, kann aber nicht ohne weitere disziplinäre Bezüge – beispielsweise aus der Psychologie, den Gesundheits- und Therapiewissenschaften oder der Medizinsoziologie – bearbeitet werden. Die Methodenauswahl betreffend wäre, bildlich gesprochen, entweder ein ganzes Methoden-Stempel-Set oder ein neu kreierter Stempel mit eigener Prägung vonnöten. Um nicht Gefahr zu laufen, sich wegen dieser nicht eindeutig lösbaren Problematik in Vagheit zu flüchten, wurde mit dem Forschungsprogramm der Grounded Theory ein Forschungsstil gewählt, der vorsieht, Methoden gegenstandsangemessen zu kombinieren und mit der notwendigen Wendigkeit gehaltvollen Ergebnissen zuträglich werden zu lassen. In diesem integrativen Methodenverständnis wird unter 4.3.3 das methodische Vorgehen der Materialgewinnung und Informationssammlung dargelegt. Es wird darüber Auskunft gegeben, welche allgemeinen Strategien zum Tragen kamen und welche Besonderheiten bei der Verwendung von Dokumenten als Datenmaterial zu berücksichtigen waren. Es wird wesentlich auf die wissenschaftliche Verwendung von Bilddokumenten und den Multislice-Imagining-Ansatz von Konecki (2019) eingegangen, der die Datenerhebung aus visuellem Material im Sinne der GTM-Logik beschreibt. Wie die Umsetzung und Dokumentation der Datenauswertung entlang der Kodierschritte erfolgt, wird in Abschnitt 3.2.2 erläutert.



Bei der Darlegung der genannten Punkte wird eine Ausdrucksweise gewählt, die zwar von Fachlichkeit zeugt, aber so einfach wie möglich gehalten wird, um auf dieser Ebene dem Anspruch von Nachvollziehbarkeit gerecht zu werden. An der einen oder anderen Stelle werden erklärende Aspekte eingebunden, damit Rezipient\*innen, die nicht mit der GTM und deren Einbettung im qualitativen Forschungskontext vertraut sind, den beschriebenen Weg ebenfalls gedanklich mitgehen können.

Durch die Vorerfahrung und Prägung der Verfasserin vorliegender Untersuchung wird darüber hinaus ein Forschungsstil mit interdisziplinärer Prägung verfolgt und zudem möglichst multidisziplinäre Zugänge zum Forschungsgegenstand kombiniert. Ohne explizit weitere Wissenschaftler\*innen in das Forschungsgeschehen einzubinden, entsteht diese Qualifikationsarbeit in einer interdisziplinären Forschungshaltung, da die Thematik zwar i. w. S. in den Erziehungswissenschaften verankert ist, jedoch ohne die Bezüge zu den Gesundheits-, Pflege- und Therapiewissenschaften sowie der Medizinsoziologie aus Sicht der Verfasserin nicht hinreichend bearbeitet werden kann. Handlungsleitend ist der aktuelle Ansatz von Bethmann (2020), Methoden stärker als Problemlöser zu betrachten und integrative Ansätze in der qualitativen Forschung (erneut) zu entdecken – gleichwohl beachtend, dass qualitative Praktiken mit spezifischen theoretischen Annahmen einhergehen und sich die „Theorie-Methoden-Pakete der Lehrbücher“ (Bethmann, 2020, S. 20) nicht sorglos aufschnüren und wahllos neu kombinieren lassen.

## 4.1 Leitendes Wissenschaftsverständnis und Forschungsrahmen

### 4.1.1 Empirische Sozialforschung als Ausgangspunkt

Wenn es darum geht, soziale Sachverhalte und ebensolches Handeln mithilfe empirischer Forschungsmethoden deutend zu verstehen und dadurch in ihren Abläufen und Wirkungen ursächlich zu erklären, betrifft dies das Feld der qualitativen Sozialforschung (vgl. Flick, 2019, S. 30 ff.; vgl. Kromrey, Roose & Strübing, 2016, S. 490 ff.). Ferner lassen sich Kompetenzen als sozialer Sachverhalt bezeichnen, der im Kontext von Ausbildung und Arbeit Einfluss auf das soziale Handeln der Beteiligten nimmt. Primär assoziiert mit der Soziologie schlägt die empirische Sozialforschung als disziplinübergreifende Erfahrungswissenschaft Brücken zu den verschiedenen Teilbereichen der Sozial- und Humanwissenschaften wie beispielsweise der Psychologie, den Erziehungs-, Gesundheits-, Pflege- und Therapiewissenschaften. Neben der disziplinär getrennten ist auch die inter- oder transdisziplinäre Sozialforschung verbreitet (vgl. Lamnek, 2016, S. 44 f.)



Als Oberbegriff subsumiert die empirische Sozialforschung ein breites Spektrum von Methodologien und Forschungspraktiken mit durchaus heterogenen Forschungsperspektiven und theoretischen Hintergründen der verschiedenen Ansätze (vgl. Steinke, 1999, S. 18 f.). In Abgrenzung zu rein spekulativen Gedanken stützt sie ihre theoretischen Aussagen auf empirische Phänomene und Erfahrungsdaten. Der Wortbedeutung von *Empirie* entsprechend geht es um Sinneserfahrungen, im Forschungskontext folglich um die durch wissenschaftliche Prinzipien geleitete Erfahrung der Realität (vgl. Brüsemeister, 2008, S. 13).

Vereinende Annahme der empirischen Wissenschaft ist die über das Vorhandensein einer tatsächlichen realen, „objektiven Welt“ (vgl. Kromrey et al., 2016, S. 24), die unabhängig von der wahrnehmenden Person existiert. Das Ziel wissenschaftlicher Bestrebungen liegt darin, „gesicherte Erkenntnis über die Wirklichkeit zu gewinnen“ (a. a. O.). Wie allerdings die tatsächliche Welt beschaffen ist, wie Wege der Erkenntnis verlaufen und welche Erfahrungsdaten als zweckdienlich betrachtet werden, darin unterscheiden sich die zugrundeliegenden wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Annahmen (vgl. Kapitel 4.1.2).

#### *Qualitativ oder quantitativ orientierte Forschung*

Mit einer jeweils ausdifferenzierten Theorietradition markieren das qualitative und quantitative Wissenschaftsparadigma die Grundforschungsrichtungen. Entlang dieser Grundlinien positionieren sich vielfältige Forschungsmethoden, -designs und -stile, die besondere Facetten hervorheben oder durch die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Forschung als Mixed Methodology Vorteile beider Richtungen verknüpfen (Kromrey et al., 2016, S. 25). Auf die Frage, in welchem Verhältnis qualitative Forschung zu anderen Ansätzen im Feld der empirischen Sozialforschung steht, konkurrieren die Lager der qualitativ, quantitativ oder Mixed-Method-Forschenden in ihren Antworten um Rangfolgen. Zuweilen als *präwissenschaftlich*, also als Vorstufe zur wahren quantitativen Forschung klassifiziert, wird qualitativen Forschungsergebnissen ein geringerer wissenschaftlicher Erkenntniswert zugesprochen. Heftig diskutiert wird, welches Verfahren aus welchem hervorgegangen ist und mit einer höheren Aussagekraft einhergeht.

Die qualitativ Forschenden fordern eine gemeinsame Herkunft aller Strategien aus den Alltagsmethoden (vgl. Witt, 2001, o. S.). Erfolgt eine Einteilung entlang des Abstraktionsgrads, so Kleinig (1982, S. 226), dann stünden am Anfang die konkreten Alltagsphänomene und -strukturen, aus denen sich qualitative Verfahren ableiten, die wiederum zu quantitativen mit höchstem Abs-



traktionsgrad führen. Demzufolge wären qualitative Verfahren eine Vorstufe zu den quantitativen, wobei *früher* so verstanden wird, dass, „[d]ie abstrakteren Methoden [...] nicht der Maßstab für die konkreteren, die gleichzeitig die komplexeren sind, sondern sie sind aus ihnen hervorgegangen“ (a.a.O.). Erfolgt hingegen eine Rangfolgenableitung aus der formalen Logik, werden die qualitativen Verfahren abgeleitet aus den quantitativen gedacht (a. a. O.).

Weniger hierarchisch lassen sich Forschungsrichtungen als Aktivitäten verstehen, die den jeweils anderen Aspekt – in unterschiedlicher Form – enthalten, so wie Kleining (1982) passend formuliert: „[D]ie qualitative Sozialforschung analysiert die Gemeinsamkeiten von zwei oder mehr Gegebenheiten, indem sie die Unterschiede zwischen ihnen überwindet. Die quantitative erfasst [sic] Unterschiede dadurch, daß [sic] Gemeinsamkeiten als Basis für den Vergleich festgesetzt werden“ (ebd., S. 227). Bezogen auf die Zielsetzung der beiden Forschungsarten gehe es deswegen um die „Aufdeckung von Bezügen dort und Messen unterschiedlicher Ausprägungen schon bekannter Bezüge hier“ (a.a.O.).

Neben unterschiedlichen Erkenntniszielen differiert zudem der Umfang des Datenmaterials. Im quantitativen Forschungsgeschehen zählen hohe Datensätze, die nicht eine Person als Ganzes untersuchen, sondern die Untersuchungsgruppe als Aggregationen von Variablen oder Merkmalen auffasst, anhand derer statistische Zusammenhänge und Wahrscheinlichkeiten bestimmt werden können. Mit den gewonnenen Resultaten werden Hypothesen über den relevanten sozialen Sachverhalt überprüft, die vorab entlang bestehender Theorieaussagen aufgestellt wurden. Quantitative Methoden zielen auf die deduktive Validierung vorher abgeleiteter Theorien mittels statistischer Operationen, die weitestgehend objektiv Forschungsergebnisse hervorbringen und Replikation in einem anderen Kontext zulassen (vgl. Lamnek, 2016, S.44 ff.).

Geht es hingegen, wie im Fall der qualitativen Forschung, darum, Theorieaussagen anhand empirischer Daten zu entdecken, ist die Fallzahl von erheblich geringerer Bedeutung. Leitend ist die Orientierung am Alltagsgeschehen und -wissen der Handelnden sowie das Interesse an der Kontextualität von Handlungen und Äußerungen (ebd., S.33). Der einzelne Fall, der die Einzelperson oder kleine Gruppe der Untersuchten umschließt, bildet den analytischen Bezugspunkt. In der Regel induktiv oder mittels einer abduktiven Logik, d. h., kreative und intuitive Prozesse werden einbezogen, gilt es, Strukturen, Denk- und Handlungsmuster aufzuspüren (vgl. Brüsemeister, 2008, S. 20). Die fallanalytisch oder -rekonstruktiv gewonnenen Feststellungen dienen dazu, eine allgemeinere Theorie oder zumindest verdichtende Beschreibung eines Phänomens



zu finden, die das Fallgeschehen erklärt (ebd., S. 97), nicht aber den im Einzelfall zugrundeliegenden Menschen oder Gegenstand. Die Zielsetzung liegt darin, „Prozesse zu rekonstruieren, durch die die soziale Wirklichkeit in ihrer sinnhaften Strukturierung hergestellt wird“ (vgl. Lamnek, 2016, S. 44).

Alein die Festlegung auf eine qualitative Forschungsrichtung erlaubt noch keine Ableitung eines (vor-)bestimmten Forschungswegs. Die Sammelbezeichnung *qualitative Forschung* umschließt mehrere Ansätze, die sich sowohl hinsichtlich ihrer theoretischen Annahmen, ihres Wirklichkeits- und Gegenstandsverständnisses als auch ihres methodischen Fokus, mitunter sogar durch ein eigenes Forschungsprogramm, unterscheiden (vgl. Flick, von Kardorff & Steinke, 2015, S. 26, Flick, 2019, S. 30 f.).

#### 4.1.2 Wissenschaftstheoretische Grundlinien und Konsequenzen für die Kompetenzforschung

Ein Blick auf wissenschaftliche Arbeiten zeigt unterschiedliche Arten und Weisen, wie Wissen logisch-korrekt und nachvollziehbar erzeugt und überprüft wird. Eine Art *Glaubenssystem* – auch als Weltanschauung, Forschungsparadigma oder theoretische Linse bezeichnet –, in dem Erkenntnisse abgeleitet werden (vgl. Doyle, Brady & Byrne, 2009, S. 176). Als Teilgebiet der Wissenschaftsphilosophie beschäftigt sich die Wissenschaftstheorie als Metatheorie bzw. -wissenschaft (Bethmann, 2020, S. 5) mit dem wissenschaftlichen Erkenntnisprozess und dabei primär mit Themen, die die Rechtfertigung von Methoden und Begründung von Thesen, Gesetzen und Theorien betreffen (ebd., S. 8). Erkenntnistheorien, die zudem vor- und außerwissenschaftliche Erkenntnisformen zum Gegenstand haben (a. a. O.), werden ebenso einbezogen wie die Wissenschaftssoziologie respektive -psychologie, die sich mit den sozialen oder psychischen Umständen wissenschaftlicher Entdeckungen oder Entwicklungen beschäftigt. Über die Zeit haben sich wissenschaftstheoretische Strömungen mit unterschiedlichen Annahmen über die Grundstrukturen der (zu erforschenden) Wirklichkeit(en) (Ontologie) und divergierenden Annahmen über Prinzipien, Möglichkeiten und Grenzen von Erkenntnis (Epistemologie) entwickelt (ebd., S. 9). Ebendiese Fragen nach dem, was es gibt (dem Sein), und nach der Erkennbarkeit dessen, was es gibt (Minnameier & Horlebein, 2018, S. 5), haben eine leitende Funktion im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess. Die Differenzierung wissenschaftstheoretischer Meinungen hat sich ab Ende der 1960er-Jahre zu einer regelrecht konkurrierenden Vielfalt entwickelt (Höberlein, 2019, S. 37). Neben all der Euphorie, mit der Wissenschaftler\*innen z. T. eine Erkenntnistheorie als eine Art Superkonzept vertreten und mit zu Arroganz neigender Überlegenheit



ihr wissenschaftliches Tun begründen wollen, gibt es kritische Einwände, wie sie z. B. bei Reichertz zu finden sind:

„[...] die Erkenntnistheorie ist eine spezifische Rechtfertigungsstrategie, erdacht von Menschen, die mit genau dieser Strategie arbeiten. Die Hoffnung, dass diese Strategie allerdings auch zur wahren Erkenntnis führen könnte, gilt jedoch als trügerisch bzw. sie ist mit guten Gründen widerlegt. [...] Betrachtet man die Wissenschaftsgeschichte, findet man nur wenige Beispiele dafür, dass neue Erkenntnis sich der Einhaltung der erkenntnistheoretischen Postulate verdankt. Oft genug waren jedoch Intuition, Zufall, Eigeninteresse und Dickköpfigkeit die Väter und Mütter des Neuen“ (2016, S. 50).

### *Grundströmungen der Erfahrungswissenschaft – Möglichkeiten im Umgang mit dem Forschungsgegenstand*

Die Darlegung der Grundströmungen erfolgt von der Überlegung begleitet, welche Herangehensweise sich für den vorliegenden Kompetenzforschungsgegenstand ableiten ließe. Damit wird eine Begründungsebene grundgelegt, die zu der Entscheidung für die Methodologie der Grounded Theory führte.

Geht es um die Frage nach der Erkenntnisgewinnung, stehen sich in originären erkenntnistheoretischen Überlegungen Vernunft und Wahrnehmung als Quelle wissenschaftlicher Wahrheit gegenüber. Als dahinterliegende Wissenschaftskonzepte konkurrierten in der Genese der Wissenschaftstheorie Rationalismus und Empirismus um ihre Vormachtstellung (Kornmesser & Büttemeyer, 2020, S. 24). Während einerseits Erfahrung als Grundlage der Erkenntnis aufgewertet und die induktive Methode präzisiert wurde galt andererseits im rationalistischen Wissenschaftsverständnis die Erfahrung als irrtumsanfällig, da wissenschaftliche Prinzipien direkt im Denken verankert wurden (ebd., S. 28).

Bei der wissenschaftstheoretischen Einordnung sozialwissenschaftlicher Forschungsaktivitäten zeichnen sich aktuell zwei Hauptströmungen ab: die analytisch-nomologisch orientierte und die qualitativ-interpretative, wobei erstere mit Ausprägungen wie z. B. Empirismus, Positivismus und Kritischer Rationalismus am verbreitetsten ist (Kromrey et al., 2016, S. 55). Verbunden mit dem Anspruch, „empirisch gestützte Bewertungen mit intersubjektivem Geltungsanspruch“ (ebd., S. 56) zu gewinnen, bilden diese Positionen primär die Grundlage für die allgemein als quantitativ bezeichnete Forschung. Ergebnisse wissenschaftlicher Beobachtung werden als Annäherung an die unbekanntere soziale Wirklichkeit verstanden.

Demgegenüber steht die qualitativ-interpretative, auch als rekonstruktiv oder verstehend orientierte Forschung mit mannigfaltigen Ausprägungen und Zersplitterung bezeichnet (vgl. Rei-



chertz, 2016, S. 5). Bündelungen werden unter Oberbegriffen wie z. B. Phänomenologie, Ethnomethodologie oder Interpretatives Paradigma vorgenommen (vgl. Kromrey et al., 2016, S. 55). Die hermeneutisch-dialektische Richtung wird durch Bezeichnungen wie Hermeneutik, Kritische Diskursanalyse, Historismus etc. vertreten (a. a. O.). Hier gilt der Anspruch, mittels Theorien Problemzustände begrifflich zu erfassen und deren Verstehen zu ermöglichen oder im dialektischen Vorgehen die bewusste Konstruktion eines Widerspruchs herbeizuführen. Dieses Verständnis teilen u. a. Vertreter der Frankfurter Schule, des kritisch-emanzipatorischen (Emanzipation), dialektisch-materialistischen und hermeneutischen Ansatzes sowie des Historismus (Kromrey et al., 2016, S. 56). Neben dem Einfluss vielfältig variierender sozialtheoretischer Prämissen haben Grundaussagen im Pragmatismus und Konstruktivismus als alternative Postulate eine leitende wie legitimatorische Funktion (ebd., S. 59).

Die jeweiligen bis hierhin genannten Strömungen unterscheiden sich darin, wie (neue) Hypothesen gefunden (Abduktion), Theorien gebildet (Induktion) und Hypothesen getestet (Deduktion) werden sollen (vgl. Reichertz, 2016, S. 125 ff., vgl. Kromrey et al., 2016, S. 65 ff.). In den sich anschließenden Abschnitten werden zum Zweck der Kontrastierung exemplarisch einige Positionen dargelegt und in Bezug zur Kompetenzforschung gestellt.

### *Positivismus*

Im Positivismus zählt nur die Beschreibung und Erklärung der empirisch beobachtbaren Realität, die Wertfreiheit der Wissenschaft und die Ablehnung metaphysischer Bezugsrahmen (vgl. Minnameier & Höberlein, 2019, S. 8). Orientierung bieten die Naturwissenschaften mit ihren Verfahren und Modellen der Erklärung. Fokussiert wird auf intersubjektive Nachprüfbarkeit, Exaktheit und einheitliche Gütekriterien zwischen Natur- und Sozialwissenschaften. Positivist\*innen vergleichen soziale Beobachtungen mit der Messung physikalischer Phänomene (vgl. Bryman, 2021, S. 23 f.) Insbesondere in der standardisierten empirischen Forschung ist diese Prämisse leitend. Mit dem Anspruch auf Unvoreingenommenheit und der Wahrung von Objektivität wird eine einzige Realität gemessen, um das so gewonnene empirische Wissen zeit- und kontextunabhängig zu verallgemeinern (a.a.O.).

In der Kompetenzforschung, insbesondere in der naturwissenschaftlich ausgerichteten psychologisch fundierten, sind experimentelle Ansätze als positivistisch einzuordnen. Die Elemente einzelner Dimensionen werden z. T. unter Laborbedingungen erforscht, um im Rahmen einer Eignungsdiagnostik quantifizierbare Ergebnisse beispielsweise hinsichtlich Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsvermögen zu erlangen (vgl. z.B. Schaper, 2009, S. 91 ff.). In der qualitativ-



interpretativen Sozialforschung ist der Einfluss einer positivistisch geprägten Haltung gleichermaßen erkennbar. So wird in der von Glaser – einer der beiden Gründungsprotagonisten der Grounded-Theorie – vertretenen Methodologie „eine empiristische Sichtweise maximaler theoretischer Voraussetzungslosigkeit“ (Breuer, 2010, S. 113) gefordert. Diese auf Objektivität zielende Ausrichtung der GTM lehnt forscherseits vorgefasste Konzepte im Sinne von „forcing“ (a.a.O.) ab, da empirische Daten, als Abbild der Realität aus dem Material herauswachsen, emergieren sollen.

Im Rahmen dieser Arbeit wird keine starr positivistisch ausgerichtete Haltung als erkenntnistheoretische Option verfolgt, was nicht bedeutet, dass so gewonnene Erkenntnisse abgelehnt werden. Auf vorliegende Befunde z. B. aus quantifizierenden Kompetenzanalysen, deren Ergebnisse als Prädiktoren oder Deskriptoren für berufliche Leistung herangezogen werden können, wird zurückgegriffen, ohne diese Logik des Erkenntniswegs selbst einzuschlagen. Die gewählte Ausrichtung will unbewusste bzw. latent soziale Strukturen von Kompetenz für interprofessionelles Handeln bearbeitbar machen. Wie in konstruktivistisch geprägten Konzepten oder der reflexiven Grounded Theory (vgl. Breuer, 2019, S.9 ff.) vorgeschlagen, werden zur Erkenntnisgewinnung forscherseits eingebrachte Präkonzepte sowie gegebene theoretische Sensibilität eingebunden.

#### *Post-Positivisten und Kritischer Rationalismus*

Post-Positivisten relativieren die absolute Sicht von der Lehre des tatsächlich Gegebenen (der vollständigen Beweisbarkeit der Tatsachen durch Erfahrung), indem Realität nur im Sinne von Wahrscheinlichkeiten und das Falsifizieren von A-priori-Hypothesen (vgl. Bryman, 2021, S23 f.; vgl. Guba & Lincoln, 1994, S. 106 ff.) erklärt werden. Weiter distanzieren sie sich von einer uneingeschränkten Objektivität und reduzieren diese auf das Konzept „kontrollierter intersubjektivität“ (Reichertz, 2016, S. 46). In Distanzierung zur Annahme des frühen Positivismus wird anerkannt, dass jede Wahrnehmung „theoriegetränkt“ (Kromrey et al., 2016, S. 43), also ein voraussetzungsloses Beobachten irgendeiner neutral wahrnehmbaren Realität nicht gegeben ist. Das Vorhandensein eines begrifflichen Instrumentariums, was lenkend und strukturierend auf die Wahrnehmung wirkt, zeigt sich in der Vielzahl theoretischer Konzepte, die nicht (direkt) Beobachtbares beschreiben. Dabei werden Begriffe „[...] abstrakter - und damit beobachtungsferner -, je entwickelter die jeweilige Wissenschaft ist“ (Minnameier & Horlebein, 2019, S. 9). Gut zu verdeutlichen ist das an pädagogisch relevanten Konzepten wie Intelligenz, Kompetenz



oder deren Facette, der Sozialkompetenz. Diese sind nicht sicher beobachtbar, sondern es lassen sich beschreibende Aussagen dazu machen, was z. B. Schüler sagen, schreiben, wie sie sich verhalten, was aber nicht gleichzusetzen ist mit dem, worüber jemand (intern) verfügt (a. a. O).

In der kritisch-rationalen Wissenschaft – als Weiterentwicklung des Positivismus – liegt eine zentrale Aufgabe darin, theoretische Begriffe, „die [...] nicht unmittelbar Beobachtbares beschreiben, sondern hypothetische Konstrukte zur Rekonstruktion von Erfahrung auf der Theorieebene“ (ebd., S.11), in Beobachtungssprache zu überführen. Zum Einsatz kommen Korrespondenzregeln, die unmittelbar wahrgenommene und theoretische Sachverhalte verknüpfen (vgl. Kromrey et al., 2016, S. 43). Ferner werden die theoretischen Konstrukte im Sinne einer Gesetzmäßigkeit zusammengefügt. Diese nomologischen Aussagen sind Allsätze mit Wenn-dann-Struktur, die den Kern einer Theorie bilden (vgl. Minnameier & Horlebein, 2019, S. 11). Minnameier & Horlebein verdeutlicht das an folgendem Beispiel: „WENN eine Lehrperson hoch ausgeprägtes Professionswissen hat, dann fördert dies den Kompetenzerwerb der Schülerinnen und Schüler“ (a.a.O.). Das Element der Verknüpfung sei „Förderung“ (a.a.O.), wobei diese wiederum ein zu bestimmendes theoretisches Konstrukt sei

Die empirische Prüfbarkeit derartiger theoretischer Aussagen folgt nach kritisch rationaler Auffassung dem Falsifikationsprinzip, das sich auf dem Hauptvertreter Popper (1971) gründet. Entscheidend und methodologisch leitend ist, dass Theorien an der Erfahrung scheitern können (Popper, 1971, S. 15). Die Möglichkeit impliziert, dass das wissenschaftliche Wissen prinzipiell wahrheitsfähig, d. h., sich in der Konfrontation mit der Realität bewähren kann, damit objektiv ist, was als entscheidendes Abgrenzungsmerkmal zwischen Pseudo- und Wissenschaft gilt (vgl. Minnameier & Horlebein, 2019, S. 14).

Normative Aussagen und im weiteren Sinne Wertungen hingegen, die nicht wahrheits-, sondern allenfalls konsensfähig sind, können nur auf metasprachlicher Ebene Gegenstand der Wissenschaft werden und zwar dann, wenn sie „als von Akteuren getätigte Äußerungen zu empirischen Fakten werden, die man beschreiben und analysieren kann, ohne dass man sie sich selbst zu eigen machen müsste“ (Minnameier & Horlebein, 2019, S. 16). Der Objektivitätsanspruch, die Wertfreiheit ihrer Aussagen und die damit verbundene Suche nach objektiver Erkenntnis unterscheidet den Kritischen Rationalismus von konstruktivistischen Ansätzen (ebd., S. 15).

Wird in den empirischen Sozialwissenschaften in aller Regel immer noch nach dem Paradigma des Kritischen Rationalismus verfahren, so sind im Bereich der Erziehungswissenschaft im All-



gemeinen, aber auch in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik im Besonderen weitere wissenschaftstheoretische Standpunkte wie Weiterentwicklungen im Lichte des Pragmatismus oder Konstruktivismus etabliert (vgl. Minnameier & Horlebein, 2019, S. 37).

#### 4.1.3 Das Paradigma des Pragmatismus: Leitfunktion für das Forschungsvorgehen

In den folgenden Abschnitten wird zunächst einigen im Pragmatismus verankerten Denkprämissen Beachtung geschenkt, um den eingeschlagenen Forschungsweg der Grounded Theory rückbezüglich zu legitimieren. Die GTM reflektiert in ihren Ideen die pragmatistische philosophische Tradition und verbindet sie mit dem Symbolischen Interaktionismus. Die so in Verbindung genutzten Überzeugungen aus der Denktradition des Pragmatismus und Symbolischen Interaktionismus charakterisiert Charmaz (2010) als

“Pragmatism informed symbolic interactionism, a theoretical perspective that assumes society, reality, and self are constructed through interaction and thus rely on language and communication. This perspective assumes that interaction is inherently dynamic and interpretive and addresses how people, create, enact, and change meanings and actions” (S. 7).

Als Sozialphilosophie ist der Pragmatismus als Antwort auf die gesellschaftlichen Bedingungen und Entwicklungen in den USA um die vorletzte Jahrhundertwende zu verstehen (vgl. Strübing, 2018, S. 49 ff.). In den Schriften der Hauptvertreter Peirce, Dewey und Mead verdichtete sich eine weitere konkurrierende erkenntnistheoretische Schule, die sich nicht nur vom Realismus, sondern auch vom Idealismus und Nominalismus abgrenzte (vgl. Kromrey et al., 2016, S. 59). Treibend in der wissenschaftlichen Neuausrichtung war die Feststellung, dass gesellschaftlicher Wandel und zunehmender Fortschritt Probleme hervorbrachten, denen mit bekannten Handlungsstrategien nicht weiter zielführend begegnet werden konnte (a. a. O.). Die gesellschaftliche und technologieinduzierte Wende erfuhr als Thema mehr Gewichtung. Darauf reagierte außerdem die Wissenschaft – wie im Fall der Entwicklung der GTM –, denn schließlich gehe es „um das Entdecken grundlegender Prozesse, die Wandel bewirken. Diese Prozesse betreffen soziale Einheiten vom Individuum bis hin zur Organisation; sie werden von Wandel beeinflusst und beeinflussen ihrerseits Wandel, sie bringen ihn also hervor“ (Hildenbrand, 2015, S. 32).

In der Folge wurde dem Kriterium der Nützlichkeit wissenschaftlicher Erkenntnis im Pragmatismus eine ganz entscheidende Bedeutung zugeschrieben. Aus Peirce' Perspektive sei eine endgültige Klärung von wissenschaftlichen Fakten oder philosophischen Definitionen nicht möglich, da sich bestehende Überzeugungen immer wieder neu dahingehend bewähren müssten, ob sie für die sich jeweils ändernden Umstände noch angebracht seien (vgl. Strübing, 2021,



S. 42 ff.). Als Motivator neuer Erkenntnis wirke ein Zustand von eingeschränkter Handlungsfähigkeit – von Mead als Handlungshemmung bezeichnet (Mead, o.J., zit. a.a.O.) Diese würden Problemlöseprozesse und damit verbunden ein Streben danach induzieren, den Zustand der Ungewissheit wieder in den der Gewissheit zu überführen (a. a. O.). Gelingen es, Handlungsfähigkeit wiederherzustellen oder zu erweitern, könne der in der Problemlösung unterstellte Zustand der äußerlichen Welt als gewiss angenommen werden (Dewey, 2002, S. 132 ff, zit. a.a.O.). So manifestiere sich im Pragmatismus die Vorstellung, dass Realität einzig im Handeln wie auch in dessen Folgen bestehe (vgl. Kromrey et. al., 2016, S. 59). Diese erkenntnistheoretische Position erkennt zwar die Erfahrbarkeit der Realität an, fordert jedoch – anstelle von Realitätsbeobachtung – eine Überprüfung der theoretischen Behauptungen anhand von Konsequenzen der kontrollierten Anwendung (sog. methodologischer Pragmatismus) (vgl. Kromrey et al., 2016, S. 16 f.). Entsprechend bringt ein Forschungsprozess als Produkt zwar Wissen hervor, muss aber die Relevanz einer Anfangsvermutung fortlaufend überprüfen und insbesondere dahingehend verifizieren, ob und wie weit neue Erkenntnisse Befriedigung in den Handlungsschritten herbeiführen, aus deren Zusammenhang das zu lösende Problem entstanden ist. Dazu fasst Strübing (2021) zusammen: „Statt in universellem Zweifel und der Suche nach letzten Gründen siedelt der Pragmatismus sein Wahrheitskriterium also in der Perspektivität und Prozessualität praktischer Handlungsbezüge an“ (S. 44). Ergänzend zu den üblichen Denkformen In- und Deduktion nimmt hier die Abduktion als tentativ-praktisches Schlussfolgern eine zentrale Rolle im Erkenntnisprozess ein (vgl. Kromrey, et al. 2016, S. 59). So sind in dieser wissenschaftlichen Ausrichtung für einen Erkenntnisgewinn stets neue kreative Problemlösungen nötig, deren Ergebnisse sich in der anschließenden praktischen Bewährung als zutreffend erweisen. Werden diese Prämissen auf den vorliegenden Forschungsgegenstand übertragen, lassen sich je nach Perspektivität vielfältige Schwierigkeiten festmachen, die zur Handlungshemmung im Kontext mit Kompetenzen für interprofessionelles Handeln führen, von denen die folgenden drei als zentral zu lösende hervorgehoben werden:

- Kommunikationsproblem: Die bildlichen und schriftlichen Darstellungsformen, die Akteur\*innen, Lehrenden und Lernenden vermitteln sollen, was Kompetenzen für interprofessionelles Handeln sind, weisen Inkonsistenzen, Widersprüche und Unklarheiten auf.
- Umsetzungsproblem: Trotz vielfältiger Strategien zur Anbahnung von Kompetenzen für interprofessionelles Handeln fallen die im Zusammenhang mit kompetentem interprofessionellem Handeln zu erwartenden Effekte eher schwach aus.



- Sinnproblem: Über mehrere Jahre wiederholen sich die Appelle in diversen Ordnungsmitteln zu mehr interprofessionellem Handeln. Die Entwicklung einer interprofessionellen Haltung und nachhaltiges Sensemaking vollziehen sich nur zögerlich.

In der Logik des Pragmatismus muss ein Lösungsvorschlag nicht nur ein Problem adressieren, sondern sich in der praktischen Bewährung als zutreffend erweisen. Nicht zu vernachlässigen ist die sozialtheoretische Überzeugung, dass soziale Regelmäßigkeiten aus einer interaktiven Auseinandersetzung mit der sozialen Welt entstehen (vgl. Kromrey et al, 2016, S. 492). Folglich ist es notwendig, die praktische Umgebung mit der materiellen und sozialen Umwelt in das gedankliche Handeln, das dem Entwurf einer Lösung dient, einzubinden. Dabei müssen Widerständigkeiten – ob diffuser oder spezifischer Art – berücksichtigt und die sich ändernden Umstände antizipiert werden. Im Hinblick auf den vorliegenden Forschungsgegenstand bilden die Gesundheitsversorgung (vgl. Kapitel 2.2) und der Ausbildungssektor für Gesundheitsberufe (vgl. Kapitel 2.1) in seiner gegenwärtigen sowie zukünftigen Ausgestaltung die Referenzfläche, vor der sich ein Lösungsentwurf bewähren muss.

Ein weiteres Thema sind die strukturellen Bedingungen eines Handelns. Vom Pragmatismus kommend wird deren Bestehen anerkannt, aber nicht in deterministischer Form (Hillenbrand, 2015, S. 33). Handlungsleitend sind vielmehr wahrgenommene Wahlmöglichkeiten, auf deren Grundlage Entscheidungen vollzogen werden. In pragmatistischer Betrachtungsweise sind beim Thema Kompetenzmodellierung die Gestalter(-gruppen) derartiger Modelle den strukturellen Voraussetzungen nicht ausgeliefert. Welche Abbildungsform, Bildanordnung, Sequenzierung oder Nennung von Akteuren sie gewählt haben, geht einher mit ihren wahrgenommenen Wahlmöglichkeiten und der sodann vollzogenen Selektion.

Die Strukturiertheit des Materials gilt es, im Forschungsprozess offenzulegen und alle potenziell lohnenden Wege zum Verstehen zu gehen (Corbin & Strauss, 1990, S. 420). Bei diesem Vorgehen – so die konzeptionelle Idee im Pragmatismus – entsteht eine Wechselbeziehung zwischen Forscher\*in und Thema. Eine Spaltung zwischen Subjekt und Objekt, Erkennendem und Erkanntem ist nicht anzunehmen (Hildenbrand, 2015, S. 33). In der Interaktion zwischen Leitgedanke und Forscher\*in kommt dem Material eine steuernde Funktion zu, dessen Strukturen mit der Kreativität des Wissenschaftlers offengelegt werden.

Der Symbolische Interaktionismus ist als theoretische Perspektive zu verstehen, die sich vom Pragmatismus ableitet, genauer von der Annahme, dass „people construct selves, society, and reality through interaction“ (Charmaz, 2010, S. 189). Mit der so eingenommenen theoretischen



Perspektive wird der Fokus auf den Forschungsgegenstand eingestellt. Darüber hinaus nehmen konstruktivistisch orientierte Denktraditionen Einfluss.

#### 4.1.4 Das Paradigma des Konstruktivismus: Einflussnahme auf das Forschungsvorgehen

Konstruktivistische Positionen können radikal, strikt, gemäßigt, kontextual oder realistisch sein (vgl. Reichertz, 2016, S. 50). Als vereinende, konsentierende Minimalbasis wird im erkenntnistheoretischen Konstruktivismus von der Vorstellung ausgegangen, dass soziale Phänomene und deren Bedeutungen ständig von sozialen Akteuren geschaffen werden. Erfahrungen und Sinneswahrnehmungen werden zu subjektiven (konstruierten) Bildern zusammengefügt, aus denen sich eine individuell verschiedene Realität formt (vgl. Bryman, 2021, S.28 f.; vgl. Kromrey et al., 2016, S. 25). Darin zeigt sich die Gegenposition zum „erkenntnistheoretischen Realismus“ (Kromrey, 2016, S. 16) und somit zur postulierten Erfahrbarkeit und Abbildungsmöglichkeit der Realität. Also zur Möglichkeit, mittels Wahrnehmung, Beobachtungs- und Messinstrumenten sinnvolle Aussagen über die Realität außerhalb des beobachtenden Subjekts zu treffen und empirisch in der Realität zu prüfen (ebd., S. 24). In der konstruktivistischen Weltanschauung wird Realität als Konstrukt des Verstands des einzelnen Individuums verstanden und als subjektive Wirklichkeit (vgl. Kromrey et al, 2016, S. 25). Diese persönlichen Realitätskonstruktionen bestehen, solange sie mit der tatsächlichen Welt hinreichend korrelieren (a. a. O.).

Die Wandelbarkeit und Inkonsistenz von Realität anerkennend zielen in konstruktivistischer Haltung verfasste Analysen nicht darauf ab, die eine (objektive) Realität zu entdecken, denn es bestehen mehrere verstehbare und ebenso valide Wirklichkeiten. Kennzeichnend ist eine Arbeitshaltung, die berücksichtigt, dass „die Forschungswirklichkeit eine Situation [ist], die einschließt, wer und was in ihr ist oder sie von außen beeinflusst“ (Charmaz, 2010, S.184; übersetzt durch die Autorin). Die Existenz einer realen Welt wird anerkannt, diese sei „aber nie unabhängig von den Betrachter\*innen, die sie von multiplen Standpunkten aus sehen können [...]“ (a.a.O.)

Vielmehr geht es um subjektive Bedeutungen, die Individuen entwickeln oder die durch Interaktionen mit anderen gebildet werden, um historische und kulturelle Normen, die dabei einwirken und ebenso um Annahmen, auf deren Grundlage Handeln und Sinn konstruiert wird (ebd. S.185). Da eine subjektive Bedeutung nicht an der Oberfläche zu finden ist, muss sie durch eine tiefe Reflexion aufgedeckt werden (vgl. Bryman, 2021, S.29). Um dies anzuregen und im



Weiteren Realität durch die Handelnden konstruieren zu können, treten Forscher\*in und Forschungsgegenstand – Person, Gruppe oder Material – in einen interaktiven Dialog (a. a. O.). Im Forschungsparadigma des Konstruktivismus wird anstelle größtmöglicher Objektivität anerkannt, dass die forschende Person mit ihrem individuellen Hintergrund die Interpretation und damit die Konstruktion von Realität prägt (vgl. Charmaz, 2011, S. 185). Hierin zeigt sich im Vorgehen gleichfalls die Nähe der konstruktivistischen Position zu allgemein hermeneutischen Ansätzen. Mit Blick auf den Forschungsgegenstand dieser Arbeit wird der konstruktivistische Ansatz verfolgt, um Bedeutungen hinsichtlich interprofessionellen Handelns, die sich in Abbildungen und Dokumenten zur Kompetenzmodellierung manifestieren, zu verstehen und zu interpretieren.

Eine Kombination beider Positionen – erkenntnistheoretischer Konstruktivismus und Pragmatismus – bietet den gedanklichen Raum, sich explorativ gegenüber einer Fragestellung zu öffnen, diverse Sichtweisen zu entdecken und diese wiederum unter pragmatischen Gesichtspunkten auf ihre Anwendungstauglichkeit hin zu beleuchten. Die Grounded Theory – insbesondere die konstruktivistische GTM nach Charmaz (2010) – leitet sich aus einem derart kombinierten erkenntnistheoretischen Hintergrund ab. Als Forschungsstil bindet die GTM primär sogenannte qualitative Methoden sowie Daten ein, ohne jedoch das konkurrierende quantitative Paradigma per se auszuschließen.

#### 4.1.5 Forschungsperspektive

Da die Bezeichnung *qualitative Forschung* als Sammelbegriff für differierende Ansätze fungiert, übernimmt die Forschungsperspektive eine orientierende Funktion (vgl. Flick, et al., 2015, S. 18 f.). Wie bei einer Standortbestimmung werden Koordinaten hinsichtlich theoretischer Annahmen, Gegenstandsverständnis und methodischem Fokus ausgewählt, die den Punkt fixieren, vom dem aus der/die Forscher\*in auf den Untersuchungsgegenstand blickt bzw. sich diesem nähert. Am Beginn des 21. Jahrhunderts zeigt sich eine Ausdifferenzierung der Perspektiven und Konsolidierung von speziellen Anwendungsbereichen u. a. in der Gesundheits- und Pflege- sowie Evaluationsforschung, aber auch in der Grounded Theory (vgl. Flick et al, 2015, S. 27). Einhergehend mit der Festlegung eines theoretischen Blickwinkels resultiert eine Positionierung der Forschung innerhalb der wissenschaftlichen bzw. fachdisziplinären Diskurse und ermöglicht gleichzeitig, einen bestimmten Weg der Thematisierung oder Problematisierung des Gegenstands einzuschlagen (vgl. Lamnek, 2016, S. 27). Je nach Fokus variiert das zentrale



Interesse und liegt im Kontext der qualitativ-interpretativen Forschung auf subjektiv gemeinsamem Sinn, Regeln sozialen Handelns oder latenten Sinnstrukturen und impliziten Regeln (a.a.O.). An diesen Schwerpunkten lassen sich drei Hauptlinien ausrichten, wie die Übersicht von Flick, von Kardorff und Steinke zeigt (2015, S. 19) (vgl. Tabelle 4-1).

Tabelle 4-1: Forschungsperspektiven in der qualitativen Forschung  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Flick, von Kardorff und Steinke, 2015, S. 19.

Forschungsperspektiven in der qualitativen Forschung			
	Zugänge zu subjektiven Sichtweisen	Beschreibung von Prozessen der Herstellung sozialer Situationen	Hermeneutische Analyse tiefer liegender Strukturen
Theoretische Position	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symbolischer Interaktionismus</li> <li>• Phänomenologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethnomethodologie</li> <li>• Konstruktivismus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoanalyse</li> <li>• genetischer Strukturalismus</li> </ul>
Methoden der Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitfadeninterviews</li> <li>• Narrative Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppendiskussion</li> <li>• Sammlung von Dokumenten Aufzeichnung von Interaktionen</li> <li>• Teilnehmende Beobachtung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufzeichnung von Interaktionen</li> <li>• Fotografie</li> <li>• Filme</li> </ul>
Methoden der Interpretation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative Inhaltsanalyse</li> <li>• Theoretisches Kodieren</li> <li>• Narrative Analysen</li> <li>• Hermeneutische Verfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentenanalyse</li> <li>• Konversationsanalyse</li> <li>• Diskursanalyse</li> <li>• Gattungsanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objektive Hermeneutik</li> <li>• Tiefenhermeneutik</li> <li>• Hermeneutische Wissenssoziologie</li> </ul>
Anwendungsfelder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biographieforschung</li> <li>• Analyse von Alltagswissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse von Lebenswelten und Organisationen</li> <li>• Evaluationsforschung</li> <li>• Cultural Studies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienforschung</li> <li>• Biographieforschung</li> <li>• Generationsforschung</li> <li>• Genderforschung</li> </ul>

Die Forschungsperspektive dieser Bestrebung ist auf die Beschreibung von Prozessen der Herstellung sozialer Situationen ausgerichtet (vgl. Flick, von Kardorff & Steinke, 2016, S. 19 ff.) und geht mit den in der mittleren Spalte dargelegten forschungsleitenden Optionen einher. In Anbetracht des Themenkreises wäre es auch naheliegend, das Erkenntnisinteresse auf subjektive Sichtweisen und damit auf die erste Tabellenspalte zu legen, da Kompetenzen subjektgebundene Konstrukte in definierten Umwelten sind. Bei Fragestellungen, die beispielsweise Health Professionals und ihre Einschätzung nach notwendigen Kompetenzfacetten für die Arbeit in interprofessionellen Teams adressieren, wären individuelle (Bedeutungs-)Sinnzuschreibungen der Erkenntnisgewinnung dienlich. Der Symbolische Interaktionismus als theoretischer Hinter-



grund und Reflexionsfläche bietet hinlängliche Bezugspunkte für die Metaanalyse von Alltagswissen, wie bspw. Tetzlaff (2019) in ihrer Studie zum interprofessionellen Handeln in Altersheimen nachdrücklich zeigen konnte. In derart gestalteten Forschungsprozessen haben adäquate, umfangreich entwickelte Erhebungsverfahren einen hohen Stellenwert ebenso wie das Dokumentieren und Archivieren subjektiver Äußerungen aus z. B. Leitfaden- oder narrativen Interviews (hierzu vgl. z.B. Bryman, 2021, S.424 ff., vgl. Strübing 2018, S.87 ff.). Mittels qualitativer Inhaltsanalyse, narrativer Prüfung oder hermeneutischer Verfahren werden die Datensätze ausgewertet, interpretiert und der subjektiv gemeinte Sinn nachvollzogen (vgl. Kromrey et al., 2016, S. 371 ff.). Bei dieser eher deskriptiv orientierten Forschungspraxis können Oberflächenphänomene erfasst werden, unberührt hingegen bleiben implizite Regeln sozialen Handelns und Tiefenstrukturen (vgl. Flick, et al., 2016, S. 19 ff). Ebendiese Perspektive, die innewohnende Regeln sozialen Handelns und handlungsgenerierende Strukturen fokussiert, ist in der vorliegenden Arbeit leitend. Damit wird eine Perspektive auf die Bildungsgestaltung an der Schnittstelle zwischen normativen und curricularen Belangen auf der Makroebene und der Entwicklung von Lernsituationen auf der Mesoebene in den Mittelpunkt gerückt. Unter den Prämissen des *Konstruktivismus* gilt es, unterschiedliche Wahrnehmungsentwürfe und deren Wirkung auf eine soziale Situation zu erfassen. Der Gegenstand „Kompetenzen für interprofessionelles Handeln“ wird unter der Prämisse eines multiperspektivischen Realitätsbegriffs betrachtet, der u. a. die Basis für den Pragmatismus und die Grounded Theory nach Strauss bildet.

#### *Dokumente als Zugang zu sozialen Wirklichkeiten*

Das hier ausgewählte Thema ist ebenfalls in schriftlich und bildlich manifestierter Form zu finden: In Dokumenten mit diesem Inhalt tauchen verschiedene Ausschnitte sozialer Wirklichkeiten auf. Verbunden mit unterschiedlicher Intention, Zweckbestimmung und Kontextualisierung zeigen sich dort multiple Perspektiven, in denen Kompetenzen für interprofessionelles Handeln erscheinen: So z. B. als Outcome-Parameter der Bildungssteuerung und Optimierung, curriculärer Baustein der Bildungsgestaltung, Output von Lehr-Lernprozessen der (Berufsfeld-)Didaktik sowie Portfolioelement der Berufsbiografie und Persönlichkeitsentwicklung. Ebenso offenbart sich diese Kompetenzgruppe im arbeitsbezogenen Anwendungsfeld in Anforderungsprofilen (z. B. in Stellenaus- und Kompetenzbeschreibungen für Arbeitsprozesse, Zielvorgaben von Personalentwicklungen, Handlungsmaximen in Leitlinien, Marketingstrategien etc.). Zwischen diesen theoretisch abgrenzbaren Ausschnitten sozialer Realität bestehen Verbindungen und Schnittstellen.



### *Ein reflexives Design im Kontext qualitativer Forschung in der Pädagogik*

Das Forschungsvorhaben entsteht in einem reflexiven Design und bezieht sich damit auf einen von Breidenstein (2012) vertretenen – im Kontext der Unterrichtsforschung entstandenen – Entwurf, der nicht nur auf die Etablierung von Reflexionswissen, sondern auf reflexives Wissen zielt:

„Reflexiv ist dieses Wissen in dem Sinne, dass mit der angewandten qualitativen Forschung ein Erkenntnisziel verbunden ist, welches alltagsweltliche und wissenschaftliche Begriffe und Konzepte durch die Konfrontation mit dem empirischen Material in Frage stellt und neu zu fassen versucht“ (Minnameier & Horlebein, 2019).

Merkmale und Unterschiede, die sich im Vergleich eines reflexiven Designs zu primär problemrekonstruktiven und instrumentellen Designs zeigen, haben Beier und Wybuwa (2017, S.83 ff.) im Zusammenhang mit qualitativer Unterrichtsforschung dargelegt. Darauf zurückgreifend sind mit einem reflexiven Entwurf zwei forschungspraktische Entscheidungen verbunden. Eine davon betrifft den Ansatz, mit dem der Gegenstand erfasst wird. In diesem Punkt weist das Modell Gemeinsamkeiten mit einem problemrekonstruktiven Vorgehen auf. Handlungsprobleme werden anhand empirischer Rekonstruktionen reflektiert. Das Potential empirischer Rekonstruktion wird darin gesehen, Phänomene zu analysieren und verborgene soziale Mechanismen aufzudecken.

Beim vorliegenden Forschungsvorhaben geht es, wie erwähnt, um Interprofessionalität und Kompetenz(en) im Kontext der Gesundheitsversorgung. Darauf ausgerichtete Kompetenzbeschreibungen, Modelle und Rahmen für die (Aus-)Bildungs-, Entwicklungs- und Vermittlungsprozesse sind für die Untersuchung maßgeblich. Ziel ist es somit, darin verborgene (soziale) Mechanismen aufzudecken, um damit dieses Phänomen besser zu verstehen. Durch die Rekonstruktion von Struktur-, Prozess- und Interaktionsmustern wird überhaupt erst zugänglich, was das eigentliche Handlungsproblem tatsächlich ist. Der Forschungsstil der GTM erlaubt es, genau diese Rekonstruktionsarbeit zu vollziehen.

Die zweite Entscheidung betrifft den Umgang mit Erkenntnissen: An dieser Stelle sei auf Breidenstein (2012) verwiesen, der die Bedeutung von reflexivem Wissen für den Unterricht, aber auch die Bildungsforschung betont. Nach ihm gehe es nicht um die normative Bewertung der Ergebnisse – ein solches Vorgehen lehnt er sogar vehement ab –, denn „[d]ie Untersuchung einer realen Praxis [...] lässt nur begrenzt Schlüsse darauf zu, wie man es „besser“ machen könne“ (Breidenstein, 2012, S. 95). Folglich versucht der reflexive Ansatz, „die strukturelle Pro-



duktion der identifizierten Probleme zu erfassen und diese Erkenntnisse auch Praktikern zugänglich zu machen.“ (a.a.O.) Der (pädagogische) Nutzen werde darin gesehen, zum Aufbau reflexiven Wissens beizutragen, das dazu geeignet sei, die Fähigkeit der Reflexion des eigenen pädagogischen Handelns tiefgründiger zu gestalten.

Darin liegt nach Beier und Wyßuwa (2017, S.100) der deutliche Unterschied zu den geläufigeren problemrekonstruktiven Vorgehen, die darauf abzielen, den erkannten Problemen eine (pädagogische) Lösungsstrategie zuzuführen. Dazu wird auf (präskriptive) bestehende Konzepte und Theorien zurückgegriffen, Lösungen werden erdacht. Das Fallverstehen wird nutzbar gemacht und übernimmt eine wichtige Reflexionsfunktion, wenn die vorgeschlagene Lösung gedankenexperimentell reflektiert wird. Am Ende werden theoretische (Lösungs-)Vorstellungen in der Empirie vergegenständlicht, d. h., entsprechende pädagogische Bewertungen und Handlungsstrategien werden implementiert. Ebendarin liegt der Unterschied zum reflexiven Modell und dem bereits oben erwähnten Aufbau rückbezüglichen Wissens.

Anstelle einer erdachten Lösung sollen hier Reflexionspotentiale für die konkrete Praxis freigelegt werden. Die aufgedeckten Hindernisse oder das strukturelle Spannungsverhältnis wird nicht auf die Handlung des Akteurs zurückgeführt, sondern auf die spezifischen Strukturen einer Handlungspraxis selbst, die unabhängig von subjektiven Intentionen wirken. Hilfreich scheint, sich gelegentlich die eigene Praxis vor Augen zu führen und auf ihre Effekte zu reflektieren wie Beier & Wyßuwa (2017) erläutern:

„Es ist also nicht nur die eigene Handlungspraxis, die aufgrund des zeitlichen und sachlichen Abstands nun durch einen neuen Denkstil ergänzt werden soll. Vielmehr ist das Ziel der Analyse die grundlegende Haltung zu spezifisch pädagogischen Vorstellungswelten zu überdenken und sich von diesen zu emanzipieren. Das wesentliche Ziel dieses Designs ist es daher, Wissen zu erzeugen, welches die eigenen häufig als selbstverständlich und in der Praxis eingefahrenen Vorstellungswelten aufbricht“ (S. 99).

Verkettet mit dem vorliegenden Gegenstand dient die Rekonstruktion von Strukturen, Prozess- und Interaktionsmustern hinsichtlich interprofessioneller Kompetenzen dazu, zunächst das zugrundeliegende Problem zu erkennen und daraufhin zu erfassen, wie dieses strukturell produziert wird. Geplant ist, diese Erkenntnisse Praktikern zugänglich zu machen, damit sie das praktische Handeln und Lernen im Kontext der Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Prämisse Interprofessionalität tiefgründiger durchdenken können. Die GTM zielt genau darauf ab, eine Theorie zu generieren, die ein Praxisproblem adressiert und es Anwendern ermöglicht, diese zur Reflexion zu nutzen (vgl. Kapitel 6.3). Folgelogisch zielt die vorliegende Arbeit nicht auf das Hervorbringen eines „besseren“ Kompetenzmodells oder Rahmens.



## 4.2 Grounded Theory

### 4.2.1 Forschen im Stil der Grounded Theory

Etwas ungewöhnlich kann es wirken, im Forschungskontext über Stilfragen nachzudenken und mit derartigen Begrifflichkeiten zu operieren. Wird allerdings Strauss rezipiert (2004) – einer der Urväter der Grounded Theory –, zeigt sich genau diese Auffassung: „Grounded Theory ist weniger eine Methode oder ein Set von Methoden, sondern eine Methodologie und ein Stil, analytisch über soziale Phänomene nachzudenken“<sup>7</sup> (vgl. Breuer, 2010, S. 41). Die GTM wird an dieses Verständnis anknüpfend verwendet. Zur Charakterisierung dieses Stils schreibt Strübing (2014, S. 113): „Grounded Theory ist [...] ein facettenreicher und für die deutsche Methodendiskussion und -praxis in manchen Aspekten gewöhnungsbedürftiger, aber auch ertragreicher und vielfältig einsetzbarer Forschungsstil.“

Obwohl das Fundament der GTM bereits vor über 40 Jahren von den Soziologen Glaser und Strauss in der gemeinsamen Publikation „The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research“ (Glaser & Strauss, 1967) grundgelegt wurde, reichen die Weiterentwicklungen bis in die heutige Zeit mit tendenziell steigender Popularität, Anhängerschaft und Prominenz (vgl. Breuer, 2010, S. 40). Was von den Gründern im Vorwort ihres Urwerks als Mutmaßung formuliert wurde, zeigte sich rasch in der Realität: Die Methodologie weitete sich über die Soziologie hinaus auf andere Disziplinen aus. Fernerhin in der Pädagogik, Pflege- und Gesundheitswissenschaft, in deren Spannungsfeld die vorliegende Arbeit entsteht, bildet die GTM eine wertvolle Ergänzung zur hermeneutischen Forschungstradition und zum naturwissenschaftlichen Paradigma (vgl. Glaser & Strauss, 2010, S. 9). Die GTM gilt als Teil des allgemeinen Wortschatzes qualitativer Forschung (vgl. Charmaz, 2010, S. 181), gar als eines der am weitesten verbreiteten Verfahren der qualitativ interpretativen Sozialforschung (vgl. Strübing, 2021, S. 1; vgl. Glaser & Strauss, 2010, S. 10). Breuer (2019) spricht in seinem Ansatz einer reflexiven Grounded Theory von der Grounded-Theory-Methodik, die „ein Verfahren sozialwissenschaftlicher Hermeneutik“ (S. 39) sei. Grundsätzlich ist als Ziel der GTM die Entdeckung oder Entwicklung einer Annahme über ein bestimmtes Phänomen auf Grundlage von Erfahrungsdaten anerkannt (vgl. Corbin & Strauss, 2015, S. 7 f.; vgl. Glaser & Strauss, 2010, S. 199), wobei der Zusatz *grounded* das Spezifika hervorhebt, dass die Theorie „gegenstandsbegründet“ (Breuer,

---

<sup>7</sup> Das Zitat stammt aus einem Gespräch mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie, zit. n. Breuer, 2010, S. 41



2010, S. 84) herausgearbeitet wird. Damit wird die entwickelte Hypothese zu einer Ansicht eines sozialen Weltausschnitts oder Problemthemas (a. a. O.). Zum Vorgang liegt die Grundannahme vor, „dass die Generierung von Grounded Theory ein Weg ist, zu einer Theory zu gelangen, die Zwecke erfüllt, die sie sich selbst gesetzt hat“ (Glaser & Strauss, 2010, S. 21). Mit dem so aufgesetzten Plan passt dieser Ansatz zu der hier formulierten Zielsetzung (vgl. Kapitel 4.1.5) und verdeutlicht auf forschungspraktischer Ebene die vorab eingeführten Prämissen des Pragmatismus (vgl. Kapitel 4.1.3).

Die Weiterentwicklung der GTM wird von sozialtheoretischen und erkenntnislogischen Differenzen mit unterschiedlicher Tragweite begleitet (vgl. Breuer, 2010, S. 40). Einen ausführlichen Überblick in deutscher Sprache liefert das Werk von Strübing (2021) – seit 2008 bereits in vierter Auflage erschienen –, sowie von Mey und Mruck (2011). Ursprünglich ist die GTM in der Soziologie der Chicagoer Schule verankert, deren Basis die Philosophie des Pragmatismus und Symbolischen Interaktionismus ist und eine (post-)positivistische Prägung aufweist (vgl. Strübing, 2021, S. 39). Bei den wichtigsten Vertreterinnen der nächsten Generation ist Corbin zu nennen, die als enge Mitarbeiterin Strauss' seine Tradition fortführt und den Kodierprozess verfeinerte. Ebenso zählen dazu Charmaz (vgl. Charmaz & Bryant, 2007, S. 10 f.), die in einem konstruktivistisch geprägten Ansatz die GTM fortschrieb, und Clarke (2005), die der GTM sogar eine dekonstruktivistische Wende gab. Im gleichen Sinne ist Breuer (2010), verortet in der Psychologie, mit seinem Ansatz der reflexiven Grounded Theory anzuführen, der die Reflexivität des Forschenden und die positiven Erkenntnismöglichkeiten durch (individuelle) Präkonzepte als ergänzendes Element in der GTM hervorhebt. Glaser hingegen hielt an seiner ursprünglichen Fassung und einer starken – fast starren – Betonung der Emergenz von Erkenntnissen allein aus den Daten fest (vgl. Strübing, 2021, S. 76, ff.). Zusammen mit Strauss verfolgte er 1967 in „The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research“ die Idee, ausgehend von eigenen Forschungserfahrungen in der Medizinsoziologie zum Umgang mit Sterbenden, eine neue Art der Theoriebildung zu erschließen, die durch empirische Befunde angeregt wurde. Verbunden mit der Absicht, eine Gegenposition zum damaligen Mainstream der Soziologie zu markieren, der heute noch nicht überholt ist, wollten die beiden Gründungsväter die datenfreie Erzeugung von Theoriegebäuden nicht länger als Königsweg soziologischer Theoriebildung anerkennen und die empirische Forschung vom degradierenden Label der Zuarbeit lösen. Nach Hopf (2016, S. 27 f.) sind ihre Leistungen im Vergleich zu den ähnlich gelagerten Ambitionen der damals zeitgenössischen Soziologen Barton und Lazarsfeld als stärker normativ, zugleich als radikaler einzuordnen.



Die publizierte Erstfassung der GTM (Glaser & Strauss, 1967) fokussiert Regeln für den Prozess der Theoriebildung sowie die Prüfung der Plausibilität und Glaubwürdigkeit von Theorien. Hierbei bilden die Verflechtung der Datenerhebung und -analyse sowie das Theoretical Sampling (vgl. Glaser & Strauss, 2010, S. 8) die Kernbestände des Forschens. In eher enger empiristischer Denktradition wird der/die Forscher\*in bei dieser traditionellen, objektivistischen GTM dazu angehalten, sich mit einer gewissen Voraussetzungslosigkeit, soll heißen, ohne „preconceived theory that dictates“ (Glaser & Strauss, 1968, S. 33), dem Forschungsgegenstand zu nähern und sich darauf zu konzentrieren, wie Kategorien und Hypothesen aus dem Material emergieren. Das verlangt vom Forschenden eine gewisse Sensitivität, die dabei leitend ist, die Theorie, so wie sie sich aus den Daten ergibt, zu konzeptualisieren und zu formulieren (vgl. ebd., S. 46). Diese Position der Voraussetzungslosigkeit wurde in den verschiedenen Weiterentwicklungen von schwach (wie im Ansatz von Charmaz (2010)) bis vollständig aufgelöst, was sich bei Breuer offenbart, der in seiner Variante der reflexiven Grounded Theory Präkonzepte einbindet und von dem/r Forscher\*in eine intensive Auseinandersetzung mit diesen fordert (vgl. Breuer et al., 2019, S.93).

#### *Merkmale und Elemente des Forschungsprozesses im Stil der GTM*

Wer nach dem Muster der GTM forscht, lässt sich auf eine Vorgehensweise ein, die nicht vorab festgelegt, nach striktem Plan organisiert und von unspezifischen, vom Untersuchungsgegenstand losgelösten Regeln bestimmt wird. Diametral zu gängigen Darstellungen von Forschungsprozessen wird hier gar nicht erst „versucht, eine idealtypische und von den situativen Umständen des konkreten Forschungsvorhabens unabhängige Sequenzialität einzelner Prozessschritte zu suggerieren“ (Strübing, 2021, S. 11). Stattdessen wird in der Darstellung der Forschungsmanner der rote Faden aufgezeigt, wie der Arbeitsprozess organisiert und mit spezifischen Besonderheiten der GTM umgegangen wird (a. a. O.). Zu den wichtigsten Merkmalen, auf die in den folgenden Abschnitten eingegangen wird, zählt:

- der Prozesscharakter auf verschiedenen Ebenen des Forschungsprozesses
- das Prozesselement *Memos schreiben*
- das Prozesselement *Sensibilisierende Konzepte*
- das Prozesselement *Theoretical Sampling* als theoriegeleitete Auswahl der Daten
- die Offenheit in der Wahl der Strategie zur Informationsgewinnung

(vgl. Charmaz, 2010; vgl. Glaser & Strauss, 2010)



Wie bereits andernorts erwähnt, wurde die GTM von verschiedenen Vertretern in variierender Weise ausbuchstabiert und erweitert (Strübing, 2021, S. 114). Trotz erkennbarer Einflussnahme von Theoriemoden (a. a. O.) zeigt sich die pragmatistische Grundlage in der epistemologischen und sozialtheoretischen Argumentation und einer weitgehend konvergierenden Forschungshaltung. „Welcher Heuristiken sich diese Forschungshaltung bedient“, so erläutert Strübing (2021), „ist nicht beliebig, wohl aber variabel und abhängig von konkreten Forschungsgegenständen, Feldzugängen und Materialtypen. Im Zweifel fährt hier am besten, wer die größte Bandbreite an konkreten Verfahren souverän zu handhaben weiß“ (S.114). Damit definiert er einen neuen Standard der Verfahrenskompetenz. Abbildung 4.1 verdeutlicht mit drei verschiedenen Strömungen beispielhaft, welche vereinenden und abweichenden Prinzipien mit der GTM einhergehen. In der Grafik fehlt die Variante der reflexiven Grounded Theory sowie der Visual Grounded Theory.

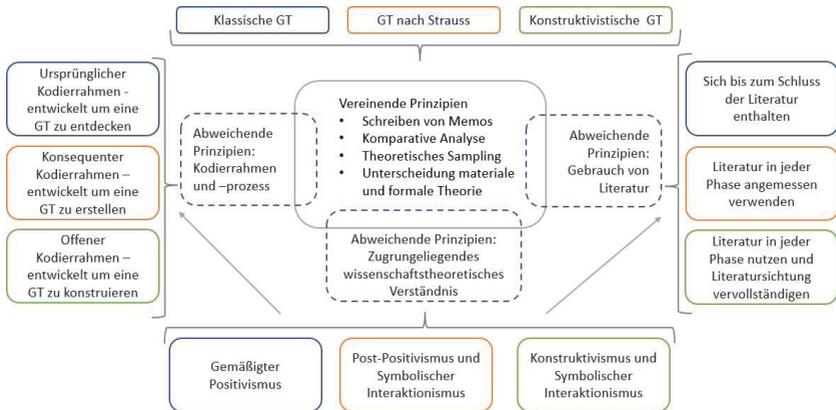


Abbildung 4-1: Vereinende und abweichende Prinzipien der Grounded Theory

Quelle: Eigene Darstellung und Übersetzung in Anlehnung an Kenny & Fourie, 2015, S.19.

Verbunden mit dem Ziel, den vollzogenen Forschungsprozess im Rahmen dieses Dissertationsvorhabens verknappend, strukturiert und nachvollziehbar darzulegen, werden im Folgenden die allen Varianten innewohnenden Prinzipien - im mittigen großen Rechteck dargestellt - erläutert. Auf die z. T. vorliegenden variierenden Nuancierungen in deren Ausgestaltung wird nicht explizit eingegangen. Nur wenn es für die Klärung und bessere Verständlichkeit angezeigt ist, erfolgt ein Verweis auf die zugrundeliegenden GTM-Varianten. Auf eine schriftliche Darlegung der diskursiven Auseinandersetzung möglicher GTM-Gangarten der Verfahrensschritte



und deren theoretisch-methodologische Legitimation – wie sie forschenseits in Vorbereitung des Analyseprozesses stattgefunden hat – wird verzichtet, da es an dieser Stelle als wenig zielführend erachtet wird. Ergänzend zur Darlegung der wesentlichen Maximen wird dokumentiert, wie deren Umsetzung erfolgte. Die zu diesem Themenkomplex genutzte Literatur umfasst die Lehrbücher der klassischen GTM von Glaser und Strauss (2010), der konstruktivistischen GTM (Charmaz, 2010, 2014), reflexiven GTM nach Breuer (2019) sowie das Lehrwerk von Strübing (2021). Zunächst geht es im folgenden Abschnitt um die Charakteristika des Forschungsprozesses, woraufhin einzelne Elemente und die dahinterliegenden Prinzipien Beachtung finden.

#### *Der Prozesscharakter auf verschiedenen Ebenen des Forschungsvorgehens*

Im Gegensatz zu einem hypothesenprüfenden linearen Forschungsablauf wird der Prozess nach dem Muster der GTM schrittweise und zyklisch organisiert (vgl. Kromrey et al., 2016, S. 494). Zudem ist er durch eine Parallelität der Arbeitsschritte charakterisiert (vgl. Strübing, 2021, S. 11; vgl. Strauss, 1991, S. 46). Breuer spricht hinsichtlich des Vorgehens von einer „hermeneutischen Spiralbewegung“ (2010, S. 69), durch die eine datengegründete Theorie entsteht. Hingegen bezeichnet Hildenbrand den Analyseprozess als „triadisch und zirkulär (i.S. des hermeneutischen Zirkels) zugleich“ (2015, S. 33) und Strübing verwendet die Bezeichnung „iterativ-zyklische[s] Prozessmodell“ (2021, S. 29). Ein genauer Blick scheint angezeigt, da geringfügig irritierende Vagheit darüber besteht, worauf sich die Attribute zirkulär, zyklisch, iterativ oder triadisch konkret beziehen. Aus Sicht der Autorin ist es schwierig, im Singular, also von dem *einen* Prozess zu sprechen. Vielmehr erscheint es hilfreich, eine Unterteilung auf verschiedenen Ebenen vorzunehmen und das Vorgehen en détail zu betrachten. Anhand von Abbildung 4-2 wird ersichtlich, dass es letztendlich mehrere Schritte sind, die ineinandergreifen und zur Theoriegenerierung beitragen.

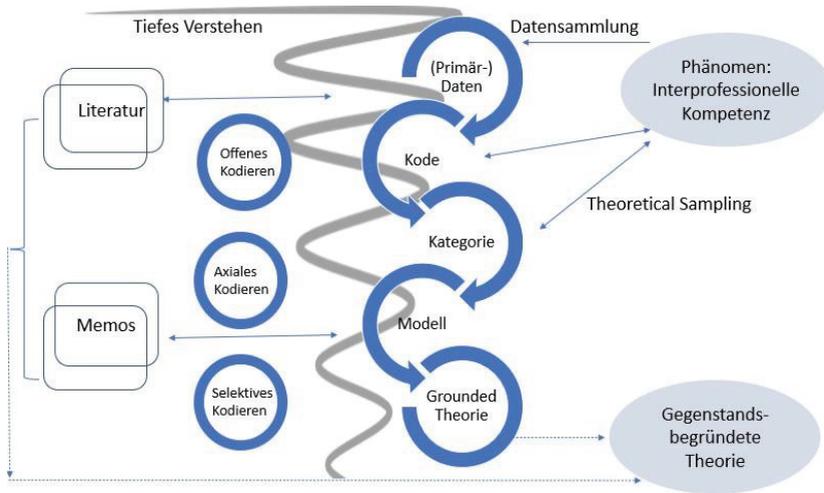


Abbildung 4-2: Der Prozesscharakter des Forschungsvorgehens  
Quelle: Eigene Darstellung

Zum *Prozess des Verstehens* zählt das Erkennen und Verstehen von Sinnzusammenhängen im Rahmen abduktiver Forschungslogik. Rückbesinnend, dass die Grounded Theory auf die pragmatistische Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie rekurriert, wirkt im Forschungsprozess eine bestimmte Art von Wirklichkeitsbegriff. Dazu äußert sich Strübing wie folgt:

„Realität ist im Pragmatismus zwar ‚real‘ in dem Sinne, dass da etwas ist; das was es ist, befindet sich aber in einem Prozess kontinuierlichen Werdens. Dabei ist diese Realität auf den gestaltend-erkennenden Aktivismus der Subjekte angewiesen, die nicht getrennt von der Realität (gewissermaßen außerhalb) existieren, sondern diese und damit zugleich sich selbst immer neu hervorbringen“ (2021, S. 51 f.).

In seinen Ausführungen zeigt sich deutlich der Hinweis auf den zirkulären Charakter des Forschungsvorhabens, hier hinsichtlich des Hervorbringens von Realität und damit verbunden dem Verstehen von Sinnzusammenhängen. Ein umtriebigen, gestaltendes Forschen sei angezeigt. Dabei werden Alltagspraxis und Wissenschaft, Subjekt und Objekt/Umwelt, aber auch Handeln und Reflexion nicht als voneinander getrennte Entitäten, sondern als miteinander verbunden erachtet (vgl. Strübing, 2021, S. 50). Denn, so argumentiert Strübing (2021) weiter, „[d]er Zusammenhang konstituiert sich dabei aktivistisch, also im Handeln, Wirklichkeit ist prozesshaft und multiperspektivisch strukturiert“ (ebd., S. 53).

Der *Arbeitsprozess* – bezogen auf das forschungspraktische Vorgehen – ist bildlich eher mit einer Pendelbewegung zu vergleichen. Die fortlaufende Entwicklung einer gegenstandsbezo-



genen Theorie erfordert in allen Stadien ein Pendeln zwischen der Datenerhebung und Dateninterpretation. In der vielzitierten Abbildung des Verfahrens der GTM (vgl. Strauss, 1991, S. 46 zit. n. Strübing, 2021, S.12) symbolisieren die Pfeile das Vor und Zurück sowie Hin und Her zwischen den parallelen Arbeitsschritten Datenerhebung, -analyse und Theoriebildung (vgl. Abb. 4-3).

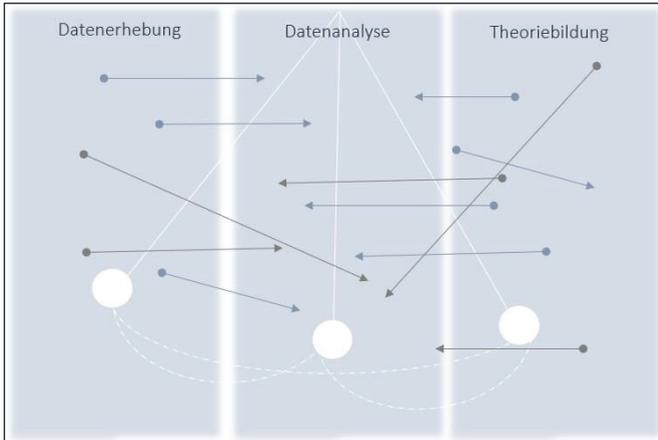


Abbildung 4-3: Parallelität der Arbeitsschritte im Verfahren der Grounded Theorie  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Strauss, 1991, S. 46.

Das Vorgehen ist demnach von einer „ausgebauten konsekutiv-iterativ-rekursiven Strategie des Hin und Her, des Vor und Zurück zwischen Datenerhebung, Konzeptbildung, Modellentwurf und Modellprüfung sowie der Reflexion des Erkenntniswegs“ (vgl. Breuer, 2010, S. 69) gekennzeichnet. Verbunden mit der Absicht, theoretische Konstrukte zu schaffen, ist der/die Forscher\*in angehalten, sowohl Konstrukte zu entdecken als auch zu prüfen, inwieweit sich diese an den Daten bewähren (Hildenbrand, 2016, S. 32). Der Weg zu diesen wird bis zum Ende stets neu besritten (a. a. O.) und die Sinnzusammenhänge immer weiter erfasst.

Zur Bedeutung und zum Zweck der dargestellten zeitlichen Parallelität und wechselseitigen funktionalen Abhängigkeit der Prozesse von Datenerhebung, -analyse und Theoriebildung erläutert Strübing:

„Keiner dieser Prozesse wird als jemals vollständig abschließbar aufgefasst, Theorie bildet nicht den Endpunkt des Forschungsprozesses, allein schon, weil sie kontinuierlich, d. h. von Beginn der Forschungsarbeit an, produziert wird und keinen festen Endpunkt kennt [...]. Damit einher geht die Vorstellung einer Steu-



erung des Prozesses aus sich selbst heraus. Dies allerdings nicht im Sinne eines von zwingenden Schrittfolgen bestimmten Automatismus, sondern in Form eines kontinuierlichen Wechsels von Handeln und Reflexion, wobei diese reflexive Prozesssteuerung ihre Entscheidungskriterien in den vorangegangenen Prozessetappen findet [...]“ (2021, S. 11).

Im *Kodierprozess*, genauer in dessen zugrundeliegender Logik, zeigt sich die oben erwähnte triadische Struktur. Bei Hildenbrand (2015, S. 33) bezieht sich diese auf die Schritte „Daten erheben“, „Kodieren“ und „Memos schreiben“ (a. a. O.).



Abbildung 4-4: Triadische Struktur des Kodierens  
Quelle: Hildenbrand, 2015, S. 33.

Breuer spricht diesbezüglich von der „Logik des Kodierens“ (2010, S. 73) und legt dazu eine leicht abweichende Konstellation dar. Ähnlich der Vorstellung vom hermeneutischen Zirkel positioniert er die Elemente „Phänomene, Daten“, „Kodierer/Forscher-Deutung“ und „Stand des theoretischen Verständnisses“ in ein „Dreiecksverhältnis“ (a. a. O.). Während Hildenbrand (2015, S.33) demnach die Handlungsschritte beschreibt, ist bei Breuer (2019, S.73) der Fokus auf den vorliegenden Gegenstand und das zu erreichende Resultat gerichtet. In der Intention zeigen sich jedoch keine Unterschiede. Verstanden als Werkzeugset kommt das o. g. Analyse-triplett oder die Kodierlogik immer dann zum Einsatz, wenn im Forschungsprozess neue Informationen hinzugezogen werden. Durch die Datenerhebung und das Kodieren werden die neuen Informationen aus den Primärtexten/-quellen für die sich anschließende Analyse und Theoriebildung aufbereitet und zugänglich gemacht. An dieser Stelle ist anzumerken, dass in der GTM zwischen den drei Kodiertypen offen, axial und selektiv unterschieden wird (vgl. Böhm, 2015, S. 476), auf die in einem späteren Abschnitt separat eingegangen wird. Für den Prozesscharakter lässt sich zusammenfassend festhalten, dass der/die Forscher\*in fortlaufende triadische Kodierprozesse vollzieht und in einer Pendelbewegung zwischen den parallelen Arbeitsschritten Datenerhebung, -analyse und Theoriebildung im spiralförmigen Erkenntnisprozess schrittweise vorangeht.

#### *Das Prozesselement „Memoing“ – Memos schreiben*

Fortlaufend, vom ersten Forschungsschritt bis zum -bericht, werden Memos geschrieben und beständig überarbeitet (vgl. Böhm, 2015, S. 477). Laut Charmaz (2010) konstituiert das Memoschreiben damit „a crucial method in grounded theory because it prompts you to analyze your



data and codes early in the research process“ (S. 72). Erfasst werden theoretische und methodische Überlegungen wie z. B. Besonderheiten zu den Daten, persönliche Ideen, Einfälle zum eigenen Wissenshintergrund, Zwischenprodukte und Fragen. Zu diesem Zweck bedarf es im Kodierprozess regelmäßiger Unterbrechungen – nach dem „Motto: Stopp and memo“ (Böhm, 2015, S. 477), um nach kurzer Besinnung frei draufloszuschreiben und sich von einem produktivitäts- und kreativitätshemmenden Perfektionismus freizumachen (Böhm et al., 2008, S. 15). Memos gründen sich auf Kodiernotizen, gehen aber oft über diese hinaus und erfassen Zusammenhänge, die der/die Forscher\*in Schritt für Schritt erkennt (Böhm, 2015, S. 477). Zudem ermöglicht das regelmäßige Schreiben, vorübergehend Abstand zu den Daten zu gewinnen (a. a. O.). Verbunden mit dem Vorsatz, diese zur strukturierten Auswertung hinzuzuziehen, sollten Memos in übersichtlicher Form verschriftlicht werden. Neben dem fast selbstverständlichen Vermerk zu Datum, Memotitel und Bezug (Text/Bildquelle) empfehlen Böhm, Legewie und Muhr (2008, S. 32) verschiedene Typen (vgl. Abb. 4.5).

F	Forschungsmemo (und -tagebuch)
M	Methodenmemo
T	Theoriememo
P	Planungsmemo (weiteres Vorgehen)

Abbildung 4-5: Memo-Typen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Böhm et al., 2008, S.32.

Diese Einteilung wurde in vorliegender Arbeit benutzt, um so eine leichte Orientierung in der Datenfülle herzustellen. Für die computergestützte Bearbeitung des Bildmaterials mit ATLAS.ti hatten diese Klassen eine strukturierende Funktion und konnten bei Eingabe mit dem Kürzel des jeweiligen Memotypus versehen werden.

#### *Prozesselement: Sensibilisierende Konzepte*

Um während des Forschungsprozesses die Wahrnehmung auf mögliche relevante Informationen und Aspekte richten zu können, fungieren eigene Annahmen und Vorkenntnisse als sensibilisierende Konzepte (vgl. Breuer, 2010, S. 58; vgl. Böhm, 2016, S. 476; vgl. Kelle, 2019, S. 68). Diese sind „als Leitideen Ausgangspunkt der Forschung und haben den Charakter von offenen Fragen [...]“ (Böhm, 2016, S. 476). Für gute Fragen bedarf es einer allgemeinen theoretischen Sensibilität, beschrieben von Breuer – Strauss und Corbin rezipierend – „als wesentliche Qualifikation des GTM-Forschers [...], die sich auf seine Wahrnehmungsbereitschaft und Aufmerk-



samkeit bezüglich der Subtilitäten von Merkmalen, Strukturen und Prozessen des Gegenstands(-felds) sowie seine diesbezügliche hermeneutische Kompetenz bezieht“ (vgl. Breuer, 2010, S. 58). Mit Rücksicht auf den Forschungsprozess ist der/die Wissenschaftler\*in stetig gefordert, vorläufige Konzepte nach und nach auszuarbeiten, d. h., sie auf Basis neuer, z. T. kontrastierender Informationen zu präzisieren und gemäß ihrer Merkmalsausprägung zu erfassen. Auch dabei wird „theoretical sensitivity“, als „ability to conceptualize relevant data in theoretical terms, which can be achieved only by drawing on already existing theories and models“ (Kelle, 2019, S. 68) genutzt. In welchem Umfang und welcher Ausprägung dieses Konstrukt der „theoretical sensitivity“ (a. a. O.) berücksichtigt wird, darin zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen. Je nach GTM-Strömung gibt es differierende Beschreibungen von „modes of a non-deductive use of theories and models in the process of empirically grounded theory building“ (a.a.O.). In dieser Arbeit ist das Paradigma der konstruktivistischen GTM (Charmaz, 1990, 1995, 2001) sowie die Forschungspraxis entlang der reflexiven Grounded Theory nach Breuer (2016) leitend. Damit einhergehend werden sensibilisierende Anschauungen als integriertes Forschungselement, sogar Teil des Datenpools angesehen. Zur konstruktivistischen Position legt Charmaz dar:

“In this view, analysis is contextually situated in time, place, culture, and situation. Because constructivists see facts and values as links, they acknowledge that what they see-and don't see-rests on values. Thus, constructivists attempt to become aware of their presuppositions and to grapple with how they affect the research“ (2010, S. 131).

Förderlich für die Entwicklung und Fokussierung theoretischer Sensibilität sind unterschiedliche heuristische Quellen, Zugänge, Werkzeuge und Maßnahmen (Breuer, 2010, S. 59). Über die sensibilisierenden Konzepte, die hier Einfluss genommen haben, informiert Kapitel 5.2.1.

#### *Prozesselement: Theoretical Sampling – theoriegeleitete Auswahl der Daten*

Während bei der quantitativ orientierten Datenerhebung bei nomologischer Fragestellung eine möglichst repräsentative Zufallsstichprobe angestrebt wird, zielt Theoretical Sampling auf relevante Daten, um eine aufkommende Theorie zu entwickeln (vgl. Charmaz, 2010, S. 96). Dabei geht es um das Erfassen möglichst gegensätzlicher Phänomene im Rahmen der Fragestellung. Dazu äußert Charmaz:

“The main purpose of theoretical sampling is to elaborate and refine the categories constituting your theory. You conduct theoretical sampling to develop the properties of your category(ies) until no new properties emerge“ (2010, S. 96).



Tauchen während der iterativen Theorieentwicklung neue Gesichtspunkte auf, leiten diese die Entscheidung, welche weiteren Daten beschafft und ausgewertet werden. Somit ist das „Basiskriterium, welches die Auswahl von Vergleichsgruppen zur Entdeckung von Theorie bestimmt, [...] deren theoretische Relevanz für die Ausarbeitung emergenter Kategorie“ (Glaser & Strauss, 2012, S. 65). In dieser Verwendung bedeutet theoriegeleitet nicht, dass aus einer bestehenden Theorie Annahmen (Hypothesen) gefolgert werden, die die Untersuchung im Praxisfeld steuern, wie bei deduktiven Verfahren angezeigt. Vielmehr liegen die leitenden Bezugspunkte in der sich sukzessiv entwickelnden Theorie. Ergänzend ist anzumerken, dass grundsätzlich der Rückgriff auf eine bereits formulierte formale Annahme möglich ist, jedoch erst zu dem Zeitpunkt, wenn die Konturen des sich entwickelnden gegenstandsbezogenen Konzepts hinreichend deutlich geworden sind (Glaser & Strauss, 2010, S. 58). Als Bedingung für die Integration einer formalen Theorie nennen Glaser und Strauss (a. a. O.) einen Integrationsrahmen, der einerseits „als <<offenes Schema>> möglichst viele verschiedene Kategorien und Eigenschaft“ umfasst, bei dem andererseits „das Schema offen ist, um neu generierte und aufeinander bezogene Kategorien und Eigenschaften aufzunehmen“ (a.a.O.).

Das Theoretical Sampling war in dieser Arbeit anfangs auf Kompetenzmodelle (visuell-textuelle Darstellungen) im Zusammenhang mit Interprofessionalität fokussiert. Als neue Gesichtspunkte hinzukamen, wurde es auf Kompetenzrahmen, Strategiedarstellungen und Assessments hinsichtlich des Anbahnens und Lernens von Kompetenzen erweitert. Leitend waren die aufeinanderfolgenden Stadien der Theorienentwicklung, die durch die Pendelbewegung im Forschungsprozess vorangebracht wurden.

#### *Prozesselement: Offenheit in der Wahl der Strategie zur Informationsgewinnung*

Da zu Beginn des GT-Forschungsprozesses methodologisch bedingt noch Unklarheit besteht, welche Fragestellungen sich im Fortgang ergeben, werden zuvor Methodenentscheidungen nicht final entschieden, sondern an die sich ergebenden Probleme in der Theoriegenese (Böhm, et al., 2008, S. 50 ff.) angepasst. Gleichmaßen können bereits vorliegende Dokumente (auch solche mit quantitativen Inhalten), Bildmaterialien, Interviews, Gruppendiskussionen, Alltags- und Fachwissen der Forscher\*in etc. in die Datenerhebung einfließen.

Zur Informationsgewinnung wurde auf bereits vorhandene Belege in und aus verschiedenen Zusammenhängen zurückgegriffen. Die Datenbeschaffung konnte hinsichtlich Feldzugangsrestriktionen sowie ethischer, finanzieller oder zeitlicher Beschränkungen ohne Hürden erfolgen.



Neben Bilddokumenten – primär visuell-textueller Art –, auf denen das Hauptinteresse lag, wurden umfangreiche Literaturrecherchen ausgeführt. In Anwendung der GTM-Verfahren Theoretical Sampling, Memos schreiben und Kodierprozess konnten generalisierende Ableitungen aus visuell-textuellen Dokumenten gewonnen und damit folgende Besonderheit dieses Datentypus herausgearbeitet werden: „Pictures become more than the tool for representation of the researched topic or proof of facts. Instead, picture become the basic of codes and categories“ (Konecki, 2019, S. 356). Die Strategie, wie aus diesen Unterlagen Daten gewonnen werden, wird ausführlich in Kapitel 4.3.3 unter dem Punkt „Multislice Imaging“ beschrieben.

#### 4.2.2 Kodier und Analyseschritte

Wenn es um den interpretativen Zugang zu gewonnenen Datenmaterialien geht, bedient sich die GTM des Begriffs *Kodieren*, womit der Prozess der Konzeptentwicklung in Auseinandersetzung mit dem empirischen Material gemeint ist (vgl. Strübing, 2016, S. 16). Mit Charmaz lässt sich pointieren: „Coding is the pivotal link between collecting data and developing an emergent theory to explain these data“ (2014, S. 113). In triadischer Kodierlogik erfolgt die zunehmende Durchdringung des Materials, was der Entwicklung von Modellen dient (vgl. Breuer, 2010, S. 39). Dabei zielt das Kodieren über verschiedene Abstraktionsebenen hinweg auf das „Entschlüsseln oder Übersetzen von Daten [...] und umfasst die Benennung von Konzepten wie auch ihre nähere Erläuterung und Diskussion“ (Böhm, 2016, S. 476). Die Komplexität unterstreichend ergänzt Charmaz: „Coding means naming segment of data with a label that simultaneously categorizes, summarizes, and accounts for each piece of data“ (2014, S. 111). Kodieren ist keine Einzelhandlung, die nach einmaligem Durchlaufen beendet ist, sondern mehrschrittig. In der traditionellen GTM von Glaser und Strauss (2010) ist der Analysemodus mit den drei Stufen offenes, axiales und selektives Kodieren beschrieben (vgl. auch Böhm, 2016, S. 477; Breuer, 2010, S. 70 ff.; Charmaz, 2014, S. 112 ff.; Strübing, 2021, S. 16 ff). Allerdings sind diese weder „als gegeneinander distinkt, noch als in einer festen Sequenzialität aufeinander folgend zu verstehen“ (vgl. Flick, 2007, zitiert in Strübing, 2021, S. 16). Hingegen findet in der konstruktivistischen GTM nach Charmaz nur eine Unterteilung zwischen „initial coding“ und „focused coding“ (2014, S. 113) statt. Beiden Kodiertypen ist die Suche nach Indikatoren für das relevante Phänomen zunächst mit vorläufigem Charakter, dann differenzierter, zahlreicher und abstrakter gemein, bis sie schließlich in Kategorien überführt und als solche ausdifferenziert werden (ebd., S. 477).



Dazu werden beim *offenen Kodieren* zunächst einzelne (*Line by Line*), dann größere Datensegmente analytisch aufgeschlüsselt und sukzessive Konzepte entwickelt. Im Ergebnis liegt eine Liste von Begriffen und eine beträchtliche Menge an Interpretationstext vor, weswegen dies als expandierendes Verfahren titulierte wird (vgl. Böhm, 2016, S. 479). Die durch das offene Kodieren entdeckten Konzepte müssen sich an den Daten bewähren (vgl. Hildenbrand, 2015, S. 33), d. h., ihre gegenstandsbezogene Bedeutung wird einer empirischen Prüfung unterzogen (vgl. Breuer, 2010, S. 72). Dazu werden die sich entfaltenden Konzepte und Modellierungen fortwährend rekursiv an die Erfahrungsebene zurückgespielt und weitere Daten – entweder schon vorhandene oder interaktiv hervorgebrachte – im Sinne des Theoretical Samplings hinzugezogen und in triadischer Kodierlogik analysiert. Das führt zu einem immer tieferen Verständnis, das sich Ebene für Ebene im Sinne einer hermeneutischen Spirale verdichtet (a. a. O.). Im Zuge des Ordners der Zwischenergebnisse zeigt sich, welche Konzepte hinsichtlich der Fragestellung eine so hohe Relevanz besitzen, dass sie als Kategorie im Prozess des axialen respektive selektiven Kodierens weiterverfolgt und möglicherweise im Kontext der Theorieausarbeitung konfiguriert werden (ebd. S. 74). Die Datenbasis dieser Qualifikationsarbeit bildet visuell-textuelles Material. Ergänzend zur Aufschlüsselung der Daten entlang der semantischen Textstruktur wird beim visuellen Datentypus mit bildanalytischen Verfahren gearbeitet. Aufgrund seiner methodologischen Kohärenz mit der GTM wurde der Ansatz des *Multislice Imagining* (Konecki, 2019, S. 20; Konecki, 2011; S. 131) gewählt, um die einzelnen Schichten des visuell-textuellen Bilddokuments zu beleuchten und zu dechiffrieren. Die Umsetzung der Analyseschritte wird am Beispiel des verwendeten Datenmaterials beschrieben (vgl. Kapitel, 5.1.4).

#### 4.2.3 Wahl des Datentypus und Strategie der Datenerhebung

Auch wenn vorgelagerte Schritte der *Materialbeschaffung* - mit Ausnahme der Erläuterungen von Charmaz (2010) in ihrem GTM-Lehrbuch bei eben deren Beschreibung - eine untergeordnete Rolle spielen, sollen diese aus Vollständigkeitsgründen kurz erwähnt werden. Ausgehend von einer vorläufigen Problematisierungsperspektive wird wie auch bei anderen qualitativ-interpretativen Forschungsvorhaben mittels Interviews, Beobachtung, Videoaufnahmen, Dokumentensammlung etc. Material aus den alltagsweltlichen Kontexten gewonnen und später in dem Sinne aufbereitet, dass beispielsweise Interviews transkribiert werden (vgl. Kromrey, Roose & Strübing, 2016, S. 301; vgl. Brüsemeister, 2008, S. 14).

Die Materialbeschaffung vorliegender Studie konzentrierte sich auf eine umfangreiche Dokumentensammlung mittels Literaturrecherche (vgl. Tab. 5-1), wofür die Unterlagen systematisch



archiviert wurden. Die Aufbereitung visuell-textueller Materialien, wie sie Basis dieser Analyse sind, wird ausführlich im Kapitel 4.3. zur Visual Grounded Theory beschrieben. Das Prinzip der iterativen Datensammlung orientierte sich am Theoretical Sampling. Das von Beginn des Forschungsprozesses an kontinuierliche Memoschreiben erfolgte computergestützt mit der Qualitative Data Analysis (QDA)- Software ATLAS.ti (vgl. 5.1.1), um einen Überblick zu behalten, die wachsende Datenmenge zu strukturieren und das analytische Denken zu unterstützen (vgl. Böhm, 2016, S. 476). Sensibilisierende Konzepte, die auf intellektueller Ebene den Ausgangspunkt der Forschung bilden sowie im Charakter von Leitideen und offenen Fragen das Prozedere begleiten, wurden in einem Forschungstagebuch festgehalten. Auf den Pool jener multiplen Daten im engeren und weiteren Sinne – Quellen und gedankliche Zugänge – stützt sich diese Arbeit.

#### *Allgemeine Strategien empirischer Informationsgewinnung*

Datenerhebungsverfahren weisen im Kontext der Sozialwissenschaften die wissenschaftstheoretische Besonderheit auf, dass sowohl die Befragten als auch der/die Fragende sich darin gleichen, soziale Wirklichkeiten zu interpretieren (Brüsemeister, 2008, S. 16 f.). In den Naturwissenschaften dagegen vollziehen die untersuchten natürlichen Stoffe selbst keine Interpretationen, so deutet beispielsweise eine Kugel nicht die schiefe Ebene, auf der sie herunterrollt, und sie kann nicht registrieren, dass sie dabei beobachtet wird (vgl. Kelle, 1994, S. 16, zit. n. Brüsemeister, 2008, S. 17).

Nachdem Interviews oder Beobachtungen ausgeführt oder Dokumente gesammelt wurden, kann damit begonnen werden, Informationen aus dem Material zu extrahieren, d. h. mithilfe vorrangig eingesetzter Strategien der Inhalts- oder Dokumentenanalyse empirische Informationen zu gewinnen, die sodann interpretiert werden können (vgl. Kromrey, Roose & Strübing, 2016, S. 301; vgl. Brüsemeister, 2008, S. 14). Wie der/die Forscher\*in diesen Prozess vollzieht, zeigt sich in den Angaben zum methodischen Vorgehen. Methodenentscheidungen wiederum gehen mit der vorab eingenommenen wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Positionierung und Überprüfung methodologischer Kongruenz einher. Aber „[a]uch die Methoden der Sozialforschung selbst legen bestimmte interpretative Blickwinkel nahe, obwohl sie nur Werkzeuge für die soziologische Theorie darstellen“, merkt Brüsemeister (2008, S. 17) an. Ungeachtet dieses berechtigten Einwands stellt gewöhnlich das vorliegende Theorieverständnis während der Dateninterpretation beim Forschenden den Fokus auf empirisch vermutete Sachverhalte ein.



### *Datenerhebung in Dokumenten im Rahmen der GTM*

Ähnlich wie bei der Wahl des Kontexts verhält es sich – dem Vorgehen der GTM folgend – mit der Vorabfestlegung der Datenerhebungsmethode. Die Grounded Theory hat ein wenig spezialisiertes Verständnis zulässiger Daten und geht eher „permissiv bei Auswahl und Nutzung von Material“ (Kromrey, Roose & Strübing, 2016, S. 251) vor. Wird trotzdem erwogen, mit welchem Erhebungsinstrument ertragreiche Daten zu erwarten sind, stünden in Bezug zum Thema dieser Arbeit Gruppendiskussionen, teilnehmende Beobachtungen oder Aufzeichnungen der Interaktionen von Lehrenden, Akteuren, Stakeholdern oder Lernenden zur Auswahl (vgl. Flick et al., 2015, S. 19). Sie alle gelten als geeignet, um sich als Forschende Prozessen zur Herstellung sozialer Wirklichkeiten zu nähern (a. a. O.). Vor dem kompetenztheoretischen Hintergrund – wie in Kapitel 4.1.1 eingeführt – ist zu berücksichtigen, dass mit den oben erwähnten Informationsgewinnungsstrategien Daten auf der Ebene der Performanz erhoben werden. Nur rückblickend kann aus der gezeigten Performanz auf die zugrundeliegende Kompetenz und deren Wirkung auf das Geschehen geschlossen werden.

### *Dokumente als Analysegegenstand*

Das Spektrum dokumentenförmiger Analysegegenstände ist groß und ebenso variantenreich ist die Ausgestaltung von Dokumenten und das entgegengebrachte Verständnis von diesen Artefakten, wie Hoffmann darlegt:

„Sie werden als Daten oder Trägersubstanzen von Inhalten verstanden; sie sind als Quellen kritisch zu lesen; wir begegnen ihnen als Spuren mit indirektem Verweischarakter, als Medien mit Vermittlungsfunktion, als mehrdeutige Zeichen oder als Widersacher mit eigener Logik [...]“ (2018, S. 99).

In der bildungs- und sozialwissenschaftlichen Forschung wird mit dem Ausdruck oder der Methodik der Dokumentenanalyse vorrangig visuelles Material – in den Differenzierungsformen Wort-/Schrift-/Text- sowie Bild-/Foto-/Film-Dokument – assoziiert (Hoffmann, 2018, S. 103). Diese liegen im Alltag in Form von Briefen, Akten, Berichten oder Tagebüchern, Fotos, Audios, Videos, Karikaturen, Schau- und Leitbildern, Schulprogrammen, Gremien- und Konferenzprotokollen, Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen, Jahresberichten usw. vor (ebd., S. 100 f.). Gleichmaßen existieren moderne Formen wie Podcasts oder Instagram-Posts und Webseiten. Wird von der Begriffsherkunft vom Lateinischen ‚docere‘ ausgegangen, stehen Dokumente generell für etwas, „wodurch man etwas lehren, woraus man etwas schließen kann“ (Kluge, 2002, S. 208, zitiert nach Hoffmann, 2018, S.102.). Damit sind Kunstwerke, Kompositionen, Gebrauchsgegenstände, Architekturen und vieles mehr eingeschlossen (ebd., S. 101). An-



knüpfend werden Gründe dargelegt, warum für die vorliegende Untersuchung diese Datenmaterialvariante verwendet und deren Analyse als Strategie empirischer Informationsgewinnung gewählt wurde.

Zunächst seien einige gegenstandsrelevante Gründe genannt. Kompetenzen beschreiben ein Konglomerat an Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eine Person besitzt oder über die sie hinsichtlich einer definierten Aufgabe verfügen sollte (vgl. Weinert 2001, S.27). Demzufolge sind diese einerseits ein subjektgebundenes, individuelles, abstraktes Konstrukt, andererseits ein sozial-kommunizierter Gegenstand. Im letztgenannten Verständnis bilden sie das Vokabular, um auf der gesellschaftlichen Ebene das Output von Bildungsprozessen und speziell im berufspädagogischen Zusammenhang das Outcome für den Arbeitskontext zu beschreiben sowie Soll-Ist-Analysen im betrieblichen Personalmanagement darzustellen. Durch ihre Festschreibung in Kompetenzrahmen, -modellen, -diagnostika und -profilen sind unabhängig vom Forschungsverlauf bereits eine Vielzahl an Dokumenten entstanden. Diese lassen sich als „Vergegenständlichungen (Objektivationen) von Kulturen, Politiken, Einstellungen und Interaktionsbeziehungen, von sozialer Praxis“ (vgl. Kromrey, et al., 2016, S. 249) begreifen. Verbunden mit der Zielsetzung, interprofessionelle Kompetenzen im Umfeld von Bildungsprozessen zu untersuchen, ist es naheliegend, sich der dokumentarischen Wirklichkeit (vgl. Wolf, 2016, S. 504) forschersich zu nähern und zweckdienliche Dokumente, die bereits im Feld vorliegen, als Datenquelle zu nutzen.

Im Weiteren ist die Entscheidung für die dokumentenbasierte Forschung mit dem Untersuchungsinteresse am „Eigensinn der Dinge“ (Hahn, 2015, zitiert in Hoffmann, 2018, S. 15) verbunden, der im Alltag kaum überprüft wird. Dieses Nichthinterfragen und damit „beiläufige Einverständnis macht ihn gerade mit aus“ (Hoffmann, 2018, S. 159). Bezogen auf Kompetenzen werden Beschreibungen und Modelle in Bildungsprozesse integriert und ihrer Ausgestaltung – strukturell, prozessual und inhaltlich – beiläufig zugestimmt. Ihr sogenannter Eigensinn beruht auf ihrem normativen Charakter, so eine mögliche Übertragung.

Festzustellen ist, dass überwiegend Lehrveranstaltungen, Workshops sowie deren Evaluation und Praxistransferleistung im Mittelpunkt forschersicher Aktivitäten stehen. Damit liegt das Augenmerk auf der Mikro-(Bildungs-)gestaltungsebene (vgl. Seufert, 2013, S.282), auf der sich interprofessionelle Kompetenzen performativ zeigen. Unberücksichtigt bleibt häufig die Frage danach, welche Kompetenzmodellierung bei der Planung bedacht wurde und auf die Gestaltung Einfluss genommen hat. Konkret ist beispielweise zu ermitteln, warum interprofessionelle



Lehr- und Lernangebote den Schwerpunkt primär auf kommunikative und interaktive Elemente setzen oder kommunikative und interaktionelle Kompetenzen so populär mit interprofessionellen assoziiert sind. Verstanden als Repräsentanten sozialer Praxis und Einstellungen bietet die Betrachtung von Dokumenten zu interprofessionellen Kompetenzen die Möglichkeit zu explizieren, welche normativen Vorgaben vorliegen, wie diese gestaltet sind, in welchem Kontext sie entworfen wurden, was diese fordern und welche Verhaltensspuren in ihnen zu finden sind. Im Zusammenhang mit interprofessionellem Know-how werden – wie vorgenannt – in einem breiten Verständnis Kompetenzmodelle, -rahmen, Positionspapiere und Rahmenlehrpläne als Dokumente zu interprofessionellen Fähigkeiten und implizit normativen Inhalten betrachtet. In der Sichtweise textorientierter Sozialforschung sind sie handlungssteuernde und -generierende Elemente in der Herstellung sozialer Prozesse und werden in dieser Funktion mit den Auswertungsverfahren der GTM komparativ analysiert.

Zu den umweltbezogenen Gründen lässt sich anführen, dass die soziale Umwelt von Kompetenzen weiche Grenzen hat und im ständigen Wandel ist. Der Gegenstand für interprofessionelles Handeln lässt sich weder trennscharf der Bildungs- noch klar der Arbeitswelt zuordnen, vielmehr liegt er – attribuiert als Bindeglied zwischen personenbezogenen Voraussetzungen und externen Anforderungen – irgendwo dazwischen. Die in diesem weitumspannenden Themenfeld vorliegenden Dokumente – in der Ausgestaltung als Kompetenzrahmen, -profile oder Modelle – fokussieren explizit das Lernen und Lehren oder Arbeiten und nicht selten adressieren sie Rezipienten beider Lebenswelten. Dokumentenanalysen eignen sich infolgedessen, um strukturelle Merkmale sowie ebensolche Schwierigkeiten in der empirischen Untersuchung aufzugreifen und zu bearbeiten (Wolff, 2017, S. 513).

Forschungspraktische Gründe beziehen sich darauf, dass die Produktion dieses textuellen Datentypus der wissenschaftlichen Arbeit bereits vorausgegangen ist, so dass Datenmaterial kostengünstig, niederschwellig und zeiteffizient aus unterschiedlichen sozialweltlichen Teilausschnitten generiert werden kann, ohne dieses erst in der Forschung produzieren zu müssen. Daraus eröffnet sich die Möglichkeit, vielfältige Informationen auch aus kontrastierenden Kontexten zu gewinnen und, wenn im iterativen Forschungsprozess der GTM angezeigt, nachsteuernd zu erheben.

Während der Dokumentensichtung zu interprofessionellen Kompetenzen zeigte sich, dass visuelle Veranschaulichungen in Form von Schaubildern, Frameworks, Modellen und Rahmen ei-



nen besonderen Stellenwert haben. Im Vergleich zu textuellen Daten, die häufig eine erläuternde und rahmende Funktion haben, fungieren visuelle Darstellungen als komprimierte Zusammenfassung und in dieser Form als Übermittlungsmedium (vgl. Hoffmann, 2018, S.14 f.). Das Hauptinteresse liegt dabei auf den Visualisierungen, die Informationen zu Kompetenzen für interprofessionelles Handeln enthalten. Darin eingeschlossen sind sowohl Wiedergaben zur Struktur sowie Entwicklung als auch zur performativen Erscheinung dieser Kompetenzgruppe, also die Handlungspraxis. Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei dem genannten, anvisierten Datentypus nicht um eine reine optische Ausführung ohne textbezogene Anteile handelt, wie es beispielsweise bei Fotografien der Fall ist. Die textuellen Elemente sollen explizit mit einbezogen werden. Welche Eigenheiten und Besonderheiten mit der Informationsgewinnung und Analyse von Bilddokumenten einhergehen, wird im anschließenden Abschnitt dargelegt.

### *Bilddokumente in wissenschaftlicher Verwendung*

Die Verwendung von Dokumenten in der Forschung ist nicht neu, jedoch variieren die Antworten auf die Frage nach dem methodischen Status der Dokumentenanalyse (vgl. Hoffmann, 2018, S. 15). Ist der Umgang mit einem bestimmten Daten- bzw. Medientypus gleichzusetzen mit einer eigenständigen Methode? Ist die Dokumentenanalyse ein Erhebungs- und/oder Auswertungsverfahren? Ist der Terminus als Ober- oder Unterkategorie zu verwenden? Fragen wie diese verlangen eine Positionierung.

Wird die Dokumentenanalyse als Oberkategorie herangezogen, bezeichnet die geläufige Inhaltsanalyse eine Unterkategorie, wobei nach Denz erstere

„der allgemeinere Begriff [ist], er deutet an, dass dies ein methodischer Ansatz ist, alle möglichen Formen von Dokumenten zu analysieren [...]. Inhaltsanalyse ist der bekanntere Begriff, er bezeichnet jedoch nur ein Verfahren aus der Klasse von Dokumentenanalysen – die Analyse des geschriebenen Wortes“ (1989, S. 28 in Hofmann, 2018, S. 16).

Beim Text, dem gebräuchlichsten Datentypus, liegt der Fokus auf den semantischen Strukturen, die durch regelgeleitete Transkription verbaler Interaktionen, wie z. B. in Interviews im Untersuchungsfeld, bearbeitbar werden (vgl. Kromrey et al., 2016, S. 248).

Nachstehend werden einige Merkmale und Besonderheiten hinsichtlich des Gebrauchs von Bild- und Textdokumenten vergleichend aufgeführt. Dabei geht es ausdrücklich nicht um den Forschungsschritt der Dateninterpretation, der entlang der Verfahrensstufen der GTM vollzogen wird, sondern um das Sammeln von Informationen auf Grundlage des visuellen Materials.



### *Informationsgehalt in visuellem Material*

„Wonach suche ich eigentlich?“ So oder sinnähnlich könnte die primäre Frage lauten, die sich der/die Forscher\*in mit Bezug auf visuelles Rohmaterial stellt. Allgemein finden sich im Dokument als Datentypus methodische Instrumentarien und Darstellungsstrategien (vgl. Wolff, 2016, S. 313). Mit Erstgenannten sind z. B. Farbwahl, Größenverhältnisse, Absätze, Leerstellen, Abstände und Schriftart gemeint. Diese können taktisch genutzt werden, um in der Darstellung etwas zu betonen, zu verbinden, in den Hintergrund zu stellen, als Kompensation zusammenzustellen etc. Zu lesen sind diese im Sinne von „Verhaltensspuren“ (Kromrey, Roose & Strübing, 2016, S. 249) oder „Steuerungsabsichten menschlicher Praxis“ (Hoffmann, 2018, S. 103). Um eben diesen nachzugehen wurden auf der methodologischen Ebene Überlegungen zur Visual Grounded Theory aufgegriffen und auf der forschungspraktischen Ebene Prinzipien des Multi-slice Imaging verfolgt.

### 4.3 Visual Grounded Theory (VGT) – Datenerhebung auf Basis von visuell-textuellen Daten

Traditionell und üblicherweise basiert eine Grounded Theory auf Textdokumenten. Vor dem Hintergrund, dass wir in einer visuellen Kultur leben (vgl. Konecki, 2019, S. 352) und sich infolgedessen die qualitative Forschungslandschaft zunehmend mit derartigen Daten beschäftigt (vgl. Mey & Dietrich, 2016, o.S.; vgl. Grittmann, 2018, S. 191 ff.), erscheint eine Forderung nach „more research methods to make use of images“ (Konecki, 2019, S. 352) angemessen. Die GTM postuliert mit ihrem Credo „all is data“ (Glaser 2007, S.57) eine schon lange bestehende Einladung, gleichfalls solche Daten in der Forschung zu nutzen. Als deren Vorteil in Kombination mit der GTM stellt Konecki heraus: „visual data can add order and offer more applicability than the text alone when creating models of visual processes“ (2019, S. 352). Dazu bedarf es allerdings einer Anleitung, wie dieser traditionell textorientierte Ansatz auf diese Daten bezogen werden kann. Während in anderen Bereichen der qualitativ-interpretativen Sozialforschung – zu nennen sind die dokumentarische Methode, die objektive Hermeneutik und die Segmentanalyse – potentielle Strategien zur theoretischen und methodisch-methodologischen Erschließung des Bildes vorliegen, erfolgt das Forcieren einer VGTM bislang, gemessen an der Publikationsanzahl, eher zaghaft (Mey & Dietrich, 2016, o.S.). Berechtigterweise steht die Frage im Raum, ob es nicht einfacher wäre, Bildanalyseverfahren anderer Bereiche zu entleihen. Dem kann entgegengebracht werden, dass diese jeweils mit spezifischen Abläufen und Prinzipien einhergehen, die nicht oder nur teilweise mit den genuinen GTM-Verfahrensschritten kompatibel sind. Ein



zu starkes Verbiegen für eine (An-)Passung ist mit den differierenden theoretischen, epistemologischen und methodologischen Rahmungen verschiedener Bildanalysemethoden nicht in Einklang zu bringen (Mey & Dietrich, 2016, o.S.). Dieses zum Anlass nehmend formulierten Konecki (2011; 2019) sowie Mey und Dietrich (2016) Möglichkeiten zur Umsetzung der GTM auf Basis visueller Materialien. Verbunden mit dem Ziel, in der hier vorliegenden GTM-Analyse visuelles Bildmaterial kommensurabel zu integrieren, sind daher die Arbeiten von Mey und Dietrich (2016) sowie zusätzlich Konecki (2011; 2019) methodologisch leitend und übernehmen somit eine strukturierende Funktion. Die theoretischen Bezüge, Kernmerkmale und Umsetzungsstrategien beider Techniken werden in den nachkommenden Abschnitten umrissen. In den Beiträgen zeigt sich allerdings eine z. T. unterschiedliche Herangehensweise an das visuelle Material und Ungleichartigkeiten in den analytischen Verfahrensschritten.

#### 4.3.1 Umriss einer VGT nach Konecki (2019)

Eine erste Ausformulierung einer VGTM publizierte der polnische Soziologe Konecki 2011. Zur Darlegung der praktischen Umsetzung und methodologischen Nachvollziehbarkeit seiner Methodik dienten u. a. Forschungsprojekte zu „Modern Yoga practice as a Psychosocial Phenomenon“ (Konecki, 2016) und „Obdachlosigkeit“ (Konecki, 2009). Inspiriert von verschiedenen Designs zur Kombination visueller Daten mit Maximen der GTM (vgl. z.B. Charmaz, 2007) entwickelte er die Herangehensweise der Visual Grounded Theory und definierte diese als „methodology of collecting and analyzing visual data to reconstruct visual processes and to create the conceptual framework of them based on the multislice imagining“ (Konecki, 2019, S. 352).

Um in Forschungsprojekten mit visuellem Material die Herausforderung annehmen zu können, eine zielführende Analyse durchzuführen, wird bei ihm das Bild multiperspektivisch erfasst und in „a broader understanding of the visual image creation, presentation, content, and contextual reception in a given culture, subculture, or social world, but also an individual level of reception of the images in the research“ (Konecki, 2019, S. 362) überführt. Mit dem so gesetzten breiten Fokus werden Produktions-, Produkt-, Rezeptions- und Gesellschaftskontext des Bildes in die Betrachtung integriert. Das Bildimmanente, d. h. die kompositorische und ästhetische Charakteristik, steht weniger im Blickpunkt (vgl. Mey & Dietrich, 2016, o.S.). Zur Betrachtung, Beschreibung und Analyse von visuellem Material muss der/die Forscher\*in die eigene Wahrnehmungslinse in besonderer Weise einstellen, schärfen und sich der Analyseperspektive bewusstwer-



den. Darüber hinaus sind strukturierende Techniken vonnöten, um die Sinnes- und Interpretationseindrücke archivieren zu können. Beides beabsichtigt Konecki (2019), mit Multislice Imagining zu unterstützen und zu erleichtern. Dahinter steht ein von ihm entwickeltes Konstrukt, das dazu genutzt werden kann, die Vielschichtigkeit visueller Daten aufzubrechen (siehe dazu Kapitel 4.3.3). Geleitet durch die Forschungsfrage gilt es, verschiedene Dimensionen von Visualität zu berücksichtigen: Dazu sind z. B. – hier in Bezug zum Forschungsgegenstand – diverse Visualisierungsformen von Kompetenzen für Interprofessionalität in Darstellungen, aber auch die dortige Nichtvisualisierung von Dingen einzubeziehen.

In seinem Vorschlag integriert Konecki wesentliche Elemente der GTM-Forschungslogik. Zu nennen ist die Methode des ständigen Vergleichs, um Bildspezifika zu explizieren, ebenso der Einsatz des theoretischen Samplings. Hinsichtlich der *theoretischen Sensibilität* positioniert sich Konecki dahingehend, präskriptives Wissen in der Untersuchung zu kennzeichnen und kontrolliert einzubringen. Darin zeigt sich, dass er das Bild als Teil soziokultureller Strukturen betrachtet und demzufolge der/die Forscher\*in gefordert ist, dieses im Gefüge zu erfassen. Auf die Dokumentation der Analyse blickend, werden bei Konecki (2019) die visuellen Eindrücke und Informationen zur Visualisierung in Textform festgehalten. Entlang der visuellen Transkripte wird die Betrachtung der GTM-Kodierlogik folgend mit Bezug zu latenten Wissensformen vollzogen. Mey und Dietrich (2016), die Koneckis Ansatz für ihre Fassung einer VGTM genauer untersucht haben, merken an, dass er im späteren Verlauf des Analysenvorgehens, wenn die Kategorien bereits ausgearbeitet sind, Material gleichfalls unmittelbar, d. h. ohne Transkription kodiert, allerdings ohne weiterführende Präzisierungen. In Kombination von Multislice Imagining mit den Verfahrensschritten der GTM spricht Konecki (2019, S. 360) von der *Visual Grounded Theory*.

Die tabellarische Darstellung (Tab.4-2; siehe Kapitel 4.3.3) verdeutlicht Umfang und Tiefe des Multislice Imagining und vermittelt einen Eindruck, wie eine forschende Annäherung an die Vielschichtigkeit visueller Produkte erfolgen kann. In dieser Betrachtung fungiert diese zweckgerichtet erstellte Aufstellung als Checkliste zur Feinjustierung der Forscherlinse. Im Untersuchungsgeschehen wird das visuelle Produkt – bildlich gesprochen – Schicht für Schicht gescannt, um Informationen zu sammeln. Bei diesem Multislice Scan treten Informationen umso deutlicher hervor, je besser es dem/der Forscher\*in durch die Feineinstellung gelingt, mit geschärftem Auge das visuelle Produkt zu fokussieren, kontextuell zu erfassen und bestimmte



Gegenstandscharakteristika eingehend zu examinieren. Die wiederholte Durchführung ermöglicht es, Informationen anzuhäufen und somit die Datenerhebung kontinuierlich fortzuschreiben.

#### 4.3.2 Umriss einer VGT nach Mey und Dietrich (2016)

Im deutschsprachigen Raum sind es der Entwicklungspsychologe Mey sowie Sozial- und Kulturpsychologe Dietrich mit ihrem Beitrag „Vom Text zum Bild – Überlegungen zu einer visuellen Grounded-Theory-Methodologie“ (2016), die einen orientierenden Rahmen für eine visuelle GTM formuliert haben. Anwendung fand dieser im Umkreis eines Forschungsprojekts zur „Inszenierung von Jugend(lichkeit)“ (vgl. z.B. Dietrich & Mey, 2018). Ihr Vorschlag baut auf Überlegungen aus der objektiven Hermeneutik, der dokumentarischen Methode, der Segmentanalyse sowie GTM-internen Perspektiven auf und vollzieht eine (Re-)Formulierung zentraler Verfahrensschritte der GTM (Mey & Dietrich, 2016, o.S.). In ihrer VGTM-Version werden Bilder als simultan verfasste Medien betrachtet. Darin zeigt sich der Unterschied zur Sequenzialität in textförmigen Dokumenten. Um Wege zu beschreiben, wie der Medialität des Bildes zu begegnen ist, verglichen sie anerkannte qualitative Verfahren hinsichtlich ihrer bildanalytischen Elemente. Diese untersuchten sie daraufhin auf methodologische Kohärenz und Passung zu den Verfahrens- und Kodierschritten der GTM. Am Ende überführten sie die bildanalytischen Elemente respektive ebensolche zugrundeliegende Einsichten, die die höchste Annäherung zur Kontext der GTM aufwiesen. Darüber hinaus wurden zentrale Verfahrensstufen der GTM – Kodierprozeduren, das Memowriting, die Kategorienbildung und das Sampling – adaptiert und modifiziert, um kontinuierlich die Eigenarten des visuellen Datentypus berücksichtigen zu können. Daraus ergab sich eine Verfahrenslogik mit z. T. eigenem Vokabular, die in Abbildung 4-6 versuchsweise skizziert wird. Im Vergleich zu den Verfahrensabläufen bei textförmigen Analysen wurden die Punkte Bildinventarisierung und bildkompositionsorientierte Segmentierung hinzugefügt. Vereinfacht lassen sie sich als vorbereitende Phasen verstehen, durch die kodierbare Segmente festgelegt werden.

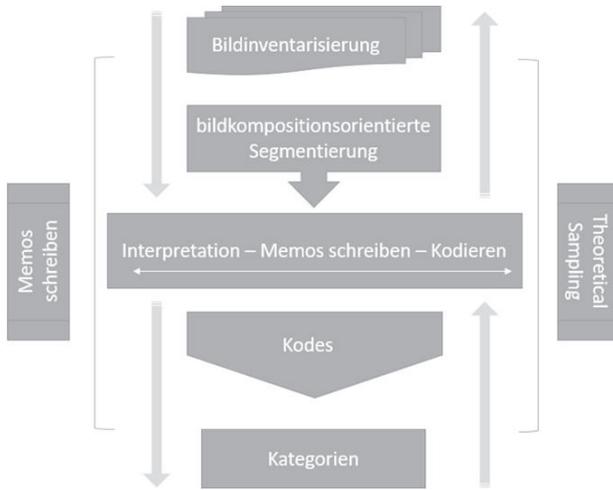


Abbildung 4-6: Verfahrenslogik der VGT nach Mey und Dietrich (2016)  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mey & Dietrich, 2016, o.S.

Damit wird die Grundvoraussetzung geschaffen, dass kodiert werden kann. Die bildkompensationsorientierte Segmentierung bedarf einer angemessenen Analyseperspektive, damit es – mit Breuer et al. (2014) ausgedrückt – nicht zu einer „Objektivitätsinszenierung“ (ebd., S. 274) kommt, bei der „eine genaue Transkription oder Deskription des Aufgezeichneten irrtümlicherweise als gute (Bild-/Video-)Analyse“ (Mey & Dietrich, 2016, o.S.) aufgefasst wird. Wird nach einer geeigneten Analyseperspektive gesucht, ließen sich in der Kultursemiotik und Kunstgeschichte (z. B. Imdahl 1996, S. 84-96; Panofsky, 1975, S.43 f.) sowie in aktuellen Methoden der Bildinterpretation (z. B. Bohnsack, 2009) Zugänge finden (Mey & Dietrich, o.S.).

Angesichts des Forschungsprozederes erfolgt wie bei textuellen Daten eine umfassende Auslegung, die im Zusammenspiel mit der Technik des Memoschreibens den Prozess des Kodierens begleitet. Vorläufige Kode-Ideen werden gebündelt und in eine Kategorie übertragen. Hinsichtlich dieser Einreihungen bemerken Mey und Dietrich im Zusammenhang mit der VGTM, dass sie „wesentliche Konzepte des Bildes reflektieren und eine Strategie zum theoretischen Sampling im Sinne einer inhaltlichen wie formalen „Spur“ zu entwickeln helfen“ (Mey & Dietrich, 2016, o.S.). Während der gesamten Zeit stellt der/die Forscher\*in Erkundigungen an, um zu ermitteln, welche Relevanz die Bildkomposition für die Forschungsfrage hat und wie sich dies



auf die Gestaltung von Kodes und Kategorien auswirkt. Dieses Vorgehen strebt an, das Bild als ein Medium zu verstehen und dessen formale Komposition herauszuarbeiten. Von dieser angeleitet, so plädieren Mey und Dietrich (2016), werden Elemente am Bild selbst (zugleich in ihrer wechselseitigen Relation) reflektiert, kodiert und nicht wie zuvor bei Konecki (2019) in einen Gesamtinterpretationstext verwandelt.

#### *Zwischenfazit: Ableitung für den Forschungsprozess*

Diese Untersuchung verfolgt die Intention, Darstellungsformen und Modellierungen von Kompetenzen für interprofessionelles Handeln zu explizieren und hinsichtlich strategischer, normativer und praktischer Implikationen zu durchleuchten. Damit soll eine Annäherung an die Strukturen und Prozesse erfolgen, die generierend auf interprofessionelles Handeln wirken. Diese Zielsetzung kann und soll mit dem Forschungsstil der GTM erörtert werden. Multislice Imagining (vgl. Konecki, 2019, S. 360), als Ergänzung zur Informationssammlung in visuellen Dokumenten, zeigt eine hohe methodologische Konformität zur GTM und wurde als integriertes Tool bereits im Forschungsprozess im Duktus der GTM genutzt. Es unterstützt die methodische Flexibilität, die im iterativen Forschungsablauf und für die damit einhergehenden Wechseln von Datenerhebung und -interpretation notwendig ist.

Darüber hinaus wurde hinsichtlich Mey und Dietrich (2016) und entsprechend ihrer Ausformulierung einer GTM das Bilddokument zudem als simultanes Medium mit den von ihnen aufgeführten Techniken erfasst. Damit wurden Teile beider Vorschläge einer VGTM gekoppelt genutzt, da keiner der beiden im vollen Umfang kohärent mit dem eigenen Forschungsvorhaben erschien. Vor dem Hintergrund, Methoden stärker als Problemlöser zu betrachten und in pragmatischer Haltung tatsächlich eine gewisse Sachbezogenheit hinsichtlich der methodischen Kombinatorik zuzulassen, erschien dieses Maßnahme legitim. Um den Eindruck methodischer Willkür zu vermeiden, werden in der Folge die genutzten Instrumentarien und Verfahrensschritte mit Bezugnahmen ihrer Herkunft dargestellt und methodische Besonderheiten extrahiert.

#### 4.3.3 Multislice Imagining - Datenerhebungstool in der GTM-Logik

Mit Multislice Imagining bezeichnet Konecki eine Technik, mit der die im visuellen Material manifestierte Bedeutungsaufschichtung herausgearbeitet werden kann. Merkmale, Ziele und Strategien der Informationsgewinnung fußen hier auf der Annahme, dass „visual data are multilay-



ered“ (Konecki, 2019, S. 361). Um ein Entschlüsseln dieser Daten im Forschungsalltag zu realisieren, wurde dieses Vorgehen, definiert als „methodological device for making this multilayered context accessible“ (a. a. O.), entwickelt. Zur Einordnung seiner Überzeugung im qualitativ-orientierten Forschungskontext stellt er heraus: „This assumption is a projection of my vision of multilayered reality and echoes he claim that reconstructing multi-layered phenomena is the main goal of qualitatively generated theory“ (ebd., 2011, S.129).

Konecki (2019) unterscheidet zwischen „visual process“ und „visualisation process“ (Konecki, 2011, S.147 ff.) und bindet beide Prozessebenen in sein Schema ein. Dazu erläutert er: „[U]nderstanding the visual process is possible only by the full description of the multi-layered context of visualisation“ (ebd.,2019, S. 361). Beim *Visualisation Process* handele es sich um die Tätigkeit des Visualisierens, die alles inkludiert, was wir tun, „when we visualize something about our life or work [...]“ (ebd., S. 360). Visualisiert werden können beispielsweise Sportübungen, Leitbilder, Gesundheitsverhaltensregeln, Obdachlosigkeit, die Stylierung des Körpers durch Make-up, Piercings etc., physische oder geistige Beeinträchtigung oder familiäre Integrität. Nach Sichtung mehrerer in diesem Kontext entstandener Studien resümiert er, dass der Visualisierungsprozess auf unterschiedlichen Ebenen eine Rolle in der Forschung spiele: „a visualization process can be an object of a study [...]“ (Konecki, 2019, S.360), wenn es z. B. um die soziale Praxis des Fotografierens, Zeigens, Kategorisierens und Sortierens von Fotos gehe. Dabei sei es von Interesse, wie wir zu unserem Foto kämen und wie wir mit diesem umgehen würden. Es könne gleichfalls das Teilen von Bildern via WhatsApp innerhalb der Familie oder über einen längeren Zeitraum der Visualisierungsprozess von Familienfotos an einem fixen Termin untersucht werden, wie z. B. die jährlich am Heiligabend entstehenden Gruppenbilder vor dem Tannenbaum. Dieser Vorgang sei als „medium through which a researched phenomenon is observed“ (ebd., S. 361) zu verstehen. Auf ein anderes Beispiel aus der Forschung blickend, wurden Fotos von Politikerinnen benutzt, um das Phänomen weiblicher Machtpositionen zu untersuchen. Allerdings reiche es nicht, einzig den Visualisierungsprozess zu betrachten, denn oft sei dieser „too complicated and not always verbalized“ (Konecki, 2019, S.361).

Der Prozess des Visualisierens ist immer in Zusammenhang mit dem der Wahrnehmung in Beziehung zu setzen. Durch die Integrationen dieser beiden Analyseebenen spannt sich der Untersuchungsrahmen vom Produktions- bis Rezeptionskontext, die in einer umfänglichen Bildanalyse berücksichtigt werden. Wie aber lässt sich Letzterer verstehen und wie erfolgt eine An-



näherung an diesen? Wird er als ein in einen weiten Kontext eingebundenes Prozedere aufgefasst, erwächst ein Verständnis für die vielfältige Facetten, die bei der Bildanalyse relevant sind oder sein können. Dazu erläutert Konecki: „[U]nderstanding the visual process is possible only by the full description of the multi-layered context of visualisation“ (a. a. O.). Um ein Bild vielschichtig, d. h. aus verschiedenen Blickwinkeln, analysieren zu können, entwickelte er das Analyseschema *Multislice Imagining*. Dieses erfolgt nicht strikt der Reihe nach aufbauend, sondern wiederkehrend aufeinander bezogen und umfasst folgende Punkte (hier in Anlehnung an Mey & Dietrich, 2016):

- Sinnschichten des Bildes aus dem Produktions- und Rezeptionskontext rekonstruieren
- Bedingungen der eigenen Bildanalyse selbst reflektieren
- soziokulturelle Analyse des Bildkontexts vornehmen

Auf den zweiten Aspekt blickend zeigt sich besonders deutlich die Anschlussfähigkeit an das Memoing im GTM-Analyseprozess, durch den kontinuierlich die theoretischen, methodischen und praktischen Überlegungen dokumentiert und iterativ aufgegriffen werden. Zur Veranschaulichung der Elemente des *Multislice Imaginings* wurde auf Grundlage von Koneckis Beitrag zur Visual Grounded Theory nachfolgende Tabelle erstellt und der Versuch einer strukturierenden sowie verdichtenden Ordnung unternommen.



Tabelle 4-2: Multislice Imagining - Datenerhebungstool in der GTM-Logik

Quelle: Eigene Darstellung und Übersetzung in Anlehnung an Konecki, 2019, S. 361.

Multislice Imagining <sup>8</sup>		
Slice of Imagining	Schaffungskontext/Produktionskontext/Rezeptionskontext	
	<p>Fokus</p> <p>Innerer Kontext (<i>how it was created</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hervorbringen und Gestalten eines Bildes oder einer visuellen Darstellung</li> </ul> <p>Äußerer Kontext (<i>how it will be perceived</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stilistische Konventionen und Hinweise auf visuelle Präsentationsarten/-formen (visuelle Kulturen und Subkulturen, lokale Präsentationen)</li> </ul>	<p>Zugang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beobachtung und Beschreibung der bildschaffenden Akteure</li> <li>- Aufspüren von Motiven und Kooperationsstrategien</li> </ul> <p>Fragen</p> <p>Warum und wie bildet der Akteur visuelle Welten?</p> <p>Innerer Kontext</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Methoden nutzt der bildschaffende Akteur?</li> <li>- Wie arbeitet der bildschaffende Akteur? Produziert er ein Bild nach dem anderen, grenzt er die Story ein, um die wahrgenommene Situation zu visualisieren?</li> <li>- Wie wird die Situation vom Akteur wahrgenommen?</li> </ul> <p>Äußerer Kontext</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In welchen sozialen und kulturellen Konventionen, soziale Objekte zu präsentieren, ist das Bild eingebunden?</li> <li>- Konkurrieren oder kollidieren im Schaffungsprozess soziale oder kulturelle Konventionen hinsichtlich des Präsentierens von sozialen Objekten?</li> </ul>
	Präsentation des visuellen Produkts/soziokulturelle Analyse	
	<p>Fokus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Präsentationsprozess: Art und Struktur, wie ein Bild präsentiert wird</li> <li>- Präsentationskontext: spezifischer Kontext, in dem ein Bild präsentiert wird</li> </ul>	<p>Zugang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnahme, wenn visuelle Darstellungen gezeigt oder kommuniziert werden (eher selten möglich) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Rekonstruktion des Aktes der Präsentation mittels ethnographischer Methoden</li> </ul> </li> <li>- Direkte Beobachtung des Kontexts oder Recherche zu diesem</li> </ul>

<sup>8</sup> Anmerkung zur Übersetzung der Begriffe image und picture: Beide haben ein sehr ähnliches Bedeutungsspektrum. Während Letzteres auf den Gegenstand Bild fokussiert, lässt sich Ersteres vor allem auf den Bildinhalt und dort auf eine Vielfalt der Bezüge zwischen Abgebildetem und Abbild (Kopie, Spiegelung, Ähnlichkeit etc.) sowie auf nichtmaterielle Bilder (z. B. Vorstellungen, Erinnerungen, Erscheinungen) beziehen (vgl. Oxford English Dictionary, University of Oxford, 2010;). Im Rahmen der vorliegenden Dokumente soll das umfanglichere Repertoire eingeschlossen werden.



		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rekonstruktion über alle verfügbaren Wege (historische Methoden, Zeugnis durch Experten, komparative Analogie, Deduktion auf der Grundlage empirischer Evidenz etc.)</li> </ul>
		<p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wo wird das visuelle Produkt präsentiert: Museum, Zeitung, Instagram etc.?</li> <li>- Wie ist es beschriftet?</li> <li>- Was wurde bisher über das Bild, die visuelle Darstellung geschrieben?</li> <li>- Welche weiteren visuellen Objekte werden mit dem Bild präsentiert, sind in der Umgebung sichtbar?</li> <li>- Welche Bedeutung erwirbt ein Bild im spezifischen Kontext, in dem es präsentiert wird?</li> <li>- Bei direkter Teilnahme: Was denken und fühlen Rezipienten über die visuelle Darstellung, wenn sie diese zur Hand haben?</li> </ul>
<b>Strukturelle Aspekte des visuellen Produkts und Wahrnehmung dieser Bildimmanente</b>		
	<p>Fokus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die im visuellen Produkt kommunizierte Struktur</li> <li>- inhaltliche, stilistische, formale, ästhetische, strukturelle Aspekte</li> </ul>	<p>Zugang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- replikative Transkription: Extraktion und Offenlegung der Bilddetails inklusive der Bildstrukturen</li> <li>- Wichtig: Rezipienten sind aktive Co-Creatoren, Strukturen werden von verschiedenen Rezipienten unterschiedlich wahrgenommen</li> </ul> <p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In welcher Relation stehen die Elemente zueinander?</li> <li>- Was ist der zentrale Fokus?</li> <li>- Was sind periphere Elemente?</li> <li>- Verweisen ästhetische oder stilistische Strukturen auf eine Domain, die einer besonderen historischen Epoche dominieren?</li> </ul>
<b>Visuelle Dimensionen psycho-sozialer Prozesse</b>		
	<p>Fokus</p> <p>Bewusstsein des Betrachters</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufnahme, Verarbeitung, Übernehmen oder Ablehnung von Bildeindrücken</li> </ul> <p>Psycho-soziale Prozesse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- das individuelle Erleben des ganzen Bildes oder eines spezifischen Teils</li> </ul>	<p>Zugang</p> <p>(Ein offenes Bild zu Beginn kann den Betrachter verführen, eine ganze Serie von Bildern zu betrachten.)</p> <p>Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inwieweit zielt das Konzept der Präsentation oder Ausstellung auf spezifische Wahrnehmungsbewusstseinswege, die der Betrachter einnehmen sollte?</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ästhetische, soziale und kulturelle Konventionen, die das Individuum umgeben/auf dieses einwirken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird der Blick/das Bild des Betrachters in die Darstellung eingebunden?</li> <li>- Werden Räume/Lücken in der Darstellung geschaffen, in denen der Blick des Betrachters angezeigt/gefordert wird?</li> <li>- Liegt ein Konzept vor, wie und wo Menschen mit dem visuellen Produkt in Kontakt treten?</li> </ul>
--	---	---

Wie vorangegangen erläutert, kann Multislice Imagining dazu eingesetzt werden, die Vielschichtigkeit visueller Daten aufzubrechen. Das Bild von der Komplexität der Daten, *Multilayered Data*, ist zu unterscheiden von den „slices of data“ (Konecki, 2019, S. 361). Letztgenannte beziehen sich (laut Glaser & Strauss, 1967, S. 65) auf, „[d]ifferent kinds of data give the analyst different views or vantage points from which to understand a category and to develop its properties; these different views we have called slices of data“ (zit. n. Konecki, 2019, S. 361). *Slices of Data* werden dann bedient, wenn andere Datentypen und Quellen zur Klärung der Forschungsfrage herangezogen werden. Darin zeigt sich „eine der klassischen (textbasierten) GTM entlehnte Sampling-Konzeption, die Bilder als eine Referenz unter anderen Datentypen zur Erschließung weiteren Datenmaterials betrachtet“ (Mey & Dietrich, 2016, o.S.).

#### *Praktisches Vorgehen: Untersuchung von Bildern im Sinne einer GTM-Logik*

Zu Beginn der Untersuchung der visuellen Dokumente zur „Interprofessionalität und Kompetenz“ im Gepräge der VGTM musste das visuelle Material auf- bzw. vorbereitet werden, um es anschließend kodieren zu können (vgl. Mey & Dietrich, 2006, o.S.). Dazu war es notwendig, im konkreten Fall das zu kodierende Segment zu bestimmen. Dies ist die Grundvoraussetzung für das Kodieren und wurde hier entlang nachstehender Schritte durchgeführt.

*Kontextualisierung:* Zur Kontextualisierung wurde der Multislice-Imagining-Ansatz von Konecki (2019) genutzt. Auf der Annahme fußend, dass Bilder multiple Sinnschichten aufweisen, verhilft dieser Ausgangspunkt dazu, fokussiert und strukturiert die Vielschichtigkeit visueller Daten – Multilayered Data – aufzubrechen und multiperspektivisch zu deuten. Die so gewonnenen Kontextinformationen in Form von Hinweisen zur Bildentstehung, den Bildproduzent\*innen, dem Veröffentlichungsort etc. wurden pro Bild zusammengestellt. Auf diese Weise halfen sie, die weitere Auswertung zu strukturieren.

Anzumerken ist, dass im Punkt Kontextualisierung in dem Sinne Varianz besteht, dass aus der Positionierung zu einer GTM-Schule unterschiedliche Überzeugungen resultieren, ob und in welcher Weise Kontextinformationen eingebunden werden. Eine kontextfreie Bildbetrachtung



und -beschreibung ist bei einer an Strauss und Charmaz (2011) angelehnten Analyse im Rahmen einer post-positivistisch gemäß konstruktivistischen GTM nicht angezeigt. Vielmehr stellte sich die Kontextualisierung von Dokumenten, sowohl bestehender textueller als auch visueller, als sehr hilfreich heraus. Erst durch den Rückbezug und die Einbindung des Zusammenhangs konnten beim offenen, später axialen Kodieren einige Codes und darauffolgend Kategorien in ihren Dimensionen und Relationen zueinander ausreichend erfasst werden. Dem konstruktivistischen Paradigma nachkommend wurden die Einflussnahmen der Kontextinformation auf mögliche Lesarten oder Interpretationen in den Memos reflexiv dokumentiert und offengelegt.

Im ersten Schritt der Beschreibung bzw. Inventarisierung ist die Erschließungs- und Protokollierungsleistung zentral. Zum einen wurden (sichtbare) Bildelemente detailliert aufgelistet. Zum anderen ging es „vor allem auch um eine erste Erschließung des über das Bild Entworfenen (Räumlichkeit, Bildfläche, Perspektive etc.)“ (Mey & Dietrich, 2016, o.S.). Mit Mey und Dietrich ist anzumerken, dass das Bild, seine Komposition und die Forschungsfrage berücksichtigend von Fall zu Fall entschieden wird, ob visuell-analytische Elemente der dokumentarischen Methode genutzt werden. Explizit verweisen sie auf die Unterteilung in Bildvorder-, -mittel- und -hintergrund auf der vorikonografischen Ebene, wie sie u. a. bei Bohnsack eingesetzt wird (vgl. Bohnsack, 2009, S. 60 zit. n. Mey & Dietrich, 2016, o.S.).

Bei der *Segmentierung* geht es vorrangig darum, die Bildelemente zu zerlegen, zu unterteilen und eine Reihenfolge festzulegen, in der sie gedeutet werden. Dafür sind mehrere Wege denkbar: Entscheidendes Kriterium ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit und dass die Segmentierung der Bildkomposition angemessen ist. Bilder, die in der ersten Auseinandersetzung den Eindruck eines starken Kompositionscharakters hinterlassen, können beispielsweise besonders gut mit der Kompositionsanalyse im Sinne der dokumentarischen Methode (Planimetrie, szenische Choreografie, Perspektivität) segmentiert werden (Mey & Dietrich, 2016, o.S.). Diejenigen, die räumlich wenig komplex, eher unstrukturiert, dafür aber detailreich erscheinen, können mittels Blickrichtung (Stichwort: ikonische Pfade) aufgegliedert werden. Als dritte Variante (die allerdings etwas aufwendiger ist) kann sein Vorgehen mit dem der dokumentarischen Methode (vgl. Bohnsack, 2009) gekoppelt werden, indem die eigene Perspektive mit den Ergebnissen einer Kompositionsanalyse nach Bohnsack abgeglichen wird. Dadurch werden Blickrichtungen entlang der ikonischen Pfade noch einmal stärker durch die Herausarbeitung formalkompositorischer Merkmale legitimiert (Mey & Dietrich, 2016, o.S.).



In allen drei Fällen ist es nach Maßgabe der GTM jedoch wichtig, dass das Bild schlussendlich einer intersubjektiv nachvollziehbaren Segmentierung von Bildelementen unterzogen wird.

Die Visualisierung von etwas, wie es in sozialen Welten oder bei derartigen Zusammenkünften, sozialen Institutionen, in Städten oder in jedem sozialen Raum (und Ort) geschieht, bezieht stets mehrere Aspekte ein: „[U]nderstanding the visual process“, so die Annahme, „is possible only by the full description of the multi-layered context of visualization“ (Konecki, 2011, S. 139)



## 5 Forschungsverlauf: Qualitative Untersuchung von Kompetenzmodellen und verwandten Rahmenwerken mit dem Fokus auf Interprofessionalität

### 5.1 Umsetzung der Forschungsschritte

Verknüpft mit der Intention, ergebnisoffen und explorierend zu forschen, kamen Verfahren zum Einsatz, die nicht apriorisch planbar und strukturierbar sind. Weiter ging mit dem gewählten Forschungsstil im Gepräge der GTM einher, dass Fallauswahl und Datenerhebung eng mit der Datenauswertung verzahnt waren. Für das retrospektive, schriftliche Verfassen eines chronologischen Forschungsprozessverlaufs besteht deshalb die Herausforderung, eine künstliche Trennung von einzelnen Prozesselementen vorzunehmen, die forschungspraktisch ineinander übergangen bzw. sich in kleinschrittigen Analysebewegungen gegenseitig beeinflusst haben. In den folgenden Abschnitten soll dem Anspruch einer nachvollziehbaren Prozesslogik Rechnung getragen werden. Gleichzeitig soll jedoch das Ineinandergreifen der Prozesselemente, wie dies vollzogen und gedanklich erlebt wurde, nicht ignoriert werden. Deshalb kommen vermehrt Querverweise zum Einsatz. Die Leserschaft erhält somit an relevanten Stellen einen Hinweis, dass ein Verzahnen verschiedener Elemente zur Theoriegenese beigetragen hat, ohne dies explizit mehrfach zu beschreiben und damit den Lesefluss und das Begreifen der Thematik durch Redundanzen zu stören. Ziel ist es, die fortschreitende Entwicklung theoretischer Einsichten nachvollziehbar abzubilden und die komplexe Wechselbeziehung von induktiven und abduktiven Schlussfolgerungen zu verdeutlichen.

#### 5.1.1 Einsatz des Computerprogrammes ATLAS.ti

Zur Unterstützung der Dateninventarisierung, der Dokumentation und Auswertung fand die Computersoftware Atlas.ti Verwendung, die primär als Ordnungssystem zur systematischen Analyse von Bild- und Textmaterial dient (vgl. Kuckartz, 2018, S.163 ff.; vgl. Breuer, Muckel & Dieris, 2019, S. 319). Dieses Softwareinstrumentarium zählt zur Gruppe der CAQDAS (Computer Aided Qualitative Data Analysis Software, vgl. Friese, 2016, S. 485), auch QDA-Software (Qualitative Data Analysis Software) genannt. Unter der Vielzahl der mittlerweile verfügbaren, speziell konzipierten Programmvarianten fiel die Wahl auf ATLAS.ti. Zum einen zeigen der konzeptionelle Aufbau und einzelne Menübefehle eine methodische Nähe zur Grounded Theory, zum anderen hält die neueste Version 5.0 besonders anwenderfreundliche Features für die



kombinierte Bild- und Textanalyse bereit. So ist es möglich, als Rich-Text formatierte Dokumente mit eingebetteten Objekten einzubinden und nachträglich zu editieren. Zu den Anwendungstools zählen Datenverwaltung, Organisation von Kodes und Kategorien, Einbindung von Memos und Diagrammen, komfortable Suchfunktionen sowie die Herstellung von Ordnung und Übersichtlichkeit (vgl. <https://atlasti.com>).

In einem zweitägigen Workshop war eine Aneignung der Applikationen für die vorliegende Forschungsarbeit möglich und der generelle Umgang mit dem Programm gestaltete sich als pragmatisch-funktionell. Die Datenfülle wurde nicht nur handhabbar, auch der damit verbundene Umgang konnte effektiver sowie zeitökonomischer gestaltet werden. Das Ad-hoc-Abrufen, Zusammenschieben und Neusortieren von Kodefamilien konnte in Phasen des Suchens oder Aufspürens neuer Erkenntnisse bewusst, fast spielerisch genutzt werden. Leitend beim Softwareeinsatz war die Haltung eines bedachtsamen Einsatzes, bei dem die Softwareinstrumente nicht die Führungsrolle im Forschungsprozess übernehmen (vgl. Corbin & Strauss, 2008, S. 314 ff.). Es gälte zu beachten, sich nicht von beindruckenden, auf Tastendruck erscheinenden Kodierbäumen, Wortwolken etc. verleiten zu lassen, denn „[s]ie ersetzen [...] definitiv nicht die gründliche intellektuelle Durchdringung der Daten, die theoretische Sensibilität sowie den kreativen Forschergeist. Das Erfinden und Entwickeln von Kategorien, Modellen und Theorien übernimmt kein Computer und keine noch so ‚intelligente‘ Software!“ (Breuer, Muckel & Dieris, 2019, S. 319).

In einigen Teilschritten wurde sich beim hier vorliegenden Forschungsprozess gegen eine computerbasierte Analyse und Dokumentation entschieden. Im Rahmen des Multislice Imagining konnten direkte Bildvergleiche an einem und ebenfalls einem zweiten Bildschirm nicht befriedigend durchgeführt werden. Deshalb wurden zusätzlich DIN-A3-Kopien angefertigt, die im Raum ausgelegt und aufgehängt wurden, um die Betrachterperspektive und Wirkung hinsichtlich der verschiedenen visuellen Darstellungen von Bezugsrahmen aus variierenden Distanzen einzufangen. Der Kodierprozess erfolgt mithilfe von Post-its, die um und auf die Kopien geklebt wurden.

Auch das Memoschreiben ging leichter von der Hand, wenn es direkt handschriftlich erfolgte. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass intensive Phasen des geistigen Erschließens in Distanz zum Computer erfolgten und Gedankenprozesse häufig in eigenen Visualisierungen



und Mini-Textpassagen mit dem Bleistift auf dem Papier festgehalten werden konnten. In gewissem Maße zeige sich dadurch die Auffassung bestätigt, „dass Kreativität etwas zu tun hat mit der Bewegung von Körper und Geist“ (Charmaz & Keller, 2016, S. 40).

### 5.1.2 Materialgewinnung und Ordnung der visuell-textuellen Dokumente

Für qualitativ-interpretative Forschungsvorhaben müsse Material aus den alltagsweltlichen Kontexten gewonnen werden (vgl. Kromrey et al., 2016, S. 301; vgl. Brüsemeister, 2008, S. 14). Während bei Erhebungen z. B. mittels Interviews oder teilnehmender Beobachtung von einer vorläufigen Problematisierungsperspektive ausgehend, der Feldzugang sondiert wird, ist bei dokumentenbasierten Forschungen ein Überblick über die Bestände im anvisierten Untersuchungsfeld nötig. Zum Themenfeld interprofessioneller Kompetenzen lag weder eine aktuelle Übersichtsarbeit vor noch konnte auf einschlägige, gebündelte Sammelwerke nationaler und internationaler Unterlagen zurückgegriffen werden, welche Bezugsrahmen für interprofessionelle Kompetenzen bzw. jene für interprofessionelle Zusammenarbeit systematisch vorhalten. Da mit einfachen – nicht systematischen – Recherchetätigkeiten relevante Dokumente schwer aufzuspüren waren, wurde notwendigerweise der Materialbeschaffung besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

#### *Nosing Around*

Dazu zählte die relativ zieloffene Hinwendung zum Forschungsfeld im Kontakt mit Beteiligten, die vom Gegenstand (interprofessionelle Kompetenzen) lehrend oder lernend betroffen sind. Im Sinne des *Nosing Arounds* (vgl. Park zit. n. Breuer, et al., 2019, S. 235) traten durch ein allgemeines „neugieriges Herumschnüffeln“ in der Form „interessenlosen Interesses“ (Lindner, 2007, S. 13, zit. n. Breuer, 2019, S. 235) Suchimpulse und anregende theoretische Aspekte zutage: infolge von zufälligen, beiläufigen oder initiierten Gesprächen mit Kolleg\*innen und Studierenden, durch die Teilnahme an Workshops oder Kongressen zu interprofessionellem Lernen, Beobachtungen von Studierenden in interprofessionell ausgerichteten Lehrveranstaltungen oder alltäglichen gesundheitlichen Versorgungssituationen, in denen mehrere Professionen beteiligt waren. Die Wahrnehmung war darauf fokussiert, wie über interprofessionelle Kompetenzen gedacht und gesprochen wird, welche Strategien der Entwicklung diskutiert werden etc. Solche Eindrücke können Breuer, Muckel und Dries zufolge „für die Problemannaherung, die Förderung der theoretischen Sensibilität der Forschenden sowie als gegenstandsbe-



zogene Heuristik von Nutzen sein“ (Breuer, 2019, S.235). Entsprechend entstanden auf der Basis verschiedener Anlässe und Erfahrungen Memos, in denen relevante Quellen, Bilder oder Aussagen gebündelt, Impulse für neue Erkenntniswege festgehalten, Konzept- und Modellideen durch die Impulsgebung überdacht und reflektiert wurde.

*Systematische Materialgewinnung – Überblick zu identifizierten Bezugsrahmen*

Die Suche nach Materialien zum Untersuchungsgegenstand konzentrierte sich auf visuell-textuelle Dokumente, die das Ausganskriterium erfüllten, Bezugsrahmen in Form von Modellen, Frameworks oder Kompetenzsets im Zusammenhang mit Interprofessionalität, interprofessioneller Zusammenarbeit, Kollaboration vorzuhalten oder im erweiterten Sinn auf diesbezügliche Lernprozesse ausgerichtet waren. Zu Beginn wurden – gemäß des Schneeballsuchprinzips – auf Basis des Literaturverzeichnisses des bekannten kanadischen Frameworks zur Darstellung interprofessioneller Kompetenz relevante Dokumente ausfindig gemacht. Zwecks Ausweitung des Suchradius und auf Dokumente mit jüngerem Publikationsdatum zielend, erfolgte eine umfangreiche Literaturrecherche mittels der in 5-1 gelisteten Suchbegriffe.

Tabelle 5-1: Begriffsmatrix der durchgeführten Literaturrecherche

Begriffsmatrix für die Literaturrecherche				
	Deutsch	Interprofessionell*	Kompetenz*	Gesundheitsversorgung
	Englisch	Interprofessional*	Competence	Primary care
Verwandte Begriffe/ enge Suchbegriffe	Deutsch	Multiprofessionell* Transprofessionell* Intraprofessionell* Interdisziplinär* Intradisziplinär* Transdisziplinär*	Kompetenz* Können Fähigkeit* Fertigkeit* Qualifikation*	Gesundheitssystem Gesundheitswesen
	Englisch	Cross(-)professional* Inter(-)disciplinary Inter(-)professional* Multi(-)disciplinary Cross(-)professional*	competenc* competency competencies skill* capacity capability Qualification Ability proficiency expertise	Healthcare Health System Health Service

Ebenso konnten via Instagramm unter #interprofessionelleducation und #interprofessionellcompetence Hinweise auf Dokumente erfasst werden. Ungeachtet des Anspruchs eines systematischen Literaturreviews, der methodologisch auch nicht angezeigt ist, wurden 38 Dokumente als potentielle Datenfälle identifiziert. Die Modelle, Frameworks etc. ließen sich derselben sachlichen Klasse (vgl. Glaser & Strauss, 2010, S. 69) *Bezugsrahmen für interprofessionelle*



*Kompetenzen bzw. Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit* zuordnen und als Dokumentensammlung bei ATLAS.ti einpflegen. Der Hauptfokus war auf die visualisierten Darstellungen interprofessioneller Kompetenz gerichtet, die schriftsprachlichen Ergänzungen wurden jedoch ebenso als Datenmaterial integriert. Unter dieser Gruppe waren Kompetenzrahmen, -beschreibungen und Modelle subsumiert. Abbildung 5-1 zeigt die erfassten Bezugsrahmen Interprofessioneller Kompetenz sortiert nach Publikationsjahr.



<p>2001</p> <p><b>Core Competencies in IPE Programs</b></p>	<p>2005 (2015)</p>	<p>2005</p>	<p>2006</p>
<p>2007</p>	<p>2007</p>	<p>2008</p>	<p>2008</p>
<p>2009</p>	<p>2009</p>	<p>2010</p>	<p>2010</p>
<p>2010</p>	<p>2010</p>	<p>2010</p>	<p>2011</p>
<p>2012/2013</p>	<p>2015</p>	<p>2016</p>	<p>2016</p>
<p>2016</p>	<p>2016</p>	<p>2017</p>	<p>2017</p>
<p>2018</p>	<p>2018</p>	<p>2018</p>	<p>2019</p>
<p>2020</p>	<p>2020</p>	<p>2021</p>	<p>2021</p>

Abbildung 5-1: Bezugsrahmen Interprofessioneller Kompetenz sortiert nach Publikationsjahr  
Quelle: Eigene Darstellung; Datenquellen siehe Literaturverzeichnis, Abschnitt Bildquellen.



### Ordnen der Materialien nach formalen Eckpunkten

Bezüglich der Materialsammlung war eine große Vielfalt zu erkennen, nicht nur visuell und inhaltlich, sondern auch hinsichtlich des Publikationskontextes der Dokumente. Diese Varianz war zwar als erkenntnisversprechend zu bewerten, erschien dagegen forschungspraktisch zunächst schwer händelbar bzw. planvoll nutzbar zu sein. Deshalb wurden die formalen Eckdaten auf verschiedenen Ebenen ausgeleuchtet, Merkmale zu den potentiellen Fällen zusammengetragen und tabellarisch sortiert (s. Tabelle 5-2).

Tabelle 5-2: Zentrale Merkmale der Datenfälle  
Quelle: Eigene Darstellung.

Merkmal	Formale Eckpunkte der Datenfälle
Umfang adressierter Berufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nur eine Berufsgruppe</li> <li>• alle Health Professions</li> </ul>
Verschiedene Ursprungsländer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• deutschsprachig</li> <li>• niederländisch</li> <li>• englischsprachig</li> </ul>
Publikationsdatum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2001 - 2021</li> </ul>
Darstellungsform	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetenzrahmen, -</li> <li>• Kompetenzmodell,</li> <li>• Kompetenzliste</li> <li>• Kompetenzbeschreibung</li> </ul>
Reichweite der Gültigkeit	National bis hochschulspezifisch
Anwendungsschwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitspraxis</li> <li>• Lehre</li> <li>• Akkreditierung</li> </ul>
Visualisierungselemente	Anlass oder dient der Verdeutlichung schriftlicher Erläuterungen

Darüber hinaus wurden zwei weitere Gruppen von Dokumenten zusammengestellt, deren theoretische Relevanz sich im Rahmen des Samplings herauskristallisierte.

### Assessments

Unter neuen konzeptuellen Gesichtspunkten rückten für eine Verdichtung bzw. Absicherung theoretischer Anhaltspunkte Assessments interprofessioneller Kompetenzen in den Fokus. Im Rahmen der Analyse konnten die gesetzten Unterkategorien *Kompetenzarchitektur*, *Teamkonsultation* und *Haltung* mit den vorhandenen Fällen nicht zufriedenstellend ausgeleuchtet werden. Das führte in der Form zur Anpassung der Sampling-Strategie, dass nach aussichtsreichen



Informanten – also visuell-textuellen Produkten – gesucht wurde, die personenbezogene Blickwinkel vorhielten. Ins Zentrum rückten Assessments bzw. Evaluationstools zu interprofessioneller Kompetenz. Bei diesem Dokumententyp wurde gleichfalls so verfahren, dass sich zunächst mittels umfangreicher Recherche ein Überblick darüber verschafft wurde, welche Assessments zur Verfügung stehen. Hier war die Suche über einschlägige nationale und internationale interprofessionelle Netzwerke sehr ergiebig, da deren Webpräsenz Hinweise auf Tools zur Evaluation interprofessioneller Kompetenz gibt bzw. zu diesen verlinkt. Zu den zentralen Institutionen zählen *CAIPE* (Centre for the Advancement of Interprofessional Education) (CAIPE, 2020), *EIPEN* (European Interprofessional Practice and Education Network) (EIPEN, 2020), *AIPPEN* (Australasian Interprofessional Practice and Education Network) (<https://www.anzahpe.org>) sowie *NIPNET* (Nordic Interprofessional Network) (NIPNET, 2020).

Im Weiteren konnte auf eine Übersichtsarbeit von Ehlers et al. (2017) zurückgegriffen werden, bei der im Sinne einer Metasynthese von Übersichtsarbeiten (Reviews) Instrumente für die Evaluation auf Lehrerbene zusammengetragen, den Evaluationsstufen nach Kirkpatrick (vgl. z.B. Reeves, 2015, S.307) zugeordnet und hinsichtlich psychometrischer Gütekriterien bewertet wurden. Das Hauptaugenmerk wurde auf Reviews zu Instrumenten gerichtet, deren Einsatz auf Lehr- und nicht auf Zusammenarbeitsebene erfolgt. Die Suche ergab eine Sammlung von acht Assessments, die in der Literatur im weiteren Sinne im Zusammenhang mit Kompetenzmessung erwähnt werden. Entscheidend für die Auswahl im Sample waren keine messmetrischen Kriterien, sondern die inhaltlichen Dimensionen, die in den identifizierten Tools Verwendung fanden. Tabelle 5-3 zeigt die Auswahl, die nach umfangreicher Recherche zusammengestellt wurde.

Tabelle 5-3: Als Datenfälle erfasste Assessments

Assessment	Subskalen	Verfasser*innen
Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Teamwork and collaboration</li> <li>● Professional identity</li> <li>● Roles and responsibilities</li> </ul>	Parsell & Bligh, 1999
University of the West of England Interprofessional, Questionnaire (UWE-IP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Communication and Teamwork</li> <li>● Interprofessional Learning</li> <li>● Interprofessional Interaction</li> <li>● Interprofessional Relationships</li> </ul>	Pollard, Miers & Gilchrist, 2005 German Version: (UWE-IP-D) Mahler, Berger, Pollard et al., 2017



Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Roles (beliefs)</li> <li>• Client-centeredness (attitudes)</li> <li>• Conflict/negotiation (behaviors)</li> </ul>	King, Orchard, Khalili et al., 2016
Observed Interprofessional Collaboration (OIPC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Purpose of meeting</li> <li>• Team composition</li> <li>• Expertise affirmation and recognition</li> <li>• Attainment of consensus</li> <li>• Person-centered practice</li> <li>• Communication</li> <li>• Respectful attitude</li> <li>• Facilitation/mediation</li> <li>• Shared decision-making</li> <li>• Adoption of a common action plan</li> </ul>	Careau, Vincent, Swaine et al., 2014
EIPEN -Assessment sheet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consult &amp; collaborate</li> <li>• Plan &amp; manage</li> <li>• Refer &amp; transfer</li> <li>• Handle issues &amp; opportunities</li> <li>• Reflect &amp; evaluate</li> </ul>	EIPEN - the European Interprofessional Practice & Education Network, 2021 <a href="https://www.eipen.eu/key-competences">https://www.eipen.eu/key-competences</a>

Zu einem fortgeschritteneren Zeitpunkt der Theoriegenese wurde erneut die Richtung der Datensammlung angepasst und das Material erweitert, wo kontrastierende Datenfälle zu Tage traten, die interprofessionelle Kompetenz nicht als zentrales, sondern als integratives Element vorweisen. Bis zu diesem Punkt waren im Sample Assessments und Bezugsrahmen eingepflegt worden, die ausschließlich auf interprofessionelle Kompetenz ausgerichtet waren.

Ergänzend wurde nach Fällen gesucht, bei deren Darstellungen interprofessionelle Kompetenz eine Fertigkeit unter anderen ist. Ziel war es, Hinweise auf die Gewichtung und Relationierung unterschiedlicher Fähigkeiten untereinander zu erhalten. Die Suche führte zu den in Deutschland vorliegenden Ordnungsmitteln für die verschiedenen Gesundheitsberufe, wobei kein nationaler Kompetenzrahmen oder einheitliches Modell vorliegt. In die Materialsammlung waren bis dahin keine Dokumente aus Deutschland oder dem deutschsprachigen Raum zur Theoriegenese eingegangen. Die ermittelten Ordnungsmittel lagen als Textdokumente ohne darstellende Visualisierungen vor. Eine Übersicht zu den Dokumenten, die explizit die Kategorie Interprofessionelle Kompetenzen beinhalten, gibt Tabelle 5-4 wieder.



Tabelle 5-4: Interprofessionelle Kompetenzen in deutschsprachigen Referenzdokumenten

Quelle: Eigene Darstellung; Quellen in der Tabelle hinterlegt.

	Jahr	Publikation	Beispiel - Kompetenzen
<b>Deutschland</b>			
Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation	2019	Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln.  Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten  Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen	<i>3.4 Sie kommunizieren innerhalb des Teams zur gemeinsamen Aufgabenbewältigung.  Sie können eine Patientenübergabe an Angehörige der anderen beteiligten Gesundheitsberufe problembezogen, strukturiert und zielgruppenorientiert unter Verwendung geeigneter Fachsprache und Medien (einschließlich Verständniskontrolle) durchführen.</i> (IMPP, 2019, S. 17)
dient als Basis für ↓		Abgerufen von <a href="https://www.impp.de/files/PDF/RBS_Berichte/BerufsübergreifendDenkenInterprofessionellHandeln.pdf">https://www.impp.de/files/PDF/RBS_Berichte/BerufsübergreifendDenkenInterprofessionellHandeln.pdf</a>	
Kompetenzen Medizin	2020  2021	Kompetenzorientierter Gegenstandskatalog Medizin Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP,2020)  Nationaler Kompetenzorientierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)  Charité Universitätsmedizin Berlin. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin Version 2.0 [website].	VIII.3 Interprofessionelle Kompetenzen <i>VIII.3.1 Die Absolventin und der Absolvent arbeiten mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen auf der Grundlage gegenseitigen Respekts und gemeinsamer Werte zusammen.  VIII.3.1.1 Sie richten ihr Handeln in der interprofessionellen Gesundheitsversorgung an den individuellen Patienteninteressen und ihrem Umfeld aus. Sie können ...  VIII.3.1.1.1 bei interprofessioneller Versorgung die Würde, Autonomie und Privatsphäre von behandelten Personen schützen.</i> (IMPP, 2020, S.177 ff.)
		Abgerufen von <a href="https://www.impp.de/files/PDF/Gegenstandskataloge/Medizin/KompetenzorientierterGegenstandskatalogMedizin.pdf">https://www.impp.de/files/PDF/Gegenstandskataloge/Medizin/KompetenzorientierterGegenstandskatalogMedizin.pdf</a> Abgerufen von <a href="https://nkml.de">https://nkml.de</a>	
Kompetenzen Pflege	2017 2018 2020 2021	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV)  Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG  Bundesinstitut für Berufsbildung (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG (2. Überarbeitete Auflage).	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) <i>Anlage 2 (zu § 9 Absatz 1 Satz 2) (...) Die Absolventinnen und Absolventen a) übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen, b) bringen die pflegfachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein, (...).</i> (BGBl. I, 2021, S.2754)
		Abgerufen von <a href="https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560">https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560</a>	
<b>Schweiz</b>			
Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate	2020	Bundesamt für Gesundheit (BAG) Abteilung Gesundheitsberufe Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Umsetzung professioneller Verhaltensweisen und zentraler Werte;</i></li> <li>• <i>respektvoller, toleranter Umgang mit eigenen und fremden Meinungen, Rollenvorstellungen und -zuschreibungen;</i></li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• aktiver Einbezug von Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und Angehörigen über den gesamten Behandlungsprozess (ZHAW, 2019, S.4)</li> </ul>
<p>Abgerufen von <a href="https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M3-kompetenzen.html">https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M3-kompetenzen.html</a></p>		

### Zusammenfassung Materialbeschaffung

Mit der Materialsammlung wurde – bildlich gesprochen – aus dem Dokumentenbestand des World Wide Web systematisch ein Bibliotheksregal zum Thema Bezugsrahmen von interprofessionellen Kompetenzen und Assessments gefüllt, mit Platz für Ergänzungen und nachträgliche glückliche Zufallsfunde (vgl. Glaser & Strauss, 2010, S. 69). Glaser und Strauss (2010) beschreiben für den mit Bibliotheksmaterialien arbeitenden Forscher den Vorteil, dass dieser bei der Auswahl von Vergleichsgruppen für die komparative Analyse effektiv vorgehen könne, da alle Dokumente in der Bibliothek konzentriert seien und er somit Zeit und Ärger spare (a. a. O.). Dieser Vorteil wurde genutzt und stellte sich in Zeiten der Corona-Pandemie als ein pragmatisch sinnvoller Weg heraus.

Mit der Übersicht zu formalen Eckdaten potentieller Datenfälle wurde eine wichtige Voraussetzung für das Theoretical Sampling geschaffen. Die zentralen Merkmale waren bei der theoriegeleiteten Fallauswahl aus den variierenden Dokumentengruppen in der Materialsammlung hilfreich. Darüber hinaus wurden erste wichtige Hinweise geliefert, die im Rahmen der VGTM bei der Analyse soziokultureller Aspekte visuell-textueller Produkte von Relevanz waren. Ebenso zeigte sich die Ordnung bei der Ausarbeitung der zentralen Kategorien (-> axiales Kodieren) dabei unterstützend, systematisch aussagekräftige Kontraste in den Vergleichsgruppen zu finden, um Bedingungen auszuleuchten, unter denen Eigenschaften von Kategorien variierten. Auch eine scheinbare Nichtvergleichbarkeit von Unterlagen konnte so gezielt für die Theoriegenese genutzt werden und es ließen sich Aussagen darüber treffen, warum oder in welchem Maß Eigenschaften von Kategorien je nach Umständen variieren (vgl. Glaser & Strauss, 2010, S. 67). Weniger relevant für die vorläufige Ordnung nach formalen Eckpunkten war Bildimmanentes des visuellen Produkts, wie z. B. stilistische, formale Details, strukturelle Aspekte, wie die Anzahl der bildgebenden Elemente, Integration von Textelementen, Vorder- und Hintergrundgestaltung etc. und deren Wahrnehmung durch den Betrachter. Vielmehr waren diese Kriterien wichtig für die Datenerhebung mittels Multislice Imagining.



### 5.1.3 Darstellung des Sample anhand von Kurzbeschreibungen der Bezugsrahmen

Unter Gesichtspunkten theoretischer Relevanz und je nach konzeptionellem Niveau der entstehenden Theorie (vgl. Glaser & Strauss, 2010, S.68; vgl. Breuer et al., 2010, S.53) wurden bewusst insgesamt 13 Datenfälle aus der Materialsammlung für die Ausarbeitung emergenter Kategorien herangezogen und in das Sample eingebunden. Die Strategie des Theoretical Samplings sei Kernbestandteil der Grounded Theory (vgl. Glaser & Strauss, 2010, S.61 f.) und in der Umsetzung „durch *Flexibilität* gekennzeichnet und durch *Kontrastierungs-Überlegungen* inspiriert“ (Breuer et al., 2019, S.156, Herv. i. O.). Diese Überlegungen wurden in der Vorgehensweise des ständigen Vergleichens (*Constant Comparative Method*) realisiert und in Verbindung mit dem theoretischen Sampling angewandt, „indem man alle möglichen Gruppen ungeachtet ihrer Unterschiede oder Ähnlichkeiten vergleicht und dabei lediglich sicherstellt, dass die Daten sich auf eine ähnliche Kategorie oder eine ähnliche kategoriale Eigenschaft beziehen“ (Glaser & Strauss, 2010, S.61). Entsprechend gingen forschungspraktisch Aktivitäten der Datenerhebung fließend mit analytischen Tätigkeiten einher (s. Kapitel 4.2.1). Ebendiese iterativ-zyklische und verlaufsoffene Grundstruktur sei bezeichnend für die Forschungspraktik der Grounded Theory (vgl. Strübing, 2014, S.2).

Zunächst war die Samplestrategie mit einem internationalen Modell mit hohem Bekanntheitsgrad zu beginnen. Dieser Ausgangsentscheidung liegt die apriorische Annahme zugrunde, dass Länder außerhalb Deutschlands mit der Entwicklung zu IPC mehrere Jahre voraus sind (vgl. Nock, 2020, S.39). Die Wahl fiel auf den „National Interprofessional Competency Framework“ der Canadian Interprofessional Health Collaborative (*CIHC*) (CIHC, 2010, S.11) wegen seines hohen Verbreitungsgrads und zum anderen seines Status als nationaler Kompetenzrahmen. Die visuelle Darstellung versprach auf den ersten Blick ausreichend Details. Zudem konnte auf ein ergänzendes schriftliches Dokument zurückgegriffen werden und der Modelltitel weist auf den direkten Bezug zu Kernkompetenzen.



### Datenfall 1: A National Interprofessional Competency Framework (CIHC, 2010, S.11)

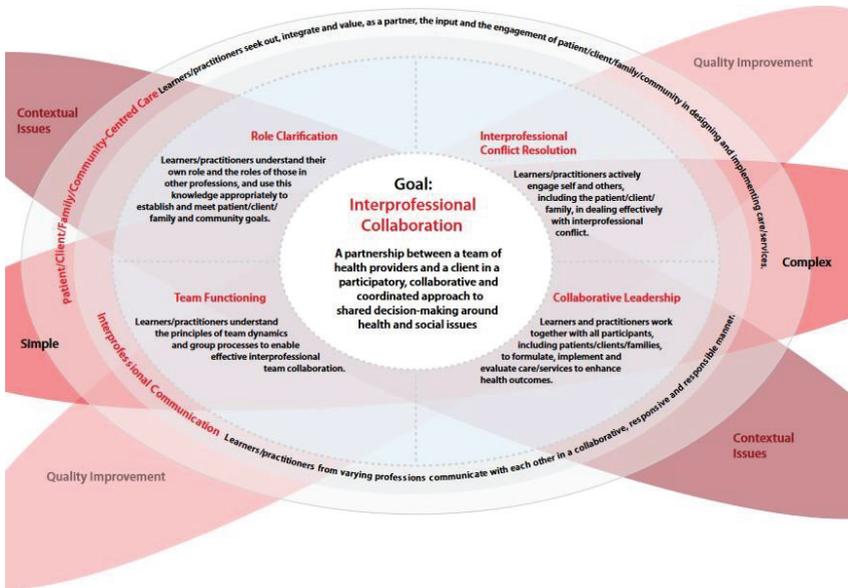


Abbildung 5-2: National Interprofessional Competency Framework

Quelle: Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), 2010, S.11. Abgerufen von [https://health.ubc.ca/sites/health.ubc.ca/files/documents/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb12101.pdf](https://health.ubc.ca/sites/health.ubc.ca/files/documents/CIHC_IPCompetencies_Feb12101.pdf)

Das „National Interprofessional Competency Framework“ (CIHC, 2010, S.11) ist in Kanada bereits seit zwölf Jahren als nationaler Kompetenzrahmen etabliert und wurde für die interprofessionelle Ausbildung und Praxis in variierenden Umgebungen konzipiert. Bei der Entstehung waren Gesundheitsorganisationen, Vertretende aus Lehre und Forschung sowie Praktizierende aus dem Gesundheitsfeld beteiligt, die unter dem Zusammenschluss der Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010) mit Sitz an der University of British Columbia operieren. Unterstützt wurde dies von Health Canada, einer föderalen Einrichtung des kanadischen Gesundheitssystems. Treibende Kraft war, einen Vorschlag für ein kanadisches Modell für interprofessionelle Kompetenzen zu entwerfen, das auf alle Gesundheitsberufe anwendbar ist und vielfältigen Zwecken nützt, wie z. B. Akkreditierung, Curriculararbeit, klinischen oder Fragen der Qualitätsverbesserung. Damit sollte eine Ergänzung zu bereits bestehenden disziplin- bzw. professionsspezifischen Kompetenzrahmen geschaffen werden, in denen die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit anerkannt, aber keine explizite Richtung für die in-



terprofessionelle Praxis gegeben wird. Beispielhaft zu nennen ist das CanMEDS-Modell (vgl. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPC), 2015) für Mediziner und dessen angepasste Form z.B. für die Ergotherapie (vgl. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT), 2012, S.2). Der erarbeitete Entwurf der CIHC basiert auf einer Sichtung der Literatur zum Thema Kompetenzen und kompetenzbasierte Bildung sowie auf bestehenden Kompetenzrahmen und der Überprüfung von insgesamt acht Kompetenzsets, darunter drei Frameworks, ein Assessment und vier Kompetenz(entwicklungs)beschreibungen (CIHC, 2010, S. 27). Die visuelle Präsentation ist ergänzt um ein Set, das 39 Fähigkeiten enthält, die sich auf sechs Bereiche verteilen: Klärung der Rolle, Funktionieren des Teams, patienten-/klienten-/familien-/gemeinschaftszentrierte Pflege, kooperative Führung, interprofessionelle Kommunikation und interprofessionelle Konfliktlösung (ebd., S.11).

Nach dem offenen Kodieren des Datenfalls 1 und Hervorbringen vieler Kode-Ideen wurden zwei Datenfälle in das Sample aufgenommen, die Ähnlichkeiten zum Framework aufweisen. Der Ansatz des Minimierens von Differenzen bei der Auswahl zielt darauf ab, zu den gegebenen Kategorien weitere ähnliche Daten zu sammeln und gleichzeitig Unterschiede aufzuspüren, auf die in der Datenerhebung bisher nicht eingegangen wurde (vgl. Glaser & Strauss, 2010, S. 71 f.). Mit ähnlichem Erscheinungsbild in der visuellen Darstellung – im gleichen Jahr in Australien publiziert – wurde ein weiteres Framework in die Untersuchungsgruppe aufgenommen.



*Datenfall 2: Curtin University's Interprofessional Capability Framework (Curtin University, 2011)*



Abbildung 5-3: Curtin University's Interprofessional Capability Framework

Quelle: Curtin University's Interprofessional Capability Framework, Brewer & Jones, 2010, S.47; Curtin University, 2011, S.2. Abgerufen von

[https://www.curtin.edu.au/resources/file/faculty/hs/interprofessional\\_A5\\_broch\\_1-29072015.pdf](https://www.curtin.edu.au/resources/file/faculty/hs/interprofessional_A5_broch_1-29072015.pdf)

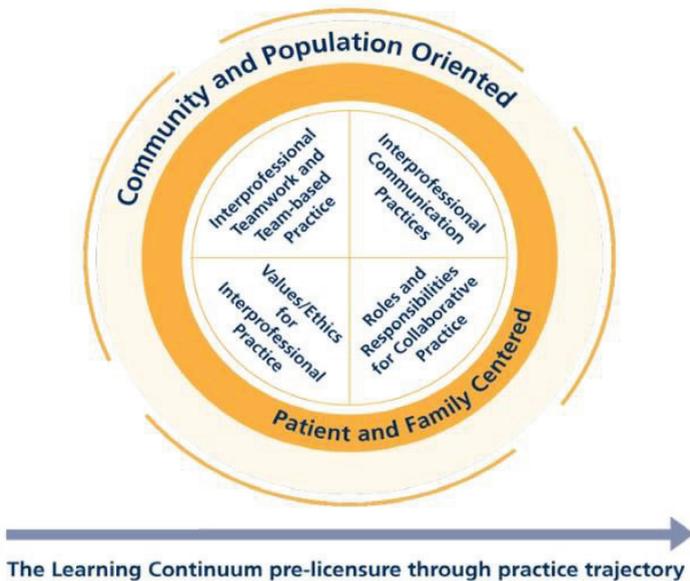
Das „Curtin University's Interprofessional Capability Framework“ (vgl. Brewer & Jones, 2010; S.47; Curtin University, 2011, S.2) entstand im Hochschulkontext und reflektiert somit diesen Zusammenhang sowie die partikulären, dort reflektierten Belange. Im Vordergrund stand die Entwicklung eines Frameworks zur Fundierung der internen Curriculumentwicklung für mehrere Lehrmodule an der Curtin University, einer großen komplexen gesundheitswissenschaftlichen Fakultät mit etwa 10.000 Studenten aus 22 Fachrichtungen. Darüber hinaus sollte die Basis für ein gemeinsames Verständnis – von Studierenden, dem akademischen Personal und den Gesundheitsfachkräften – hinsichtlich interprofessioneller Ausbildung und interner Praxis geschaffen werden. Das erarbeitete Dokument stützt sich auf drei bestehende interprofessionelle Capability- und Kompetenzrahmen aus Großbritannien, Kanada und den USA (vgl. Brewer & Jones, 2013; S.46). Ergänzend wurden während der gesamten Entwicklung und Anwendung Lehrpläne einer Reihe von Interessengruppen in beratender Funktion involviert. Das Ergebnis



steht im Einklang mit den von der WHO (2010) vorgeschlagenen Key Actions (Schlüsselaktionen), während eine gemeinsame Vision Absicht und Resultate für die interprofessionelle Praxis in der Hochschulbildung anbieten würde (ebd., S. 45).

Zur Absicherung bzw. Präzisierung von Kode-Ideen diene die Darstellung der „Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice“ aus dem Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (Interprofessional Education Collaborative (IPEC), 2011, aktual. 2016).

*Datenfall 3: Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (Interprofessional Education Collaborative (IPEC), 2016)*



© 2016 IPEC®

Abbildung 5-4: Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice  
Quelle Interprofessional Education Collaborative (IPEC), 2016, S.9. Abgerufen von <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>

Die Initiative für das „Interprofessional Education Collaborative Expert Panel“ (Interprofessional Education Collaborative (IPEC), 2011, aktual. 2016) ging von einem Konsortium aus acht Organisationen aus: the American Association of Colleges of Nursing, the American Association of Colleges of Osteopathic Medicine, the American Association of Colleges of Pharmacy, the American Dental Education Association, the Association of American Medical Colleges und the



Association of Schools of Public Health. Die aus diesem Verbund berufene Expertenarbeitsgruppe orientierte sich bei der Identifizierung eines gemeinsamen Kompetenzsets an vorangegangenen nationalen und internationalen Bemühungen, von denen acht, zwischen 2005 und 2010 publiziert, als Quellen aufgeführt werden. Darüber hinaus wurden Arbeitsdefinitionen von interprofessionellen Kompetenzen von sechzehn US-Universitäten beim Findungs- und Identifizierungsprozess berücksichtigt. Der Modellvorschlag fasst im Kern vier interprofessionelle Kompetenzbereiche zusammen, deren Inhalte nicht nur als Konsens hervorgegangen ist, sondern auch als Konvergenz zu den interprofessionellen Kompetenzinhalten der nationalen und globalen Literatur, den Organisationen für Gesundheitsberufe in den Vereinigten Staaten und amerikanischen Bildungseinrichtungen (ebd., S.1).

Zu diesem Zeitpunkt der Analyse – nach den ersten drei Datenfällen – konnte u. a. festgestellt werden, dass die zentrale Dimension variiert. Während im kanadischen Rahmenwerk (vgl. CIHC, 2010, S.11) interprofessionelle Kollaboration zentral ist, werden beim Curtin University Framework (vgl. Brewer & Jones, 2010; S.47) der zu Behandelnde und im Expert Panel (vgl. IPEC, 2016, S.9) die Kompetenzdomänen in den Fokus gerückt. Es ergaben sich neue Fragestellungen, die mit einer angepassten Samplestrategie verfolgt wurden: Was steht im Zentrum und was nicht? Wofür oder für wen ist die Zentrierung wichtig? Welche Ziele und Handlungsfolgen bedingt oder provoziert eine Zentrierung? Wie sind die Dokumente kontextualisiert und welche Rolle spielt der Kontext als bildimmanentes Element?

Zunächst wurde der Frage nach der Kontextualisierung nachgegangen. Die drei erstgenannten Darstellungen entstanden 2010 im Jahr der Veröffentlichung des vielzitierten und als Legitimationsquelle dienenden Lancet-Reports 2010 (Frenk et al., 2010), ein analytisch relevantes Detail hinsichtlich der soziokulturellen Einordnung des Datenfalls. Um diesem Bereich nachzugehen, wurde der Lancet-Report (Frenk et al., 2010) in das Sample eingepflegt, auch wenn er keinen explizit auf Interprofessionalität zugeschnittenen Bezugsrahmen im engeren Sinn, d. h. ein Kompetenzset, darlegt.



*Datenfall 4: Systems framework - Lancet Report: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world (Frenk et al., 2010)*

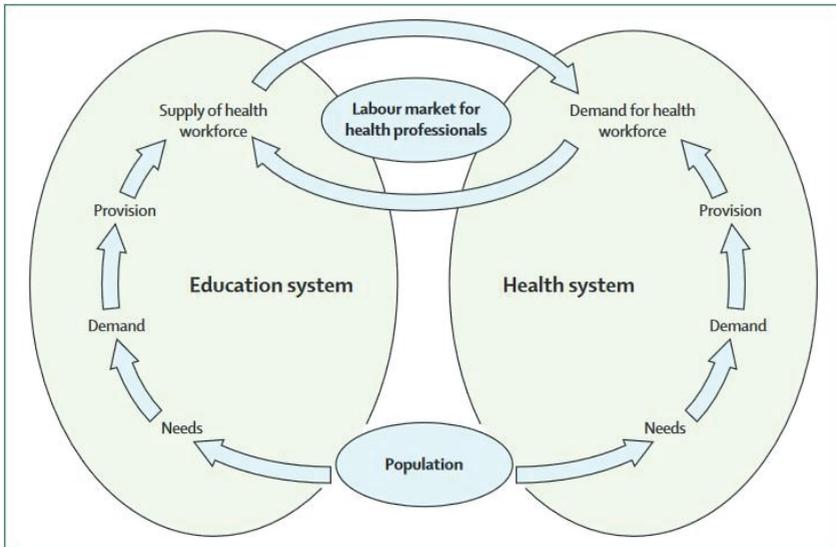


Abbildung 5-5: Systems framework  
Quelle: Frenk et al., 2010, S.9. Abgerufen von  
<http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:4626403>

Der Lancet-Report „Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world“ (vgl. Frenk et al., 2010) fasst die Ergebnisse einer Analyse zusammen, die, geleitet von den Ideen globaler sozialer Verantwortlichkeit und sozialer Gerechtigkeit, von der Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century durchgeführt wurde. Als Reaktion auf die Analyseergebnisse, die Diskrepanzen zwischen der traditionellen Ausbildung in den Gesundheitsberufen und dem Bedarf an Fachkräften im Bereich der globalen Gesundheit aufzeigen, werden Maßnahmen zu deren Ausbildungsreform empfohlen. Die Vorbereitung künftiger Gesundheitsfachkräfte sollte besser auf die tatsächliche Bevölkerung, die persönlichen Gesundheitsbedürfnisse und lokalen Gegebenheiten angepasst sein, um den globalen Gesundheitserfordernissen gerechter zu werden und die Gesundheitssysteme zu stärken. Dabei werde auf die Interpendenz von Ausbildung und Praxis verwiesen und für die „Förderung einer inter- und transprofessionellen Ausbildung, die professionelle Silos aufbricht und gleichzeitig kollaborative und nicht-hierarchische Beziehungen in



effektiven Teams“ (Frenk et al., 2010, S. 9) plädiert. Eine Grafik mit dem Titel „Systems framework“ (Frenk et al., 2010, S.9) veranschaulicht diese Zusammenhänge (vgl. Abb. 5-5).

Die Verfasser\*innen dieses Rahmenwerkes zielen auf die interprofessionelle Ausbildung als ein Mittel zur Verbesserung der patient\*innenenzentrierten und gemeinde- bzw. bevölkerungsorientierten Versorgung ab. Sie lokalisieren die interprofessionelle Ausbildung und diejenige in den Gesundheitsberufen allgemein im Kontext einer dynamischen Beziehung zu Gesundheitssystemen, die sinnvoller auf die gesundheitlichen Belange der Bevölkerungsgruppen eingehen, denen sie dienen sollen.

Mit den vorzufindenden Bild- und Textpassagen im Lancet-Report (vgl. Frenk et al., 2010) wurden bisherige Merkmale angereichert, die zunächst als Kategorie vernachlässigt wurden. Es ging um das Zusammenspiel von Ausbildung und Praxis sowie weitere Einflussfaktoren wie diejenigen, die die visuelle Darstellung und die ergänzenden Textpassagen zutage förderten. Um dieser Spur nachzugehen, konnten in der Materialsammlung zwei ähnlich wirkende Bilddokumente gefunden und in die Analyse aufgenommen werden: Der Aktionsrahmen der WHO (2010) „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ (WHO, 2010, S. 18) und das Modell von D'Amour und Oandasan (2005).

*Datenfall 5: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.*  
*World Health Organisation (WHO, 2010)*

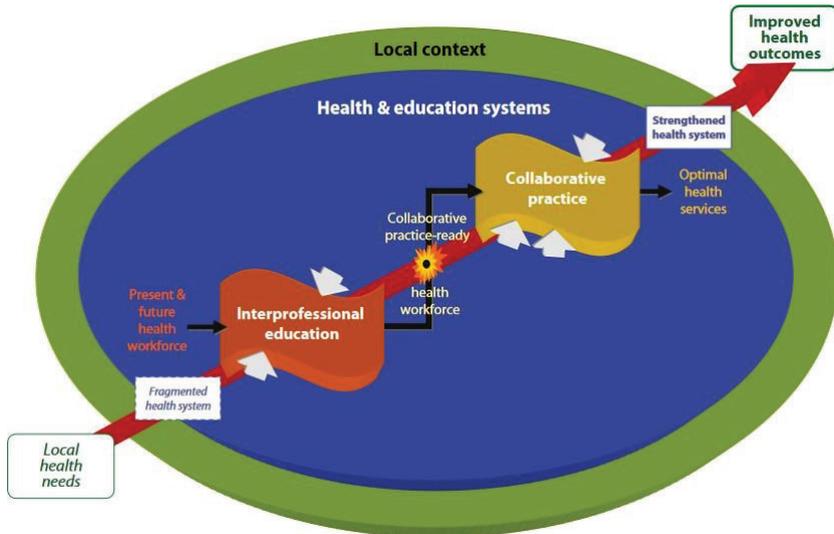


Abbildung 5-6: Health and education systems, WHO (2010)

Quelle: Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization, WHO, 2010, S.18. Abgerufen von [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf;jsessionid=D2DCE6D3761DA51E573C6033A976328C?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=D2DCE6D3761DA51E573C6033A976328C?sequence=1)

Das Dokument der WHO (2010) präsentiert einen globalen Vorschlag, der 2010 veröffentlicht wurde. Auslöser und Antrieb für diesen Aktionsrahmen war die 59. Weltgesundheitsversammlung 2006, auf der der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen als Krise konstatiert wurde. Als Antwort wurde die Resolution WHA59.23 mit der Forderung nach „a rapid scaling-up of health workforce production through various strategies including the use of innovative approaches to teaching in industrialized and developing countries“ (<https://apps.who.int>) verabschiedet. Verbunden mit der globalen Suche der Regierungen nach innovativen, systemverändernden Lösungen, die ein angemessenes Angebot, einen geeigneten Mix und eine adäquate Verteilung des Gesundheitspersonals gewährleisten, wurde interprofessionelle Zusammenarbeit als vielversprechender Ansatz proklamiert. Diesem folgend entwickelte die konstituierte WHO-Arbeitsgruppe „Interprofessional Education and Collaborative Practice“ einen globalen Aktionsrahmen für interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit (vgl. WHO, 2010). Eine Grafik verdeutlicht die grundsätzliche Idee, dass die interprofessionelle Ausbildung als Vorbereitung



auf eine kollaborative Praxis dient, die sich an den lokalen Gesundheitsbedürfnissen und eben-  
solchen -systemen orientiert und auf diese reagiert (vgl. Abb. 5-6). Der WHO-Rahmen (vgl.  
WHO, 2010, S. 18) hebt sowohl Mechanismen für den Erfolg im Ausbildungskontext hervor als  
auch Förderfaktoren für eine kollaborative Praxis wie z. B. institutionelle Unterstützung, Ar-  
beitskultur und Umweltelemente und adressiert gleichermaßen politische Entscheidungsträ-  
ger, Gesundheitspersonal, Führungskräfte und Gemeindemitglieder in aller Welt (ebd., S.29).  
Ebenso werden Schritte aufgezeigt, die auf nationaler Ebene synergetische Effekte für die Ge-  
sundheitsberufe und -systeme erzeugen und eine stärker integrierte Personalplanung und -po-  
litik im Gesundheitswesen vorantreiben könnten (ebd., S.38).

Als weiterer Fall, der in seiner Darstellung auf die Interdependenz zwischen Kompetenzzent-  
wicklung in der Ausbildung von Gesundheitsberufen für die kollaborative Anwendung und An-  
forderungen der Praxis hinweist, wurde das nachfolgende Konstrukt aufgenommen.

*Datenfall 6: Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice: An Evolving Framework (D'Amour & Oandasan, 2005)*

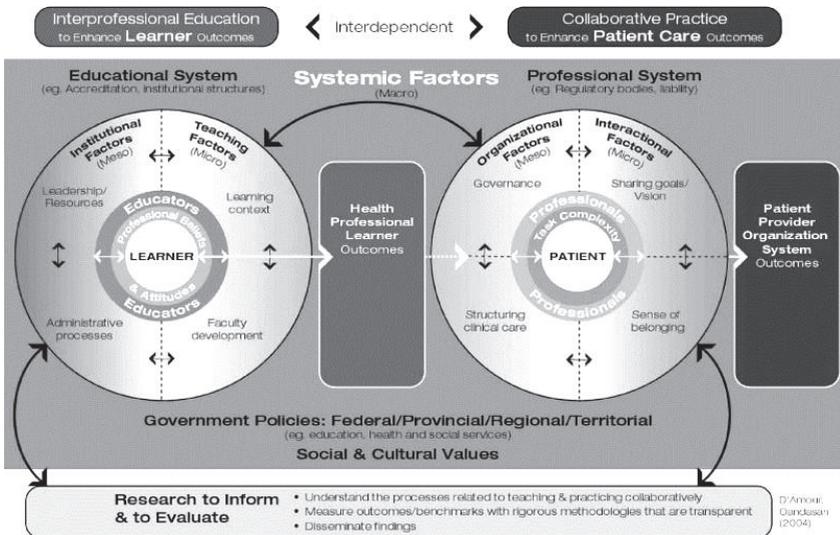


Abbildung 5-7: Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice: An Evolving Framework

Quelle: Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept, D'Amour & Oandasan, 2005, S.11. Abgerufen von <https://ipls.dk/pdf-filer/Interprofessionalityasthefieldofinterprofessionalpracticeandin-terprofessionaleducation.pdf>



Das Modell von D'Amour und Oandasan (2005, S. 11) ist Gegenstand des Fachartikels „Inter-professionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept“, der 2005 im Journal of Interprofessional Care erschien. Als professionellen Hintergrund geben die Autorinnen die Faculty of Nursing an der University Montreal in Kanada, das FERASI Centre (Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers, eine im Jahr 2001 gegründete interuniversitäre und interdisziplinäre Partnerschaft von vier Universitäten (Université de Montréal, Université Laval, McGill University und Université de Sherbrooke) zur Förderung der Pflegeverwaltungsforschung) und die Abteilung für Familien- und Gemeindefeldmedizin an der Universität von Toronto an. Ihr Anliegen ist es, Interprofessionalität in Abgrenzung zu Interdisziplinarität als Konzept darzustellen und darin die Entwicklung einer kohärenten Praxis zwischen verschiedenen Fachleuten aus derselben oder verschiedenen Organisationen sowie einflussnehmende Faktoren herauszuarbeiten. Darüber hinaus offerieren sie auf der Grundlage der für Health Canada durchgeführten Forschungsarbeiten das Framework „Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice“ (*IECPCP*) (D'Amour & Oandasan, 2005, S.10). Die dazugehörige detaillierte Grafik (ebd., S.11) visualisiert die Prozesse und Determinanten, die interprofessionelle Bildungsinitiativen beeinflussen, sowie diejenigen, die der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Blick auf Patient\*innenbedürfnisse und eine gemeindenahe Versorgung innewohnen.

Während sich auf der Grundlage der bis zu diesem Zeitpunkt analysierten Datenfälle kompetenzkonstituierende und -bedingende Aspekte zunehmend verdichten ließen, blieben Fragen hinsichtlich kompetenzbildender Ansichten offen. Um diesen nachzugehen, war die Samplestrategie *Bezugsrahmen* aus der Materialsammlung, die aus dem Kontext Ausbildungen stammen und/oder den Kompetenzaufbau visuell präsentierten, und damit ein weiteres Framework einzubinden.



*Datenfall 7: Interprofessional Learning Pathway Competency Framework (Health Sciences Education and Research Commons (HSERC), University of Alberta, 2019)*

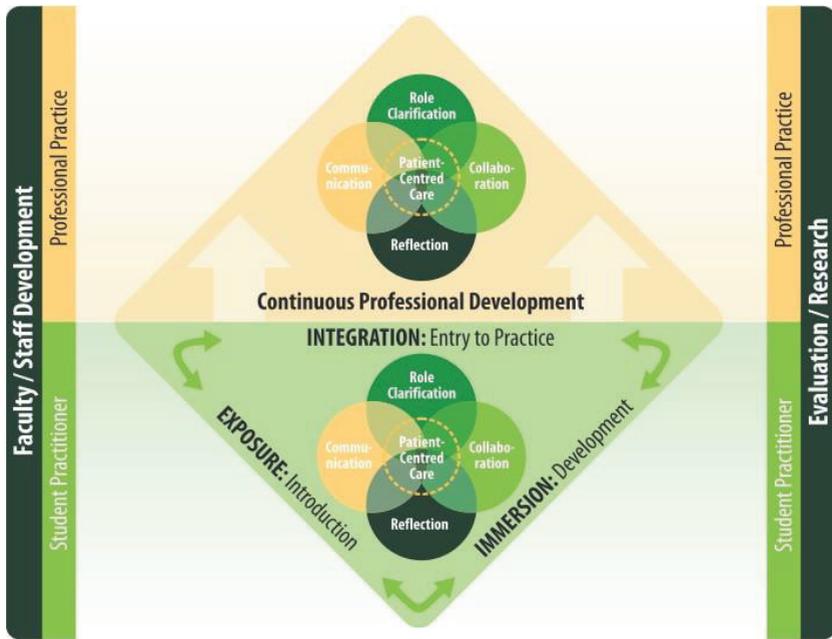


Abbildung 5-8: Interprofessional Learning Pathway Competency Framework  
Quelle: Health Sciences Education and Research Commons (HSERC), University of Alberta, 2019, S.2.  
Abgerufen von <https://www.ualberta.ca/health-sciences-education-research/media-library/documents/education/hserc-interprofessional-learning-pathway-competency-framework.pdf>

Das „Interprofessional Learning Pathway Competency Framework“ (Health Sciences Education and Research Commons (HSERC), University of Alberta, 2019.) wurde an den gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten der University of Alberta entwickelt und durch die Akkreditierungsanforderungen der gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge und die Praxisstandards der Berufsverbände geprägt. Angaben des Begleitdokuments zum Framework zufolge wurden vierzehn Ordnungsmittel aus den Bereichen (Zahn-)Medizin, Pflege, Therapie, Medizintechnik und Rettungswesen berücksichtigt. Die Festlegung von vier zentralen Kernkompetenzen – Kommunikation, Zusammenarbeit, Rollenklärung und Reflexion – erfolgte im Dialog mit den Berufsverbänden, anderen Universitäten in Kanada und der Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (HSERC, 2019, S.1). Entsprechend der gewählten Bezeichnung des Frameworks



soll der Ordnungsrahmen ermöglichen, den Weg eines jeden Studierenden hinsichtlich interprofessioneller Lernerfahrungen nachzuzeichnen und Entwicklungsfortschritte einzuschätzen. Zwecks Kompetenzbewertung wird ein Erfahrungskontinuum mit den Dimensionen Exposition, Immersion und Integration vorgelegt. Ergänzend zur Grafik werden im Anhang zu jeder Kernkompetenz sechs bis neun Indikatoren für das jeweilige Erfahrungslevel der drei Dimensionen zusammengestellt. Zudem ist ein Glossar zentraler Begriffe aus der interprofessionellen Praxis beigefügt. Dieses Framework ist eine Ergänzung zum „Interprofessional Learning Pathway“, dem Lehrplanmodell an der University of Alberta (vgl. <http://uab.ca/hserc>). Der Pathway zeigt Umsetzungsstrategien über die gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge hinweg, um Studierenden Lernerfahrungen in verschiedenen Studienabschnitten zu gewähren. Seitens der Fakultät soll ein Kompetenzerwerb sichergestellt werden, indem interprofessionelle Lernerfahrungen ermöglicht werden, die auf eine effektive Zusammenarbeit in Gesundheitsteams vorbereiten.

Mit diesem Framework wurde in der Analyse ein hochschulspezifischer Vorschlag im US-amerikanischen Kontext berücksichtigt. Um Eigenschaften von Kategorien gemäß kompetenzbildender Faktoren mit kontrastierenden Fällen ausleuchten zu können, wurde ein Datenfall mit einem hochschulübergreifenden europäischen Vorschlag in das Sample integriert.



*Datenfall 8: The EIPEN key competences for interprofessional practice in health and social care – version 2.1 (European Interprofessional Practice and Education Network (EIPEN), 2021)*

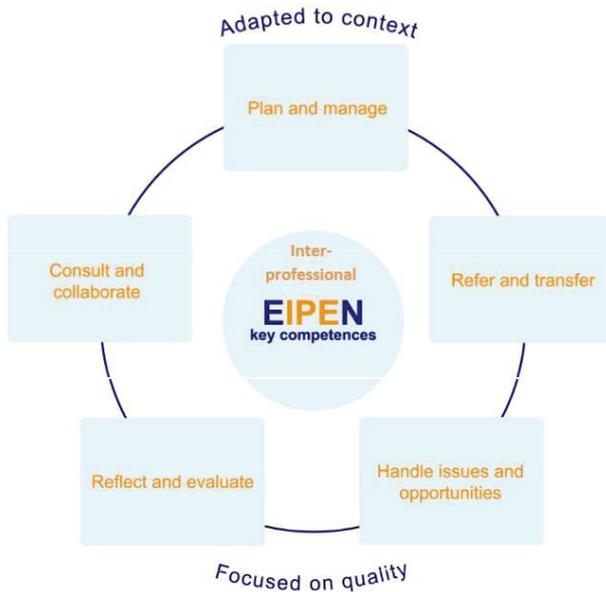


Abbildung 5-9: The EIPEN Key Competences for Interprofessional Practice in Health and Social Care  
Quelle: European Interprofessional Practice & Education Network (EIPEN), 2021, o.S. Abgerufen von [https://irp.cdn\\_website.com/f8ad3504/files/uploaded/EIPEN%20Key%20competences%2021%20info%20brochure%20ENG.pdf](https://irp.cdn_website.com/f8ad3504/files/uploaded/EIPEN%20Key%20competences%2021%20info%20brochure%20ENG.pdf)

Der Kompetenzrahmen „The EIPEN Key Competences for Interprofessional Practice in Health and Social Care“ – Version 2.1 (2021, vgl. [www.eipen.eu](http://www.eipen.eu)) vom Europäischen Netzwerk für interprofessionelle Praxis und Bildung (European Interprofessional Practice & Education Network (EIPEN)) wurde, basierend auf den Ergebnissen eines EU-Forschungsprojekts mit zwanzig involvierten Hochschuleinrichtungen, als Erstfassung 2009 in dem Buch „Exploring Quality Assurance of Interprofessional Education“ (Vyt, 2009) veröffentlicht. Nach einer Validierung der Kernkompetenzen im Jahr 2017 auf der EIPEN-Konferenz in Lausanne von mehr als 30 Expert\*innen aus fünf europäischen Ländern zielten die anschließenden Bemühungen auf die Konsensfindung hinsichtlich klarer Definitionen und Verhaltensindikatoren in Zusammenarbeit mit den beteiligten Institutionen und Delegierten der assoziierten Partnernetzwerke ENPHE (European Network of Physiotherapy in Higher Education) (vgl. <https://www.enphe.org>) und COHEHRE (Consortium of Institutes of Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe)



(vgl. <https://www.coehere.com>). Die breite Streuung und netzwerkübergreifende Arbeit werden als relevant für die weitere Entwicklung und Verbreitung der Schlüsselkompetenzen in Hoch- schuleinrichtungen in ganz Europa eingeschätzt. Als Quellen der Expertise und Inspiration wer- den ein in Gent entwickeltes interprofessionelles Lernmodul , die Anwendungserfahrungen mit dem Lehrrahmen „The Zuyd Interprofessional Building Blocks“ (vgl. Zuyd University of Applied Sciences, 2016), Intensivierungsprozesse an den medizinischen Fakultäten bspw. in Nijmegen und Maastricht, Fachkenntnisse zu Kompetenz-Assessments auf Basis des CanMEDS-Modells in Antwerpen, ein internationaler Workshop der Careum Stiftung und daraus resultierende Posi- tionspapiere für den deutsch- und französischsprachigen Raum genannt (vgl. EIPEN, 2021, S.1).

Nachdem 2019 und 2020 der Entwurf in einem zweischrittigen Validierungsprozess unter Be- teiligung aller institutionellen EIPEN-Mitglieder durchgeführt worden war, startete 2021 die Validation durch die europäischen Zusammenschlüsse der Berufsverbände, die Verbände von Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie die Erprobung in der Aus- und Weiterbildung durch Bildungseinrichtungen und Ausbildungszentren in ganz Europa. Der Kompetenzrahmen liegt in fünf Sprachen vor: Niederländisch, Französisch, Deutsch, Spanisch und Englisch. Das zentrale Modell mit fünf Schlüsselbereichen der interprofessionellen Zusammenarbeit, eingebettet in den Kontext und die Ziele dieser Zusammenarbeit, wird um einen Assessment-Bogen ergänzt. Dieser enthält 30 operationalisierte Verhaltensweisen, die auf einer Fünf-Punkte-Skala bewer- tet werden können. Diese Gradmesser verteilen sich auf die Kontexte Praxis und Qualitätsma- nagement mit folgenden Kernaktivitäten/Bereichen: „Consult and collaborate interprofessio- nally, Plan and manage interprofessionally, Refer and transfer interprofessionally, Handle issues and opportunities interprofessionally und Reflect and evaluate interprofessionally“ (EIPEN, 2021, S. 7).

Bei den drei letztgenannten Bezugsrahmen wurden Bildungsprozess und Inhalt explizit und de- tailliert für den Bereich interprofessionelle Kompetenz beschrieben. Ändert sich etwas, wenn interprofessionelle Kompetenz als integratives Element und nicht exklusiv beschrieben wird? Werden Bezüge zu anderen Kompetenzbereichen hergestellt und in welcher Gewichtung ste- hen verschiedene Kompetenzbereiche zueinander?

Für den deutschsprachigen Raum liegen Kompetenzsets hinsichtlich interprofessioneller Zu- sammenarbeit vor, allerdings gibt es in Österreich, Deutschland und der Schweiz keinen natio- nalen Kompetenzrahmen oder ein konsentiertes -modell. Da in den vorliegenden Datenfällen



(s. Kapitel 5.1.3), interprofessionelle Kompetenzen in deutschen Ordnungsmitteln) ebenfalls keine Abbildungen oder Modelle existieren, sondern lediglich Darstellungen der Berufsprofile oder von Ausbildungsdomänen, wurde primär auf Textpassagen zurückgegriffen. Im Sinne einer Handhabbarkeit wurden relevante Passagen aus den z. T. sehr umfangreichen Dokumenten kopiert und tabellarisch aufgelistet. Von den optionalen Fällen, die sich auf den deutschsprachigen Bereich beziehen, gingen zwei in das tatsächliche Sample als Kernfälle ein. Somit lagen kontrastive Datenfälle für die komparative Analyse vor, in denen interprofessionelle Kompetenzen zwar als wichtig erachtet und normativ vorgesehen sind, jedoch als Teilbereich in berufsspezifischen Ordnungsmitteln subsumiert werden.

*Datenfall 9: Ergebnisse der Studie „Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate“ im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) in der Schweiz (vgl. Huber et al., 2019)*

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) in der Schweiz wurde zwischen November 2017 bis Dezember 2019 das Forschungsprojekt „Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate“ an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) durchgeführt (vgl. Huber, et al., 2019). Verbunden mit dem Ziel, zunächst zu definieren, welche Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit besonders relevant sind, wurden mithilfe einer systematischen Literaturrecherche Kompetenzlisten zusammengestellt. In einem nächsten Schritt wurden infrage kommende Unterrichtsformate definiert. Zudem wurde eine hierarchische Ordnung vorgenommen, der zufolge drei Kompetenzen im Ranking nach Wichtigkeit die obersten Plätze eingenommen haben: 1. Umsetzung professioneller Verhaltensweisen und zentraler Werte, 2. respektvoller, toleranter Umgang mit eigenen und fremden Meinungen, Rollenvorstellungen und -zuschreibungen, 3. aktiver Einbezug von Patient\*innen, Klient\*innen und Angehörigen über den gesamten Behandlungsprozess (vgl. Huber et al., 2019, S.9).



*Datenfall 10: Berufsübergreifend Denken– Interprofessionell Handeln. Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten. Nationales Mustercurriculum zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation (vgl. IMPP, 2019)*

Kompetenzen/Teilkompetenzen/Lernziele	Anwendungsbeispiele
1. Werte und Ethik für interprofessionelle Praxis Die Absolventin/der Absolvent arbeitet mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen auf der Grundlage gegenseitigen Respekts und gemeinsamer Werte zusammen.	
1.1 Sie richten ihr Handeln in der interprofessionellen Gesundheitsversorgung an den individuellen Patienteninteressen und ihrem Umfeld aus. Sie können...  ethische Dilemmata in einer interprofessionellen Versorgungssituation erkennen und benennen sowie Lösungsmöglichkeiten im Team, auch mit der zu versorgenden Person und weiteren Bezugspersonen, entwickeln.	Kindeswohlgefährdung Lebensverlängernde Maßnahmen Anwendung von Zwang  (z. B. Psychiatrie, Ernährung)
1.2 Sie berücksichtigen die Diversität der einzelnen Mitglieder im Team und der behandelten Personen und pflegen den werteorientierten Umgang miteinander. Sie können...  im interprofessionellen Team soziokulturelle Eigenheiten und individuelle Neigungen der Teammitglieder erkennen und ihre möglichen Auswirkungen auf das angestrebte Behandlungsziel berücksichtigen.	Umgang mit religiösen Besonderheiten (Fasten)

Abbildung 5-10: Auszug aus dem Entwurf interprofessioneller Lernziele

Quelle: Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), 2019, S.31.)

Abgerufen von

[https://www.impp.de/files/PDF/RBS\\_Berichte/Berufsübergreifend Denken Interprofessionell Handeln.pdf](https://www.impp.de/files/PDF/RBS_Berichte/Berufsübergreifend%20Denken%20Interprofessionell%20Handeln.pdf)

Mit dem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt „Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln“ (vgl. IMPP, 2019) wurde ein nationales Mustercurriculum zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation vorgelegt. Die Empfehlungen – so benennt es der Untertitel – werden für die Lehre an medizinischen Fakultäten verabschiedet. Unter Mitwirkung von Ärzt\*innen verschiedener Fachrichtungen, Medizinstudierenden, Pflegewissenschaftler\*innen, Physiotherapeut\*innen, Ergotherapeut\*innen und Logopäd\*innen wurden interprofessionelle Lernziele formuliert. Zur Orientierung dienten vier zentrale interprofessionelle Kompetenzbereiche entsprechend dem Rahmenpapier „Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ (vgl. <https://www.who.int>): Werte und Ethik im interprofessionellen Team, interprofessionelle Kommunikation, Rollen und Verantwortlichkeiten und interprofessionelle Zusammenarbeit. Im Kreis der Weiterentwicklung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (vgl. Medizinischer Fakultätentag (MFT), 2015, 2021; vgl. <https://nk1m.de>) wurden die interprofessionellen Lernziele in den Katalog aufgenommen. Um die Brauchbarkeit dieser und anderer Kategorien zu überprüfen und ferner grundlegende



Eigenschaften von anderen Kategorien zu generieren, wurde mit dem Framework vom Sunnybrook Health Science Center (SHSC) (SHSC, 2021, S.2) ein Beispiel aus dem Forschungs- und Unternehmenskontext als kontrastierender Fall in das Sample eingebunden.

*Datenfall 11: Interprofessional Collaboration Framework & Strategy (Sunnybrook Health Science Center (SHSC) 2021)*



Abbildung 5 10: The Sunnybrook framework of the core competencies for interprofessional team collaboration.

Quelle: Sunnybrook Health Science Centre (SHSC), 2021, S.2. Abgerufen von <https://sunnybrook.ca/uploads/1/welcome/strategy/170630-icp-framework.pdf>

Mit dem „Interprofessional Collaboration Framework“ vom Sunnybrook Health Science Center (SHSC, 2021, S.2; vgl. McLaney, 2022, 114) liegt ein Beispiel aus dem Forschungs- bzw. Unternehmenskontext vor. Sunnybrook ist ein kanadaweit aktives, international anerkanntes akademisches Gesundheitszentrum in Ontario. Zu diesem zählt ein Netzwerk integrierter Standorte und Campus im Großraum Toronto (Greater Toronto Area (GTA)), welche das gesamte Spektrum der Gesundheitsversorgung einschließlich präklinischer Pflege, Akut- und Postakutversorgung sowie wichtiger Spezialdienste für die Provinz abdecken. Kollaboration wird als einer unter fünf Unternehmenswerte im Sunnybrook Strategic Plan 2021–2025 genannt und in ergän-



zenden „Models of Care Collaboration Hub“ (vgl. <https://sunnybrook.ca>) dargelegt. Das Framework zur interprofessionellen Kollaboration umfasst sowohl interprofessionelle Praxis als auch die interprofessionelle professionelle Ausbildung und benennt sechs Kernkompetenzen für die interprofessionelle Teamzusammenarbeit im Sinne einer „strategy for working and learning together for the best possible care“ (SHSC, 2021, o.S.) auf der Basis eines personenzentrierten Ansatzes. Die Bezeichnung *Team* wird sehr breit definiert und berücksichtigt immer all jene, die beteiligt sein müssen: Patient\*innen, ihre Familien sowie Menschen aller Rollen und Berufe (ebd., S.7).

### *Evaluations- und Messinstrumente im Sample*

Um das Bild des bis hierhin analysierten Gegenstands zu verdichten, rückten Kode-Ideen in den Mittelpunkt, die sich auf das Nichtsichtbare der bisherigen Darstellungsformen bezogen. Die dazu gestellten Fragen an das Material waren z. B.: Was hält die Elemente zusammen? Wer kommt in ein interprofessionelles Team, wer bleibt außen vor? Was hält eine interprofessionelle Arbeitskonstellation zusammen, was lässt diese auseinanderfallen? Wer gilt als interprofessionelles Mitglied oder Team? Zu den sich ergebenden Kode-Ideen zählten Kompetenzarchitektur der Personen, Verbindungselemente, Teamkonstellation etc. Einige der daraus entwickelten Kategorien waren allerdings zunächst wenig spezifisch: Beispielsweise enthielt die Kompetenzarchitektur der Person eine Auflistung allgemeiner Eigenschaften und Charakterzüge, die ebenso in anderen Kompetenzzusammenhängen hätte Relevanz besitzen können. Verbunden mit dem Ziel, durch den komparativen Vergleich dieser Dimensionen das Verständnis von Interprofessionelle Kompetenz weiter zu vertiefen, traten Evaluationsinstrumente zur Beurteilung interprofessioneller Lehre als Vergleichsgruppe in den Fokus. Denn diese, so begründbar vor dem theoretischen Hintergrund, dienen dazu, personenbezogene Merkmale, Einstellungen und Verhaltensanker aus subjektiver Sicht zu erheben. Um sich ebendiesen Aspekten forschend zu nähern bzw. diese Kode-Ideen weiter auszudifferenzieren, wurde die nachstehenden drei Assessments in das Sample eingebunden, entsprechend befragt und kodiert: „University of the West of England Interprofessional Questionnaire“ (*UWEIPQ*) (vgl. Pollard et al., 2004, 2005; vgl. German version (UWE-IP-D), Mahler et al., 2017), „Readiness for Interprofessional Learning Scale“ (*RIPLS*) (vgl. Parsell & Bligh, 1999) und die „EIPEN-Checkliste“ (EIPEN, 2021). Damit wurden die einzigen in deutscher Sprache vorliegenden Evaluations- und Messinstrumente aufgenommen.



*Datenfall 12: UWE Interprofessional Questionnaire (Pollard et al., 2004, 2005)*

Der „University of the West of England Interprofessional Questionnaire“ (UWE-IP) (vgl. Pollard et al., 2004, 2005; vgl. <https://www.uwe.ac.uk>) umfasst 35 Items, die den vier Skalen Kommunikation und Teamarbeit, interprofessionelles Lernen, interprofessionelle Interaktion und interprofessionelle Beziehungen zugeordnet sind. Einsetzbar ist dieser für die longitudinale Evaluation von interprofessionellen Lehrveranstaltungen. Seit 2017 liegt eine deutsche Übersetzung vor, die von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg hervorgebracht und pilotiert wurde (vgl. Mahler, et al., 2017, S.106 ff.).

*Datenfall 13: Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) (Parsell & Bligh, 1999)*

Die „Readiness for Interprofessional Learning Scale“ (RIPLS) (vgl. Parsell & Bligh, 1999; vgl. McFadyen, 2005) wurde entwickelt, um die Einstellung der Studierenden gegenüber der interprofessionellen Ausbildung/zu interprofessionellem Lernen zu erfassen. Zu den identifizierten Subskalen Teamarbeit und Zusammenarbeit, negative berufliche Identität, positive berufliche Identität und Rollen und Verantwortlichkeiten sortieren sich 19 Items (McFadyen, 2005, S.596). Mehrere Übersetzungen des RIPLS und dessen Einsatz in Studien im Bildungskontext können belegt werden. In den beiden vorliegenden deutschen Fassungen -Heidelberger Version und Hallenser Version - zeigen sich Einschränkungen bei der internen Konsistenz (Luderer et al., 2017, S.14 f.). Beide Fassungen sind nur bedingt für die Erfassung der Einstellung zum interprofessionellen Lernen geeignet. Die derzeitigen Versionen können als Ansatz zur Entwicklung eines geeigneteren Instrumentes betrachtet werden (a.a.O.).

Auch wenn der RIPLS-D hinsichtlich einzelner psychometrischer Dimensionen von den Studien- und Übersetzungsautoren (Mahler et al., 2015, S.290) nicht empfohlen werden kann, waren die inhaltlichen Dimensionen als qualitative Daten von Interesse. Insbesondere der Hinweis, exakter zwischen Verhaltensbereitschaft oder -intention und Einstellung zum interprofessionellen Lernen zu differenzieren (vgl. Luderer et al., 2017, S.16), führte zu Fragen wie: Gibt es Phasen mit unterschiedlichen Ausprägungen? Wenn ja, welche und was könnte diese kennzeichnen?



Datenfall 14: EIPEN- Assessment sheet (EIPEN, 2021)

 <b>Assessment sheet</b>						
Behavioural indicators of key competences for interprofessional practice Part 1		Not present or not acquired	Partially present or acquired	Present or acquired to a minimal degree	Clearly and largely present or acquired	Fully acquired and present
CONSULT & COLLABORATE	1	Initiate and use a <b>common language and understanding</b> , as a basis in the process of collaboration	○	○	○	○
	2	Develop, implement and improve a <b>common knowledge basis and a common framework</b> for collaboration where it is inadequate or not existing	○	○	○	○
	3	<b>Act supportively</b> towards other professionals as partners, to establish constructive mutual working relationships	○	○	○	○

Abbildung: 5-11: Ausschnitt - EIPEN Assessment sheet

Quelle: EIPEN, 2021, o.S. Abgerufen von <https://www.eipen.eu/key-competences>

Mit der „EIPEN-Checkliste“ (EIPEN, 2021; vgl. <https://www.eipen.eu>) liegt ein Vorschlag des European Interprofessional Practice & Education Network vor. Die Checkliste wurde in Ergänzung zum Modell der EIPEN Key Competences for Interprofessional Practice in Health and Social Care – Version 2.1 (EIPEN, 2021) erstellt. Zu den fünf Competence Areas werden hier zugrundeliegende Komponenten akzentuiert, indem Verhaltensindikatoren einer Kompetenz aufgelistet werden. In den Bereichen *Consult and collaborate interprofessionally* und *Plan and manage interprofessionally* werden jeweils acht Items zur Selbsteinschätzung dargelegt, bei *Refer and transfer interprofessionally* sechs und bei *Handle Issues and Opportunities interprofessionally* sowie *Reflect and evaluate interprofessionally* jeweils vier (ebd., S.8 ff). Die Bewertung der Indikatoren erfolgt anhand einer fünfstufigen Skala mit folgender Einteilung: nicht vorhanden oder nicht erworben, teilweise vorhanden oder erworben, in geringem Maße vorhanden oder erworben, eindeutig und weitgehend vorhanden oder erworben, vollständig erworben und vorhanden. Der Einsatz der Checkliste soll Lernende unterstützen, einen Überblick über die wesentlichen Fähigkeiten und zu erreichenden Ziele zu bekommen *Reflect and evaluate interprofessionally* wird als entscheidende Lernkompetenz hervorgehoben und zusätzlich angemerkt, dass dieser Bereich in anderen Modellen oft vernachlässigt werde (vgl. EIPEN, 2021, S.6).



## Veränderte Suchbewegung im Kodierprozess und Konsequenzen für die komparative Analyse

Im Laufe der Untersuchung wurde durch das theoretische Sampling das Forschungsinteresse zunehmend auf die Prozessgestalt und Bedingungen interprofessionellen Handelns gelenkt. Damit ging die Erkenntnis einher, dass die stark auf individuelle oder teamgebundene Kompetenzbedingungen und -zuschnitte eingestellte Sicht die Handlungswirklichkeit, wie sie als Ideal- oder Ist-Zustand in den Repräsentationen der Kompetenzdarstellungen kommuniziert wird, nicht wiedergibt. Deshalb rückte ins Zentrum, um was für ein Handeln es geht, das mit interprofessioneller Kompetenz verknüpft wird, und wie sich interprofessionelle Kompetenz auf der Performanzebene realisiert oder offenbart. Mit Stärkung der Handlungsperspektive wurden die vorliegenden Datenfälle auf eine neue Abstraktionsebene gehoben. Die Bezugsrahmen wurden nicht mehr nur hinsichtlich der Oberflächengestaltung, also im Licht der Darstellungskomponenten und deren -formen, betrachtet. Mit Einnahme dieses Blickwinkels repräsentieren die Bezüge das mit interprofessioneller Kompetenz assoziierte Handeln in verschiedenen sozialen Welten. Manche Orientierungsrahmen verweisen auf das Handeln in der Berufswelt, der Ausbildung oder aber im gesamtgesellschaftlichen Kontext. Darüber hinaus stehen einige Bezugsrahmen für ein generelles Handeln in variierenden sozialen Welten. In dieser Analyseperspektive wurden die bereits im Sample einbegriffenen Umstände erneut analysiert, Abstufungen zentraler Kategorien formuliert und der Analyserahmen gefestigt (-> Kodierparadigma). In Übereinstimmung mit dessen Entwicklung ging es im nächsten Schritt darum, die Differenzen zwischen den Fällen respektive Bezugsrahmen zu maximieren und damit (innerhalb der Daten) theoretische Eigenschaften der Kategorien des Analyserahmens zu generieren (vgl. Glaser & Strauss, 2010, S. 116 ff.). Tabelle 5.5 zeigt, welche Fälle als Repräsentation verschiedener Welten als Kernfälle in die Analyse eingegangen sind.

Wie aus der nachstehenden Tabelle 5.5 zu ersehen ist, werden die Kerndatenfälle unter den laufenden Nummern 1 bis 14 aufgeführt. In den folgenden Kapiteln wird auf diese Nummerierung Bezug genommen und die Kennung Datenfall 1, Datenfall 2 usw. anstelle der Datenquelle übernommen. Im Verlauf der Theoretical Sampling und der parallel vollzogenen Analyse der Datenfälle wurden verschiedenen Bildschichten (s. Kapitel 4.3.3) sowie Inhalte der textuellen Begleitdokumente berücksichtigt. Dabei war zu erkennen, dass sich die Dokumente auf der äußeren Betrachtungsebene darin unterscheiden, ob visuelle Repräsentationen zur Veranschaulichung eingesetzt werden, welche Akteursebene mit der Darstellung angesprochen wird und inwieweit bei der Erstellung der Rahmenwerke auf bereits bestehende Werke zurückgegriffen



wurde oder weitere Personen, wie z.B. Stakeholder, Expert\*innen involviert waren. Um einen Überblick zu der Verteilung dieser Merkmale auf die Datenfälle zu geben, bildet Tabelle 5.5 diese Phänomene ab, deren grundlegenden Aspekte noch weiterverfolgt und vertieft wurden.



Tabelle 5-5: Überblick über das Sample

Nr.	Kerndatenfälle	Bezugnahme auf bestehende Rahmenwerke	Hinzunahme von Expert*innen, Praktiker*innen	Akteursebene Lernende (L) Lehrende (Le) Bildungs-u/o-Praxisgestaltung (B) (P)	Bestandteile Bildelement (Bi) Text (T) Bild- und Textelemente (BT)
1	A National Interprofessional Competency Framework (Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), 2010).	✓	✓	(L), (Le), (B) (P)	(BT)
2	Curtin University's Interprofessional Capability Framework (Curtin University, 2011; Brewer & Jones, 2011).	✓	✓	(L), (Le), (B)	(BT)
3	Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (Interprofessional Education Collaborative (IPEC), 2016).	✓	✓	(L), (Le), (B), (P)	(BT)
4	Lancet Report: Health professionals for a new Century: Transforming Education to strengthen Health Systems in an Interdependent World (Frenk et al., 2010).		✓	(B), (P)	(BT)
5	Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice (WHO, 2010).		✓	(B), (P)	(BT)
6	Interprofessional Education for Collaborative Patient-centered Practice: An Evolving Framework (D'Amour & Qandasan, 2005).	✓	✓	(B), (P)	(BT)
7	Interprofessional Learning Pathway Competency Framework (Health Sciences Education and Research Commons (HSERC), University of Alberta, 2019).	✓	✓	(L), (Le), (B)	(BT)
8	EIPEN Key Competences for Interprofessional Practice in Health and Social Care – Version 2.1 (European Interprofessional Practice and Education Network (EIPEN), 2021).	✓	✓	(B), (P)	(BT)
9	Forschungsprojekt- Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Huber et al., 2019)	✓	✓	(Le), (B)	(T)



10	Berufsübergreifend Denken– Interprofessionell Handeln. Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten (IMPP, 2019).	✓	✓	(L), (Le), (B)	(T)
11	Interprofessional Collaboration Framework & Strategy (Sunnybrook Health Science Center (SHSC), 2021).		✓	(P)	(BT)
12	University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWE-IP) (Pollard et al., 2004, 2005).			(L)	(T)
13	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) (Parsell & Bligh, 1999).			(L)	(T)
14	EIPEN- Assessment sheet (EIPEN, 2021).		✓	(L), (Le)	(T)
<b>Ergänzende Datenfälle</b>					
15	Zuyd interprofessional education building blocks (Faculty working group Interprofessional Education (IPE), Zuyd Hogeschool, 2016)	✓	✓	(L), (Le)	(BT)
16	UofT Framework for the Development of Interprofessional Education Values and Core Competencies (Centre for Advancing Collaborative Healthcare & Education (CACHE), 2008)		✓	(L), (Le)	(BT)
17	Interprofessional Collaboration Developmental Framework. University of California, San Francisco (UCSF). (Program for Interprofessional Practice and Education (PIPE), UCSF, 2011)		✓	(L), (Le), (B)	(BT)
18	Interprofessional Capability Framework (Combined Universities Interprofessional Collaboration Unit (CUILU), The University of Sheffield, 2006)	✓	✓	(L), (Le), (B)	(T)



### 5.1.4 Kodierprozess und Generierung zentraler Kategorien

Die Datenbasis der vorliegenden Untersuchung bilden „nichtreaktive Daten“ (Breuer et al., S. 164) zum Themenfeld interprofessionelle Kompetenz (s. Kapitel 2.3.1). Sie wurden nicht forschungsseitig produziert, sondern von Akteur\*innen bzw. Agierendengruppen im Bereich Bildung, Politik oder Forschung gefertigt. Die Dokumente liegen qua ihrer Ausgestaltung als reines Bilddokument, visuell-textuelle Darstellung oder Text mit integrierten Abbildungen vor. An diese Form wurden die Modalitäten der Datenaufbereitung angepasst. Anstelle eines Gesprächstranskripts und einer Aufschlüsselung der Daten ausschließlich entlang der semantischen Textstruktur – obligat bei der Datenerhebung mittels Interviews – tritt ein spezifisches, an visuell-textuelle Datenmaterialien angepasstes Verfahren (s. Kapitel 3.3). Aufgrund seiner methodologischen Kohärenz mit der GTM wurde der Ansatz des Multislice Imaginings (vgl. Konecki, 2019) gewählt, um die einzelnen Schichten des visuell-textuellen Bilddokuments zu beleuchten und zu dechiffrieren. Durch die Kontextualisierung, Inventarisierung und Segmentierung der Primärmaterialien des Datentypus wird dieser für das Auswertungs- und Kodierverfahren zugänglich gemacht.

Das Auswertungsverfahren umfasst mehrere Kodierschritte.

„Kodieren heißt systematisiertes Nachdenken über die gesammelten Daten [...], Entwickeln und Abwägen von Lesearten mit dem Ziel, theoretische Konzepte/Begriffe (*Kodes, Kategorien*) herauszudestillieren. In diesem Arbeitsschritt *emergieren* die Konzepte, wie es in früheren Lehrbuchdarstellungen häufig heißt. Sie tun dies allerdings nicht selbstständig, vielmehr erst aufgrund der beharrlichen gedanklichen Analyseanstrengung der Forschenden“ (Breuer et al., 2019, S. 137).

Wie bereits in der Methodenbeschreibung in Kapitel 3.2 dargelegt, war bei der vorliegenden Analysemethode der für die Grounded Theory charakteristische Dreischritt des Kodier-Prozesses, mit dem, „[...] die Figur des hermeneutischen Erkenntniszirkels methodisch-handwerklich konkretisiert“ (edb., S. 287) werde, Grundlage. Dieser Modus in der traditionellen GTM (vgl. Strauss, 1998 sowie Strauss & Corbin, 1996) folge den Verfahrensschritten offenes, axiales und selektives Kodieren (vgl. auch Böhm, 2016, S. 477). Ergänzende Aspekte böte die konstruktivistische GTM nach Charmaz, bei der nur eine Unterteilung zwischen „initial coding“ und „focused coding“ (Charmaz, 2014, S. 113) vorliege. Die aktuelle Auswertung folgte der traditionellen Schrittfolge. Allerdings wurde die ergänzende, von Charmaz (2014)<sup>9</sup> pointierte Strategie eingesetzt, beim Kodieren auf Infinitivformen zu achten. Diese Taktik erwies sich im Auswertungsprozess als sehr hilfreich, um die Fokussierung auf die Handlungsperspektive beizubehalten und

---

<sup>9</sup> ursprünglich von Glaser vorgeschlagen



Begriffen sowie Konzepten einen dynamischeren Charakter zu verleihen. Mit Charmaz formuliert: „We gain a string sense of action and sequence with gerunds“ (2014, S. 214). Den Kodiermodi sei die Suche nach Indikatoren für das relevante Phänomen gemein, zunächst mit vorläufigem Charakter, dann differenzierter, zahlreicher und abstrakter, bis sie schließlich in Kategorien überführt und als solche ausdifferenziert würden (vgl. Strübing, 2016, S. 477). Die einzelnen Verfahrensschritte seien weder „als gegeneinander distinkt, noch als in einer festen Sequenzialität aufeinander folgend zu verstehen“ (Flick, 2007, S.387, zit. n. Strübing, 2016, S. 16). In der Durchführung bestätige sich die Sinnhaftigkeit der „zeitliche[n] Parallelität“ (ebd., S. 11, Herv. i. O.) und der Pendelbewegung, die sich eben darin zeige, „aus Phasen des Axialen oder des Selektiven Kodierens wieder zurückzukehren zur Phase des Offenen Kodierens oder auch – nach dem Prinzip des Theoretical Sampling – neue Schritte der Datenerhebung zu unternehmen [...]“ (a. a. O.).

#### Offenes Kodieren

Beim *offenen Kodieren* würden zunächst einzelne kleine Datenelemente, dann größere Segmente analytisch aufgeschlüsselt, gründlich untersucht und sukzessive aus Kode-Ideen Konzepte entwickelt (vgl. Strübing, 2018, S. 42). Zentral sei die Suche nach „ersten Ideen zur begrifflich-abstrakten Darstellung von Phänomenen/Daten“ (Breuer et al., 2019, S. 137). Dazu würden theoriegenerierende, auf eine höhere Abstraktionsebene als eine reine Paraphrasierung zielende Fragen an das Material und die vorliegenden Phänomene gestellt, deren Antworten als Memos notiert würden. Es handle sich um sogenannte W-Fragen nach dem Wer, Wann, Wo, Was, Wie, Wieviel und Warum (vgl. Böhm et al., 2008, S. 33 und vgl. Corbin & Strauss, 2015, S. 90 ff.). Neben diesen „generativen Fragen“ (Strübing, 2018, S. 42) würden Vergleiche angestellt. Erweisen sich in diesen Arbeitsschritten Kodes als „theoretisch aussichtsreich“ (Breuer, 2019, S. 74), würden vorläufige Kodiervorschläge zu Konzepten transferiert. Infolge des offenen Kodierens liegen Listen von Kode-Ideen und untereinander noch unverbundenen Konzepten vor sowie eine beträchtliche Menge an Interpretationstext (-> Memos), weswegen dies als expandierendes Verfahren titulierte werde (vgl. Böhm, 2016, S. 479). Diese erste Auswertungsphase bei der vorliegenden Untersuchung war primär einzelfall-analytisch orientiert. Während die Gesamtgestalt des jeweiligen Bezugsrahmens sukzessiv erfasst wurde, konnten fallbezogene Merkmale interprofessioneller Kompetenz entdeckt und durch Kodierungen festgehalten werden. Das Ergebnis dieses Betrachtungsstadiums mit der Absicht, Datenfälle aufzubrechen, war eine Fülle ungeordneter Kode-Ideen und Konzepte, die es zu ordnen galt.



Als Ordnungsinstrument und zur systematischen Veranschaulichung der Kode-Ideen und Konzepte wurde auf die Mapping-Technik von Adele Clarke (2005/2012, ausführlich beschrieben in Breuer et al., 2019, S. 201) zurückgegriffen. Mit diesem Vorschlag zur systematischen Nutzung der Arbeit an und mit Diagrammen entwickelte Clarke auf der methodisch-instrumentellen Ebene den Grounded-Theory-Grundgedanken weiter. „Die Technik besitzt eine heuristische Funktion zur Aufschlüsselung der Komplexität und Vielfalt eines sozialen Feldes“ und fordere dazu auf, „bei der Dateninspektion gezielt nach fundamentalen Situationselementen zu suchen, diese zu benennen und ihre Wirkmechanismen zu entschlüsseln“ (Breuer et al., 2019, S. 203). Die Technik könne zu unterschiedlichen Phasen des Auswertungsprozesses eingesetzt werden, ohne Pflicht auf Vollständigkeit, sondern mit Bedacht des Werkzeug- und Anregungscharakters der entstehenden Maps (a. a. O.). Differenziert würden „Situations-Maps“, „Maps von sozialen Welten/Arenen“ und „Positions-Maps“ (a. a. O.). Mit Blick auf den Untersuchungsgegenstand interprofessionelle Kompetenz wurde mit der Situations-Map gearbeitet und dazu „[a]lle (in den Daten aufscheinenden) menschlichen und nichtmenschlichen Akteure/Aktanten, Bedingungen und Umstände eines untersuchten Settings“ (a. a. O.) in diese eingetragen.

Tabelle 5-6: Situations-Map – Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung

Situations-Map: Interprofessionelle Gesundheitsversorgung	
individuelle menschliche Elemente/Beteiligte Rezipient*innen/Patient*innen Angehörige/Familien Lernende/Lehrende Praktiker*innen/Gesundheitsfachpersonal (Physician, Nurse, Pharmacist, Social Worker, Health Care/Service Provider, Medical Expert) Praxisanleiter*innen Forscher*innen Führungskräfte/Manager*innen Expert*innen Health Advocate Teamplayer Communicator Stakeholder Evaluationsbeauftragte Betreiber*innen von Krankenhäusern Betreiber*innen von Schulen und Universitäten	nichtmenschliche Elemente/Aktant*innen Gesundheit/Krankheit Qualität und Sicherheit Risikomanagement Health Needs (Gesundheitsanliegen) Gesundheitsversorgung/Care/Service Lernmodule Health Literacy Entscheidungen Gesetze Ressourcen Tools für Kommunikation und Dokumentation Gebäude und Raumgestaltung standardisierte Abläufe Versicherungen Reflexion Assessments Ziele und Visionen
kollektive menschliche Elemente/Beteiligte Versorgungsteams, kollaborative Teams Partnerschaft zw. Health Providers und der Klientel Beziehung Learner/Practitioners Gesundheitssystem/Ausbildungssystem Bevölkerung Regionale, kommunale und nationale Körperschaften	implizierte/stumme Beteiligte/Aktant*innen Fakultätsentwickler Akkreditierungsagenturen Kinder im Versorgungssystem Menschen mit Behinderung im Versorgungssystem
diskursive Konstruktionen individueller und/oder kollektiver menschlicher Beteiligte soziale Welt – Konstruktionen von Patient*innen/Klienten*innen soziale Welt – Konstruktionen von Professionellen/Praktizierenden soziale Welt – Konstruktionen von Professionen	diskursive Konstruktionen nichtmenschlicher Beteiligte soziale Welt – Konstruktionen von Qualität und Sicherheit soziale Welt – Konstruktionen von Werten und Ethik soziale Welt – Konstruktionen von Lernprozessen



soziale Welt – Konstruktionen von Lernenden soziale Welt – Konstruktion von Lehrenden soziale Welt – Konstruktion von Finanzverantwortlichen	
politische/wirtschaftliche Elemente Labour Market for Health Professionals/ Finanzierung des Gesundheitssystems Finanzierung des Ausbildungssystems Improved Health Outcome Personalentwicklung	sozio-kulturelle/symbolische Elemente Teamkultur – Kollaboration Patient/Client/Family/Community-centred Care Community and Population orientated Collaborative Leadership Strengthened Health System Shared Decision Making professionelle Rollen berufliche Kulturen und Werte Berufsstereotypen der Gesellschaft
zeitliche Elemente Eduktion vor oder parallel zur Praxis Vorklin. Niveau, Novizen-, Probe- und Praxis-Stufen Vor- und Nach-Qualifikationsphase auf zukünftige Gesundheitsbelegschaft ausgelegt technische Entwicklungen (z. B. Zeitpunkte unterschiedlicher Dringlichkeit und Präsenz des Themas IPC)	räumliche Elemente Versorgungsinstitutionen im sozialen und medizinischen Bereich lokale Kontext private Haushalte Ausbildungsinstitutionen Simulationsraum
Hauptthemen/Debatten (meist umstritten) Rollenklarheit Hierarchien Kompetenzzuschreibung Konfliktlösung Outcome von Maßnahmen Abstimmung zwischen Praxis und Ausbildung intrinsische Motivation Schwierigkeit der Umsetzung und Messung individuelles Können/Kompetenzspektrum Stellung der zu behandelnden Person	verwandte Diskurse (historische Narrative, andere Medien) Theorie-Praxis-Transfer Teambased Approachs Teamleistungsdiskurse informelle Lernprozesse Kooperationsmodi in anderen Wirtschaftsbereichen Haltung zu und Umgang mit Gesundheit

Wie in der Situations-Map erkennbar, sei nach Auffassung von Clarke der Kontext einer Situation nicht nur Rahmen oder Umgebung, sondern konstituierendes Element: „[D]ie Bedingungen *der* Situation sind *in* der Situation enthalten“ (Clarke, 2012, S. 112, zitiert a. a. O., Herv. i. O.). Darin unterscheidet sich die Situations-Map von der häufig in Lehrbüchern zitierten Bedingungsmatrix nach Corbin und Strauss (vgl. 1991, S. 136). Bezogen auf die vorliegende Materie wird mit der theoretischen Positionierung Clarkes die forschungsstrategische Entscheidung unterstützt, interprofessionelle Kompetenz als Wechselspiel zwischen Umwelt und Person zu betrachten. Deren Bedingungen sind in ihr selbst verankert bzw. lassen sich mit Blick auf ein darauf bezogenes Verständnis nicht oder nur kaum trennen. Durch das ordnende Mapping werden die durch das offene Kodieren entdeckten Konzepte in ihrer Vielzahl für die nächsten Auswertungsschritte nutzbar. Im weiteren Verlauf müssen sich die Konzepte an den Daten bewähren (vgl. Hildenbrand, 2015, S. 33), d. h., ihre gegenstandsbezogene Bedeutung wird einer empirischen Prüfung unterzogen (vgl. Breuer, 2019, S. 72).



### *Axiales Kodieren*

In der Auswertungsstufe des *axialen Kodierens* diene das forschungspraktische Handeln dem Erarbeiten eines „phänomenbezogenen Zusammenhangsmodells“ (Stübing, 2014, S. 16). Jedoch erst, wenn ein Phänomen nach dem anderen bearbeitet, mit seinen Besonderheiten, Qualitäten und Ausprägungen verstanden werde, könnten sie miteinander verbunden und in ein solches Schema integriert werden, auf dem sich die Entwicklung einer gegenstandsbezogenen Theorie stütze (vgl. ebd., S. 26). Dazu würden zunächst Konzepte, die zu demselben, induktiv aus dem Material gewonnenen Phänomen zu gehören scheinen, neu zusammenzufügt und kategorisiert (vgl. Strauss & Corbin, 1996, S. 76). Die sich zunehmend verdichtenden Phänomene würden in Bezug auf zentrale Merkmale ausgeleuchtet und auf Beziehungen zu anderen Kategorien überprüft werden (vgl. Breuer et al. 2019, S. 280). Das erfolge, indem sie hinsichtlich „ihres theoretischen Gehalts weiter präzisiert, entfaltet, angereichert und bezüglich ihrer internen und externen Relationen ausgearbeitet und systematisiert“ (Breuer et al., 2016, S. 137) würden. Darüber hinaus werden die bisher untereinander unverbundenen Konzepte auf denkbare Relationen hin untersucht.

Forschungsmethodisch werde beim Vorgehen des axialen Kodierens die vergleichende Analyse genutzt, d. h., es würden auf Basis vorläufiger Konzeptvorschläge kontinuierlich konträre Fälle und/oder Untersuchungseinheiten hinzugezogen und somit fortwährend rekursiv an die Erfahrungsebene zurückgebunden (vgl. Strübing, 2018, S. 40). Die Kontrastierung erfolgt mithilfe schon vorhandener oder – im Sinne des Theoretical Samplings – neu hervorgebrachter Daten (-> Darstellung des Sample s. Kapitel 4.1.3). Mittels der Operation des minimalen und maximalen Vergleichens würden Konturen der Kategorieandidaten des untersuchten Gegenstandsbereichs herausgearbeitet (vgl. a. a. O.). Als Folge dieser Arbeitsschritte kämen Eigenschaften der untersuchten Phänomene ans Licht. Diese „verweisen gleichermaßen zurück in die schon vorliegenden Daten und geben Anlass zur Erhebung ausgewählter zusätzlicher Daten im Wege des theoretischen Sampling“ (Strübing, 2014, S. 24). Das Vorgehen führe zu einem immer tieferen Verständnis, welches sich Eben für Ebene im Sinne einer hermeneutischen Spirale verdichte (vgl. Breuer et al., 2016, S. 72), so dass sich zentrale Kategorien identifizieren ließen, welche als theoretische Grundbegrifflichkeit einer GT fungieren würden. In der Funktion eines optionalen Theorieelements werden zu den Einteilungen Kategorieeigenschaften transparent gemacht, d. h., diese Einordnungen werden mit einem dimensional Charakter, einer speziellen kon-



zeptuellen oder theoretischen Struktur gekennzeichnet. Die Beschreibung der Ausprägungsvarianten einer Kategorie könne sich auf zeitliche und räumliche Merkmale oder Intensitätscharakteristika beziehen (vgl. Breuer et al., 2019, S. 253 f.).

Neben der Explikation von Eigenschaften und Zusammenhängen besteht die Herausforderung darin, einen vielversprechenden und theoretisch interessanten Kategoriekandidaten zu entdecken, der zur Schlüsselkategorie der Theoriegenese wird. Mit zunehmendem Verständnis verschärfe sich der Untersuchungsfokus und es würden sich „typischerweise ein oder zwei theoretische Konzepte als zentral für die entstehende Theorie“ (Strübing, 2014, S. 16) herauskristallisieren. Bei dieser Arbeit wurde, basierend auf dem vorläufigen Stand der Analyse, die Relevanzentscheidung getroffen, insbesondere die Kode-Ideen axial zu kodieren, die mit Teamarbeit verbunden sind. Die Entscheidung ging mit der vagen Hypothese einher, dass sich Merkmale interprofessioneller Kompetenz im Kooperieren verschiedener Gesundheitsakteur\*innen zeigen. Diese Synergie wurde mittels des axialen Kodierens hinsichtlich möglicher Eigenschaften und Bedingungen ausgeleuchtet. Auch wenn weitere Kategoriekandidaten zu intervenierenden Bedingungen und dem Versorgungs- bzw. Lernkontext im Zusammenhang mit der Synergie von Gesundheitsagierenden stehen, verfestigte sich die Hypothese, dass diese Gegebenheit zentral für die Ausgangsfragestellung und ein sich entwickelndes Modell zu sein scheint. Das axiale Kodieren brachte diverse Eigenschaften des Zusammenwirkens hervor, wie den Zielbezug und Versorgungszweck. Mehrere Vergleiche bestärkten diese Eigenschaften, so dass im Resultat die kollaborative Versorgung als zentrale Schlüsselkategorie extrapoliert werden konnte.

Um diese in Beziehung zu weiteren Konzepten zu setzen und daraus erfolgende Zuordnungen klar zu visualisieren, könnten Diagrammentwürfe eingesetzt werden (vgl. Breuer et al., 2016, S. 281). Dazu wurden wesentliche Facetten der Schlüsselkategorie vier theoretischen Gruppen oder möglichen Handlungsmustern zugeordnet. In der Konstellation einer Vier-Felder-Matrix – rekurrierend auf die Achsen Komplexität des Versorgungsauftrags (z.B.: siehe Kapitel 2.2.2) und Struktur der Arbeit – wurden jene konfiguriert. Die Achsen seien als Kontinuum zu deuten und die Zwischenräume „kann man sich als einen bipolaren Möglichkeitsraum vorstellen, innerhalb dessen eine Eigenschaft einer Kategorie eine konkrete empirische Ausprägung annehmen kann [...]“ (Stübing, 2015, S. 29). Um die Schlüsselkategorie ließen sich – wie Abbildung 5-12 zeigt – weitere zentrale Kategorien dimensionieren.

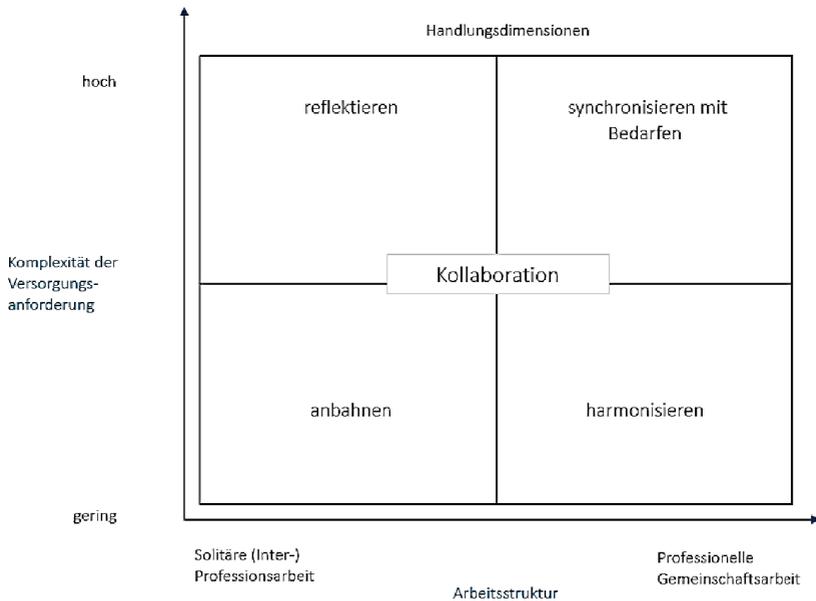


Abbildung 5-12: Schlüsselkategorie und Dimensionalisierung weiterer Kategorien

Quelle: Eigene Darstellung

Aus der Forschungsperspektive der Bildungsgestaltung offenbarten sich erste hypothetische Handlungsmuster, die mit interprofessioneller Kompetenz assoziiert werden können und von Bedeutung für die Performanzbeurteilung sowie Kompetenzentwicklung dieses Bereichs zu sein scheinen.

In der Prozedur des axialen Kodierens fortfahrend, ging es nun darum, die entworfenen Dimensionen kollaborativer Versorgung hinsichtlich ihrer logischen Relationen zueinander zu prüfen und die Erkenntnisse in eine hypothetische Modellstruktur zu überführen. Zur Unterstützung dieser Analysearbeit stehen Kodierparadigmen als sensibilisierende Werkzeuge zur Verfügung, wobei sich das von Strauss (1991) erarbeitete und von Schütze (1984, 1999) weiter modifizierte Konzept *Arc of Work* (dt. = Arbeitsbogenkonzept) als geeignet herausstellte. Dieses wird im späteren Verlauf (ab Kapitel 4.2) zunächst in seinen Grundelementen erörtert, um darauf am vorliegenden Untersuchungsgegenstand konkrete Anwendung zu finden.



### *Selektives Kodieren*

Um den Kodierprozess an dieser Stelle in seiner Beschreibung zunächst zu komplementieren und abzuschließen, ist noch der Schritt des *selektiven Kodierens* zu erwähnen. Im Zentrum dieses Vorgehens steht die Überprüfung vorangegangener Modellierungsentscheidungen des axialen Kodierens, die zunächst hypothetischen Charakter besitzen, und das Schließen von möglichen Lücken in der Theorie. Dazu könnten erneut Falldaten erhoben werden, aber primär werde „bereits vorhandenes Material unter zusätzlichen Gesichtspunkten erneut ausgewählt und analysiert“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 156 ff.). Verbunden mit dem Ziel, ein theoretisches Modell begrenzter Reichweite zu formulieren, „werden die einzelnen Achsenkategorien in ein umfassendes theoretisches Konzept integriert, indem sie unter eine Kernkategorie subsumiert werden“ (Mey & Mruck, 2011, S. 41). Insbesondere in den Arbeitsschritten des axialen und selektiven Kodierens wird die Parallelität der einzelnen Vorgänge ebenso wie das Ineinandergreifen der Kodierformen deutlich. Mit Blick auf die gegebene Untersuchung wurden im Rahmen des selektiven Kodierens die Datenfälle erneut auf konkrete Handlungsmuster hin untersucht, die sich im Modellentwurf abzeichneten. Ebenso wurden mittels Multislice Imagining die tieferen Schichten der Bildsprache in den Darstellungen erneut herangezogen und in Bezug zum entstehenden Entwurf gestellt.



## 5.2 Modellbildung und Herleitung einer gegenstandsbezogenen Theorie

Um die analytischen Kategorien in einem Gesamtbild zu verknüpfen und Zusammenhangshypothesen zu überprüfen, stehen für die Prozedur des axialen Kodierens Kodierparadigmen zur Verfügung. Deren Einsatz geht auf den Vorschlag von Strauss (1987) in seiner publizierten Weiterentwicklung der GTM zurück und ist folglich kein Teil des originären Entwurfs (vgl. Strübing, 2005, S. 238). Ihre Nutzung in der Gestalt von Heuristiken, die auf vorherige Theorien referieren und gleichzeitig in theoriegenerativer Absicht an das Material herangetragen werden, ist unter den Personen, die die GTM vertreten – insbesondere Glaser (1992, 1998) –, nicht unumstritten. Kritiker\*innen sehen die Gefahr, dass die Forschenden durch den Einsatz von Frageschemata als Kodierhilfe Offenheit einbüßen und datenimmanente Aspekte übersehen könnten. Nach Strübing (vgl. 2005, S. 237) ließen sich die ebenfalls vorliegenden Vorwürfe eines „interaktionistische[n] bias“ und Mangels an Neutralität in der GT-Fassung von Strauss diskutieren und überdies beschwichtigen. Zum einen handele es sich um skalierbare heuristische Konzepte, die sich im Einklang mit der pragmatistischen Kontinuitätsthese<sup>10</sup> „sowohl auf relativ kleinräumige soziale Prozesse und Konstellationen als auch auf gesellschaftsweite oder Gesellschaften übergreifende Prozesse beziehen lassen“ (ebd., S. 240). Eine Überzeugung, die dem neueren Interaktionismus in den Traditionslinien von Blumer, Hughes und Strauss zuzuordnen ist. Zum anderen zeige sich im flexibleren Umgang mit analytischen Konzepten die von Strauss forcierte Umsetzung des wissenschaftstheoretischen Pragmatismus in der Forschungspraxis. Dementsprechend zeigen GT-basierte Studien, wie „eine Theorie erwächst, die zwar weiterhin an das Feld gebunden bleibt, dieses aber gleichzeitig auf einer Ebene allgemeiner Ausdrücke repräsentiert (insofern differenzhaltig wird)“ (ebd., S. 241). Würden sich Konzepte als erklärungs wirksam erweisen, erführen sie im iterativen Forschungsprozess der GTM bei identischer Grundstruktur eine Ausdifferenzierung und würden in weiteren Forschungen in anderen Anwendungsfeldern sukzessiv erweitert (vgl. Strübing, 2005, S. 240). Dieses Verständnis war leitend für den Umgang mit analytischen Konzepten als Kodierhilfe im Rahmen dieser Arbeit.

---

<sup>10</sup> Mit der pragmatistischen Kontinuitätsthese wird der in vielen Sozialtheorien fest eingeschriebene Kontinuitätsbruch zwischen Mikro- und Makrophänomen in der interaktionistischen Sozialtheorie vermieden (vgl. Strübing, 2005, S. 240).



### 5.2.1 Die sensibilisierenden Konzepte Arc of-Work und Artikulationsarbeit (Strauss, 1991)

Unter Hinzunahme der methodischen Memos, die während des Forschungsprozesses fortlaufend verfasst worden waren, lenkte sich die Aufmerksamkeit auf die Arbeiten von Strauss (1988) und hier explizit auf das methodische Vorgehen bei seinen arbeitssoziologischen Untersuchungen von medizinischer Arbeit im Akutkrankenhaus („The Organization of Medical Work“, Strauss et al., 1985). Von besonderem Interesse war für die Autorin seine Annäherung an Aspekte beruflicher Arbeitsteilung, denen er u. a. in psychiatrischen Krankenhausabteilungen nachgegangen ist. Dabei beleuchtete er zwei zentrale Aspekte von Arbeitsteilung: Zum einen die Phasen und Zusammensetzung von Prozessen inklusive der konkreten Aufgabenverteilung, zum anderen das Spannungsfeld beruflicher Verantwortlichkeiten. Hier zeigen sich die Anknüpfungsstellen zu den Fragen interprofessioneller Kompetenz, da es gleichfalls um die Entschlüsselung geht, wie sich Vorgänge verschiedener Professionen kumulieren, aber auch um das Abwägen von Befugnissen, die an konkrete Kompetenzzuschreibungen geknüpft sind. Verbunden mit der Absicht, die konzeptionelle Entscheidung für diese sensibilisierenden Konzepte und deren Nutzen für die Erkenntnisgewinnung begründet darzulegen, werden in den nächsten Abschnitten deren wesentliche Elemente aufgeführt. Die Theoriefigur der Artikulationsarbeit stellte sich in Bezug auf interprofessionelles Handeln als analytisch relevant heraus und wurde gegenstandsgezogen weiter ausdifferenziert.

#### *Arc of Work – das Konzept der Arbeitsbögen nach Anselm Strauss*

Im Zuge von Krankenhausforschungen entwickelte Strauss mit seiner Forschungsgruppe einige prozessorientierte arbeitssoziologische Kategorien, die im englischen Original unter dem Oberbegriff *Arc of Work* subsummiert werden können (vgl. Strübing, 2005, S. 208). Dieser Entwurf könne zu den theoretischen Basiskategorien von Berufen und Professionen im symbolischen Interaktionismus gezählt werden (vgl. Bohnsack, 2005, S. 105, vgl. Schütze, 1987, S.530). Als sensibilisierendes Konstrukt böte es die Möglichkeit, mittels spezifischer Frageschemata Formen von Handlungen theoretisch zu beschreiben. Strauss' Auffassung vom gemeinsamen Handeln erfolgt in Anknüpfung an Blumers (1966) Verständnis, das „Multiperspektivität und interaktive Handlungskoordination“ (Strübing, 2007, S. 105) betont:

„[...] Ein gemeinsames Handeln lässt sich nicht in gleichartiges Verhalten aller Beteiligten auflösen. Jeder Teilnehmer besetzt notwendig eine andere Position, handelt von dieser Position aus und agiert auf eine eigene und unterscheidbar Art. Es ist dieses Zusammenpassen der Handlungen und nicht ihre Gleichartigkeit, die das gemeinsame Handeln konstituiert. [...] Ihre Ausrichtung aufeinander geschieht nicht durch ein bloßes mechanisches Zurechtrücken [...] oder durch unabsichtliche Anpassung wie in einem Umweltarrangement in Pflanzengemeinschaften. Stattdessen sind es die Handelnden, die ihr Handeln ineinander fügen“ (Blumer, 1966, S. 540, zitiert in: Strübing, 2007, S. 105).



Von Interesse sei bei der pragmatistisch-interaktionistischen Konzeption von Arbeit und Organisation die „aktive Koordinationsleistung der Handelnden“ (Strübing, 2005, S. 209 und 2007, S. 105), wie auch „die einzelnen Prozesse des Organisationshandelns in ihrer wechselseitigen Bezogenheit aufeinander“ (a. a. O.). Einhergehend mit der interaktionistischen Perspektive ziele die an die Arc-of-Work-Idee angelehnte Analyse auf die Strukturen beruflicher Arbeit, die in und durch Interaktion artikuliert würden (vgl. Bromberg, 2012, S. 308). Damit richtet sich der Fokus primär auf die Handlungen selbst und weniger auf die handelnden Personen.

Um sich beruflicher Handlungspraxis respektive Organisationshandelns analytisch in strukturierter Weise zu nähern, unterscheidet das Arc-of-Work-Konzept zwischen verschiedenen Segmenten, die einen Arbeitsprozess bzw. Abschnitte kennzeichnen: *Project*, *Lines of Work*, *Task* und *Types of Work*. Sei in Strauss' Sinne von einem Arc of Work die Rede, sei damit ein Arbeitsprozess gemeint, „wie er sich um einzelne Arbeitsvorhaben [...] herum bzw. an ihnen entlang entfaltet“ (Strübing, 2005, S. 210). Inkludiert seien alle Tasks, nicht nur in monolinerer Abfolge, sondern auch im parallelen Aufeinandertreffen, die sich auf ein Project bzw. Trajectory beziehen und zur Vollendung oder Schließung eines Arbeitsbogens beitragen (vgl. a. a. O.).

“An arc for any given trajectory - or project - consists of the totality of tasks arrayed both sequentially and simultaneously along the course of the trajectory or project. At least some of the arc is planned for, designed, foreseen; but almost inevitably there are unexpected contingencies which alter the tasks, the clusters of tasks, and much of the overall task organization. Hence the arc cannot be known in all its details - except in very standard, contingency-minimal projects - until and if the actors look back and review the entire course which they have traversed” (Strauss, 1984, S. 4).

Ein Projekt sei dadurch gekennzeichnet (vgl. Strauss, 1991, S. 116), dass es in einen Aktionsverlauf eingebunden und prozesshaft auf das Erreichen eines bestimmten Ziels ausgerichtet sei. Kennzeichnend sei, „dass mit einem Projekt eine gewisse Anzahl von Aufgaben verbunden ist, die über eine bestimmte Zeit getan werden müssen und nach spezifischen Kriterien auf verschiedene handelnde Personen oder auch auf Gruppen von Personen verteilt werden“ (Bromberg, 2012, S. 308). Zusätzlich bringe es eine Arbeitsteilung hervor. Handele es sich um größere Einheiten oder Segmente des Arbeitsprozesses, bezeichnet Strauss diese als „lines of work“ (1991, S. 116).

### 5.2.2 Modellbildern mit den sensibilisierenden Konzepten

Die forschungspraktische Anwendung des Konzepts Arc of Work erfolgt im deutschsprachigen Raum in der Berufs- und Professionsforschung sowie Bildungsforschung (vgl. Bromberg, 2012, S. 316), z. B. in der Studie zur beruflichen Arbeit bei Gewerkschaften (vgl. Bromberg, 2008), der



Untersuchung der Handlungspraxis in der Ausbildungsphase zum Lehramt (vgl. Feindt & Broszio, 2008), der Analyse von Gruppentätigkeiten bei einer Projektarbeit in der gymnasialen Oberstufe (vgl. Bräu, 2002) oder der analytischen Annäherung an psychologische Beratungsarbeit (vgl. Ackermann, 2005). Während im Ursprung die arbeitssoziologischen Auswertungen im Kontext Krankenhaus auf Basis intensiver Feldbeobachtungen (vgl. Strauss, 1985) erfolgt wären, sei heute der methodische Zugang via Interviews – häufig biografischer oder narrativer Art – verbreitet (vgl. Bromberg, 2012, S. 316). Die konzeptionell implizierte Analyseeinstellung beabsichtigt, komplexe Projekt-, Arbeits- oder Veränderungsprozesse rückblickend zu rekonstruieren. Im Ergebnis lägen retroperspektivische Strukturierungen von Handlungspraxis vor, die dazu dienen würden, z. B. Vorschläge zur Schulentwicklung und zu Schulprogrammen (vgl. Bräu, 2002) oder Empfehlungen einer forschungsbasierten Lehrerbildung zu formulieren (vgl. Feindt & Broszio, 2008).

Zwei Gedankenschritte sind im weiteren Verlauf im Hinblick auf den Arc-of-Work-Einsatz zentral. In der ersten Stufe wird daran angeknüpft, dass Kompetenzbeschreibungen oder -modelle per se einen retroperspektivischen Charakter aufweisen. Kompetenztheoretisch fußen Kompetenzbezugsrahmen auf Beschreibungen bzw. Daten, die im Feld selbst oder durch Befragung der dort tätigen Aktiven erhoben wurden. Werden nun wie in dieser Betrachtung die bereits vorliegenden Kompetenzbezugsrahmen als Datenfälle genutzt, wird analytisch an bereits artikulierten und dokumentierten Retrospektiven von Handlungsbeteiligten angeschlossen. Die in den Datenfällen manifestierten Wirklichkeiten interprofessioneller Handlungspraxis sollen rekonstruiert und ihre Merkmale analysiert werden. Die zweite Phase setzt am Verständnis von Kompetenz als Konglomerat aus Wissen, Können und Wollen zur Bewältigung komplexer, neuartiger Anforderungssituationen an. Das Konzept bietet eine Analyseperspektive an, berufliche Handlungspraxis zu veranschaulichen und zu verstehen. Damit kann mit dem Konzept der Arbeitsbögen der spezifischen Perspektive der Bildungsgestaltung und dem damit einhergehenden Interesse an Klarheit hinsichtlich eines notwendigen und erwünschten Organisationshandelns auf der Mesoebene Rechnung getragen werden.



## 6 Zusammenführung der Analyseergebnisse: Entwicklung eines konzeptionellen Modells interprofessionellen Handelns als Grundlage für die Bildungsgestaltung der Gesundheitsberufe

In der Gesundheitsversorgung wird berufsübergreifende Zusammenarbeit gefordert, wozu im Lehr-Lernkontext interprofessionelle Kompetenzen angebahnt werden sollen, um dies zu ermöglichen oder zu verbessern. Das Zielbild gelungener oder kompetenter Kooperation ist weitläufig. Darauf bezogene Beschreibungen und Handlungsinformationen liegen als normative Vorgaben oder in Form von visuell-textuellen Darstellungen in Rahmenwerken zu interprofessioneller Kompetenz vor. Die erkenntnisleitende Frage, was für ein Handeln damit assoziiert wird, ist verwoben mit dem Interesse, das Zielbild gelungener interprofessioneller Zusammenarbeit zu schärfen, um die Ausbildung der Gesundheitsberufe zielgerichtet und transparent auszuformen. Somit untersucht die Studie, wie sich aus der Perspektive dokumentierter Handlungsinformationen eine Handlungspraxis interprofessioneller Zusammenarbeit vollzieht und welche Faktoren auf das Geschehen Einfluss nehmen. Die Abbildung der Erkenntnisse erfolgt in drei Teilen: Der erste Abschnitt (6.1) präsentiert auf der Ebene der Fallgruppendarstellung Zielbilder interprofessionellen Handelns und wie sie in unterschiedlichen Kompetenzrahmenwerken vorliegen. Einblicke zur Handlungspraxis interprofessioneller Zusammenarbeit, die im Zuge der fallübergreifenden komparativen Analyse herausgearbeitet wurden, werden unter 6.2 beschrieben. Diese gliedern sich in:

- Handlungskomponenten berufsübergreifender Versorgung
- Akteursgruppen und zentrale Arbeitstypen
- ausführungsbezogene Handlungsmerkmale und Kontextbedingungen

Auf dieser Grundlage wird schließlich ein konzeptionelles Modell zum interprofessionellen Handeln vorgestellt (6.3).

Die Ergebnisdarstellung erfolgt unter Rückgriff auf die begrifflichen und inhaltlichen Bestimmungen zur Ausbildung der Gesundheitsberufe in Deutschland (2.1), zur Gesundheitsversorgung in Deutschland (2.2) und zur interprofessionellen Zusammenarbeit (2.3), wie sie in dieser Arbeit vorliegen. Eckdaten zu den einzelnen Datenfällen liegen als Kurzbeschreibungen im Kapitel zur Beschreibung des Samples vor (4.1.3) und werden an dieser Stelle nicht erneut erwähnt. Die Beschreibung der Resultate bindet ausgewählte Text- und Bildstellen der Bezugsrahmen ein. Der Verweis auf den Datenfall erfolgt über die mit dem Auswertungsprogramm



ATLAS.ti vergebene Kodierkennung, die in einer Klammer eingefügt wird. Wird im Textfluss auf Codes und datenbegründete Kategorien referenziert, werden diese kursiv gesetzt und zusätzlich mit einem in Klammern stehenden *K* als Kategorie kenntlich gemacht. Um die Transparenz des Forschungsprozesses und die Fundierung der Analysen in den tatsächlichen Daten nachzuweisen, werden Ankerbeispiele im Text eingebunden und in Klammern der Hinweis auf den zugrundeliegenden Datenfall ergänzt. Die Zuordnung der Nummerierung der Datenfällen zu den Primärdaten ist in der Tabelle 5-5 in Kapitel 5.1.3 offengelegt.

## 6.1 Zielbilder zur Handlungspraxis interprofessioneller Versorgung – kontrastive Fallgruppenporträts als erste Ergebnisebene

Mit dem Darstellungsmodus auf zwei Ergebnisebenen gehen Besonderheiten von Handlungsinformationen zum interprofessionellen Arbeiten in variierenden Kompetenzrahmen nicht verloren. Daneben können implizite Absichten hervorgehoben werden, in denen Zielbilder der Handlungspraxis im Kontext der Bildungsgestaltung präsentiert werden. Vielmehr sind diese Einsichten die Basis dafür, Erkenntnisse darüber zu generieren, inwiefern die visuell-textuellen Darstellungen Handlungskomponenten transportieren und welche Hinweise es sind. Gleichzeitig lässt sich mithilfe der Kategorienentwicklung der Grounded Theory der Anspruch wissenschaftlicher Forschung auf Verallgemeinerung einlösen (Glaser & Strauss, 2010, S.69).

Die Fallporträts weisen in ihrer Darstellung einen einheitlichen Schwerpunkt auf. Dieser liegt auf dem äußeren Produktionskontext, der neben weiteren Bildschichten – im Rahmen der Analyse ausgeleuchtet – dem Vorgehen des Multislice Imaging folgt (siehe Kapitel 4.3.3). Zum Fallverstehen werden vorangestellt Darstellungsformen interprofessioneller Kompetenz im Speziellen, aber auch im allgemeinen Kompetenzdiskurs unterschieden.

Die Auseinandersetzung mit dem äußeren Produktionskontext sensibilisiert für stilistische Konventionen und visuelle Präsentationsarten. Damit wird eine Deutungsebene betreten, die auf Bedeutungen und Wirkungen visueller Repräsentationen – expliziter und impliziter Art – eingeht und deren Differenzierung vornimmt. Es wird auf bildsprachliche Aspekte und Assoziationen referiert, die bei der rezipierenden Person hervorgerufen oder provoziert werden können. Die visuell-textuellen Darstellungen interprofessioneller Kompetenz sind Träger inhaltlicher Informationen, zugleich ebenso kommunizierte Wirklichkeit. Mithilfe der Fallgruppenporträts erfolgt schließlich eine analytische Abstraktion der Ergebnisse. Bei den Kernfällen wurde die



Schlüsselkategorie *berufsübergreifende kollaborative Versorgung* in den Ausprägungen *aufbauen*, *harmonisieren*, *synchronisieren* und *anpassen* rekonstruiert, die als zentrale Handlungsdimensionen auszulegen sind. Die identifizierten Handlungsdimensionen dienen dem fallübergreifenden Vergleich und damit der Theorieausarbeitung (siehe Kapitel 6.2).

*Wahl der zentralen Kategorie: berufsübergreifende kollaborative Versorgung*

Zunächst wird dargelegt, wie es zur Auswahl dieser wegweisenden Kategorie kam. Infolge eines ersten Sichtens des Materials fielen Vielfalt und Häufung von Schlagwörtern auf, die in Dokumenten zu interprofessioneller Kompetenz genutzt werden. Zur Kennung interprofessioneller Kompetenz werden Eigennamen verwendet – *Interprofessional Competencies (K)*, *Collaborative Competencies (K)*, *interprofessionelle Kompetenzen (K)* – oder ein zweckfunktionaler Titel gewählt: *Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit (K)*, *The EIPEN Key Competences for Interprofessional Collaboration (K)* sowie *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (K)*. Auch stark abweichende lange Betitelungen liegen vor, die den Zielbereich spezifizieren: *An Interprofessional Practice Capability Framework Focusing on Safe, High-Quality, Client-Centred Health Service* (Datenfall 2).

Die sich eröffnende Deutungsbreite stützte die Annahme, dass hinsichtlich der erkenntnisleitenden Frage, was für ein Handeln mit interprofessioneller Kompetenz assoziiert wird, die Kontur eines Handlungs- bzw. Zielbereichs bedeutsam ist, bevor eine Feinanalyse der Handlungspraxis vollzogen werden kann. Geht es um Zusammenarbeit? Ist das Professionelle bedeutsam oder steht Kollaboration im Fokus? Oder bilden konkrete Anwendungsbereiche – Sicherheit, Qualität, klient\*innenzentrierter Gesundheitservice – das Zentrum? Der Prominenz und Wortdichte in den Rahmenwerken zufolge ist für diesen Kompetenzbereich – wie zu erwarten – interprofessionelle Zusammenarbeit überwiegend als Domäne respektive Zielbild markiert. Weitere Modifizierungen liegen vor. In den englischsprachigen Dokumenten wird als Bezugshandlung Kollaboration genannt oder Zusammenarbeit als kollaborativ attribuiert. Zur Kennung der Arbeitspraxis wird die Bezeichnung *Interprofessional Collaborative Practice (K)* verwendet, alternativ *Collaborative Working (K)* oder *Collaborative Teamwork (K)*. Die so bezeichnete Praxis wird spezifiziert als *Collaborative Care (K)*, *Collaborative Patient-Centred Care (K)* oder das Element *Collaborative Leadership (K)* wird hervorgehoben. In den deutschsprachigen Rahmenwerken ist der Ausdruck *Kollaboration* vergleichsweise unterrepräsentiert, es überwiegt *interprofessionelle Zusammenarbeit (K)* als Bezugspunkt.



Kollaboration steht für eine ideelle Form der Zusammenarbeit, bei der sich mehrere Einzelpersonen oder Gruppen von Health Professionals gemeinsam bemühen, eine Aufgabe oder ein Projekt auszuführen, um ein Ziel zu erreichen (vgl. Kapitel 3.2.2). Die Aufgaben der Gesundheitsberufe lassen sich unter *Gesundheitsversorgung* subsumieren (vgl. Kapitel 2.2.2). Diese umschließt ein Spektrum von Umfeldern „[...] von hochspezialisierten Krankenhäusern bis hin zu einer breiten gemeindenahen Versorgung“ (Datenfall 8). Als Ziel lässt sich „to enable optimal health outcomes“ (Datenfall 1) festmachen. Hinsichtlich interprofessioneller Kollaboration kommt die Aufgabe hinzu, *effektive interprofessionelle Arbeitsbeziehungen* zu entwickeln und aufrechtzuerhalten.

Interprofessionelle Zusammenarbeit steht im allgemeinen Verständnis dafür, dass sich verschiedene Berufsgruppen vereinen. Die deutsche Bezeichnung *Zusammenarbeit* lässt offen, welche Intensität und welcher Verpflichtungsgrad des Miteinanderagierens auf einem Kontinuum adressiert ist, das von Kooperation über Koordination zu Kollaboration reicht (vgl. Kapitel 3.2.2). Während *interprofessionell* das Merkmal der Überschneidung zwischen Professionen markiert, betont *kollaborativ* das gemeinsame Zielbemühen im Agieren. Beides scheinen erfolgversprechende Qualitäten bei der Gesundheitsversorgung zu sein. Der In-vivo-Code *Interprofessional Collaborative Practice* wurde zur zentralen aussichtsreichen Kategorie, um sich der erkenntnisleitenden Frage zu nähern.

#### *Kontrastives Fallgruppenporträt – eine Vorabinformation*

Werden die Spuren visueller Präsentationsarten und möglicher Hinweise auf stilistische Konventionen im äußeren Produktionskontext verfolgt, lassen sich die Datenfälle auf einer allgemeinen Ordnungsebene unter den gängigen Präsentationsarten *illustrierte Dokumentation*, *Infobroschüre* oder *Artikel* konzentrieren. Innerhalb dieser Varianten kommen diverse Formen der Visualisierung zum Tragen. In den Datenfällen zeigen sich diese in der Gestalt tabellarischer, bildhafter, schematischer, reduzierter oder technisch wirkender Darstellungen mit unterschiedlicher Farbgebung, Schichtung, Fülle an Teilelementen und ergänzenden Textbausteinen. Werden diese Formen auf kompetenztheoretische Ansätze der Kompetenzmodellierung (vgl. Kapitel 2.1) respektive -darstellungen referenziert, ist vor diesem fachlichen Hintergrund im Sinne sensibilisierender Konzepte eine Unterscheidung zwischen Kompetenzrahmen, -listen sowie Struktur-, Inhalts-, Prozess-, Stufen- und Niveaumodellen vorgesehen. Dementsprechend wurden die Fallporträtgruppen gebildet und werden die Kerndatenfälle vorgestellt.



Wichtig ist zu betonen, dass die Begrifflichkeiten der Nomenklatur nicht in ordnender Funktion deduktiv an die Daten herangetragen oder die Datenfälle im Vorfeld nach diesen systematisiert wurden. Ihre Gruppierung erfolgte tentativ im Zuge der Einzelfallprüfung und minimalkomparativen Analyse über verschiedene Bildschichten hinweg. Die Visualisierungen und ergänzenden Textdokumente stützten und nährten die emergierenden Kategorien.

*Erstes Fallgruppenporträt: Frameworks, Kompetenzlisten, Kompetenzentwicklungsmodelle*

### *Frameworks*

Kompetenzbeschreibungen werden häufig als *Framework* titulierte und in Form einer Tabelle präsentiert wie z. B. „UofT Framework for the Development of Interprofessional Education Values and Core Competencies“ (vgl. Centre for Advancing Collaborative Healthcare & Education (CACHE), 2008) (Datenfall 16) an der Universität Toronto, „Interprofessional Collaboration Developmental Framework“ (vgl. Interprofessional Education Consortium (IPEC), 2001) der Universität San Francisco (2011) (Datenfall 17) und „Interprofessional Capability Framework“ (vgl. Combined Universities Interprofessional Collaboration Unit (CUILU), 2006) (Datenfall 18) der Sheffield Hallam University sowie der University of Sheffield (UK). Diese Gestaltung entspricht einer Konvention, wie sie in offiziellen, normativ leitenden Dokumenten einzelner Institutionen, Regionen oder auf nationaler Ebene vorzufinden ist. Derart veröffentlichte Dokumente bieten eine strukturierte Sammlung von organisations- oder domänenspezifischen Kompetenzbeschreibungen. Einzelne Kategorien, Teilkompetenzen und/oder Verhaltensanker werden möglichst exakt definiert, da sie häufig zum Nachweis expliziter Berufs-, Bildungsstufen oder Abschlüsse verwendet werden. In dieser Form bedienen Frameworks bzw. der deutsche (Kompetenz-)Rahmen die Übereinkunft, einen Überblick zu schaffen und/oder eine Rahmung vorzunehmen. Ähnlich verhält es sich mit Kompetenzlisten.

### *Kompetenzlisten*

Im Datenfall 10 *Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation* (vgl. <https://www.impp.de>) und dem daraus resultierenden Abschnitt im *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)* (vgl. <https://nkml.de>) sowie den Studienergebnissen zu *Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit* (vgl. Huber et al., 2019) (Datenfall 9) liegen Sammlungen von Kompetenzen bzw. kompetenzbasierten Lernzielen vor, die sich der Konvention von Kompetenzlisten zuordnen lassen. Im Datenfall 10 *NKLM* (vgl.



<https://nkml.de>) werden interprofessionelle Lernziele oder Kompetenzen als ein Kompetenzcluster unter weiteren integriert. Eine Systematisierung ergibt sich aus der generellen Struktur des Dokuments bzw. des Online-Datentools. Letztgenanntes ist weit verästelt und mit Querverweisen zu Krankheitsbildern, Lernzielen, Teilkompetenzen und Qualifikationsebenen versehen. Die ca. 2800 Lernziele (vgl. Medizinischer Fakultäten Tag, 2021, o.S.) werden als beobachtbares Verhalten formuliert. Relevante psychologische Merkmale (z. B. kognitive Fähigkeiten wie Intelligenz) werden jedoch nicht in konsistenter Weise ergänzt. Die Ordnungsebenen sind mit „Kompetenz“ betitelt, eine Benennung von Einzel- und Teilkompetenzen eine Ordnungsebene tiefer ergänzt (vgl. <https://nkml.de>). Für die vorliegende Untersuchung werden trotz abweichender Nomenklatur die einzelnen als Lernziele deklarierten Nennungen als Verhaltensmerkmale aufgefasst, die auf Kompetenz hinweisen oder charakteristisch für diese stehen.

Im Datenfall 9 *Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit* (vgl. Huber et al., 2019) wird auf Basis der Studienergebnisse eine Liste relevanter Fertigkeiten für das Cluster interprofessioneller Kompetenz dargelegt. Die Formulierung erfolgt als (Teil-)Kompetenzen (z. B. unternehmerisches Denken und Handeln) sowie dafür relevante psychologische Merkmale ohne erkennbare Aussagen hinsichtlich Hierarchien und Interaktionen der enthaltenen Fähigkeiten.

Krumm et al. (vgl. 2012, S. 8) verweisen darauf, dass eine derartige Auflistung oder Sammlung im Kontext von Unternehmen meistens irreführend als Kompetenzmodell bezeichnet werde. Es sei eine durchaus gängige Praxis, dies als Sammelbegriff zu benutzen, auch wenn damit eine Ebene der Kompetenzbeschreibung angesprochen werde, die mit dem Listencharakter nicht verfolgt würde (a. a. O.).

Ein interessanter Effekt zeigt sich, wenn eine zweidimensionale Listen- bzw. Tabellendarstellung in die Dreidimensionalität überführt wird oder – so der Interpretationsspielraum – bewusst als solche angelegt ist wie im Datenfall 15 *Zuyd Hogeschool* (vgl. Faculty working group Interprofessional Education (IPE), Zuyd Hogeschool, 2016). Werden die Textelemente auf der Frontfläche der Balken isoliert und ohne Zwischenräume betrachtet, zeigt sich eine überschaubare einzeilige Tabelle mit fünf Spalten. In dieser Form entspräche die Darstellung den Konventionen eines Frameworks. Die dargebotene Balkenoptik lässt sich dahingehend interpretieren, dass der Aufbau, – metaphorisch gesehen das Setzen von stabilen Pflöcken, eines Fundaments etc. – entscheidend ist und deshalb prominent zum Ausdruck gebracht wird. Die Inhaltsbeschreibungen werden zwar an der Vorderseite der einzelnen Blöcke nach außen kommuniziert, darüber hinaus sind aber weitere Ebenen und Flächen sichtbar, die nicht explizit beschrieben



sind, jedoch für das Gesamtkonstrukt mitverantwortlich zu sein scheinen. Assozierbar ist dies mit Balkendiagrammen statistischer Auswertungen. In der vorliegenden Abbildung wären dann alle Inhalte, die durch einen Balken repräsentiert werden, als gleichwertig zu interpretieren.

### *Kompetenzentwicklungsmodelle*

Mit Blick auf die Datenfälle ist weiter erkennbar, dass über einen starren Auflistungscharakter hinaus in Bild- und Textform Einfluchtungen von Abfolgen, Veränderungen oder Verläufen auftauchen. Im Titel mehrerer vorliegender Datenfälle oder Überschriften wird „Development“ verwendet.

In Frameworks (Datenfälle 7, 15, 16, 17) gibt es Hinweise auf derartig deutbare Kompetenzentwicklungsverläufe. Auf der vertikalen Strukturebene werden Abschnitte aneinandergereiht und es wird mit der Pfeilform eine Richtung markiert. Die Interpretation liegt nahe, dass diese auf etwas hindeutet und eine Bewegung – physisch, kognitiv, emotional, örtlich etc. – in Richtung des Pfeiles zu etwas führt. Im Datenfall 16 „UofT Framework for the Development of Interprofessional Education Values and Core Competencies“ (vgl. Centre for Advancing Collaborative Healthcare & Education (CACHE, 2008) wird durch den angedeuteten breiten grünen und den querliegenden – als Lernkontinuum beschrifteten – schwarzen Pfeil am unteren Bildrand eine Entwicklung angedeutet. Die ergänzenden Textelemente verweisen auf eine Aufeinanderfolge durch die als „Exposure“, „Immersion“ und schließlich „Competence“ betitelten Phasen. Dieser Ablauf findet sich zudem beim Datenfall 17 (Framework der University of San Francisco) (vgl. Interprofessional Education Consortium (IPEC), 2001) allerdings mit der Ergänzung, dass der Endpunkt der Pfeilspitze als „Proficiency Continuum Professional Development“ bezeichnet wird.

Datenfall 7 (Interprofessional Learning Pathway) (vgl. Health Sciences Council Health Sciences Education and Research Commons (HSERC), 2019) präsentiert in der Visualisierung eine Spiegelung von zwei Dreiecken, deren Mittelpunkt jeweils ein ineinandergreifendes, sich überschneidendes Kreisquartett bildet. In den Ecken des grünen Dreiecks deuten Doppelpfeile auf ein dynamisches Geschehen, das sich um das Kreisquartett herum zwischen Exposure, Immersion und Integration abzuspielen scheint. Während in den Frameworks, wie im vorausgegangenen Abschnitt beschrieben, eine einmalige Sequenz angedeutet wird, scheint diese Visualisierung auf einen wiederkehrenden Verlauf anzudeuten. Dieser führt, so lassen sich die hellgelben Pfeile auffassen, in den als gelbes Dreieck dargestellten Praxiskontext und eine dort stattfindende kontinuierliche professionelle Entwicklung. Ohne an dieser Stelle alle Details deutend



darzulegen, ist erkennbar, dass auch in dieser Darstellung auf eine Bewegung oder Entwicklung angespielt wird. Beide Dreiecke zusammen verbinden sich zu einer gleichseitigen Raute, die von Querbalken eingerahmt ist. Diese wiederum stehen für die Entwicklung von Institutionen und Angestellten einerseits und Bewertung und Forschung andererseits.

#### *Modelle des Kompetenzaufbaus: Kennzeichen und Zielbild*

Wie die Datenfälle in den vorausgegangenen Beschreibungen belegen, halten Kompetenzrahmen, -listen und -entwicklungsmodelle auf verschiedenen Abstraktionsebenen mit unterschiedlichem Differenzierungsgrad Hinweise auf eine intendierte Kompetenzentwicklung vor. Während Frameworks Bildungsinhalte in der Konvention einer curricular gangbaren Struktur darbieten, sind Listen offener bzw. noch nicht in zweckgebundene Rahmen eingebettet. Im Datenfall 9 (Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit) (vgl. Huber et al., 2019) ist mit der datenbasierten Kompetenzsammlung eine Vorstufe erarbeitet worden, auf deren Grundlage sich aktuell ein nationales Framework in Erarbeitung befindet. Ähnlich gelagert wurde in dem Projekt „Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ (vgl. <https://www.impp.de>) unter Beteiligung verschiedener Gesundheitsberufe ein datenbasiertes Fundament geschaffen. Ein Übertrag der Kompetenzliste in Ordnungsmittel erfolgte bisher nur für den medizinischen Ausbildungsbereich. Eine in Ansätzen sehr nahe Kompetenzformulierung ist im Rahmenlehrplan der Pflege zu finden. Die Entwicklung eines nationalen Kompetenzrahmens für Deutschland steht noch aus und wird aber zur Weiterentwicklung des Themas Interprofessionalität im DACH-Raum empfohlen (vgl. Kaap-Fröhlich, 2022, S.24)

Mit Frameworks und Kompetenzlisten wird eine Darstellungskonvention angesprochen, wie sie in Hochschulen oder hochschulnahen Bereichen vorzufinden ist, wenn Informationen zu Bildungsgängen dargeboten werden. Damit werden Bildungsverantwortlichen Hinweise geboten, wann im Studienablauf und in welcher Abfolge Kompetenzen angebahnt werden und über welche Teilkompetenzen Studierende in verschiedenen Studienabschnitten idealerweise verfügen sollten. Die Fertigkeiten in den letztgenannten Bezugsrahmen sind vorrangig als Handlungs- bzw. Verhaltensanker formuliert, die auf der performativen Ebene beobachtbar sind. Somit liegt eine Ausrichtung auf eine handlungsorientierte Kompetenzvorstellung nahe (siehe Kapitel 3.1.1).

In Abgrenzung dazu werden unter den Prämissen eines kognitiv orientierten Kompetenzverständnisses (Differenzierungs-)Modelle erstellt, um Teilkompetenzen und einflussnehmende



Variablen zu isolieren, Zusammenhänge zwischen Kompetenzfacetten zu verdeutlichen und Korrelationen zu messen oder zu bescheinigen. Die Grenze bzw. der Übergang zu sogenannten Kompetenzstufen- oder -niveaumodellen ist nicht in allen Aspekten trennscharf (vgl. Abschnitt Assessments auf der Grundlage von Stufen- und Niveaumodellen). Grundsätzlich werden über die Kontextualisierung eines Modells Hinweise offenbar, in welcher Absicht ein Modell primär verfasst wurde.

Datenbegründet lässt sich zusammenfassen, dass Frameworks, Kompetenzlisten und im weiteren Sinne Kompetenzentwicklungsmodelle im Kontext (Aus-)Bildung zu verorten sind, auf das Erreichen von Fertigkeiten fokussieren und analog dazu diesen Zweck in ihrer Darstellungsform unterstreichen. Dieser äußere Produktionskontext steht in Korrespondenz mit der Handlungsdimension *Kollaboration anbahnen für das Team*. Um dieser Dimension Nachdruck zu verleihen, wurden alle Bezugsrahmen unter der Bezeichnung *Modelle des Kompetenzaufbaus* subsumiert, deren Kategorien im Zuge des axialen Kodierens induktiv auf die Dimension des Aufbaus bzw. der Vorbereitung hinwiesen. Mit der ausgewählten Bezeichnung soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Modelle mit ihrer unterschiedlichen Differenzierung und Abstraktionsebene der Bildungsgestaltung im Kontext Ausbildung und Studium dienlich sind. Aus der Perspektive der Bildungsgestaltung soll mit dem Bestandteil „-aufbau“ betont werden, dass es ein aktiver Prozess ist, der Lehrende und Lernende gleichermaßen tangiert. Damit wird der Gedanke der dreidimensionalen Balken (Datenfall 15) aufgegriffen.

Das Bild des Aufbaus ist so zu deuten, dass das Subjekt auf individueller Ebene sukzessiv – durch die zielgerichtete und transparente Bewältigung von Anforderungen – innere Baupläne an Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Volition und Motivation absteckt. Kommen diese Entwürfe wiederholt in unterschiedlichen Anforderungssituationen diverser Kontexte erfolgreich zum Einsatz und kann sich das Subjekt den Lohn eines Bauplans über einen Reflexionsprozess als sein eigenes Verdienst zuschreiben, baut sich Kompetenz auf. Das Erstellen von Bauplänen – ohne die bildliche Metapher überstrapazieren zu wollen – kann dem Subjekt nicht in allen Details bewusst sein und auch die Beurteilung dessen, dass eine Anforderung erfolgreich bewältigt wurde, bedarf eines Feedbacks. Demnach ist es die Aufgabe von Bildungsgestaltung, einen Kompetenzaufbau zu ermöglichen, indem Situationen geschaffen werden, in denen Lernende wiederholt ihren Bewältigungsplan durchführen können. Dabei werden idealerweise Details ihres Wissens, Könnens und Wollens über äußere und innere Rückkopplung beleuchtet und für



einen erneuten Versuch selbstregulierend verändert. Diese Gruppe an Bezugsrahmen des Kompetenzaufbaus gibt zieldeutend oder strukturierend eine Richtung vor – wenn auch differierenden Konventionen der Darstellung folgend –, die Bildungsgestalter\*innen unterstützen soll, den Aufbau Interprofessioneller Kompetenz zu ermöglichen.

#### *Fazit zu Modellen des Kompetenzaufbaus*

In den visuellen Darstellungen der Datengruppen *Modelle des Kompetenzaufbaus* kann als zentrales fallübergreifendes Merkmal die Andeutung eines Aufbaus exploriert werden: Ob als geordnete Tabelle, als (Bau-)Blöcke, in Gestalt eines Säulengebildes oder durch graphische Elemente, wie z. B. einen Pfeil markiert, werden Formen gewählt, die sich als Ausdruck von Aufbau sensu lato Bewegung, Veränderung oder Prozessen deuten lassen. Damit wird eine Wirkung hervorgerufen, sodass für einen Endpunkt oder ein Ereignis systematisch Teilelemente aneinandergereiht oder vorbereitend zusammengefügt werden. Diese Hinweise in den Visualisierungsausformungen und ergänzenden Textelementen lassen sich als Ausdruck der Handlungsdimension *kollaborative Versorgung anbahnen für das Team* deuten, die für die Vorbereitung und den Aufbau kennzeichnend ist.

#### *Zweites Fallgruppenporträt: Strukturmodelle*

Mit Blick auf die vorliegenden Datenfälle ähneln sich mehrere von ihnen (Datenfälle 1, 2, 3, 8, 11) in ihrer kreisförmigen bzw. ovalen Wiedergabe. Bildlich gesprochen werden verschiedene Elemente in eine Form gebracht, kreisförmig eingebunden oder gerundet. Dieser Ausdruck, wie er sich in den In-vivo-Codes der Analyse des Produktionskontexts zeigt, wurde in der ergänzenden Textanalyse bestärkt. Eine Verdichtung der Kategorien führte zur Handlungsdimension *kollaborative Versorgung harmonisieren*.

Mit den kreisrunden bzw. ovalartigen Visualisierungen wird eine Darstellungskonvention angesprochen, die häufig bei Kompetenzstrukturmodellen zu finden ist (vgl. Hartig & Klieme, 2006, S. 132). Diese entstehen in der Absicht, die Dimensionalität von Kompetenzen zu beschreiben, d. h., die unterschiedlichen Facetten zu benennen, die für einen definierten Geltungsbereich von Relevanz sind (vgl. ebd., S. 132 f.). Hinsichtlich des Geltungsbereichs wird im Komplex der Arbeits- und Organisationspsychologie zwischen Single-Job, One-Size-Fits-All-Modellen (vgl. Krumm et al., 2012, S. 7) oder noch allgemeineren generischen Kompetenzmodellen (vgl. Sarges, 2001, zit. n. Krumm et al., S.7) unterschieden. In den vorliegenden Datenfällen geht es



weniger um die Beschreibung von Fähigkeiten, die an einem bestimmten Arbeitsplatz notwendig sind – i. S. eines Single-Job-Modells –, sondern sie setzen an einer übergeordneten Ebene an und subsumieren Kompetenzen, die innerhalb eines Verbands oder organisationsübergreifend, z. B. für einen Krankenhausverbund Datenfall 11 (Sunnybrook Health Science Center (SHSC), 2021) relevant sind. Aus der Analyse des Produktionskontexts geht hervor, dass die genannten Datenfälle vorrangig Aufgabenbereiche aufführen (Strukturierung der mit Gesundheitsversorgung assoziierten Aufgaben) und demnach als aufgabenbasiert zu benennen sind. Es liegen ebenso eigenschaftsbasierte Formulierungen vor, die jedoch eher nachgeordnet in ergänzenden Dokumenten aufgeführt werden (z.B. Zielorientierung, Flexibilität). Anhand der erwähnten Aufgabenbereiche ist ein generischer Charakter feststellbar, der dahingehend zu interpretieren ist, dass diese Tätigkeiten in multiplen Kontexten vorkommen und mehrere Professionen tangieren.

Mit Krumm et al. (2012, S. 9) lassen sich verschiedene Ebenen eines Kompetenzmodells differenzieren: (a) Kompetenzcluster, (b) Kompetenzen, (c) psychologische Merkmale und (d) beobachtbares Verhalten. Dieser Ordnung folgend wird in den angeführten Datenfällen/Strukturmodellen für das als interprofessionelle Kompetenz oder Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit bezeichnete Kompetenzcluster in den Strukturmodellen zwischen 4–6 Fertigkeiten i. S. v. Kernkompetenzen unterschieden. Diese werden in der bildlichen Darstellung selbst oder in den Begleitdokumenten auf den Ebenen (c) und/oder (d) weiter gegliedert.

In den kreis- bzw. oval- und blütenartigen Veranschaulichungen wird der Mittelpunkt fast ausschließlich mit einem Schriftzug gekennzeichnet. In der Wirkung steht entweder das Outcome für den Praxiskontext – bezeichnet als *Interprofessional Collaboration* (Datenfall 1) oder *Client Centred Service* (Datenfall 2) – oder die Kompetenz (*Collaborative Competencies* (Datenfall 15)) sowie *Interprofessional EIPEN Key Competences* (Datenfall 8)) im Zentrum.

Das Arrangement der Teilelemente und die dadurch zum Ausdruck kommende Gewichtung gleicht sich darin, dass die Elemente wie gleichgroße Stücke in einem Tortendiagramm mit eindeutiger oder imaginär angedeuteter Schnittlinie angeordnet sind. Durch einen äußeren Ring werden die Kernelemente gerahmt. Die Einfassung wird als eigenes Element beschriftet oder der durch die Rahmung abgegrenzte Bereich wird textuell erweitert.

Besonders umfangreich und damit komplex wirkend, wird im Datenfall 1 National Interprofessional Competency Framework (vgl. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC),



2010) der Kernbereich ergänzt. Die Farbgebung inklusive der Transparenz suggerierenden Farbschichtung deutet auf eine Vielschichtigkeit hin. Im Hintergrund werden in rötlicher Einfärbung sich überlappende längliche Ovale präsentiert. Diese rufen die Assoziation von Blütenblättern und damit einen ähnlichen Eindruck hervor, wie er in Form der vollständigen Blüte im CanMEDS-Modell (vgl. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada Ottawa (RCPC), 2015) (siehe auch Kapitel 2.3.4) vorliegt. Während im letztgenannten Modell allerdings Rollenausprägungen mit ihren Überschneidungen für die Rolle des Medical Experts symbolisiert werden, repräsentieren die Blütenblätter im Kanadischen Framework (Datenfall 1) drei Hintergrundüberlegungen, die Einfluss darauf haben, wie der Kompetenzrahmen in verschiedenen Situationen angewendet werden kann.

Hinsichtlich der Konvention eines Strukturmodells liegt bei den hier genutzten Datenfällen die Besonderheit vor, dass neben den Kompetenzfacetten auch umgebende Faktoren eingebunden werden bzw. die Visualisierung auf eine Rahmung oder Interaktion mit diesen verweist. So gedeutet sind die geclusterten Datenfälle als integrierte Strukturmodelle zu sehen. Aus kompetenztheoretischer Perspektive kann diese integrierende Darstellung ein Kompetenzverständnis veranschaulichen, das die Wechselwirkung von Person und Umwelt hervorhebt.

Kompetenzmodelle bilden im Unternehmenskontext eine wesentliche Grundlage für Maßnahmen des Bildungsbetriebsmanagements, beispielsweise des Personalmarketings, der -auswahl und Kompetenzentwicklung (vgl. Grote, et al., 2012, S.47). Ebenso wird die gezielte Vernetzung von Maßnahmen angestoßen und Instrumente im Bereich Leistungsbeurteilung, Auswahlentscheidungen, Feedback- und Anreizsysteme etc. entwickelt (vgl. Krumm et al., 2012, S. 8). Zu diesem Zweck kann ein Strukturmodell zunächst nur auf die Dimensionen verweisen, die einem Gegenstand zugeordnet sind. Geht es hingegen explizit um den Grad der Ausprägung, z. B. bezogen auf unterschiedliche Anforderungsniveaus, die mit einer bestimmten Berufsrolle einhergehen, wird eine Nivellierung vorgenommen und dies in sogenannten Kompetenzniveau- oder Stufenmodellen dargestellt.

#### *Fazit zu Strukturmodellen: Kennzeichen und Zielbild*

In den visuellen Präsentationen der Strukturmodelle wird durch die kreisrunde geschlossene Form betont, dass verschiedene Dimensionen ein Ganzes bilden. Die Kreiselemente formieren sich gleichmäßig um den Mittelpunkt. Die so provozierte Wirkung lässt sich derart deuten, dass alle Elemente im Einklang in einem harmonischen Verhältnis stehen und austariert sind. Ihre



symmetrische Ausrichtung unterstützt den Effekt einer ausgeglichenen, auf ein Ziel ausgerichteten Komposition. Diese Aspekte lassen sich als Ausdruck von *Harmonisierung* deuten. Die inhaltlichen Punkte lassen sich in ähnlicher Weise unter dieser Kategorie verdichten. Hinsichtlich der Zentralkategorie *kollaborative Versorgung* stehen die Strukturmodelle für die Handlungsdimension *kollaborative Versorgung harmonisieren*. Ein Spektrum an Tätigkeiten ist zu erwarten, das eine harmonische Teamstruktur respektive ein ausgeglichenes Zusammenwirken unterstützt oder ermöglicht (siehe Kapitel 6.2).

### *Drittes Fallgruppenporträt: Assessments*

Im erweiterten Verständnis lassen sich Assessments als Bezugsrahmen bezeichnen. Rein äußerlich sind dies Item-Listen, die um eine Beurteilungsskala ergänzt werden. In den gesampelten Beispielen (Datenfälle 12, 12, 14) umfassen diese 19–35 Items, die Beurteilungsskalen liegen als Likert-Skala vor.

Wie bereits erwähnt, basieren Messinstrumente auf Modellen oder sie werden in Anlehnung an diese entwickelt. Einhergehend mit einem engen, auf kognitive Aspekte zentrierten Kompetenzverständnis erfolgt in Niveau- oder Kompetenzstufenmodellen eine Darlegung des Bildungs- bzw. Forschungsgegenstands mit dem Akzent auf kognitiven Facetten und deren analytische Trennung (vgl. Klieme & Leutner, 2006, S.880). Wird z. B. zum Zweck pädagogischer Diagnostik oder ländervergleichender Bildungsforschung (wie PISA- und TIMSS-Studien) eine Veranschaulichung „kontextspezifische[r] kognitive[r] Leistungsdispositionen, die sich funktional auf Situationen und Anforderungen in bestimmten Domänen beziehen“ (Klieme & Leutner, 2006, S. 879), präferiert, wird diese Konvention der Wiedergabe gewählt. Damit verbunden sind differenziell-psychologische oder kognitionspsychologische Forschungstätigkeiten, die den Fragen nachgehen, inwiefern eine Person durch die Ausprägung einer bestimmten – auch messmetrisch bestimmbar – Kompetenz sowie die Wechselwirkungen mit anderen Kompetenzfacetten Aufgaben oder Anforderungen meistern kann.

Werden die vorliegenden Assessments vor dem Hintergrund eines handlungsorientierten Kompetenzverständnisses gesehen und gleichsam die Merkmale eines Selbsteinschätzungsinstrumentes berücksichtigt, lassen sich die Items in den Assessments als Reflexionsrahmen interpretieren, die hinsichtlich allgemeingültiger Kompetenzfacetten in den meist referenzierten Modellen operationalisiert wurden. Eine item-gestützte Reflexion liefert Informationen darüber, wie gut es aus subjektiver Sicht gelingen kann, die mit berufsübergreifender Zusammenarbeit einhergehenden Anforderungen zu bewältigen. Wie die inhaltsanalytische Auseinandersetzung



zeigt, werden in den Items subjektgebundene Fertigkeiten angesprochen, dabei allerdings der Fokus auf die solidarische Bewältigung in bzw. mit einem Team gerichtet. Die Verdichtung der Kategorien führte zur Handlungsdimension *kollaborative Versorgung reflektieren* mit Blick auf das Team. Wie die Dimensionalisierung zeigt, geht es bei den Assessments sowie Strukturmodellen um die solitäre (Interprofessions-)Arbeit und die Auseinandersetzung mit der individuell machbaren und gewollten Bewältigung von Anforderungen. Während allerdings die Handlungsdimension der Vorbereitung auf Aufgaben mit geringer Komplexität Bezug nimmt, steht die Reflexion in Korrespondenz mit komplexen Aufgaben. Sie verlangt eine Beurteilung der Arbeit in bzw. mit einem Team. Eine so beabsichtigte Einschätzung setzt voraus, dass im realen Praxiskontext schon Kontakt mit der Arbeit in einem Team stattgefunden hat. Im Ausbildungszusammenhang bestehen zwar erste teambezogene Berührungspunkte, allerdings noch nicht in dem Maße, dass von einer kontinuierlichen Rolle in einer konstanten Gruppe und der eigenverantwortlichen Rollenerfüllung ausgegangen werden kann. Erst der Weg der Ausbildung, also die Phase der Vorbereitung, führt dorthin.

#### *Fazit Assessments: Kennzeichen und Zielbild*

Wird ein Assessment – ausgefüllt oder blanko – losgelöst von den verschriftlichten Inhaltsdimensionen betrachtet, erscheinen die Bewertungsskalen auf einer rein visuellen Abstraktionsebene wie ein Regler, eine Zielscheibe beim Schießstand. Bildlich gesprochen wird ein Standpunkt markiert, ein Regler zu etwas hin- oder von etwas weggeschoben. Assozierbar ist diese Idee des Ein- oder Feststellens mit der gängigen Konvention von Kompetenzprofilen oder Evaluationszielscheiben. Es scheint, dass an die Betrachtung die Erwartung geknüpft ist, dass auf das Ausfüllen und Punkteverteilen eine Aus- oder Bewertung des entstandenen Punktwerts oder Kompetenzmusters erfolgt. Die am stärksten kontrastiven Datenfälle zeigen sich an einem Ende der Achse als ausformulierte Rahmenwerke, die zunächst anhand weniger komplexer Aufgaben steuernd auf die Kompetenzentwicklung wirken. Demgegenüber steht die selbstgesteuerte Bewertung der Kompetenzausprägung hinsichtlich eines mit umfangreichen Aufgaben konfrontierten Teams.

#### *Viertes Fallgruppenporträt: Prozess- und Wirkungsmodelle*

Die gesammelten Datenfälle 4, 5 und 6 lassen sich als *Prozess- und Wirkungsmodelle zusammenfassen*. Die dem Lancet-Report (vgl. Frenk et al., 2010) entnommenen Abbildungen, das Schaubild von D'Amour und Oandasan (2005) und das Framework der WHO (2010) enthalten



in den erklärenden Schemata mehrere verschiedenartige Darstellungselemente. Deren Anordnung deutet auf Dynamiken hin, die sich im Bildhaften interpretativ erschließen lassen. Den genannten Abbildungen ist gemeinsam, dass jeweils zwei Elemente durch die mittige Positionierung eine Gewichtung erfahren, zwischen denen Verbindungen markiert werden. Anhand der erklärenden Textelemente wird darauf verwiesen, dass es um die Verbindung oder Verknüpfung von Ausbildung und Praxis geht. Diese Präsentationen sind bezüglich des Produktionskontexts der Konvention von Wirkungs- bzw. Prozessmodellen zuzuordnen.

Im Datenfall 4 *Lancet-Report* (vgl. Frenk et al., 2009) wird die gegenseitige Beeinflussung von Ausbildung und Praxis als zirkulierender Prozess mit Pfeilen angedeutet, der als zwei Lungenflügel interpretierbar ist, zwischen denen Luft ausgetauscht wird und die sich gegenseitig nähren. Beide Flügel passen sich der Atmung an und nehmen deren Bewegung in einem abgestimmten Modus auf. In der auf wesentliche Details reduzierten Visualisierung ist Interpretationsraum für Einflussfaktoren und Wirkmechanismen, die über die Lungenhälften hinausgehen. Als Merkmal ist festzuhalten, dass dies auf ein gleichwertiges, abgestimmtes Ineinandergreifen der Elemente verweist.

Mit deutlich mehr Details versehen ist das Schaubild von D'Amour und Oandasan (2005) (Datenfall 6). Zwischen zwei prominent wirkenden Kreisen, die von einem Rechteck umfassen sind, deuten zwei gebogene Pfeile eine Verbindung bzw. Bewegung im Uhrzeigersinn an. Eine mögliche Assoziation ist die einer Tonbandkassette, demzufolge ein technisches Bild. Für das Abspielen eines Tonbands sind beide Rädchen in Bewegung und produzieren im Resonanzraum eine akustische Wirkung. Das Kassettengehäuse ist mit Textelementen unterschiedlicher Größe und Dicke beschrieben. Die Worte stehen für sich, sind nicht hierarchisiert oder in klar erkennbarer Beziehung zueinandergesetzt. Vielmehr scheint das Schema auf das Zusammenspiel von *Systemic Factors* wie *Educational System*, *Professional System*, *Government Policies* sowie *Social and Cultural Values* anzuspielden.

Wie schon im vorherigen Datenfall 4 *Lancet-Report* (vgl. Frenk et al. 2009) ist im vorliegenden typisch, dass die Rädchen in einer Wechselwirkung zueinanderstehen und ein Ineinandergreifen für einen reibungslosen Ablauf (hier: des Tonbands) sorgt.

Im WHO-Modell (WHO, 2010) markiert ein querliegender Pfeil die Verbindung zwischen den in Bannerform vorliegenden Komponenten und über diese hinaus. Der Verbindungspfeil wird in der Mitte von einem zeichnerischen Element, das an einen explodierenden Gegenstand erin-



nernt, unterbrochen, mit der durch die comcartig erscheinende Symbolik eine bestimmte Wirkung anklingt. Ein Legende oder beschreibender Text besteht nicht, wodurch der Interpretationsraum dahingehend geöffnet wird, die Explosion als Unterbrechung, Zündung, Erhellung, Energiequelle etc. zu deuten. Hinsichtlich des durchgezogenen Pfeils stellt sich die Frage, ob der damit markierte Prozess tatsächlich linear verläuft. Unter Hinzunahme der Textkomponenten lässt sich die datenbezogene Hypothese formulieren, dass der Wirkmechanismus vom lokal auftretenden Gesundheitsanliegen zum verbesserten Gesundheitsoutput geradlinig verlaufen kann, wenn Bildungs- und Praxisprozess aufeinander abgestimmt sind und die Notwendigkeit hinsichtlich einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit explosionsartig erkannt, forciert und verbessert wird. Von Bedeutung ist dabei ferner der Kontext, dargestellt als markante mehrschichtige, farbige Ellipse im Hintergrund, in die der Pfeil eingebettet und mit den dort positionierten Details verbunden ist. Auf den Wirkmechanismus hin zu einer verbesserten Versorgung nehmen Kontextfaktoren Einfluss. Auf der Ebene lokaler Gesundheitsanliegen und gleichfalls auf derjenigen der Bildungsgestaltung liegen Bedarfe vor, die es zu berücksichtigen gilt, um den Verlauf zum Abschluss zu bringen und tatsächlich einen verbesserten Outcome zu bewirken.

*Weitere Datenschichten: Produktionskontext und -art*

Mit Augenmerk auf den Schaffungs- bzw. Produktionskontext der gesampelten Bezugsrahmen ist eine Auseinandersetzung mit den bildschaffenden Akteur\*innen obligat, in der vorliegenden Untersuchung aber an wenige Erkenntnisse geknüpft. In den durchleuchteten visuell-textuellen Dokumenten lassen sich für das Gesamtdokument Verfassende, Autorengruppen oder verantwortliche Institutionen ausfindig machen, jedoch erfolgt keine explizite Anmerkung dazu, wer die visuelle Darstellung produziert hat. Vielmehr ist es gängige Praxis, ein Copyright zu markieren oder eine Institution als Urheber zu benennen. Bezogen auf den materiellen inneren Produktionskontext weisen die Darstellungen Punkte wie z. B. bekannte Schriftarten (Arial), exakte Linienführungen, präzise Farbgebung usw. auf, die den Schluss zulassen, dass sie mithilfe gängiger Text- oder Bildbearbeitungsprogramme erstellt wurden. Eine Ausnahme bildet die Abbildung der Linköping University (vgl. Wilhelmsson et al., 2009) (Datenfall 19), die im Stil einer Zeichnung vorliegt. Inwieweit jedoch das Säulengebilde zeichnerisch geschaffen oder als fertige Zeichnung digital importiert und mit Textelementen ergänzt wurde, ist anhand des Datenfalls nicht zu beantworten.



### *Fazit Strukturwirkungsmodelle: Kennzeichen und Zielbild*

Eine Aufreihung der zentralen Fälle eröffnet den Blick für gemeinsame Darstellungscharakteristika. Diese sind ein entscheidender Schlüssel zum Verständnis der zentralen performativen Aspekte, die unter der Kategorie *synchronisieren kollaborativer Versorgung* subsummiert sind. Die Darstellungskonvention von Prozess- und Wirkungsmodellen aufgreifend, untermauern die so gestalteten Datenfälle – wie vorangestellt beschrieben – die Dimension *kollaborative Versorgung synchronisieren* mit Bedarfen durch das Team.

## 6.2 Kollaborative Versorgung: Handlungsdimensionen, involvierte Personen, Arbeitstypen, Handlungsmerkmale und Teamkontext

Im Bemühen, die gegenstandsorientiert destillierten Handlungskomponenten in einem Konzeptgefüge zusammenzuführen und feinanalytisch auszudifferenzieren, kam die Theoriefigur des Arc of Work (vgl. Strauss 1991; vgl. Kapitel 5.2.1) zur Anwendung.

### Handlungsdimensionen

Die mit dem Forschungsstil der Grounded Theory rekonstruierten Daten zeigen, dass sich das Arbeitsprojekt berufsübergreifender kollaborativer Versorgung aus den vier folgenden Handlungskomponenten mit charakteristischen Eigenschaften konstituiert, nämlich berufsübergreifende kollaborative Versorgung

- anbahnen
- harmonisieren
- synchronisieren
- reflektieren

Unter der Perspektive des Arbeitsbogens zeigt sich kollaborative Versorgung als Abfolge der identifizierten Handlungsdimensionen in prozessualer Logik. Die Anordnung sowie die vorausgegangene Rekonstruktion erfolgen, wie von Strauss und in der Weiterentwicklung von Schütze vorgeschlagen, unter Berücksichtigung der Einrichtungs-, Sozial-, Inhalts- und Evaluationskomponente (vgl. Strauss et al., 1985, S. 15 ff, S.44 ff; Strauss 1991, S. 70 ff; vgl., Schütze, 2000, S. 59 ff. vgl. Schütze, 2016, S. 241 ff.,1984, S. 15 ff.; vgl. Strübing, 2007, S, 104; vgl. Bromberg, 2012, S. 303; vgl. Feindt & Broszio, 2008, o.S.; vgl. Brand, 2021, S. 35 ff.). In dem sich dadurch konstituierenden Arbeitsbogen wird die Einrichtungskomponente durch die Dimension *Kollaboration anbahnen für das Team* beschrieben, die Sozialkomponente durch die Dimension *Kol-*



*laboration harmonisieren im Team* skizziert und die Evaluationskomponente durch die Dimension *Kollaboration reflektieren mit Blick auf das Team* vertreten. Für die Inhaltskomponente lassen sich in den Datenfällen weniger Tätigkeiten identifizieren, die für die Ausführung derartiger Aufgaben im engeren organisationalen Kontext notwendig sind (vgl. Bräu a. a. O.), z. B. Vollzug einer Anamnese, Blutentnahme, Überbringen von Todesnachrichten etc. Rekonstruieren lassen sich vielmehr Aufgaben, die sich inhaltlich auf tatsächliche und mögliche Bedarfe in einem umfassenden (inter)organisatorischen Kontext beziehen. In diesem erweiterten Verständnis wird die Inhaltskomponente durch die Dimension *Kollaboration synchronisieren mit dem Team* beschrieben. Entlang der Gliederung dieser vier Aktivitätskomponenten zeigt sich eine handlungslogische Abfolge der identifizierten Handlungsdimensionen. Die so identifizierte Arbeitsbogenstruktur bildete den Rahmen für die weiteren analytischen Schritte.

#### *Handlungsdimension: Kollaboration anbahnen*

*Kollaborative Versorgung anbahnen* zählt zu den erschlossenen Handlungsdimensionen kollaborativer Versorgung und steht in analytischer Korrespondenz mit Modellen des Kompetenzaufbaus – Frameworks, Kompetenzlisten und Modelle. Die empirischen analytischen Ergebnisse hinsichtlich der strukturellen und prozessualen Merkmale dieser Handlungsdimension werden im Folgenden aufgeführt, für die Tätigkeiten mit vorbereitendem Charakter im Vordergrund stehen. Der Bezugspunkt *Anbahnung* bezieht sich dabei nicht ausschließlich auf den Bereich der Aus- oder Weiterbildung. Vielmehr erfolgt die Abgrenzung darüber, dass Tätigkeiten nicht in einem Arbeitsteam – mit Patienteneinbezug – vollzogen werden.

Studierende/Health Professionals sammeln Informationen darüber, welche anderen Berufe es gibt und welche Aufgaben durch diese in der Gesundheitsversorgung übernommen werden. Auf Basis dieser Nachforschungen können sie abwägen, welche Profession wie in einem Versorgungsprozess involviert ist. Sie nehmen Kontakt zu anderen Professionen auf, bauen eine Arbeitsbeziehung auf oder ermöglichen deren Gedeihen. Dazu beschäftigen sie sich mit ihren Rollen und spüren nach, ob sie bereit sind, mit anderen Arbeitsgebieten in Kontakt zu treten. Sie kommunizieren Bedenken oder Unsicherheiten. Damit sie zielsicher andere Personen ansprechen und erreichen können, testen sie vielfältige Verständigungswege mit hoher Kommunikationsflexibilität. Indem sie antizipieren, was in einem Team schwierig sein könnte, erarbeiten sie Ideen und Strategien, wie sie damit umgehen könnten.

In den Daten lassen sich Verrichtungen rekonstruieren, die darauf verweisen, dass eine interprofessionelle Arbeitsstruktur nicht oder noch nicht etabliert ist, beispielsweise aufgrund stark



monoprofessionell geprägter Kontexte. Andere Arbeiten spielen darauf an, dass interprofessionelle Zusammenarbeit im Schonraum vollzogen und noch gelernt wird. Die identifizierten Tätigkeiten markieren die Vor- oder Anfangsphase einer Kollaboration und finden teamlos, in einem Übungs- oder sich anbahnenden Arbeitsteam statt. Folgerichtig verdichten sich unter dieser Handlungsdimension Verrichtungen, die ermöglichen, dass sich interprofessionelle Versorgung in oder auf Basis einer Teamstruktur abzeichnet.

*Handlungsdimension: Kollaboration harmonisieren*

Eine weitere Handlungsdimension bildet das Harmonisieren im Team. Detektiert wurde diese unter Hinzunahme der Datengruppe der Strukturmodelle. Die Dimension kollaborative Versorgung harmonisieren greift die empirisch generierte Praxis eines interprofessionell agierenden Teams auf.

Unter der Prämisse *klientenzentrierte Versorgung* oder *Community-Based Care* wird ein Setting geschaffen, um das Anliegen oder Ziel des Versorgungsprozesses zu eruieren. Diesem folgend vereinen sich Angehörige verschiedener Berufe bedarfsgerecht zu einem Team, innerhalb dessen sie ihre (*Arbeits-*)*Beziehungen* stärken, pflegen und ebnen. Sie diskutieren verschiedene Meinungen, Vorstellungen und Einstellungen. Mit Blick auf vorhandenes Wissen und Ressourcen fügen sie diese zusammen und nutzen Synergien. Das Team sucht und findet gemeinsame Lösungen für Klient\*innen und Patient\*innen. Um sensibel füreinander und miteinander zu sein, *hören sie zu, nehmen die Rollen anderer wahr und üben Respekt*. Die Aufmerksamkeit ist auf das Team gerichtet. Es wird überprüft, ob dieses *funktioniert* und inwiefern teamfördernde Maßnahme eingeleitet werden. Die Tätigkeiten zeugen von einer starken *Teamfokussierung*.

Aus der Perspektive der Bildungsgestaltung ist die analytische Linse also nicht – wie im vorangegangenen Unterkapitel – darauf eingestellt, welche vorbereitenden Arbeitsaufträge vollzogen werden, sondern es gilt, die zentralen Aufgaben im Team zu ermitteln. Für diese Handlungsdimension eignet sich eine Merkmalskonstellation, die von maximaler teamfokussierter Arbeitsstruktur und geringerer Komplexität der Versorgungsaufgaben gekennzeichnet ist. Während bei der Handlungsdimension *kollaborative Versorgung anbahnen für das Team* Interaktionen solitärer (Inter-)Professionsarbeit im Vordergrund stehen, ist in diesem Fall professionelle Gemeinschaftsarbeit prominent.



### *Handlungsdimension: Kollaboration synchronisieren*

Unter der Handlungsdimension *Kollaboration synchronisieren* entfalten sich folgende Tätigkeiten: Als Element eines komplexen Systems steht das Team in *Wechselwirkung – interdependenter Beziehung* – mit der Organisation, dem Krankenhaus, Gemein- und Gesundheitswesen, Ausbildungsinstitutionen, der Gesundheits- und Finanzpolitik etc. Daraus resultierende *komplexe Aufgaben* nimmt das interprofessionelle Team wahr, bereitet *flexible Lösungen* vor und reagiert *zukunfts zugewandt* auf *Bedarfe des Systems* und der Patient\*innen. Dabei wägt das interprofessionelle Team ab, welche Konstellation *effizient und effektiv* ist. Entsprechend justiert es, ob weitere Professionen zur Zielerreichung benötigt werden und andere verzichtbar sind. Gemeinsam werden *Strukturen außerhalb des Teamkontexts* aufgebaut oder bestehende ausgeweitet und *Technologien kollaborativ genutzt*. Mit *wechselnder und/oder gemeinsamer Führung* werden Teaminteressen vertreten. Darüber hinaus trifft ein Team für und mit der\*dem Patient\*in ethische Entscheidungen. Im Sinne des *Shared Decision Making* stellt es Informationen für die\*den Patient\*in bereit und begleitet sie\*ihn in der Entscheidungsfindung. Das Aufgabenspektrum, das das interprofessionelle Team bewältigen muss, ist umfangreich und komplex. In *Gemeinschaftsarbeit* begegnet es diesen Anforderungen.

### *Handlungsdimension: Kollaboration reflektieren*

Die Handlungsdimension *Kollaboration reflektieren* zeigt Parallelen zu der von Schütze (vgl. Schütze, 2000, S. 88) definierten Evaluationskomponente, die durch systematische Reflexionsprozesse gekennzeichnet ist und über vage Suchbewegungen hinsichtlich der weiteren Handlungsstrukturierung hinausgeht (a. a. O.).

Die Mitglieder reflektieren mit Bezug auf das Team, inwiefern gewählte interprofessionelle Zielpfade für das Arbeitsgeschehen angemessen waren und wie sie Meilensteile auf diesem Weg erreicht haben. Die Beteiligten suchen mit der Führungskraft nach Fehlern und Missständen hinsichtlich Qualität, Sicherheit und Gesundheitsoutcome. Dabei kann der Fokus auf das gemeinsame arbeitspraktische Agieren, die Arbeitsstruktur oder (Arbeits-)Beziehungen der Mitglieder zueinander gerichtet sein. Bezüglich aller Aspekte sind Fragen der grundsätzlichen *Zuständigkeit und Ansprechbarkeit* zu klären sowie mögliche eingeschlossene *Kompetenzzuschreibungen* zu revidieren. Bei *Konfliktthemen* moderiert die *kollaborative Führung* die Auseinandersetzung im Sinne des *Conflict Positive* und das Team stellt sein *Konfliktnutzungsgeschick* unter Beweis. Drüber hinaus wird die *Haltung* zum kollaborativen und interprofessionellen Zu-



sammenarbeiten reflektiert. Die Erkenntnisse seiner Erwägungen nutzt das Team, um Anpassungen und Neupositionierungen vorzunehmen. Dazu können z. B. Fertigkeitengrenzen aufgeweicht oder gezogen werden, interprofessionelle Teams sich auflösen oder neu zusammensetzen.

### Involvierte Personen

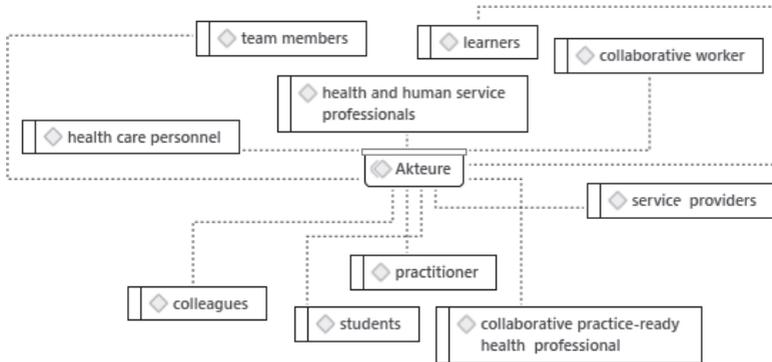


Abbildung 6-1: In die kollaborative Versorgung involvierte Personen

Quelle: Eigene Darstellung mit ATLAS.ti

In das soziale Handeln kollaborativer Versorgung ist ein großes Spektrum an Akteur\*innen und Akteursgruppen involviert. Dazu zählen Personen, die eine Versorgungsleistung anbieten, ausführen und sich unter dem Begriff *Praktiker* subsummieren lassen. Für diesen sind die vorliegenden Bezeichnungen vielfältig, wie die Übersicht zu den In-vivo-Codes zeigt (Abb. 6-1). In diese Gruppe inkludiert sind zudem Personen, die sich auf dem Weg zu einem selbstständig agierenden Praktiker befinden. Hinsichtlich der Verwendung der Bezeichnung *Learner* besteht Offenheit, inwieweit damit das Abgrenzungsmerkmal einer offiziellen Qualifikation für einen Beruf i. S. v. qualifiziertem und nicht-qualifiziertem Praktiker angesprochen oder weniger formell zwischen Anfänger\*in und Expert\*in unterschieden wird. Die Gruppe *Students* setzt sich aus Student\*innen mit unterschiedlichen Ausbildungsleveln zusammen:

“The novice student at the completion of the first year of an undergraduate degree. The intermediate student at the end of the second or third year of an undergraduate degree or at the completion of the first year of a graduate entry masters degree. The entry to practice level student at the end of the final year of an undergraduate or entry level masters degree” (Datenfall 2).

Eine zentrale Akteursgruppe ist das *Team*, das in den meisten Datenfällen als *interprofessionelles Team* spezifiziert wird:



“A collaborative practice-ready health worker is someone who has learned how to work competently in an interprofessional team [...]” (Datenfall 5)

Dieses könne als formale Organisationseinheit bestehen:

“In some situations, collaborative practice is undertaken via a formal interprofessional team, [...]” (Datenfall 1).

In wenigen Zusammenhängen wird der Ausdruck *Gruppe* gewählt. Letzterer bezeichnet aus organisations- bzw. gruppenpsychologischer Perspektive einen eher losen Personenverbund ohne eine verbindende Zielorientierung.

Für die als Team bezeichnete Personeneinheit sind ergänzende Angaben hinsichtlich einer gemeinsamen Fokussierung bzw. eines Zielcommitments obligat. Die Zielsetzungen stehen in Bezug zu einer optimalen, verbesserten oder geteilten Gesundheitsversorgung.

“Learning to work in teams entails becoming a part of a small and complex system that is organized to share the care of a person or a population. Involvement as a team member is based on the value of the professional expertise added that can contribute to the outcomes of care in specific situations” (Datenfall 3).

In den visuell-textuellen Darstellungen überwiegt der Gedanke des Teams, aber auch das einzelne Mitglied – *Teammember* – wird als Akteur\*in adressiert. Mit Fokus auf die ergänzenden Kompetenzformulierungen zeigt sich, dass sowohl das Kollektiv als auch das Individuum angesprochen werden.

“Reflect on individual and team performance for individual, as well as team, performance improvement” (Datenfall 3).

Diese Hinweise auf eine Parallelität der Individual- und Gruppenebene legen nahe, dass im Kontext gesundheitlicher Versorgung beide Standorte von den Akteur\*innen eingenommen werden. Das heißt, die am Versorgungsprozess beteiligten Personen agieren als individuelle Akteur\*innen in Ein-zu-eins-Situationen mit Patient\*innen oder anderen Teammitgliedern, sie vollziehen kollektiv Versorgungstätigkeiten und sind gleichzeitig – möglicherweise unbewusst – Teil möglicher Dynamiken zwischen Teams bzw. anderen Organisationseinheiten.

In diesem Zusammenhang werden *Leader\*innen* als weitere Akteursgruppe genannt. Die Frage danach, wer derart betitelt wird, kann mit dem Merkmal der flexiblen Zuschreibung beantwortet werden:

“Within collaborative or shared leadership, learners/practitioners support the choice of leader depending on the context of the situation” (Datenfall 1).

Die Flexibilität reicht von einem stark am Bedarf der Ratsuchenden orientierten Vorgehen, demzufolge die\*der Klient\*in die Leadership-Frage beantwortet und ggf. die Führungsrolle



selbst übernimmt, bis zu einer recht eindeutigen Zuschreibung, die sich beispielsweise über Rechenschaftspflichten legitimiert.

“In a shared leadership model, patients/clients may choose to serve as the leader or leadership may move among learners/practitioners to provide opportunities to be mentored in the leadership role. In some cases, there may be two leaders—one for learners/practitioners to keep the work flowing and the other who connects with patients/clients/families in a helping relationship, serving as the link between the team and the patient/family” (Datenfall 1).

Die Adressierten von Versorgungsleistungen bilden eine weitere Einheit, die von Variationsbreite gekennzeichnet ist und damit auf ein breites Gesundheitsverständnis verweist. Mit den Begriffen *Klient\*in* und *Patient\*in* operierend, sind diejenigen inkludiert, die entweder als Rezipient\*in eine Versorgungsleistung – wie im Krankenhaus in einer versorgungsbedürftigen Situation üblich – empfangen oder aktiv in Anspruch nehmen. Letztgenannte Anspruchsgruppe korrespondiert mit der Bezeichnung Klient\*in, die im deutschsprachigen Raum vorrangig im therapeutischen Bereich verwendet wird, aber auch in der angrenzenden Disziplin der Sozialarbeit üblich ist. Im englischsprachigen Raum wird mit der Verwendung von Klient\*in respektive Klient\*innenzentrierte Praxis der Paradigmenwechsel impliziert, der sich hinsichtlich des Rollenverständnisses in dyadischen Versorgungssituationen von passiven Patient\*innenrollen hin zu aktiven Gestaltenden vollzogen hat (vgl. Sumsion, 2006, S.20 ff.).

Die Klient\*innenrolle wird assoziiert mit Mitarbeit, Wahlmöglichkeiten und Autonomie, die ermöglicht werden soll, jedoch ebenso eingefordert werden kann:

“In patient/family/client/community-centred care/services, the interprofessional team integrates and values, as a partner, the input of a patient/client/family or community in the design and implementation of care and/or services” (Datenfall 1)

“In patient/client centred collaborative practice, patients/clients are seen as experts in their own lived experiences and are critical in shaping realistic plans of care” (Datenfall 1).

Mit Bezug auf die am Bedarf der Ratsuchenden orientierte Praxis – ursprünglich 1951 von Rogers eingeführt und mittlerweile von zahlreichen Berufsgruppen diskutiert und durchdacht – werden in den Datenfällen zentrale Leitprinzipien dieses kooperativen Ansatzes betont, die den Versorgungsprozess durchdringen sollen. Dazu zählt u. a. die partnerschaftliche Beziehung zwischen Patient\*innen und *Gesundheitsdienstleister\*innen*, der Respekt für die\*den Klient\*in und die Überzeugung, dass die\*der Ratsuchende am besten über sich und ihr\*sein Leben Bescheid weiß, offene und verständliche Kommunikationswege und das Bereitstellen von Kenntnissen und Fähigkeiten der Teammitglieder, das Mitwirken an Interventionsplänen und Ent-



scheidungsprozessen, der Zugang zu Ressourcen, um den Plan zu verwirklichen etc. Diese Prinzipien rekurrieren auf die gängige Definition klient\*innenzentrierter Praxis (vgl. z. B. Sumsion, 2006, S.5).

Eine weitere Personeneinheit kann als *erweiterte\*r Klient\*in* zusammengefasst werden. Im engeren Sinne sind damit die *Familien* der Patient\*innen bzw. Klient\*innen angesprochen, aber auch *Fürsprecher\*innen* und *Begleiter\*innen*, die formal nicht einer Kernfamilie zugerechnet werden, jedoch in enger Beziehung zu ihnen stehen. Weiter gefasst wird außerdem die *Community* erwähnt und damit alle Personen inkludiert, die eine amtliche oder ehrenamtliche Position innehaben und direkt oder indirekt am Versorgungsgeschehen mitwirken. Je nach gesundheitlicher Problemlage variiert der Akteur\*innenkreis.

Die Beschreibung der Akteur\*innen und Akteursgruppen belegt das große Spektrum unterschiedlicher Parteien und sensibilisiert für die Vielfalt daraus resultierender Bedürfnislagen, Arbeitsaufgaben, Umgangsstrategien, Arbeitsideen, Routinen, Spannungsfelder etc., die im Vollzug kollaborativer Versorgung zum Tragen kommen.

#### *Arbeitstypen (Types of Work)*

Eine Feinanalyse modellierte strukturelle Merkmale der einzelnen Handlungskomponenten kollaborativer Versorgung. Als Anregung wurde der Strukturierungsvorschlag in Arbeitstypen (vgl. Breuer, S. 290; vgl. Strauss, 1991; S.71) genutzt. Leitend waren die Fragen, mit welchen Aufgaben Akteur\*innen und Akteursgruppen im Kollaborationsverlauf konfrontiert werden und welche Arbeitstypen ins Spiel kommen. Im Ergebnis liegt eine Zusammenschau und Beschreibung dieser identifizierten zentralen Arbeitstypen vor:

- Rollenarbeit
- Kommunikationsarbeit
- Führungsarbeit
- Konfliktarbeit

Die Auswahl korrespondiert damit, als wie charakteristisch sich diese Varianten für ein interprofessionelles Versorgungssetting in den Daten gezeigt haben. Die Liste wird im Folgenden detaillierter beschrieben, weitere Arbeitstypen – ohne eigene Überschrift – werden zur Verdeutlichung einer arbeitslogischen Verflechtung im Textverlauf nur benannt. Diese sind hinsichtlich einer Allgemeinbetrachtung kollaborativer Versorgung erkenntnisreich. Allerdings ver-



weisen sie auf Tätigkeiten, die in Abgrenzung zu Arbeiten in monoprofessionell geprägten sozialen Welten weniger trennscharf sind. Wenn angezeigt, wird hervorgehoben, dass eine Arbeitskategorie in einer Handlungsdimension besonders wichtig ist. Ebenfalls ergeben sich in der dichten Beschreibung Hinweise auf intervenierende Bedingungen, die mit ihnen in arbeitslogischen Zusammenhängen stehen. Es werden Konzepte expliziert, die zu ausführungsbasierten Merkmalen und infolge dessen zu Theorieelementen komprimiert wurden.

### *Rollenarbeit*

Die Formulierungen in den Datenfällen weisen darauf hin, dass die Akteur\*innen zu einem Team oder mehreren Teams gehören und in diesem Verbund Aufgaben verrichten. Die Teammitglieder unterschieden sich in ihren Rollen und folglich darin, was für berufliche Aufgaben sie in einem Versorgungsprozess übernehmen bzw. ausführen können. Dabei werden sie mit einem breiten Rollenspektrum konfrontiert. Tätigkeiten, die hinsichtlich dieser *Rollenvielfalt (K)* auf Klarheit, Orientierung und Wege eines effektiven Umgangs abzielen, lassen sich unter dem Arbeitstypus *Rollenarbeit* subsumieren. Diese ist relevant, wenn es um das Treffen von Vorbereitungen geht, um in einem interprofessionellen Team Patient\*innen zu versorgen oder andere Funktionen des Versorgungsspektrums zu vollziehen. Wie die Daten belegen, bestehen diesbezüglich Aufgaben für die Akteur\*innen:

„Sie erklären die Rolle der VertreterInnen unterschiedlicher Professionen in unterschiedlichen Institutionen in Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation.“ (Datenfall 10)

*Erklären* ist eine Tätigkeit, die mit der Annahme in Verbindung gebracht werden kann, dass der andere unwissend ist, nicht ausreichend Rollenwissen oder Informationen besitzt. Vielleicht liegt zugleich eine *Erklärungsnot (K)* vor. Bei ungeklärten *Verantwortlichkeiten (K)* kann beispielsweise eine Klärung hinsichtlich der professionellen Rolle dazu führen, dass sich die Transparenz hinsichtlich der Zuständigkeiten erhöht.

Gegenstand der Rollenarbeit ist die eigene Rolle, diejenige anderer und damit verbundene Vorstellungen und einhergehendes Handeln.

„Sie können [...] die eigenen Aufgaben, Funktionen und Verantwortlichkeiten im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen reflektieren und erklären“ (Datenfall 10).

„Respektvoller, anerkennender Umgang mit eigenen und fremden Meinungen, Rollenvorstellungen und -zuschreibungen“ (Datenfall 9).

Mit Blick auf das Handlungsmuster *Kollaboration harmonisieren* geht Rollenarbeit über den Erwerb von tragem Rollenwissen hinaus. Kennzeichnend ist der *Einsatz von Rollenwissen*, um einen *Benefit für andere zu erzielen*:



“Role Clarification Learners/practitioners understand their own role and the roles of those in other professions, and use this knowledge appropriately to establish and meet patient/client/family and community goals” (Datenfall 1).

Rollenarbeit tangiert die eigene Rolle und diejenige(n) anderer Berufsgruppen, wobei zwischen beruflichen und interprofessionellen differenziert wird. Dieser Differenzierung lässt sich in Referenz auf das – in den Gesundheitsberufen verbreitete – CanMEDS-Modell nachgehen, das sechs berufliche Rollen benennt: Professional, Communicator, Scholar, Health Advocate, Leader\*in und Collaborator. Diese werden – ursprünglich für den Medical Expert im medizinischen Kontext, mittlerweile aber überdies für weitere Gesundheitsberufe – ausdifferenziert. Dabei stehen die Spezifika im Vordergrund, die eine Berufsgruppe bei Rollenerfüllung auszeichnet. Demgegenüber stehen interprofessionelle Rollen, für deren Bezeichnung keine festgeschriebene Definition hinterlegt ist, die sich jedoch als Ausdruck flexibler Rollenfestlegung in einem interprofessionellen Team deuten lässt. Damit korreliert die folgende Aufgabe:

“[C]onsider the roles of others in determining their own professional and interprofessional roles” (Datenfall 1).

Konkretisieren lässt sich dieser Aspekt an einem fiktiven Beispiel bezüglich der Rolle *Scholar*, die mehreren Berufen im Gesundheitsbereich zugeschrieben wird: Wird die Aufgabe *Patientenschulung für eine bessere Medikamentencompliance* an ein interprofessionelles Team herangetragen, könnte diese von mehreren Beteiligten übernommen werden. Situativ muss ein Team interprofessionelle Rollen einnehmen, tauschen, besetzen oder darüber in Verhandlung treten. Unter Hinzunahme gruppenpsychologischer und rollentheoretischer Erkenntnisse ist im Anschluss z. B. an Belbin (2010, S.47 ff.) die Unterteilung in kommunikations-, wissens- und handlungsorientierte Rollen denkbar. Beispielsweise kann die Pflegekraft in der Beobachtungsrolle ein hohes Maß an Wissen beitragen, wie Patient\*innen bei der Medikamenteneinnahme reagieren, welche Fragen sie stellen und wie sie mit Anweisungen umgehen. Der\*die Gesundheitspsycholog\*in verweist in der Rolle als Spezialist\*in für Gesundheitskommunikation auf Besonderheiten einer effektiven Gesprächsführung und der Digital-Health-Experte kann in der Rolle des Neuerers auf die Vorzüge einer App-basierten Schulung Argumente einbringen. Wird das gleiche interprofessionelle Team mit einer anderen Aufgabe betraut, würden die zuletzt beschriebenen Rollen ggf. neu besetzt oder verhandelt, die beruflichen Rollen bleiben jedoch erhalten. Im Zuge dessen ist das Wissen über diese hilfreich. Entscheidend ist jedoch, welches Teammitglied vor dem Hintergrund professioneller Expertise welche Rolle ausfüllen kann. Akteur\*innen im Gesundheitswesen agieren häufig in verschiedenen Teams: In Ad-hoc-Teams



z. B. in der Notaufnahme, im Stationsteam, im Team der eigenen Profession, im Projektteam mit anderen Kooperationspartnern etc.

Darüber hinaus soll jedes Teammitglied seine individuelle(n) Rolle(n) kennen bzw. reflektieren. Eine Auseinandersetzung mit der eigentlichen beruflichen Rolle ist implizit, aber eben auch mit individuellen Affinitäten verbunden. Ist ein Mitglied beispielsweise sehr vertraut mit der Leader-Rolle und nimmt diese entsprechend ihres\*seines beruflichen Rollenprofils bevorzugt ein, so bedeutet Rollenarbeit, diese individuelle Neigung zu überdenken. Ist in Respekt vor anderen Rolleninhabern ein möglicher Rollenrücktritt oder -tausch akzeptabel?

Auf der Teamebene umfasst Rollenarbeit, dass die Mitglieder mögliche Rollendoppelungen erkennen und gleichzeitig respektieren. Eine auf Transparenz zielende Rollenarbeit sieht vor, dass die involvierten Personen ihre Rollen inklusiv der damit verbundenen Zuständigkeiten und Kompetenzen in verständlicher Weise und klarer Sprache kundtun:

“[...] understands their own role and the roles of other relevant parties and uses this knowledge to improve client services” (Datenfall 2).

Es geht darum, preiszugeben und anderen zugänglich zu machen, was jemand kann, weiß und will, wofür die Teammitglieder

Hinsichtlich der Rollenausführung ist eine kulturell respektvolle Handlungsmaxime leitend. Daran geknüpft sind Aufgaben wie Interesse zeigen, Informationen einholen, nachfragen, wenn, etwas fremd erscheint, Unsicherheiten thematisieren usw. Wird dies nicht vollzogen, kann es zu Rollenambiguität, Machtgefälle und unterschiedlichen Zielsetzungen kommen und dadurch der Nährboden für Konflikte gelegt werden:

“Conflicts can arise from a number of sources: Roles: these arise over differing accountability issues, perceptions of role overloads or role ambiguity among learners/practitioners” (Datenfall 1)

Wie die Beschreibung der Rollenarbeit offenlegt, formieren widersprüchlich wirkende Tätigkeiten diesen Arbeitstypus. Auf der einen Seite sollen eigene Rollen gefestigt und bekräftigt werden. Auf der anderen Seite ist es obligat, situationsorientiert Rollen auf andere zu übertragen und einen Wechsel flexibel zu unterstützen. Spannungsmomente scheinen zu entstehen, wenn die professionelle Rolle mit Aufgaben assoziiert ist, die im Rahmen der Rollenübernahme in einem professionellen Team nicht oder in anderer Form ausgefüllt werden kann.

Der Profession kommt eine zentrale Bedeutung bei der Rollenarbeit zu: Die einzelnen Professionen formen einen Orientierungsrahmen, um professionelles Expertentum aufzubauen. Damit



wird eine förderliche Basis geschaffen, um berufliche Rollen zu erfüllen. Gleichzeitig fordert deren Übertragung oder Teilung, eben dieses Expertentum nicht ausschließlich zu fokussieren. Eine Zentrierung auf die singuläre Profession im Sinne des Professionszentrismus<sup>11</sup> (vgl. Pecukonis, 2020, S.212) oder der nicht respektvolle Umgang mit anderen professionellen Rollen wird als hemmend eingeordnet, um andere Professionen in Teamprozesse einzubinden. Zusätzlich wirkt mangelndes Expertentum hinderlich, da verwaschene berufliche Rollenbeschreibungen eine klare Rollenrepräsentation erschweren.

Zwischen dem Fixieren und Vernachlässigen offenbart sich *ein gelassener Umgang mit der eigenen und fremden Profession* als unterstützend, um Kollaboration im Team zu harmonisieren. Im Zuge des selektiven Kodierens wurde die Axenkategorie *Umgang mit der eigenen und fremden Profession* zum theoretischen Konzept *Professionsgelassenheit* verdichtet. Im visuellen Repräsentationskontext findet das Konzept u. a. darin Ausdruck, dass in den gesampelten Dokumenten keine spezifischen Professionen aufgelistet werden. Demnach wird es der\*dem Bildungsgestalter\*in überlassen, wer involviert oder angesprochen wird. Mit Rollenarbeit ist die Aufgabe verbunden, die Rolle – auch Wissen und Fertigkeiten – in wechselnden Kontexten zu artikulieren.

“Students and practitioners need to clearly articulate their roles, knowledge, and skills within the context of their clinical work” (Datenfall 3).

Der Arbeitstypus *Kommunikationsarbeit* kommt zum Tragen.

### *Kommunikationsarbeit*

Aus der Rolle eines Experten vollzieht sich die Kommunikation im Expertenkreis möglicherweise anders als aus der Rolle des Scholars im Kontakt mit Laien oder Auszubildenden. Eine Anpassung, also Kommunikationsarbeit, erfolgt auf der verbalen Ebene hinsichtlich des verwendeten Vokabulars, der Sprache, des Tempos, ergänzender Materialien usw. Ein Aufgaben- oder Kontextwechsel kann ebenfalls verlangen, die Kommunikationswege flexibel an die Gegebenheiten anzupassen, z. B. kann es erforderlich sein, analoge Kommunikation auf digitale Optionen umzustellen. Der zielführende und bewusste Umgang mit verschiedenen Kommunikationskanälen

---

<sup>11</sup> Im Englischen *Profession Centrist*; maßgeblich von Peguros (2008;2014;2020) ausformulierte Begrifflichkeit mit Anleihen an das Konzept des Ethnozentrismus, die im Zusammenhang interprofessionelle Ausbildung diskutiert wird.



– E-Mail, Videotelefonie, Social Media, Face-to-Face-Meeting, Workshop etc. – ist mit dieser Form von Arbeit assoziiert.

“[E]ffectively use information and communication technology to improve interprofessional patient/client/community-centred care, assisting team members” (Datenfall 2).

Mit effektiver Kommunikationsarbeit ist ferner verbunden, diverse Signale auf der Ebene non-verbaler Kommunikation, Proxemik, digitaler Gadgets etc. wahrzunehmen und bewusst einzusetzen.

Um Kommunikation zu gestalten ist soziale und individuelle Beweglichkeit gefordert, was so zu deuten ist, dass eine Ansprechbarkeit und Konversationsoffenheit im Team signalisiert wird, Kommunikationsverläufe verantwortungsbewusst geführt, beendet und reflektiert werden:

“Evaluate and critically reflect on interprofessional communication on the basis of appropriate tools and criteria” (Datenfall 14).

Der Fokus sollte auf ein gemeinsames Ziel oder eine kollektive Interessenlage gesetzt werden bzw. nicht verloren gehen.

“[...] health professionals interact on behalf of shared goals for care with patients or communities (Datenfall 3).

Anpassungs- und Förderstrategien – dem Harmonisieren der Kollaboration in kommunikativer Hinsicht dienlich – wurden iterativ zum Konzept *Kommunikationsflexibilität* verdichtet.

### *Führungsarbeit*

In der Gedankenfolge mit Rollenarbeit wird fallübergreifend die Führungsrolle betont. Dieser werden spezifische Tätigkeiten zugeschrieben, die operative Prozesse der Zielerreichung adressieren und auf das Zusammenwirken der Mitarbeiter\*innen ausgerichtet sind.

“There are two components to the leadership role: task-orientation and relationship-orientation. In the former, the leader helps other members keep on task in achieving a commonly agreed upon goal, while in the latter, the leader assists members to work more effectively together” (Datenfall1).

Führungsarbeit im interprofessionellen Team, so belegen die Datenfälle, ist fluid. Sie ist per se nicht als Dauertätigkeit vorgesehen, sondern setzt bedarfsgesteuert ein. Führung kristallisiert sich im Team heraus und zwar darüber, dass unter den Teammitglieder\*innen eine Person hervorsteht, die den spezifischen Bedarf an Fachwissen in besonderer Weise aufweisen kann und punktuelle sowie temporäre Führungsqualitäten besitzt.

“[L]eadership among members is based upon the need for specific kinds of expertise needed at a given point in time” (Datenfall 11).



Zur Führungsarbeit zählt *Facilitation*. Die Aufgabe ist, die Teamaktivität so zu faszinieren, dass sich interdependente Arbeitsbeziehungen entwickeln (vgl. CIHC, 2010, S. 15). Über das Antonym von faszinieren lässt sich diese besondere Aufgabe pointieren: Die\*der Leader\*in vermeidet jede Form von Hemmung und fördert mit verschiedenen Techniken das Miteinander der Teammitglieder. Auf Formen (neuromuskulärer) Facilitation im medizinischen und therapeutischen Kontext referenzierend, geht es der neurowissenschaftlichen Perspektive darum, die Neuroplastizität des Nervensystems auszuschöpfen und ein sinnvolles Zusammenspiel der Muskeln sanft anzubahnen. Im Übertrag dieser Auslegung auf die Teamsituation korreliert Führungsarbeit damit, dass die\*der Leader\*in Menschen oder Gruppen sanft berät, Wert auf Wahrnehmung und Intuition legt, die Beteiligten in der Zielerreichung unterstützt, es vermeidet, sich einer Partei zuzuordnen und empathisch kommuniziert (vgl. Stangl, 2022).

### *Konfliktarbeit*

Konfliktarbeit findet auf der Teamebene zwischen verschiedenen Mitgliedern, Professionellen, Klient\*innen, Patient\*innen sowie deren Familien und weiteren Vertreter\*innen statt. Konfliktquellen oder „Triggers to conflicts“ (Datenfall 1) können personenbezogen sein und resultieren aus unterschiedlichen Werten, Stilen sowie Persönlichkeitsmerkmalen der Leistungserbringer\*innen und -adressierten. Auf der berufspraktischen Ebene können Unstimmigkeiten beispielsweise hinsichtlich Behandlungsansatz, Diagnose, Entlassungsmanagement, Handling der informierten Zustimmung und Grad der Mitwirkung von Patient\*innen Konfliktarbeit erfordern. Alle Beteiligten sind gefordert

“Identifies common situations that may lead to conflict including role ambiguity, power differentials, communication differences (terminology or language) and differences in goals“ (Datenfall 2).

Die Zielsetzung spielt eine wesentliche Rolle in der Teamarbeit und ist das bindende Glied in partnerschaftlichen Verbindungen zwischen Health Professionals, Patient\*innen und Klient\*innen. Hinsichtlich dieser können individuelle und teambasierte Vorstellungen und Überzeugungen kollidieren:

“Goals: differences related to goals can arise because of dissimilar philosophies towards care, personal religious/spiritual beliefs, and professional socialization that includes differing approaches to care“ (Datenfall 1).

Zur Konfliktarbeit zählt, entsprechende Quellen zu durchschauen und diese zu erkennen. Für den Umgang gilt es, einen formalen Rahmen zu schaffen. Damit sind Tätigkeiten assoziiert wie das Verbalisieren oder Verschriftlichen von Maßnahmen.



"[S]etting guidelines for addressing disagreements" (Datenfall 11).

Relevant für den Umgang mit Konflikten ist Präventionsarbeit, die das eigene Verhalten oder die Verhältnisse im Team betrifft. Eine verhältnispräventive Aufgabe ist es, eine konfliktsensible Umgebung zu schaffen, in der verschiedene Positionen ausgetauscht und den Ursachen von Kontroversen konstruktiv nachgegangen werden kann. Auf der Verhaltensebene besteht die Anforderung darin, deren Auslöser frühzeitig zu antizipieren und aktiv zu reframe. Anstelle von Vermeidung geht es um positive Konfliktarbeit:

"Recognises the potential for conflict to occur" and "[v]alues the potential positive nature of conflict" (Datenfall 2).

"'Conflict positive' is a term that may be used to interpret differences of opinion as healthy and to be encouraged as constructive interactions" (Datenfall 1).

Positive Konfliktarbeit ist gleichfalls in dem Sinne Gestaltungsarbeit, dass eine konfliktoffene Teamatmosphäre geschaffen und konfliktaffine Interaktionen ausgeführt werden. Ein Nichtverrichten von Konfliktarbeit kann dazu führen, dass diese Vorgänge vermieden werden, jedoch unterschwellig schwelen. In der Folge erleben Mitglieder sie nicht als „healthy“ (a. a. O.), sondern als krankmachend. Gemäß „Conflict Positive“ beinhaltet Konfliktarbeit daneben Tätigkeiten, die dem Aufbau von Strategien im Umgang mit Konflikten dienen. Im Gegensatz zu einer Vermeidung werden Meinungsverschiedenheiten thematisiert und Auslöser von Spannungen analysiert. Als Referenzpunkt für eine erfolgreiche Konfliktarbeit gelten *akzeptable Lösungen*, die mit folgender Aufgabe verbunden sind:

"[D]eveloping a level of consensus among those with differing views; allowing all members to feel their viewpoints have been heard no matter what the outcome" (Datenfall 3)

Nicht nur innerhalb des Teams der Leistungserbringer\*innen, sondern zugleich im Hinblick auf Patient\*innen und Klient\*innen ist ein zufriedenstellender Konsenslevel zu erreichen.

"Furthermore, agreements need to ensure that the voice of patients/clients/families/communities is also considered, specifically: recognition of their expertise (i.e. their lived experiences), respect for their values, preferences and expressed needs; and consideration of their context (family, home, and work environments)"(Datenfall 1)

Bei der Handlungskomponente *Kollaboration harmonisieren im Team* ist Konfliktarbeit zentral, weil Tätigkeiten konkret darauf abzielen, Störaspekte anzusprechen. Gegenstands begründet kristallisiert sich das Konzept *Konfliktnutzungsgeschick* heraus. All jene Handlungen, die Konfliktprävention und -lösung, gleichwohl darüber hinausgehend einen positiven Nutzen von Herausforderungen im interprofessionellen Team adressieren, formieren dieses Konstrukt.



### *Der Teamkontext als intervenierende Bedingungen*

Mit Unterstützung der genannten Modellbildungsperspektive lässt sich die zugrundeliegende (Arbeits-)Logik kollaborativer Versorgung ergründen. Durch den Arbeitsbogen sind explizite Sensibilisierungen für „heteronome Systembedingungen“ (Schütze, 1984, S. 18, zitiert in: Brand, 2021, S. 234) möglich. Von diesen ausgehend sind diejenigen intervenierenden Bedingungen von Interesse, die darauf ausgerichtet sind, Arbeitstypen koordiniert, zielbezogen und erfolgreich zu realisieren. Ein Ausleuchten der Datenfälle führte zur theorierelevanten Kategorie *Team* verfeinert als *Teambezug* und *Teamkontext*. Für Letztgenannten ließen sich vier Ausprägungen detektieren, über die sich in der Abstraktion wichtige Hinweise auf den strukturellen Handlungsbezug offenbaren. Unter dem die kollaborative Versorgung umspannenden Arbeitsbogen variiert der strukturelle Handlungskontext somit in der nachgenannten Ausprägung:

---

<i>ohne Team</i>	bei Tätigkeiten und Arbeitstypen, die sich unter der Einrichtungskomponente in der Ausgestaltung <i>kollaborative Versorgung aufbauen</i> entfalten
<i>im Team</i>	bei Tätigkeiten und Arbeitstypen, die sich unter der Sozialkomponente in der Ausgestaltung <i>kollaborative Versorgung harmonisieren</i> entfalten
<i>mit Team</i>	bei Tätigkeiten und Arbeitstypen, die sich unter der Inhaltskomponente in der Ausgestaltung <i>kollaborative Versorgung synchronisieren</i> entfalten
<i>mit Blick auf das Team</i>	bei Tätigkeiten und Arbeitstypen, die sich unter der Evaluationskomponente in der Ausgestaltung <i>kollaborative Versorgung reflektieren</i> entfalten

---

Im *teamlosen* Kontext besteht noch kein festes interprofessionelles Arbeitsteam, welches erst aufzubauen ist. Das ist z. B. der Fall, wenn noch unklar ist, ob die Versorgungsaufgabe ein interprofessionelles Team benötigt, Akteur\*innen unentschlossen oder ablehnend sind, ein interprofessionelles Team zu bilden oder ein bestehendes aufzusuchen etc. Die Ausprägung *im Team* ist dadurch gekennzeichnet, dass sich ein Team aufgabenbezogen aus Akteur\*innen verschiedener Professionen gebildet hat. Das Augenmerk liegt auf dem Miteinander. Für die Ausprägung *mit Team* ist charakteristisch, dass dieses gefestigt ist, gemeinsam Aufgaben angeht und erledigt. Der Fokus liegt auf den Aufgaben der Versorgung. Schließlich bezeichnet die Ausprägung *mit Blick auf das Team*, dass dieses Aufgaben erledigt hat. Der Schwerpunkt liegt auf (un)erledigten Aufgaben und Prozessen der Zusammenarbeit. Das Team ist so erfahren, dass es mit Problemen, Kritik und Fehlern umgehen und Anpassungen vornehmen kann und ggf. entscheidet, ein bestehendes Team aufzulösen, zu reduzieren oder zu erweitern, wenn die Versorgung oder Aufgabe diesen Schritt verlangt.



Diese Ausprägungsformen zeigten sich kennzeichnend für die diversen Aktivitätskomponenten:

Tabelle 6-1: Variierender Teamkontext und Handlungsdimensionen

Struktureller Handlungsrahmen: Teamkontext	Aktivitätskomponente des Arbeitsbogens (vgl. Schütze, 1984, S.16)	Gegenstandsbegründete Handlungsdimensionen
ohne Team	Einrichtungskomponente	kollaborative Versorgung anbahnen
im Team	Sozialkomponente	kollaborative Versorgung harmonisieren
mit Team	Inhaltskomponente	kollaborative Versorgung synchronisieren
mit Blick auf das Team	Evaluationskomponente	kollaborative Versorgung reflektieren

Um das Zusammenspiel der identifizierten *Teamkontexte* und den *Handlungsdimensionen* in Beziehung zu setzen mit den Kategorien *Versorgungsanforderung* und *Arbeitsstruktur*, wurden mit Rücksicht auf die Schlüsselkategorie *kollaborative Versorgung* alle Elemente in die bereits eingeführte Vierfeldermatrix gegenüberstellt (Abb. 6-2).

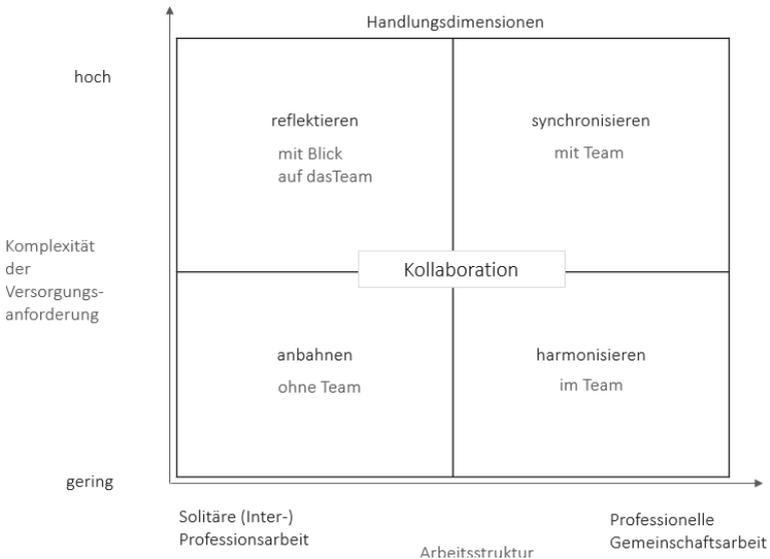


Abbildung 6-2: Handlungsrahmenmuster der Kollaboration

Quelle: Eigene Darstellung



Die sich ergebenden Felder markieren für die vier Handlungsdimension der Kollaboration ein Aufgabenteamkontextmuster. In Kombination bilden die so extrapolierten Muster bilden den strukturellen Handlungsrahmen von Kollaboration in der Gesundheitsversorgung.

Beispielsweise ist in einer Handlungssituation, die von einer geringen Komplexität der Versorgungsaufgabe, aber hohen Intensität der Zusammenarbeit eingefasst ist, kollaborative Versorgung vorrangig durch Tätigkeiten gekennzeichnet, die auf die Harmonisierung im Team ausgerichtet sind. Da eine erfolgreiche Kollaboration aber nicht nur die Zusammenarbeit im Team anvisiert, bedarf es ebenso der Handlungsdimension *Synchronisierung mit dem Team*. Hier geht es um das synchrone Ausführen des Versorgungshandelns zu gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfen der zu Pflegenden und des Gemeinwesens. Dem Handlungsrahmen ist eine hohe Komplexität der Versorgungsaufgaben und eine geringe Intensität der Dynamiken im Team zu eigen, die in der Handlungsdimension *Harmonisieren im Team* Beachtung finden.

In einem weiteren Schritt wurde die Relation zwischen den Kategorien *Team* und *interprofessionell* interpretativ erschlossen. Dazu wurde der Wörtlichkeit von *interprofessionell* nachgegangen und Anleihen am im Sinne von Strauss (1991, S.234 ff) ausformulierten formalen theoretischen *Konzept der sozialen Welten* genommen. Interprofessionell ist etwas Zwischenprofessionelles. In der Wortpaarung mit Arbeit und Team findet Arbeit *zwischenprofessionell* statt oder ein Team wird derartig beschrieben. Wenn es zwischenprofessionelle – interprofessionelle – Teams gibt, bestehen folgerichtig gleichfalls professionelle – hier im Verständnis von monoprofessionellen Teams. Über die Existenz von zwei der mehreren monoprofessionellen Teams, die in ihrem Kontext – ihrer sozialen Welt – arbeiten, eröffnet sich ein Zwischenraum. In der Metapher des Raumes bleibend, ist dieser zwischen den Arbeitskontexten der monoprofessionellen Teams reserviert für Akteur\*innen, die den monoprofessionellen Teamkontext verlassen und mit anderen im zwischenprofessionellen Raum als Team zusammenkommen. Hat sich ein Zwischen-den-Professionen-Team gebildet, wird dadurch ein neuer Teamkontext markiert: Eine neue soziale Welt entsteht. Somit besteht der Teamkontext der eigenen Profession, derjenige der anderen Profession und der neue Kontext des interprofessionellen Teams nebeneinander. Strauß (1991, S. 234 ff) bietet zur Ausarbeitung dieser Überlegungen das Konzept der sozialen Welten an. Als formale Theorie erlaubt diese Figur eine Untersuchung differierender sozialer Welten und von Zwischenobjekten. Für weitere ergänzende Forschungen scheint dieser analytische Pfad erkenntnisreich. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnte in Anlehnung an dieses Konzept die vorgestellte Merkmalszuordnung mit dem Teamkontext als



Zentrum ausgeführt werden. Weiter zu untersuchen ist der Übergang zur *sozialen Welt der Patient\*innen*. Jene betreten *Akteur\*innen*, wenn sie *individuell relevante Therapie- und Rehabilitationsziele interprofessionell sowie gemeinsam mit den Patient\*innen und ggf. ihren Angehörigen erarbeiten* (vgl. Datenfall 10). Darüber hinaus, wie sich hier zeigt, ist auch die soziale Welt der Angehörigen relevant.

Interprofessionell arbeiten kann meinen, dass zwischen den Professionen/sozialen Welten etwas passiert wie *Informationen austauschen* oder *einen Plan zum Teilhabemanagement mit den Betroffenen interprofessionell ausarbeiten* (vgl. Datenfall 10). Je nach Auftrag bleiben die Akteur\*innen in ihrem professionellen Kontext oder treten aus diesem heraus. Interprofessionell als Merkmal des äußeren Handlungsrahmens meint Folgendes: Die Akteur\*innen arbeiten kollaborativ im interprofessionellen Team oder in den Variationen ohne, mit oder mit Blick auf das kollaborative Team. Dadurch dass sich dadurch stets neue Teamkonstellationen ergeben ist der Umstand, *in variierend zusammengesetzten Teams* zu handeln, ein zentrales Merkmal von kollaborativer Zusammenarbeit über Berufsgrenzen hinweg.

In Korrespondenz zu den identifizierten Arbeitstypen wurden die Kategorien *kollaborativ* und *Kollaboration* detektiert. Kollaboration steht zunächst für *colabore* ‚zusammenarbeiten‘. Das Thema Zusammenarbeit bzw. deren Formen (siehe Kapitel 3.2.2) wurden im Rahmen des iterativen Auswertungsprozesses als Spur verfolgt, indem sich eine literaturbasierte theoretische Auseinandersetzung einstellte. Mit Rückgriff auf diese Erkenntnisse ist die anschließende Unterscheidung vorzunehmen: Mithilfe der Begriffe *Koordination*, *Kooperation* und *Kollaboration* werden besondere Qualitäten der Zusammenarbeit betont. Bei allen Varianten steht das Zusammenfügen von zuvor geteilten, auseinandergesplitterten Elementen des Versorgungsprozesses – das Untersuchungsfeld dieser Arbeit betreffend – im Vordergrund.

Eine Koordination zielt auf ein delegiertes Zusammenfügen, bei einer Kooperation erfolgt Zusammenarbeit in einem losen Verbund und Kollaboration betont das gemeinsame Bemühen bei gleicher Zielausrichtung. Mit Strauss (1991, S.100 f.) lässt sich dies unter *Artikulationsarbeit* subsumieren, wobei in den vorliegenden Datenfällen immer der Modus der Kollaboration hervorgehoben wird.

Verbunden mit dem Ziel, intervenierende Bedingungen zu identifizieren, die Konflikt-, Artikulations-, Kommunikations- und Rollenarbeit beeinflussen, ließen sich zwölf Subkategorien in Form von Handlungsmerkmalen herausarbeiten (vgl. Kapitel 6.2): Kollaborationsbereitschaft,



Grenz- und Schnittstellenklarheit, Versorgungswendigkeit, Professionsgelassenheit, Kommunikationsflexibilität, Konfliktnutzungsgeschick, Lösungssagilität, Lernoffenheit, Zukunftszugewandtheit, Perspektivwechselvermögen, Erfolgssensibilität und Anpassungszugänglichkeit. Je nach deren Ausprägung – hoch oder niedrig – fördern oder hindern diese Charakteristika die Kollaboration bzw. das kollaborative Handeln im Team. Die Feststellung oder Beobachtung, dass ein Team sehr professionsgelassen mit der Verteilung von Aufgaben umgeht, kann auf zwei Ursachen zurückgeführt werden: (a) Mehrere Teammitglieder\*innen besitzen die Eigenschaft, Professionsgelassenheit oder die Fähigkeiten, diese herzustellen, aufrechtzuerhalten etc. und (b) die Verteilung der Aufgaben findet in einem Kontext statt, der sich durch diese Eigenart auszeichnet. Es besteht ein hohes Bewusstsein für gemeinsame und überschneidende Kompetenzen und das Team kann deshalb professionsgelassen damit jonglieren, wer z. B. die Angehörigen über die Risikofaktoren eines Schlaganfalls aufklärt. Infrage kommen Pflegefachpersonal, Ärzt\*innen, Therapeut\*innen, Mitarbeiter\*innen, Beratungsstellen, Krankenkassen oder eine aufgespielte App. Das Handlungsmerkmal ist subjektgebunden oder beschreibt einen förderlichen oder hinderlichen Kontext.

### 6.3 Das Modell interprofessionellen Handelns

„Das publizierte Wort ist also nicht das letzte, sondern markiert nur eine Pause im nie endenden Prozess der Theoriegenerierung“ (Glaser & Straus, 2010, S. 58).

Mithilfe der Theoriefigur Arc of Work ließ sich ein Arbeitsbogen konstruieren, der sich um das (Arbeits-)Projekt „kollaborative und interprofessionelle Versorgung“ spannt. Darüber ließen sich Merkmale des strukturellen Handlungsrahmens identifizieren und die zentrale Bedeutung des variierenden Teamkontexts herausarbeiten. Gleichfalls zeigten sich Handlungsmerkmale, die hilfreich sind oder ungünstig auf die zentralen Arbeitstypen, die den Vollzug des Arbeitsbogens ermöglichen, Einfluss nehmen können. Eine Zusammenschau der zentralen Erkenntnisaspekte erfolgte in der Absicht, in deren Abstraktion ein Konstrukt zu Grundprinzipien und der strukturellen Organisiertheit interprofessionellen Handelns darzulegen (vgl. Abb. 6.3).

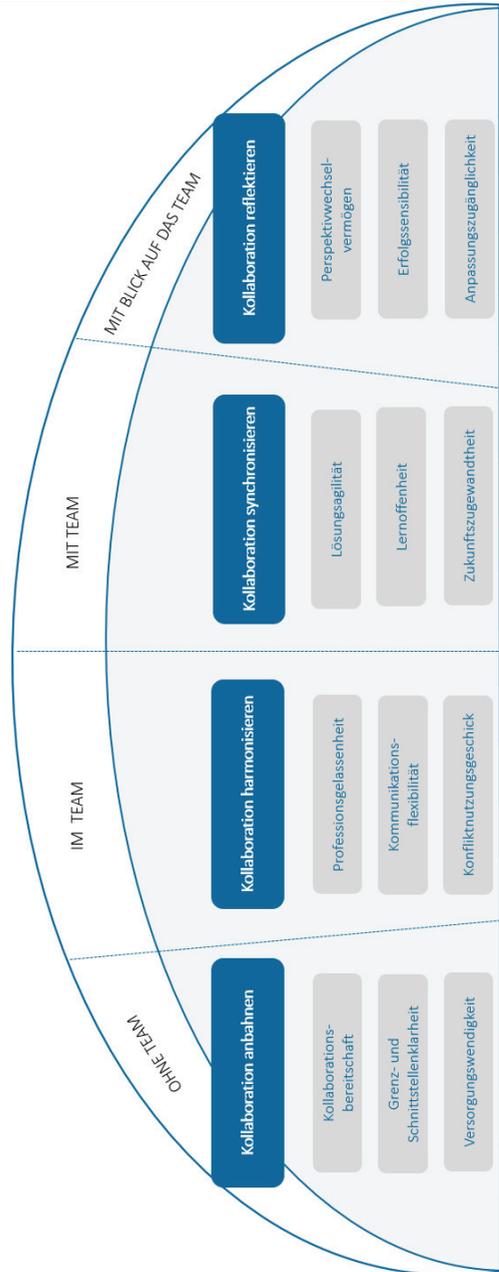


Abbildung 6-3: Modell interprofessionellen Handelns  
Quelle: Eigene Darstellung



### *Beschreibung des Modells*

Von außen nach innen betrachtet steht der äußere Bogen für den strukturellen Handlungsrahmen interprofessionellen Handelns in den variierenden Ausgestaltungsformen kein interprofessionelles Team, innerhalb eines interprofessionellen Teams, mit einem interprofessionellen Team oder mit Blick auf ein interprofessionelles Team. Es schließt sich ein zweiter Bogen an, der sich aus vier Handlungsdimensionen konstituiert: Kollaboration anbahnen, harmonisieren, synchronisieren und reflektieren. Dieser umfasst eine Vielfalt inhaltlicher Tätigkeiten, in die diverse Personen involviert sind. An die Bögen schließt sich in vertikaler Richtung ein Fundament an, das aus zentralen Handlungsmerkmalen gebildet wird: Kollaborationsbereitschaft, Grenz- und Schnittstellenklarheit, Versorgungswendigkeit, Professionsgelassenheit, Kommunikationsflexibilität, Konfliktnutzungsgeschick, Lösungssagilität, Lernoffenheit, Zukunftszugewandtheit, Perspektivwechselvermögen, Erfolgssensibilität und Anpassungszugänglichkeit. In möglicher Ergänzung um weitere Merkmale bedingen diese Handlungsmerkmale den Vollzug von Kollaboration in variierend zusammengesetzten interprofessionellen Teams der Gesundheitsversorgung. Die Handlungsmerkmale können je nach Ausprägung günstig oder erschwerend wirken, die Handlungsdimensionen erfolgreich abzuwickeln, und somit Anforderungen interprofessionellen Handelns zu bewältigen.

### *Deutung des Modells*

Diese Darstellung kann als Modell interprofessionellen Handelns ausgelegt werden und Auskünfte auf die erkenntnisleitende Frage geben, was für ein Handeln mit interprofessioneller Kompetenz assoziiert wird. Die Antworten liegen aus kompetenztheoretischer Perspektive und hierbei anknüpfend an Chomsky (1981) auf der Ebene der Performanz. In dieser Betrachtungsweise werden Aspekte ausgeklammert, die aus kognitions- und handlungspsychologischer Sicht relevant wären, ohne – und das sei zu betonen – deren Bedeutung despektierlich zu behandeln.

Das Modell ist als Ausdruck der in den Daten verankerten materialen Theorie zu deuten. Dabei wird das Arbeitsbogenkonzept mit formalem Charakter integriert. Schütze (1999) erläutert hinsichtlich der Theorielogik des Arbeitsbogenkonzepts die konstitutiven Mechanismen: Sie „weisen einen formalen und keinen inhaltlichen Charakter auf: sie sind der Tendenz nach vor jeder historisch-situativen Füllung und Spezifizierung“ (Schütze, 1999, S. 345, zitiert in: Brand, 2021, S. 234). Als theoriekonform erscheint folglich ein Modell interprofessionellen Handelns, das ein Zielbild zeichnet und dadurch eine Handlungsperspektive in der Domäne der berufsübergrei-



fenden Gesundheitsversorgung eröffnet, ohne inhaltliche Eigenschaften im Sinne von exakt bestimm- und standardisierbaren Tätigkeiten zu benennen. Um den Kontext interprofessionellen Handelns zu beschreiben, kann die Heuristik hinzugezogen werden, die literaturbasiert zu Beginn der thematischen Auseinandersetzung sowie im Untersuchungsprozess entwickelt wurde und unter Kapitel 2.2 vorliegt. Damit lässt sich die Domäne markieren, in der interprofessionelles Handeln stattfindet.

Mit der Bezeichnung *Modell interprofessionellen Handelns* soll der Bezug zur interprofessionellen Kompetenz erhalten oder hergestellt werden, auch wenn unter dem Aspekt der Klarheit eine Betitelung mit *kollaborativ arbeiten in variierend zusammengesetzten interprofessionellen Teams der Gesundheitsversorgung* einige Vorteile bei gleichzeitig nachteiliger Länge zeigt. Die Angabe scheint auch sonst passend, wenn interprofessionelle Kompetenz konkretisiert werden soll, denn sie beschreibt die Fähigkeit, in variierend zusammengesetzten berufsübergreifenden Teams der Gesundheitsversorgung kollaborativ zu arbeiten. In verkürzender Weise steht interprofessionelles Handeln für kollaboratives Arbeiten in variierend zusammengesetzten Teams der Gesundheitsversorgung.

Das folgende Modell soll die Grundprinzipien und die strukturelle Organisiertheit darstellen. Von links nach rechts und von außen nach innen gelesen lassen sich Hauptaktivitäten interprofessionellen Handelns ableiten:

- Erste Hauptaktivität: ohne vorhandenes interprofessionelles Team mit Kollaborationsbereitschaft, Grenz- und Schnittstellenklarheit und Versorgungswendigkeit eine Kollaboration anbahnen.
- Zweite Hauptaktivität: im interprofessionellen Team die Kollaboration mit Professionsgelassenheit, Kommunikationsflexibilität und Konfliktnutzungsgeschick harmonisieren.
- Dritte Hauptaktivität: mit dem interprofessionellen Team die Kollaboration mit Lösungsagilität, Lernoffenheit und Zukunftszugewandtheit synchronisieren mit den Bedarfen und Bedürfnissen des Versorgungskontexts.
- Vierte Hauptaktivität: mit Blick auf das Team die Kollaboration mit Perspektivwechselermögen, Erfolgssensibilität und Anpassungszugänglichkeit reflektieren.

Die Zuordnung der Handlungsmerkmale ist nicht als zwingend zu verstehen, vielmehr können die Handlungsmerkmale auch hinsichtlich anderer Handlungsdimensionen wirksam sein.



## 7 Diskussion der Ergebnisse und ihre Anwendung in der Ausbildung der Gesundheitsberufe

Den Ausgangspunkt dieser Untersuchung bildete der Wunsch, mehr über das Handeln zu erfahren, das mit interprofessioneller Kompetenz assoziiert wird, die als Outcome von Bildungsprozessen gefordert wird. Den Hintergrund des Forschungsinteresses stellten die Bildungsgestaltung und in diesem Zusammenhang geführte Diskussionen. Diese tangieren Fragen der Kompetenzanbahnung, des kompetenten Handelns in der Praxis sowie die Entwicklung geeigneter didaktischer Settings. Die Wichtigkeit interprofessioneller Kompetenz Literaturist zwar flächendeckend in den Gesundheitsberufen anerkannt und in diversen nationalen und internationalen Rahmenwerken verankert, gleichzeitig weisen die Umsetzung in Lehr-Lernformate sowie die Wege der Überprüfung eine große Vielfalt mit der Tendenz zur Beliebigkeit auf. Auf welches kollektive Zielbild geblickt wird, wenn interprofessionelle Kompetenz in diesem Gebiet forciert wird, ist unklar und scheint in geringer Trennschärfe zu anderen Kompetenzbereichen zu stehen. Daher verfolgte das vorliegende Forschungsvorhaben einen kollektivorientierten Zugang, bei dem visuell-textuelle Dokumente qualitativ nach Handlungsinformationen zum interprofessionellen Handeln untersucht wurden. Bisher lagen kaum Untersuchungen vor, die explizit über die Ebene der Kompetenz hinausgehend die Performanz beleuchten und folglich interprofessionelles Handeln thematisieren.

Bestehende Ansätze der Kompetenzmodellierung und Theorien, die Teamarbeit und Kollaboration zum Gegenstand haben, können interprofessionelles Handeln nicht so erklären, dass ein für die Bildungsgestaltung einprägsames Zielbild entsteht. Eben darin zeigt sich das Forschungsdesiderat. Zur Verringerung dieser Forschungslücke befasst sich die Studie mit interprofessionellem Handeln in der Gesundheitsversorgung. Dazu wurde die forschungsleitende Fragestellung betrachtet, was für Handlungsinformationen zum interprofessionellen Handeln vorliegen und welche Handlungsmerkmale sich identifizieren lassen. Die Ergebnisse der Analyse werden im nachfolgenden Kapitel diskutiert und an bestehende empirische Befunde und Theoriestränge zurückgebunden. Im Zentrum stehen die zentralen Resultate und theoretischen Einsichten, die in der vorliegenden Betrachtung zunächst zu Ausgestaltungsformen interprofessionellen Handelns verdichtet wurden. Auf dieser Basis entstand schließlich das Modell interprofessionellen Handelns. In der abschließenden Diskussion werden zentrale Ergebnisse der kompetenztheoretischen Auseinandersetzung und der qualitativen Untersuchung zum Gegenstand mit aktuellen Forschungslinien in Beziehung gesetzt. Im Weiteren wird der Prozess diskutiert,



ein Forschungsausblick gegeben und Implikationen für das Modell interprofessionellen Handelns im Kontext der Ausbildung der Gesundheitsberufe formuliert.

## 7.1 Die Theorie und das Modell interprofessionellen Handelns im Spiegel aktueller Forschungslinien

Die Theorie zum interprofessionellen Handeln in der Gesundheitsversorgung präzisiert dieses als kollaboratives Arbeiten in variierend zusammengesetzten berufsübergreifenden Teams. Über die Ausformulierung der Gestaltungsformen dieses Handelns und deren modellhafte Darstellung wird ein Zielbild gezeichnet. Dieses konkretisiert das mit interprofessioneller Kompetenz assoziierte Handeln und sensibilisiert für dessen Merkmale sowie Komplexität. Der strukturelle Handlungsrahmen zeigt sich nicht als einmalig geformte Entität aus verschiedenen Professionen. Vielmehr verweist der äußere Modellbogen darauf, dass interprofessionelles Arbeiten stets mit einem anderen Teambezug vollzogen werden kann. Die Handlungsdimensionen stehen nicht zwangsläufig in chronologisch Abfolge zueinanderstehen, sondern können in zeitlicher Parallelität variieren.

### *Der variierende Handlungsrahmen interprofessionellen Handelns*

Anhand der vorliegenden Ergebnisse wird deutlich, dass interprofessionelles Handeln unterschiedliche *strukturelle Handlungsrahmen* aufweist. Die Abweichungen im Hinblick auf das Team besitzen im rekonstruierten Modell interprofessionellen Handelns Relevanz für das interprofessionelle Agieren. Mit Teams sind interprofessionelle Teams gemeint, gekennzeichnet dadurch, dass sie sich aus unterschiedlichen Professionen und somit berufsübergreifend zusammensetzen. Im Folgenden wird der Einfachheit halber verkürzend von Teams gesprochen.

Interprofessionelles Handeln findet nicht nur *innerhalb* eines Teams statt, sondern auch *ohne* Team, wenn jemand im Begriff ist, ein interprofessionelles Team aufzubauen, zu suchen oder diesem beizutreten, oder außenorientiert *mit Team* bzw. *mit Blick auf das Team*. Bezogen auf die letztgenannten Punkte werden Handlungsrahmen angesprochen, in denen mit dem Team gehandelt wird, mit diesem im Hintergrund weitere Kollaborationen aufgebaut werden oder mit Blick auf das Team ein solches bereits verlassen – temporär oder endgültig – wurde oder aus einer gewissen Distanz zum Kern- oder Ursprungsteam gehandelt wird.

Jener variierende Bezug und das Vorhandensein verschiedener Professionen in interprofessionellen Teams beschreibt einen salienten Marker, der aus sozialpsychologischer Perspektive zur



Kategorisierung *In- und Outgroup* führt. Die Theorie zum Ingroup-Outgroup-Phänomen (vgl. z. B. Turner & Oakes, 1986, S. 240 f.) oder Ingroup-Bias (vgl. Pettigrew und Tropp, 2006; Kämmer & Ewers, 2022, S.352) verweist auf den Kontext zwischen Ingroup-Outgroup-Konstellationen und Dynamiken im Rahmen der Zusammenarbeit.

Neben der In-und-Outgroup-Konstellation ist interprofessionelles Handeln von wechselnden Teamzusammensetzungen gekennzeichnet. Damit Aktivitäten in einem interprofessionellen Team zustande kommen, treten die Akteur\*innen aus ihren professionellen Teams heraus, überwinden ihre professionellen Grenzen und arbeiten berufsübergreifend zusammen. Im Rahmen der Gesundheitsversorgung kann dieses Ein- und wieder Austreten aus einem Team in sehr kurzem Abstand erfolgen, sodass Team(bezugs)konstellationen, in denen kollaborativ gearbeitet wird, häufig oder selten, schnell oder langsam wechseln. Ein Extrembeispiel ist die Notaufnahme, in der sich ein Wechsel von *ohne Team* zu *im* bzw. *mit dem Team* sekundenschnell mit dem Eintreffen des Rettungswagens vollzieht. Je nach Notlage und Bedürfnissen des zu Versorgenden löst sich ein Team fast so schnell auf wie es zusammengestellt wurde. Diese Erkenntnisse lassen sich an die Forschungsergebnisse von Amy Edmondson (2012) rückbinden, die diesen schnellen Wechsel mit „teamwork on the fly“ (Edmondson, 2012, S.13) betitelt. Sie legt das theoretische Konstrukt *Teaming* vor und präsentiert das *Cross-Boundary Teaming Model* (vgl. Edmondson & Harvey, 2018, S. 350–360). Beides ist etabliert und wird erforscht im Bereich Sozial- und Organisationspsychologie und Management, findet aber überdies Einzug in die Gesundheitsversorgung (vgl. Nawaz et al., 2014) und steht auch im Zusammenhang mit dem evidenzbasierten Ansatz zu *Interprofessional Education and Collaboration* (vgl. Dennison et al., 2021, S.131 f.).

Die Theorie zum Teaming setzt wie diejenige zum interprofessionellen Handeln an den veränderten Bedingungen in der Arbeitswelt an und dem Phänomen, dass zunehmend weniger in etablierten festen Gruppen von Menschen agiert wird. Gängige Ansätze der Teamentwicklung und -führung – so die zugrundeliegende Feststellung – seien in fluiden Teams nicht weitreichend genug. In Verbform gesetzt, soll Teaming Dynamik und Aktivität ausdrücken:

“Teaming is a verb. It is a dynamic activity, not a bounded, static entity. It is largely determined by the mindset and practices of teamwork, not by the design and structures of effective teams. Teaming is teamwork on the fly. It involves coordinating and collaborating without the benefit of stable team structures, because many operations like hospitals, power plants, and military installations require a level of staffing flexibility that makes stable team composition rare” (Edmondson, 2012, S. 13)

Die Ergebnisse von Edmondson verdeutlichen die Wichtigkeit von „mindset and practices of teamwork“ (Edmondson, 2012, S.13) dafür, dass Synergien trotz fehlender Vorteile gebildet



werden, die sich in kontinuierlichen Teamkonstellationen ergeben. Das Thema Profession oder Professionsgrenzen wird weniger expliziert, sondern vorrangig werden Wissensgrenzen thematisiert, die es zu koordinieren gilt, wenn stabile Teamstrukturen nicht möglich sind. Die eingenommene Perspektive organisationalen Lernens ist mit anderen Fokussen verbunden. Die handlungspraktischen Empfehlungen für Manager\*innen zur Unterstützung von Teaming (vgl. Edmondson, 2012, S. 257) und deren mögliche Übertragbarkeit auf Bildungsgestalter\*innen stellen einen interessanten Ansatzpunkt für weitere Forschungen zum praktischen Nutzen des Modells interprofessionellen Handelns dar.

### *Handlungsdimensionen interprofessionellen Handelns*

Das Modell interprofessionellen Handelns differenziert vier Handlungsdimensionen – *Kollaboration anbahnen, harmonisieren, synchronisieren und reflektieren* –, die aus den Handlungsinformationen rekonstruiert wurden und die jeweils eine eigene Ausgestaltungsform haben. Hinweise auf Elemente von Kollaboration liefert das *Consolidated Framework for Collaboration Research* (2021), das mit folgender Zielsetzung entwickelt wurde: „Researchers, funders, and collaboration members can use the consolidated framework to articulate components of collaboration and test mechanisms explaining how collaborations function“ (Calancie et al., 2021, S.20). Die Dimensionen von Kollaboration wurden vom Autorenteam um Calancie auf Basis eines systematischen Reviews mit 95 inkludierten Studien im Bereich Public Health festgelegt: Alle beschreiben Theorien, Modelle, Frameworks und Prinzipien hinsichtlich sektorenübergreifender Kollaboration, aus den Studien abstrahiert und in sieben Bereiche gruppiert: (1) Gemeinschaftskontext, (2) Gruppenzusammensetzung, (3) Struktur und interne Prozesse, (4) Gruppendynamik, (5) Sozialkapital, (6) Aktivitäten, die die Zusammenarbeit beeinflussen oder in ihr stattfinden, sowie (7) Aktivitäten, die die Gemeinschaft beeinflussen oder in ihr stattfinden.

Die aktivitätsbezogenen Dimensionen des Modells lassen sich rückbinden an die Bereiche (6) und (7), während weitere, die den Kontext und prozessuale Merkmale darlegen, weniger direkt anschlussfähig sind. Die Unterscheidung zwischen Aktivitäten, die in der Zusammenarbeit stattfinden, und denen, die die Gemeinschaft beeinflussen, würde die Relevanz außenorientierter kollaborativer Zusammenarbeit betonen, die zu neuen Konzepten führe, um das Feld voranzutreiben (vgl. Calancie et al., 2012, S. 24). Diesen Aspekt betont ebenso das Modell interprofessionellen Handelns, indem zum einen die strukturellen Handlungsrahmen *im Team, mit dem Team* und *mit Blick auf das Team* innen- und außenorientierte Kollaboration implizieren und



zum anderen durch die Handlungskomponenten *Kollaboration synchronisieren* und *reflektieren* markiert werden.

### *Ausgestaltungsformen der Handlungsdimensionen*

*Kollaboration anbahnen* markiert aus handlungstheoretischer Sicht den Handlungsbeginn. Kennzeichnend ist dafür, dass noch kein interprofessionelles Team gebildet wurde oder sich Akteur\*innen im Übergang von einem in das nächste Team befinden. Das Bedingungsmuster für diese Dimension interprofessionellen Handelns ist von geringer Komplexität gemeinsamer Versorgungsaufgaben und geringer Intensität der Zusammenarbeit gekennzeichnet. Gelingensbedingungen, so zeigen die Ergebnisse, die auf den Handlungsverlauf Einfluss nehmen, sind *Kollaborationsbereitschaft*, *Grenz- und Schnittstellenklarheit* sowie *Versorgungswendigkeit* (-> *Handlungsmerkmale*). Die Bedeutung der Komponente *Kollaboration anbahnen* steht in Bezug zum theoretischen Konzept „Beteiligungsbereitschaft“ (Tetzlaff, 2019, S. 190), auf dessen Relevanz die Studie zur interprofessionellen Kooperation und Kommunikation in Pflegeheimen von Tetzlaff verweist. Zuvor haben bereits Arbeiten von Skjørshammer (2001) und Rosenfield et al. (2011) auf die Bereitschaft zur Zusammenarbeit - „Willingness to Collaborate“ (Rosenfield, 2011, S. 472) - Hinweise geliefert.

Die Handlungsdimensionen *Kollaboration harmonisieren* und *synchronisieren* betonen inhaltliche und soziale Aspekte kollaborativer Versorgung. Kennzeichnend für beide Dimensionen ist, dass ein interprofessionelles Team den strukturellen Rahmen bildet. Beim *Harmonisieren* geht es um soziale Aspekte in diesem. Das Bedingungsmuster ist von geringer Komplexität bzw. begrenztem Umfang der Versorgungsaufgabe gekennzeichnet bei hoher Intensität und Fokussierung der Zusammenarbeit. Das heißt, das interprofessionelle Team ist mit internen sozial-emotionalen Prozessen beschäftigt. Beim *Synchronisieren* sind inhaltlich-koordinative Aspekte zentral. Das Bedingungsmuster interprofessionellen Handelns ist in diesem Fall von hoher Komplexität der Aufgaben und geringer Intensität respektive Fokussierung auf die Zusammenarbeit geprägt. Interprofessionelles Handeln ist stark auf inhaltliche Aspekte gerichtet. Als Gelingensbedingungen, die über den Handlungsverlauf (mit)entscheiden, ließen sich Professionsgelassenheit, Kommunikationsflexibilität, Konfliktnutzungsgeschick, Lösungsagilität, Lernoffenheit und Zukunftszugewandtheit interpretativ erschließen (vgl. Kapitel 6.2).

Parallelen hinsichtlich der Differenzierung in sozial-emotional und inhaltlich-koordinativ zeigt das bereits oben erwähnte theoretische Konzept *Teaming* (vgl. Edmondson, 2012). Zum Umgang mit inhaltlichen Aspekten im Team erläutert Edmondson:



"[...] [P]eople need to develop and use new capabilities for sharing crucial knowledge quickly. They must learn to ask questions clearly and frequently. They must make the small adjustments through which different skills and knowledge are woven together into timely products and services" (2012a, S.14)

Es gehe um Klarheit hinsichtlich der Koordinierung, die erforderlich sei, um gemeinsame Ziele zu erreichen, die Edmondson als „Hardware“ (Edmondson, 2012b, S. 76 f.) bezeichnet. Effektive Teamarbeit bestehe indes aus Hard- und Software, wobei letztere Empathie und ein kollektives Gefühl der psychologischen Sicherheit zum Gegenstand habe. Dennison et al. ergänzen im evidenzbasierten Ansatz interprofessioneller Praxis, interprofessionelle Teams würden affektive und kognitive Skills vieler Professionen mischen, „to optimize organizational and patient outcome“ (2021, S. 132).

### *Arbeitstypen*

Wie die Befunde zeigen, erstreckt sich interprofessionelles Handeln über den Arbeitsbogen kollaborativer Versorgung. Eine Vielfalt an Akteur\*innen (vgl. Kapitel 6.3) ist an der kollaborativen Versorgung in sich variierend zusammengesetzten Teams involviert – mit jeweils unterschiedlichen Tätigkeiten. Die vier rekonstruierten *Arbeitstypen* – Rollen-, Kommunikations-, Konflikt- und Führungsarbeit – kommen unter dem Arbeitsbogen kollaborativer Versorgung primär zum Tragen. Unter der auf strukturelle Ordnung der (Arbeits-)Handlungen zielenden Perspektive subsumieren diese entlang eines gemeinsamen arbeitslogischen Nenners Tätigkeiten, die als Reaktion auf Anforderungen und Rahmenbedingungen im Rahmen kollaborativer Versorgung durchgeführt werden. Der Fokus liegt auf dem aktiven Umgang und damit verbundenen Tätigkeiten. Somit offenbaren Arbeitstypen – im Umkehrschluss – indirekt Hinweise auf Anforderungen und Rahmenbedingungen, unter denen Kollaboration stattfindet. In dieser gedanklichen Logik lassen sich die rekonstruierten Arbeitstypen in Ansätzen an Erkenntnisse rückbinden, die zu Rahmenbedingungen von Kollaboration vorliegen.

Mit dem Fokus auf Kollaboration in der Gesundheitsversorgung benennen Morley und Cashell (2017) im Ergebnis ihrer Analyse Einflussfaktoren „to work with the team in a collaborative way“ (S. 212) und offerieren diese in dem Dreiklang *Opportunity*, *Willingness* und *Ability*: Unter *Opportunity* würden strukturelle und physische Einflussfaktoren benannt wie Zeit, Raum, Arbeitswerkzeuge und Prozeduren, *Willingness* stehe für psychologische Einflussfaktoren wie z. B. Sicherheit, Kollegialität, Rollenbewertung und *Ability* betone (Aus-)Bildungsfaktoren, wovon „interprofessional collaborative skills, Patient-centred-care skills und shared language“ (a. a. O.) fallen würden.



Je nach Art und Grad der Ausprägung beeinflussen diese Determinanten Kollaborationen. Mit Blick auf strukturelle Rahmenbedingungen sind z.B. versetzte Pausenzeiten der verschiedenen Berufsgruppen, intransparente Kommunikationspfade und ausschließlich professionsspezifische Dokumentationsverfahren etc. hinderlich und erfordern von den Akteur\*innen Kommunikationsarbeit, um kollaborative berufsübergreifende Versorgung zu ermöglichen, zu unterstützen oder aufrechtzuerhalten. Eine relevante, von Morley und Cashell (vgl. 2017, S. 212) angeführte Determinante des erweiterten Kontexts, der in dem Modell interprofessionellen Handelns in weiteren Forschungen nachgegangen werden müsste, sind neben der Organisationsstruktur architektonisch-bauliche Gegebenheiten. Als positive Effekte werden von den Autorinnen mit Bezug auf Gum et al. (2012) genannt, dass die Einrichtung von „immersive work spaces“ (Morley & Cashell, 2012, S.212) in einem Design, das ein Gefühl des Teamzusammenhalts schaffe, die physischen Aktivitäten unterstützt und die zeitlichen sowie räumlichen Interaktionen zwischen den Mitarbeitern gefördert würden. Von Aktualität sei darüber hinaus der Einbezug der virtuellen Welt mit den strukturellen Bedingungen von „distance, virtual or asynchronous work spaces“ (ebd., 2012, S. 212). Der Arbeitstyp Kommunikationsarbeit umschließt in der vorliegenden Untersuchung die Tätigkeiten, um neue Technologien zu nutzen und geeignet einzusetzen. Um diese Kommunikationsarbeit *zukunfts zugewandt* zu verrichten, ist *lösungsagiles* Handeln notwendig.

### *Handlungsmerkmale*

Bei den Faktoren, die die Realisierung und Anwendung der identifizierten Arbeitstypen beeinflussen, wurden in zwölf Subkategorien Handlungsmerkmale interpretativ erschlossen. Zu deren Benennung wurde bewusst nicht auf gängige Eigenschafts- und Fähigkeitsbegriffe zurückgegriffen. Vielmehr sollten durch Wortneuschöpfungen z. T. Charakteristika bzw. Merkmale zum Ausdruck gebracht werden, die in Verbindung mit interprofessionellem Handeln stehen und eine einprägsame Vorstellung vom Handeln vermitteln. Je nach Reflexionsbeobachtungsperspektive kann der Bezugspunkt variieren und die Person, Tätigkeit oder der Kontext attribuiert werden. So kann eine lernbegierige Person, ein lernoffener Kontext oder ein bildungshungriges Verhalten dazu beitragen, dass z. B. Mitarbeiter\*innen im Kompetenzschnittstellenbereich Rückenschule ihre Kenntnisse und Methoden austauschen und verbinden, um diese mit dem Team bedarfsgerecht umzusetzen.



Die Bilanz dieser Untersuchung legt nahe, dass im Handlungsbereich interprofessionelle Kollaboration inhaltlich-koordinative und sozial-emotional-koordinative Aspekte interprofessionelles Handeln kennzeichnen. Zu ähnlichen Resultaten – allerdings bezüglich interdisziplinärer Kompetenzen und auf Leistungsvoraussetzungen fokussiert – kommt Brandstädter (2019) in ihrer Dissertation zur Modellierung, Validierung und Förderung interdisziplinärer Handlungskompetenz. Ihre qualitative Untersuchung von 33 mit wissenschaftlichen Mitarbeiter\*innen interdisziplinärer Projekte geführten Interviews zu Problemen, förderlichen und hinderlichen Verhaltensweisen zeigt, dass die abgeleiteten Kategorien im Bereich Sozial- und Personalkompetenz der Anzahl der Nennungen nach gegenüber denen im Bereich Fach- und Methodenkompetenz überwiegen. Eine sich anschließende Validierungsstudie, aus der ein Kompetenzmodell abgeleitet wurde, erhebt (a) den statistischen Wert der Wichtigkeit für interdisziplinäre Zusammenarbeit und (b) deren benötigtes Ausmaß für Interdisziplinarität im Vergleich zu disziplinärer Zusammenarbeit (vgl. Brandstädter, 2019, S. 69).

## 7.2 Reflexion des Forschungsprozesses

Im Bemühen, die gegenstandsbasiert destillierten Handlungsdimensionen inklusive der hervorgebrachten Kategorien und Subkategorien in einem Konzeptgefüge zusammenzuführen, kam die Theoriefigur des Arc of Work (Strauss, 1984 vgl. Kapitel 4.2.1) zur Anwendung. Das Arc-of-Work-Konzept bietet Grundlinien und abstrakt-generative Prinzipien – hauptsächlich für Arbeits-, Kooperations- und Koordinationsprozesse in Organisationen –, die dabei unterstützen, „Arbeitsteilung, -aufgaben und -vollzüge in ihrer Strukturiertheit und Organisation sowie in ihrer Abfolge und Gleichzeitigkeit im Rahmen von Arbeits-Projekten darzustellen“ (Breuer, 2012, S. 296). Das Arbeitsbogenkonzept nach Strauss ist „so flexibel, dass es alle wichtigen Prozessebenen der Realität erfasst“ (Schütze, 1984, S. 2). Vorliegend wurde das Potential genutzt, interprofessionelles Handeln vor dem Hintergrund dokumentierter Handlungsinformationen in Form von Rahmenwerken interprofessioneller Kompetenz zu untersuchen. Damit wurde anstelle der sonst vorrangigen Biografie- und Subjektperspektive eine kollektive Sicht eingenommen. In zweifacher Hinsicht wird das Bildungspotenzial des Arbeitsbogens genutzt, denn „[...] mit dem Arbeitsbogen wird also nicht nur die [...] bildungstheoretische Perspektive auf kollektive Orientierungsrahmen ermöglicht, sondern der Arbeitsbogen selbst kann als kollektiver Orientierungsrahmen reformuliert werden“ (Brand, 2021, S. 233 f.) Um eine Trennschärfe zwischen diesen Perspektiven zu erhalten, wurden zunächst die Rahmenwerke interprofessionel-



ler Kompetenz in der Deutung eines kollektiven Orientierungsrahmens nach Handlungsinformationen zum interprofessionellen Handeln ausgeleuchtet, um einen Arbeitsbogen kollaborativer Versorgung zu rekonstruieren. In der Darstellung als konzeptionelles Modell interprofessionellen Handelns liegt die reformulierte Form vor, die zur Bildungsgestaltung genutzt werden kann.

Bislang liegen nur sehr spärliche Studienergebnisse zur strukturellen Ordnung interprofessionellen Handelns vor. Qualitative Zugänge in der Kompetenzforschung sind bisher selten. Aus Sicht der Autorin bergen diese genau das Potenzial, um neben psychometrischen Kennzahlen und Verhaltensindikatoren – häufig in großer Zahl vorliegend – Aufgaben- bzw. Anforderungsvorstellungen in den Mittelpunkt von Forschung und Ausbildung zu rücken.

Im Zuge der qualitativen Untersuchung stellte es sich als hilfreich heraus, sich bei dem abstrakten Forschungsgegenstand stets auf die Perspektive und theoretischen Aspekte der Kompetenzmodellierung – im Sinne sensibilisierender Konzepte – zurückzubedenken. Interprofessionelle Kompetenz ist ein Phänomen, das Bildungsgestalter\*innen in Form von dokumentierten Beschreibungen und Visualisierungen begegnet. Oder sie offenbart sich auf der Performanzebene im Handeln und Verhalten im Lehr-Lern- oder Praxiskontext. Interprofessionelle Kompetenz an sich ist nicht beobachtbar. Kompetenzforschung setzt überwiegend an der performativen Handlungsebene an und wählt Erhebungsverfahren wie z. B. die teilnehmende Beobachtung oder Interviews. Derartig gewonnene Daten sind häufig die Grundlage von Kompetenzbezugsrahmen wie auch bei den hier gesammelten Datenfällen interprofessioneller Kompetenz. Werden Kompetenzbezugsrahmen qualitativ auf Aspekte des Handelns, das mit interprofessioneller Kompetenz assoziiert wird, untersucht, findet genau genommen eine Metaanalyse von Handlungsinformationen statt, die zuvor gesammelt und für den Kompetenzbezugsrahmen zusammengestellt wurden. In der analytischen Betrachtung werden Handlungsinformationen aus den Kompetenzmodellen und -rahmen als Ausdruck interaktionalen Handelns der Gesundheitsberufe in verschiedenen Praxisfeldern interpretiert und dafür auf die Abstraktionsebene der Performanz gehoben.

In der vorliegenden Dissertationsschrift wird interprofessionelle Kompetenz zuvorderst im Singular verwendet, ohne allerdings in der Absicht, diese in die Kategorie Singularetantum einreihen zu wollen. Allerdings soll zum Ausdruck gebracht werden, dass diese Bezeichnung als Eigenname für ein ganzheitliches, theoretisch fundiertes Konzept geeignet ist, zumindest wird diese Annahme für den deutschen Sprachgebrauch getroffen.



Die Auseinandersetzung mit Gütekriterien ist für den Forschungsprozess obligat und erfolgt bei der vorliegenden Untersuchung in der Forschungsplanung. Diese Aspekte werden im Kontext qualitativer Forschung herangezogen, um „intersubjektive Überprüfbarkeit der empirischen Erkenntnisse zu gewährleisten [...]“ und dazu am Material „sowohl die Reproduktionsgesetzlichkeit der interpretierten Fälle, die Verankerung der Interpretationen in den alltäglichen Standards der Verständigung sowie Schritte der Generalisierung“ (Breuer et al., S. 499) aufzuzeigen. Breuer et al. heben signifikante Aspekte der Qualitätsbewertung von Grounded-Theory-Arbeiten hervor (ebd., 2015, S. 358). Diese lassen sich bei Corbin und Strauss (vgl. 2015, S. 350 ff.) und mit leicht differierender Pointierung auch bei Steinke (vgl. 2007, S. 180 f.) feststellen. Um gängige Kriterien nicht nur zu rezipieren, werden nun rückbindend an die erfolgten Forschungsschritte Stärken und Schwächen hinsichtlich gängiger Bewertungskriterien geschildert.

Fragen der Methodenangemessenheit reflektierend, ist für die vorliegende Analyse zu resümieren, dass die Datenerhebung aus den visuell-textuellen Dokumenten mit Zuhilfenahme des Multislice Imaging Tools als ertragreich und gegenstandsangemessen bewertet werden kann. Der Schwierigkeit, eine Dokumentenanalyse durchzuführen und inhalts- sowie bildanalytische Aspekte kombinierend zu extrahieren, konnte damit begegnet werden. Verschiedene Bildlagen ließen sich ausleuchten und insbesondere der Bildkontext zeigte sich als wertvolle Informationsschicht. Eingrenzend musste festgestellt werden, dass bestimmte Ebenen, die in Fotografien und anderem Bildmaterial mit einem Deutungsinhalt besetzt sind, in grafisch-darstellenden Abbildungen weniger zum Tragen kommen. Eine flexible Verknüpfung mit den schriftsprachlichen Elementen, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden, ließ die Methodenwahl zu.

Für die komparative Analyse im Rahmen des iterativen Prozesses der Theoriegenese bot die Methode ausreichend Flexibilität, um das Material wiederholt zu untersuchen und neue Erkenntnisse zu generieren. Wie bei der GTM üblich, konnten durch initiales und theoretisches Sampling Datenfälle eingebunden werden. Erleichtert wurde dieses Vorgehen durch den Umstand, dass ausschließlich Dokumente analysiert wurden. Mit den sich verdichtenden Anzeichen einer Datensättigung wurde auf die anfangs geplante Datenerhebung mittels Expert\*inneninterviews mit Vertreter\*innen der Bildungsgestaltung im interprofessionellen Ausbildungskontext verzichtet. Eine kommunikative Validierung, wie sie beispielsweise von Lincoln und Guba (vgl. 1985, S. 316) vorgeschlagen wird und die eine Rückbindung an die untersuchten Personen vorsieht, ist bei dokumentengestützten Untersuchungen schwierig. Angezeigt ist deshalb eine kommunikative Validierung des Theorieentwurfs durch Expert\*innen in diesem Feld.



Kritisch anzumerken ist, dass dieses Verfahren noch aussteht und hier nur als Ausblick formuliert werden kann.

Mit Blick auf den Anspruch empirischer Verankerung werden in der Darlegung des Forschungsverlaufs und der Ergebnisvorstellung Belege in den Daten aufgezeigt. Die detaillierte Ausführung und Beschreibung der in das Sample eingebundenen Referenzrahmen soll ebenfalls dazu beitragen, eine hohe Transparenz zwischen Datenmaterial, Deutungen, Relevanzsetzungen und resultierender Abstraktion herzustellen. Gleichzeitig wird damit versucht, dem Kriterium der Verallgemeinerbarkeit zu begegnen, indem dichte Beschreibungen, die Präsentation und ergänzende Erläuterungen zu den visuellen Darstellungen die Möglichkeiten bieten, bei einer Qualitätseinschätzung die Übertragbarkeit und Schlussfolgerungen auf andere Kontexte zu bewerten.

Die ausführliche und detailreiche Dokumentation erfolgte auf verschiedenen Ebenen. Zu nennen ist das Forschungstagebuch, das an verschiedenen Stellen eigene gezeichnete Darstellungen aufweist. Dieses waren dienlich, um sich mit eigenen Präkonzepten und theoretischen Vorannahmen auseinanderzusetzen. Es wurden Memos verfasst, die Gedankengänge zu methodischen Entscheidungen, zum analytischen Abwägen und ersten Konzeptideen dokumentieren. Für das Datenmanagement wurde auf die Software ATLAS.ti zurückgegriffen. In dem hierzu vorliegenden Dokument wurde sehr ausführlich der Forschungsrahmen beschrieben und die Begründung für die methodologische Ebene und hinsichtlich des methodischen Vorgehens wissenschaftstheoretisch hergeleitet. Das weniger bekannte Vorgehen der Visual Grounded Theory (Konecki (2011, 2019) wurde detailliert veranschaulicht. Alle letztgenannten Dokumentationsverfahren dienen der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit.

Kritisch ist anzumerken, dass ursprünglich vorgesehen war, mit den dokumentierten Zwischenergebnissen Forschungswerkstätten aufzusuchen und in der Auseinandersetzung mit anderen Forscher\*innen das Material einer sorgfältigen Zwischenevaluation zu unterziehen. Durch die Absage von Workshops während der Corona-Pandemie und mangelnde Kapazitäten, als diese z. T. wieder langsam virtuell anliefen, konnte dieser als sinnvoll erachtete Schritt nicht vollzogen werden.

Als Stärke der Studie kann hervorgehoben werden, dass eine interdisziplinäre Forscherperspektive eingenommen und nicht nur nationale, sondern internationale Bezüge zum Forschungsgegenstand einbezogen wurden. Damit verbunden sind natürlich auch Limitationen. Da die Ver-



fasserin keine englische Muttersprachlerin ist, könnten sich Verzerrungen ergeben haben. Neben den üblichen softwarebasierten Übersetzungsprogrammen wurde sich bei Unsicherheiten Hilfe bei Personen eingeholt, die über einen Studienabschluss in Anglistik verfügen, um diesen Verzerrungen entgegenzuwirken. Die interdisziplinäre Forschungshaltung kann dahingehend als eingeschränkt kritisch eingeschätzt werden, wenn der Anspruch erhoben wird, aus einem disziplinären Feld alle relevanten Theorieentwürfe oder Diskurse aufzuzeigen.

Das Kriterium der theoretischen Sättigung kann nur mit einer Vorläufigkeit festgestellt und soll an dieser Stelle mit den Ausführungen von Breuer et al. (in Anlehnung an: Dey, 1999, S. 117, in: Breuer et al., 2015, S. 363) wie folgt gegenstandsangemessen relativiert werden, indem der „weniger ambitionierte Ausdruck theoretische Hinlänglichkeit („sufficiency“)" bevorzugt wird, „der eine gewisse Relativierung des Erkenntnisbehauptungs-Anspruchs durch die pragmatischen Umstände der Forschungsarbeit durchscheinen lässt [...]“ (a. a. O.).

Auch das Erkenntnisprodukt zählt zu den Bewertungskriterien. Dabei steht im paradigmatischen Forschungsansatz nicht die Beweisbarkeit im strengen Sinn im Mittelpunkt, sondern größtmögliche Plausibilisierung und Veranschaulichung neu entdeckter Strukturen (vgl. a. a. O.). Glaser und Strauss (1998) stellen die Anwendbarkeit bzw. praktische Brauchbarkeit als Merkmal heraus. In der vorliegenden Arbeit wurden Handlungsmuster expliziert und im Modell interprofessionellen Handelns zusammengefügt. Diese umspannen einerseits die Hauptkategorien der untersuchten Datensätze, andererseits lassen sie in ihrer offenen Fassung eine Übertragbarkeit zu. Das Modell bildet nicht nur auf der Mesebene der Bildungsgestaltung wünschenswerte Handlungsmuster ab, sondern ebenso einen Reflexionspunkt für Schüler\*innen, Studierende und Praktiker\*innen, die im Rahmen von Kompetenzentwicklung ein Zielbild benötigen, wie sich interprofessionelle Kompetenz offenbaren soll. Abschließend sei ein zusammenfassender definitorischer Vorschlag angefügt:

Interprofessionelle Kompetenz zeigt sich im kollaborativen Arbeiten in variierend zusammengesetzten Teams, die mit und für Patient\*innen sowie Klient\*innen die Potentiale verschiedener Professionen für das Erreichen individuell gesetzter Anliegen bio-psycho-sozialer Gesundheit nutzen.



### 7.3 Empfehlungen für die Praxis

Je klarer das Zielbild vom Handeln, das mit interprofessioneller Kompetenz assoziiert ist, desto gezielter kann die subjektgesteuerte Kompetenzentwicklung und -entfaltung vollzogen werden und desto transparenter können Bildungsgestalter\*innen Lehr-Lernangebote machen, die Kompetenzentwicklung ermöglichen. An diesen optimistisch zu erwartenden Vorteil anknüpfend, wurde die erkenntnisleitende Frage formuliert, was für ein Handeln mit interprofessioneller Kompetenz verquickt wird. Im Ergebnis der handlungsorientierten Analyse liegt ein konzeptionelles Modell interprofessionellen Handelns vor. Aus der Perspektive der Bildungsgestaltung schließt sich die Frage an, welchen Nutzen dieses für die Gestaltung von Bildungsprozessen haben könnte. Aus den Erkenntnissen dieser Arbeit sollen daher übergreifend Möglichkeiten aufgezeigt und Empfehlungen für den Kontext Hochschule skizziert werden.

#### *Kompetenzbeobachtung und Feedback*

Assessments zur quantitativen Bewertung von Kollaboration fokussieren häufig auf bestimmte Berufsgruppen, monodisziplinäre Teams oder sehr spezifische Arbeitsbereiche (vgl. Morley et al., 2017, S. 211). Andere konzentrieren sich auf die Bewertung der interprofessionellen Ausbildung und nicht auf das Verhalten des Teams. Eine eingeschränkte öffentliche Verfügbarkeit sowie ein geringer psychometrischer Standard schränken das Angebot weiter ein. Morley et al. merken bezüglich sieben bestehender Instrumente an:

“[N]one of the tools mentioned previously are direct measures of team behaviour or performance. These tools are questionnaires eliciting perceptions of collaborative behaviour. Direct measures of collaborative behaviour may be more difficult or time consuming to obtain, particularly because many behaviours would need to be directly observed and could be difficult to quantify accurately” (Morley et al., 2017, S. 211).

Hinsichtlich interprofessioneller Kompetenzen, die sich nicht allein auf die Ausbildung, sondern oft auf das spätere Handeln im Team beziehen, sei es schwierig, unter den international variierenden Ansätzen und Zielsetzungen in der Evaluation und Messung ein geeignetes deutschsprachiges Instrument zu finden (vgl. Ehlers et al., 2017, S.16). Instrumente auf den Kirkpatrick-Stufen<sup>12</sup> 1, 2a und b überwiegen, die Stufen 3 und 4 können größtenteils wahrscheinlich nur mit qualitativen Methoden oder per *Mixed Method* erfasst werden. So resümieren Ehlers et al.

<sup>12</sup> Die Evaluationsstufen nach Kirkpatrick bieten einen Rahmen für die Bewertung von Bildungsmaßnahmen und bestehen in der modifizierten Fassung für den Bereich Interprofessionelles Lernen aus sechs Stufen. Die Stufe 1 stellt die niedrigste Messstufe und 4 die höchste Stufe dar. Die Stufen 2 und 4 sind in 2a und 2 b bzw. 4 a und 4b unterteilt, um Lernergebnisse auf der Personen- und Versorgungsebene differenzieren zu können. Die ursprüngliche Fassung besteht aus vier Stufen (vgl. Hamson-Utley, 2021, S.58; vgl. Ehlers, 2017, S. 11)



die Erträge der Auswertung von sechs Übersichtsartikeln über die Qualität von Evaluationsinstrumenten zur Beurteilung interprofessioneller Lehre im deutschsprachigen Raum (a.a.O.).

Bezogen auf die letztgenannten Herausforderungen könnte das konzeptionelle Modell interprofessionellen Handelns geeignet sein, qualitative Instrumente zu entwerfen, die Lernergebnisse auf der Kirkpatrickstufe 3 - Transfer interprofessionellen Lernens Einzelner in die berufliche Praxis sowie eine Veränderung professioneller Praxis (vgl. Hamson-Utley, 2021, S.58; vgl. Ehlers, 2017, S. 11) - belegen helfen.

Neben dem Einsatz von Messinstrumenten ist wird auch die Vor-Ort-Evaluation als sinnvoll erachtet, da häufig settingspezifische Hindernisse oder Einschränkungen im Kontext interprofessioneller kollaborativer Praxis die Anwendung von IPE und IPCP hindern. Dazu wird vorgeschlagen, dass Studierende das Verhalten und die Handlungsmuster von denjenigen beobachten, die sie im Praxiseinsatz im klinischen Setting begleiten (vgl. Wamsley et al., 2018, S.61). Um Beobachtungen der\*des Praxisanleiter\*in zu strukturieren, könnte das konzeptionelle Modell interprofessionellen Handelns einen strukturierenden Ordnungsrahmen geben, um Beobachtungen zu systematisieren. Der Vorteil könnte sein, dass die performanzadressierende Ausformulierung dabei hilft, Beobachtungen zu notieren und nicht schon Wertungen oder Interpretationen zu benennen. So könnten unter dem Bereich Kollaboration aufbauen Beobachtungen stehen wie das Anliegen der\*des Patient\*in wird überprüft, ob Bedarf für eine berufsübergreifende Kollaboration besteht, Telefontermine mit Kolleg\*innen anderer Abteilungen werden vereinbart sowie geladenen Teammitglieder an den Besprechungen teilnehmen. Derartige Formulierungen finden sich zudem in Assessment-Items, doch durch ein einmal gesetztes Kreuzchen entfallen Beobachtung und Sensibilisierung für die Merkmale settingspezifischer Ausgestaltungsformen interprofessionellen Handelns, möglicher Barrieren, nachzuahmender Handlungsschritte und Verhaltensweisen.

Die anfangs begründeten und nachvollziehbaren Schwierigkeiten sollten nicht entmutigen, direkte Beobachtungen durchzuführen und dafür die Zielsetzung anders zu definieren. Aus kognitionspsychologischer Lesart bedarf es quantifizierbarer Messungen und Diagnostikverfahren. Nach der Loslösung von dieser und Verlagerung der Zielsetzung hin zu einem pragmatisch realisierbaren Weg der selbstgesteuerten Kompetenzentwicklung im Kontext Hochschule kann das Modell Interprofessionellen Handeln als Reflexionsskizze zum Einsatz kommen.



### *Gestaltung von Lehr-Lernsituationen*

Im Sinne des Constructive Alignment (vgl. Biggs & Tang, 2011) wird ein abgestimmter Dreiklang gefordert, der sich an den angestrebten Kompetenzen oder der Kompetenz orientiert. Fehlt es den Studierenden allerdings an Praxisbezug, Ideen oder Erfahrungen, was hinter diesem Komplex steht, werden konträr zur Idee einer kompetenzzentrierten Ausbildung im behavioristischen Sinn einzelne Verhaltensmarker als Zielgröße gelernt oder abgearbeitet, ohne zu wissen, was auf der Performanzebene bei kompetenzorientierten Prüfungen verlangt wird. Es bahnt sich die Assoziation vom Gemüseputzen, Schälen und Schneiden an, ohne das Gericht zu kennen. Um in diesem Bild zu bleiben, muss der Lernende aus konstruktivistischer Lernperspektive wissen, um welches Gericht es geht und ist gefordert, das Rezept und die Zutaten herzuleiten. Im hier relevanten Kontext liegt es wiederum an ihm, in Begleitung der Lerngestalter\*innen herauszufinden, welche individuellen Voraussetzungen vorhanden sind bzw. sein müssen, um beispielsweise professionsgelassen zu handeln oder innerhalb eines Teams mit Konfliktnutzungsgeschick Kollaboration im Team zu harmonisieren. Edmondson (2014, S.222 ff.) betont im Zusammenhang mit Teaming, dass dessen Einüben als aktiver Prozess in kleinen, sich wiederholenden Sessions effektiv sei.

Im Übertrag auf interprofessionelles Handeln hieße das Folgendes:

Es bedarf Lernsituationen, in denen Studierende in variierend zusammengesetzten berufsübergreifenden Teams Kollaboration aufbauen, harmonisieren, synchronisieren und reflektieren und dabei mit Anforderungen konfrontiert werden, die Lösungsgilität, Professionsgelassenheit, Konfliktnutzungsgeschick und weitere Gelingensbedingungen erfordern sowie selbstgesteuerte Lösungswege anstoßen, sodass sich mittels Üben, Ausprobieren und letztendlich dem Erreichen selbstgesteckter Ziele oder gewählter Optionen Interprofessionelle Kompetenz anbahnt.



## Literaturverzeichnis

- Alberto, R., Hugo, F., Aurélio, M. G., Lucena, C. J. P., & Pimental, M. (2011). *The 3C Collaboration Model*. IGI Global.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. Swiss Academies Reports 12(2). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Bals, T. (2011). *Gewinnung neuer Kompetenzprofile für die Berufe des Gesundheitswesens*. In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen* (S. 68-74). Schattauer.
- Bals, T. (1993). *Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze*. Leuchtturm Verlag.
- Baron, R. A. (1991). Positive effects of conflict: A cognitive perspective. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 4(1), 25-36. <https://doi.org/10.1007/BF01390436>
- Barotsch, U. (2009). *Hochschulbildung mit Kompetenz. Eine Handreichung zum Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse (HQR)*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von [https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-02-Qualifikationsrahmen/HQR\\_Handreichung\\_241019\\_final\\_ohne\\_HRK.pdf](https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-02-Qualifikationsrahmen/HQR_Handreichung_241019_final_ohne_HRK.pdf)
- Behrend R, Herinek D, Kienle R, Arnold F, & Peters H. (2021). Entwicklung interprofessioneller Ausbildungsziele für die Gesundheitsberufe an der Charité – Universitätsmedizin Berlin - Eine Delphi-Studie. *Gesundheitswesen*. doi: 10.1055/a-1341-1368. (Ger).
- Beier, F., & Wyßuwa, F. (2017). Präskriptive und reflexive Erkenntnisinteressen in der qualitativen Kurs- und Unterrichtsforschung. In R. Kreitz, I. Miethe & A. Tervooren (Hrsg.), *Theorien in der qualitativen Bildungsforschung – Qualitative Bildungsforschung als Theoriegenerierung. Schriftenreihe der DGfE-Kommission Qualitative Bildungs- und Biographieforschung* (S. 83-104). Verlag Barbara Budrich.
- Belbin, R. M. (2010). *Team roles at work*. Butterworth-Heinemann.
- Berberat, P. O., Harendza, S., & Kadmon, M. (2013). Entrustable professional activities-visualization of competencies in postgraduate training. Position paper of the Committee on Postgraduate Medical Training of the German Society for Medical Education (GMA). *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 30(4), doi:10.3205/zma000890
- Bertelsmann Stiftung (2022). Tech-Giganten im Gesundheitswesen. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/VV\\_Tech-Giganten\\_im\\_Gesundheitswesen1.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/VV_Tech-Giganten_im_Gesundheitswesen1.pdf)
- Bethmann, S. (2020). *Methoden als Problemlöser. Wegweiser für die qualitative Forschungspraxis*. Beltz Juventa.
- Böhm, A. (2015). Theoretisches Codieren. Textanalyse in der Grounded Theory. In U. Flick, E. v. Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 475-484). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Böhm, A., Legewie, H., & Muhr, T. (2008). *Kursus Textinterpretation. Grounded Theory*. Technische Universität Berlin.
- Bonse-Rohmann, M. (2015). Strukturen, Orientierungen und neuere Entwicklungen der Lehrerinnen- und Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege Stand und Perspektiven. In J. Pundt & K. Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 165-197). Apollon.



- Borghoff, U. M., & Schlichter, J. H. (1998). Konzepte asynchroner und synchroner Kooperation. In U. M. Borghoff & J. H. Schlichter (Hrsg.), *Rechnergestützte Gruppenarbeit. Eine Einführung in Verteilte Anwendungen* (S. 149-191). Springer.
- Bosshart, D., Frick, K., Kwiatkowski, M., & Thalmann, L. (2018). Wellness 2030: The new techniques of happiness. *GDI Study* (45). GDI.
- Brand, H. (2021). Von der Subjektivierung zur Solidarität die Potenziale des Arbeitsbogenkonzepts für kollektive Bildungsprozesse in der Sozialen Arbeit. In C. Detka, H. Ohlbrecht & S. Tiefel (Hrsg.), *Anselm Strauss – Werk, Aktualität und Potentiale* (S. 231-242). Verlag Barbara Budrich.
- Brandstädter, S. (2020). Interdisziplinär erfolgreich Modellierung, Validierung und Förderung interdisziplinärer Handlungskompetenz. *Dissertation Heidelberg*. <https://doi.org/10.11588/heidok.00029256>
- Brandt, B. F. (2015). *Interprofessional Education and Collaborative Practice: Welcome to the "New" Forty-Year Old Field*. *The Advisor* 35(1), 9-17.
- Brätz, J., Bußenius, L., Brätz, I., Grahn, H., Prediger S., & Harendza, S. (2022). Assessment of final-year medical students' entrustable professional activities after education on an interprofessional training ward: A case-control study. *Perspectives on Medical Education*. <https://doi.org/10.1007/s40037-022-00720-0>
- Bräu, K. (2002). *Selbstständiges Lernen in der gymnasialen Oberstufe. Grundlagen – Fallbeispiel – Anregungen für die Praxis*. Schneider-Verl. Hohengehren.
- Breidenstein, G. (2012). *Zeugnisnotenbesprechung. Zur Analyse der Praxis schulischer Leistungsbewertung*. Budrich Verlag.
- Breuer, F., Dieris, B., & Muckel, P. (2019). *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis*. Springer.
- Breuer, F., Lettau, A., & Dieris, B. (2010). *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 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): e45–9.
- Bromberg, K. (2009). *Rekrutierung – Bindung – Zugehörigkeit. Eine biografieanalytische Studie zur sozialen Welt der Gewerkschaften*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung. Ein Überblick*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bryman, A. (2021). *Social research methods*. Oxford University Press.
- Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Förderprogramm Interprofessionalität 2017-2020*. Bundesamt für Gesundheit; Abgerufen am 10.10.2022.von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M3-kompetenzen.html>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (o.D.). Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe GesBG. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/bundesgesetz-ueber-die-gesundheitsberufe.html>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (o.J.). Anwendung der ICF in Deutschland. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/anwendung.html>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). (2010). *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html)
- Bundesinstitut für berufliche Bildung (BIBB). (2018). *Gesundheitsfachberufe im Überblick. Erweitertes Serviceangebot des BIBB*. Bundesinstitut für Berufsbildung.



- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). (o.D.). Definition und Kontextualisierung des Kompetenzbegriffes. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.bibb.de/de/8570.php>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2020). *Referententwurf. Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung & Sekretariat der Kultusministerkonferenz. (2018). *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.dqr.de>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2020). *Eckpunkte der Bundes-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/gesamtkonzept-gesundheitsberufe.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (o.D.). Gesundheitsberufe: Eine Übersicht. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html>
- Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Hrsg.). (2013). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von [https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/2013/131202\\_DQR-Handbuch\\_M3\\_.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/2013/131202_DQR-Handbuch_M3_.pdf)
- Calancie, L., Frerichs, L., Davis, M. M., Sullivan, E., White, A. M., Cilenti, D., Cobie-Smith, G., & Hassmiller Lich, K. (2021). Consolidated Framework for Collaboration Research derived from a systematic review of theories, models, frameworks and principles for cross-sector collaboration. *PLoS one*, 16(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244501>.
- Cedefop (European Centre for the Development of Vocational Training). (2018). Analysis and overview of NQF level descriptors in European countries. [https://www.cedefop.europa.eu/files/5566\\_en.pdf](https://www.cedefop.europa.eu/files/5566_en.pdf)
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Abgerufen am 10.10.2022 von [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf)
- Charmaz, K. (2007). Grounded Theory konstruieren. Kathy C. Charmaz im Gespräch mit Antony J. Puddephatt. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 89-108). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Charmaz, K. (2010). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative*. SAGE.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. SAGE.
- Charmaz, K., & Bryant, A. (2007). *The SAGE handbook of grounded theory (Hrsg.)*. SAGE.
- Chomsky, N. (1969). *Current issues in linguistic theory*. Mouton.
- Chomsky, N. (1981). *Regeln und Repräsentationen*. Suhrkamp.
- Combined Universities Interprofessional Collaboration Unit (CUILU) (2006). *Interprofessional capability framework*. Final report. United Kingdom. The University of Sheffield Press (2006). Abgerufen am 01.11.2022 von <https://www.yumpu.com/en/document/read/28531714/cuilu-pages-caipe>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research. techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. *Zeitschrift für Soziologie*, 19(6), 418-427. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-1990-0602>
- Curtin University (2011). *Curtin University's Interprofessional Capability Framework*. Abgerufen am 18.10.2022 von [https://resources.curtin.edu.au/file/faculty/hs/interprofessional\\_A5\\_broch\\_1-29072015.pdf](https://resources.curtin.edu.au/file/faculty/hs/interprofessional_A5_broch_1-29072015.pdf)



- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, 8-20
- Dietzen, A., Reinhold Nickolaus, Beatrice Rammstedt, Weiß, R., & (Hrsg.). (2018). *Kompetenzorientierung. Berufliche Kompetenzen entwickeln, messen und anerkennen*. Bertelsmann.
- Dilger, B., & Sloane, P. F. E. (2007). *Bildungsstandards – ein passendes Regulativ für die berufliche Bildung?!* Eusl Verlag.
- Duden. (o.D.). Gesundheitsversorgung. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Gesundheitsversorgung>
- Edmondson, A. C. (2012). *Teaming. How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*: John Wiley & Sons.
- Edmondson, A. C., & Harvey, J.-F. (2018). Cross-boundary teaming for innovation: Integrating research on teams and knowledge in organizations. *Human Resource Management Review*, 28(4), 347-360.
- Edmondson, A. C., Higgins, M., Singer, S., & Weiner, J. (2016). Understanding psychological safety in health care and education organizations. A comparative perspective. *Research in Human Development*, 13(1), 65-83.
- 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), 36-36.  
<https://doi.org/10.3205/zma001113>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544
- Erpenbeck, J., Rosenstil, L. v., Grote, S., & Sauter, W. (2017). *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. Schäffer-Poeschel Verlag.
- European Commission. (2018). *Council Recommendation on Key Competence für Lifelong Learning*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52018SC0014&from=EN>
- European Interprofessional Practice & Education Network EIPEN (2020). *EIPEN Key competences*. Abgerufen am 05.10.2022 von <https://www.eipen.eu>
- European Interprofessional Practice & Education Network EIPEN (2020). EIPEN Key competences 21 assessment sheet. Abgerufen am 05.10.2022 von [https://irp.cdn-web-site.com/f8ad3504/files/uploaded/EIPEN Key competences 21 assessment sheet ENG.pdf](https://irp.cdn-web-site.com/f8ad3504/files/uploaded/EIPEN%20Key%20competences%2021%20assessment%20sheet%20ENG.pdf)
- Ewers, M., & Walkenhorst, U. (2019). Interprofessionalität in den DACH-Ländern – eine Momentaufnahme. In D. Herinek, E. Paradis & M. Ewers (Hrsg.), *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis* (S. 20-37). Beltz Juventa.
- Frank, J. R., Mungroo, R., Ahmad, Y., Wang, M., De Rossi, S., & Horsley, T. (2010). Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Medical Teacher*, 32(8), 631-637. doi:10.3109/0142159X.2010.500898
- Frank J. R., Snell L, & Sherbino J. (2015). CanMEDS Physician Competency Framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Franzkowiak, P., & Hurrelmann, K. (2022). *Gesundheit. Allgemeine Grundbegriffe*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/gesundheit/>



- Frenk J., Chen L., Bhutta Z. A., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., Garcia P., Ke Y., Kelley P., Kistnasamy B., Meleis A., Naylor D., Pablos-Mendez A., Reddy S., Scrimshaw S., Sepulveda J., Serwadda D., & Zurayk H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Frick, S. (2020). Examples for Workbase-placed Assessments for Use in the EPAs. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von [https://www.siwf.ch/\\_service/suche.cfm?q=Sonia%20Frick](https://www.siwf.ch/_service/suche.cfm?q=Sonia%20Frick)
- Fuks, H., Raposo, A., Gerosa, M. A., Pimental, M., & Lucena, C. J. P. (2008). The 3C Collaboration Model. In *Encyclopedia of E-Collaboration* (S. 637-644).
- Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats. (2022). *HQGplus-Studie zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update: Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung (Studienbericht)*. Köln.
- Gesetze in Deutschland [online]. (o.D.). *Hochschulrahmengesetz*. Verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Hans Huber.
- Grittmann, E. (2018). *Grounded Theory und qualitative Bildanalyse. Die Analyse visueller Geschlechterkonstruktionen in den Medien*. Springer.
- Grote, S., Kauffeld, S., Billich-Knapp, M., Lauer, L., & Frieling, E. (2012). Implementierung eines Kompetenzmanagementsystems: Phasen, Vorgehen und Stolpersteine. In S. Grote, S. Kauffeld, & E. Frieling (Hrsg.), (S. 35-56). Schäffer-Poeschel.
- Grünberg, P. (2014). *Vertrauen in das Gesundheitssystem. Organisationskommunikation*. Springer.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In Denzin, N. K., & Lincoln, Y., S. (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications
- Hallwaß, A., & Hollweg, W. (2017). Interprofessionalität in den Modellstudiengängen der Pflege- und Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen. *International Journal of Health Professions*, 4(2), 100-108. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2017-0023>
- Hamborg, K.-C., & Schaper, N. (2018). Analyse, Bewertung und Gestaltung von Aufgaben, Arbeitstätigkeiten und Arbeitssystemen. In K.-C. Hamborg & N. Schaper (Hrsg.), *Methoden der Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (S. 1-67). Göttingen: Hogrefe.
- Hamborg, K.-C., & Schaper, N. (2018). *Methoden der Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie*. Hogrefe.
- Hamson-Utley, J. (2021). Interprofessional Development for Clinicians, Precetors, and Faculty. In J. Hamson-Utley, C. Mathena, & T. Gualdo (Hrsg.), *Interprofessional Education and Collaboration: An Evidence-Based Approach to Optimizing Health Care* (S. 39-66). Human Kinetics.
- Hamson-Utley, J. J., Mathena, C. K., & Gualdo, T. P. (2021). *Interprofessional education and collaboration: an evidence-based approach to optimizing health care*. Human Kinetics.
- Hartig, J., & Klieme, E. (2006). Kompetenz und Kompetenzdiagnostik. In K. Schweizer (Hrsg.), *Leistung und Leistungsdiagnostik* (S. 127-143). Springer.
- Harting, J. (2008). Kompetenzen als Ergebnisse von Bildungsprozessen. In N. Jude, J. Harting, & E. Klieme (Hrsg.), *Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern. Theorien, Konzepte und Methoden* (S. 15-26). BMBF.
- Haubrock, M. (2014). Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Wandel. In W. Zapp (Hrsg.), *Krankenhausmanagement* (S. 15-21). Kohlhammer.
- Health Ministry. Dawson Report. (1920). Future Provision of Medical Services. Lord Dawson on the Consultative Council's Report. *British Medical Journal*, 1(3102), 800-802.



- Health Sciences Council Health Sciences Education and Research Commons (HSERC), University of Alberta. *Interprofessional Learning Pathway Competency Framework*. Abgerufen am 23.09.2022 von <http://uab.ca/hserc>.
- Hensen, P. (2011). Die gesunde Gesellschaft und ihre Ökonomie - vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In P. Hensen & C. Kölzer (Hrsg.), *Die gesunde Gesellschaft: Sozioökonomische Perspektiven und sozialethische Herausforderungen* (S. 11-50). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hensen, P. (2018). Qualitätsentwicklung zwischen Institution und Interaktion – Eine Standortbestimmung aus professionstheoretischer Sicht. In P. Hensen & M. Stamer (Hrsg.), *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen: Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche* (S. 3-67). Springer.
- Herinek, D., Paradis, E., & Ewers, M. (2019). *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. Beltz Juventa.
- Hildenbrand, B. (2015). Anselm Strauss. In I. Steinke, E. v. Kardorff, & U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 33-42). Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (2014). Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB). Abgerufen am 02.10.2022 von [https://hv-gesundheitsfachberufe.de/doku-mente/FQR\\_ThGFB\\_%20HVG\\_2014\\_final.pdf](https://hv-gesundheitsfachberufe.de/doku-mente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf)
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (2022). Petition für die Reform der Therapieberufe im Gesundheitsministerium übergeben. Abgerufen am 01.09.2022 von <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/petition-fuer-die-reform-der-therapieberufe-im-gesundheitsministerium-uebergeben/>
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (2021). *Positionspapier der Fachkommission Interprofessionalität*. Hochschulverband Gesundheitsberufe e.V. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/>
- Hoffmann, N. (2018). *Dokumentenanalyse in der Bildungs- und Sozialforschung*. Beltz Juventa.
- Hofmann, S., Büker, C., Lattek, Ä.-D., Hofrath, C., & Zöller, M. (2020). *AusbildungPlus – Duales Studium in Zahlen 2019. Trends und Analysen*. Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Holm, J. (2018). Digitalisierung: pHealth, mHealth, eHealth, xHealth. In W. Widmer & K. Schaffhuser (Hrsg.), *Gesundheitswesen gestalten* (S. 110-149). Careum Verlag.
- Huber, M., Spiegel-Steinmann, B., Schwärzler, P., Kerry-Krause, M., Dratva, J. (2019). *Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate*. Schlussbericht. Bundesamt für Gesundheit. Abgerufen am 02.10.2022 von [https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das\\_bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M3-kompetenzen.html](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das_bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M3-kompetenzen.html)
- Hucklenbroich, P. (2016). Die Normativität des Krankheitsbegriffs. Zur Genese und Geltung von Kriterien der Krankhaftigkeit. *Analyse und Kritik*, 38, 459-496.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Beltz Juventa.
- Igl, G. (2015). Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. In K. Kälble & J. Pundt (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (107-128). Apollon University Press.
- Institut für Gesundheitsforschung und Bildung (IGB). Abteilung 'Didaktik der Humandienstleistungsberufe'. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von [https://www.igb.uni-osnabrueck.de/abteilungen/didaktik\\_der\\_humandienstleistungsberufe.html](https://www.igb.uni-osnabrueck.de/abteilungen/didaktik_der_humandienstleistungsberufe.html)



- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP). Robert Bosch Stiftung. (2019). *Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln. Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten. Nationales Mustercurriculum Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation für Medizinstudierende*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von [http://www.impp.de/files/PDF/RBS\\_Berichte/Berufs%C3%BCbergreifend%20Denken%20Interprofessionell%20Handeln.pdf](http://www.impp.de/files/PDF/RBS_Berichte/Berufs%C3%BCbergreifend%20Denken%20Interprofessionell%20Handeln.pdf)
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. Abgerufen am 10. Oktober 2022 von <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC). *Core competencies for interprofessional practice: Report of an expert panel*. AAMC.
- Jacob, R., & Kopp, J. (2018). Gesundheit. In J. Kopp & A. Steinbach (Hrsg.), *Grundbegriffe der Soziologie* (S. 147-150). Springer.
- Jakobsen, F. (2011). Learning with, from and about each other: Outcomes from an interprofessional training unit. *Dissertation, Aarhus University*.
- 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. (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>
- Kaba, I., & Käble, K. (2004). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der sozialen Arbeit und der Pflege. (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP)*. Mabuse-Verlag.
- Kämmer, J. E., & Ewers, M. (2022). Stereotypes of experienced health professionals in an interprofessional context: results from a cross-sectional survey in Germany. *Journal of Interprofessional Care*, 36(3), 350-361.
- Kathy, C., & Reiner, K. (2016). A Personal Journey with Grounded Theory Methodology. *Forum: Qualitative Social Research*, 17(1).
- Kauffeld, S. (2006). *Kompetenzen messen, bewerten, entwickeln ein prozessanalytischer Ansatz für Gruppen*. Schäffer-Poeschel.
- Kauffeld, S., & Grote, S. (2009). *Handbuch Kompetenzentwicklung*. Schäffer-Poeschel.
- Kauffeld, S., Lorenzo, G., & Weisweiler, S. (2012). Wann wird Weiterbildung nachhaltig? Erfolg und Erfolgsfaktoren beim Lerntransfer. *Personal Quarterly*, 64(2), 10-15.
- Keast, R. (2015). *A Guide to Collaborative Practice: Informing Performance Assessment & Enhancement. Moving to a positive culture – the foundation of Queensland's Child Protection Reforms: The Culture Evaluation Toolkit*. am 16. Oktober 2022 von [http://www.networksandcollaborations.com.au/files/QFCC\\_REPORT.pdf](http://www.networksandcollaborations.com.au/files/QFCC_REPORT.pdf)
- Keast, R. (2016). *Shining a Light on the Black Box of Collaboration: Mapping the prerequisites for cross-sector working*. ANU Press.
- Kelle, U. (2019). The Status of Theories and Models in Grounded Theory. In A. Bryant & K. Charmaz (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Current Developments. Grounded Theory*: SAGE.
- Kersting, M., & Klehe, U. (2018). Personalauswahl und-beurteilung. Eine integrative Perspektive. In J. Kuhl, W. Schneider, R. Schwarzer, D. Frey, S. Greif, K.-C. Hamborg, & N.-P. Birbaumer (Hrsg.), *Methoden der Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie* (S.81-132): Hogrefe.
- Kickbusch, I. g. (2014). *Die Gesundheitsgesellschaft Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*. Huber.
- King, G., Orchard, C., Khalili, H., & Avery, L. (2016). Refinement of the Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21) and development of 9-item equivalent versions. *JCEHP*, 36(3):171-177.



- Kirstin, B. (2012). 'Arc of Work' – als ‚sensitizing concept‘ für den Zusammenhang von beruflicher Arbeit und Organisationskulturen. Springer.
- Kleining, G. (2012). Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*; 34(2), 224-253.
- Klemperer, D. g., & Hirschhausen, E. v. (2015). *Sozialmedizin, Public Health, Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Hogrefe.
- Klieme, E., & Hartig, J. (2007). Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. Kompetenzdiagnostik, Sonderheft, 8, 11-29.
- Klieme, E., & Leutner, D. (2006). Kompetenzmodelle zur Erfassung individueller Lernergebnisse und zur Bilanzierung von Bildungsprozessen. Beschreibung eines neu eingerichteten Schwerpunktprogramms der DFG. *Zeitschrift für Pädagogik* 52(6), 876-903.
- Koch, M. (o.J.). *Kompetenzfeststellung als pädagogische Aufgabe. Probleme standardisierter Kompetenzfeststellungsverfahren und Lösungsansätze*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.ueberaus.de/wws/kompetenzfeststellung-als-paedagogische-aufgabe.php>
- Koch, M., & U, H. (2018). *Re: Wissenschaftliche Evaluation des Kompetenzfeststellungsverfahrens komPASS<sup>3</sup> in Niedersächsischen SPRINT-Klassen*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/9364>
- Konecki, K. (2019). *Visual Images and Grounded Theory Methodology*. Sage.
- Konecki, K. T. (2011). Visual Grounded Theory: A Methodological Outline and Examples from Empirical Work. *Revija za sociologiju*, 41(2), 131-160.
- Kromrey, H.-. (2016). *Empirische Sozialforschung Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung mit Annotationen aus qualitativ-interpretativer Perspektive*, UVK.
- Krumm, S., Mertin, I., & Dries, C. (2016). *Kompetenzmodelle*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Kuhl, J., Schneider, W., Schwarzer, R., Frey, D., Greif, S., Hamborg, K.-C., & Birbaumer, N.-P. (2018). *Methoden der Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie*. Hogrefe.
- Kuhlmeiy, A. (2011). Die Idee des Memorandums. >> Kooperation der Gesundheitsberufe<< - Einleitung. In *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe, Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Robert Boschstiftung Stiftung (Hrsg.), (S. 9-15). Robert Bosch Stiftung. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf\\_import/Memorandum\\_Kooperation\\_der\\_Gesundheitsberufe.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf)
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Beltz.
- Lerch, S. (2016). *Selbstkompetenzen. Eine erziehungswissenschaftliche Grundlegung*. Springer.
- Liem, T., & Flatscher, M. (2012). Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit? Überlegungen zu einem Problemkomplex. *Osteopathische Medizin*, 13(2), 18-21.
- 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>
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., & Joos, S. (2014). Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 31(4).
- Medizinischer Fakultätentag (MFT)(Hrsg.) (2015). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin*. MFT
- Mey, G., & Dietrich, M. (2017). Vom Text zum Bild – Überlegungen zu einer visuellen Grounded Theory-Methodologie. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 17(2).



- McFadyen, A. K., Webster, V., Strachan, K., Figgins, E., Brown, H., & McKechnie, J. (2005). The Readiness for Interprofessional Learning Scale. A possible more stable sub-scale model for the original version of RIPLS. *Journal of Interprofessional Care* 19 (6), 595–603.
- Mihaljevic, A. L., Schmidt, J., Mitzkat, A., Probst, P., Kenngott, T., Mink, J., . . . Trierweiler-Hauke, B. (2018). Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): A practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward. *GMS Journal for Medical Education*, 35(3).
- Mills, J. A., Cieza, A., Short, S. D., & Middleton, J. W. (2021). Development and Validation of the WHO Rehabilitation Competency Framework: A Mixed Methods Study. *Arch Phys Med Rehabil*, 102(6), 1113-1123.
- Mills, J. A., Middleton, J. W., Schafer, A., Fitzpatrick, S., Short, S., & Cieza, A. (2020). Proposing a re-conceptualisation of competency framework terminology for health: a scoping review. *Human Resources for Health*, 18(1), 15.
- Minnameier, G., & Horlebein, M. (2019). *Wissenschaftstheorie. Logik und Paradigmen berufs- und wirtschaftspädagogischer Forschung*, wbv.
- 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 of Medical Education*, 33(2).
- Morley, L., & Cashell, A. (2017). Collaboration in health care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(2), 207-216.
- Mruck, K., & Mey, G. (2011). *Grounded Theory Reader*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nawaw, H., Edmondson, A. C., Tzeng, T. H., Saleh, J. K., Bozic, K. J., & Saleh, K. J. (2014). Teaming. An approach to the growing complexities in health care: *AOA critical issues*. *JBIS*, 96(21), e184.
- Nolting, H.-D. (2021). *Gesundheitszentren für Deutschland Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann*. Robert Bosch Stiftung.
- Parsell G, & Bligh J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Journal of Medical Education*, 33(2), 95-100. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1999.00298.
- Pecukonis, E. (2014). Interprofessional Education: A Theoretical Orientation Incorporating Profession-Centrism and Social Identity Theory. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 42(4), 60-64.
- Pecukonis, E. (2020). Professional Centrism and its Role in Shaping Interprofessional Education: Implications for Social Work Education. *Journal of Teaching in Social Work*, 40(3), 211-220.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology*, 90(5), 751.
- Philipp, M. (2015). Lesekompetenz -zur inhaltlichen und historisch veränderlichen Modellierung eines Hochwertbegriffs. In G. Siebert-Ott, K. Macha, U. Riegel, & S. Schubert (Hrsg.), *Kompetenzmodellierung und Kompetenzmessung in den Fachdidaktiken* (S. 29-41). Waxmann.
- Pundt, J., & Kälble, K. (Hrsg.) (2015). *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte*. Apollon University Press.
- Razum, O., & Kolip, P. (Hrsg.) (2020). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Beltz Juventa.
- Reichertz, J., & Wilz, S. M. (2016). Welche Erkenntnistheorie liegt der Grounded Theory zugrunde? In C. Equit et al. (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory: von der Methodologie zur Forschungspraxis* (S. 48-66). Beltz Juventa.
- Recker, H., Lamnek, S., & Reinhold, G. (Hrsg.) (2000). *Soziologie-Lexikon*, Oldenbourg Verlag.
- Reinmann, G. (2015). Lehrkompetenzen von Hochschullehrern: Kritik des Kompetenzbegriffs in fünf Thesen. In O. Hartung, M. Rumpf (Hrsg.), *Lehrkompetenzen in der wissenschaftlichen Weiterbildung. Konzepte, Forschungsansätze und Anwendungen* (S. 17-36). Springer.



- Reischmann, J. (2004). Warum nicht mal den Nutzen messen? Evaluation von Bildungsarbeit. *DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, 3, 42-44.
- Robert Bosch Stiftung. (o.D.). *Projekt: Kooperation der Gesundheitsberufe – Operation Team – Interprofessionelle Fortbildungen*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/operation-team-interprofessionelle-fortbildungen>
- Rosenfield, D., Oandasan, I., & Reeves, S. (2011). Perceptions versus reality: a qualitative study of students' expectations and experiences of interprofessional education. *Medical Education*, 45(5), 471-477.
- Rosenfield, P. (1992). The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science & Medicine*, 35, 1343-1357.
- Rothhaar, M., & Frewer, A. (2013). Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik. Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs, 35(4), 638-638.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). (2010). *CanMEDS Overview*. Verfügbar unter <https://canmeds.royalcollege.ca/guide>
- Rüschhoff, B. (2019). Methoden der Kompetenzerfassung in der beruflichen Erstausbildung in Deutschland. Eine systematische Überblicksstudie. Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Rahmen der Forschungs- und Transferinitiative ASCOT+. *Wissenschaftliche Diskussionspapiere No. 206*, BIBB.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2007). *Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Nomos.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2021). *Digitalisierung für Gesundheit Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems: Gutachten 2021*. Hogrefe.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung Gutachten 2018*. MWV.
- Salganik, L. H., & Rychen, D. S. (2001). *Defining and selecting key competencies*. Hogrefe & Huber.
- Sarges, W. (2013). Competencies statt Anforderungen — nur alter Wein in neuen Schläuchen? Gabler.
- Sauter, W., & Staudt, A.-K. (2016). *Kompetenzmessung in der Praxis*. Springer.
- Schaper, N. (2008). (Arbeits-)psychologische Kompetenzforschung. In M. Fischer & G. Spöttl (Hrsg.), *Forschungsperspektiven in Facharbeit und Berufsbildung Strategien und Methoden der Berufsbildungsforschung. Berufliche Bildung in Forschung, Schule und Arbeitswelt 3* (S. 91-115). Lang.
- Schölkopf, M. (2014). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik*. MWV.
- Schroeder, G. (2010). Interprofessionalität in der Umsetzung. *PintNet 1*, 18-23.
- Schütze, F. (1984). Tätigkeitsstudien zu Arbeitsabläufen und zur Veränderung der „sozialen Grammatik“ von Arbeit. *Unveröffentlichtes Manuskript*.
- Schütze, F. (2000). Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns: ein grundagentheoretischer Aufriß. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 1(1), 49-96.
- Schütze, F. g. X., Krüger, H.-H., & Fiedler, W. (2016). *Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse*. Verlag Barbara Budrich.
- Schweizer, K. (2006). *Leistung und Leistungsdiagnostik*. Springer.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2020). *Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen*. SAMW. Abgerufen am 10.10.2022 von [https://zenodo.org/record/3865147#.Yl\\_EaFCRPY](https://zenodo.org/record/3865147#.Yl_EaFCRPY).



- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). (2019). *Entrustable Professional Activities (EPAs) als Bestandteil einer kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung*. Abgerufen am 16. Oktober 2022 von [https://www.siwf.ch/files/pdf7/epa\\_positionpapier\\_d.pdf](https://www.siwf.ch/files/pdf7/epa_positionpapier_d.pdf)
- Sekretariat der Kultusministerkonferenz. Hochschulrektorenkonferenz (HRK). (2017). *Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse*. [https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-02-Qualifikationsrahmen/2017\\_Qualifikationsrahmen\\_HQR.pdf](https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-02-Qualifikationsrahmen/2017_Qualifikationsrahmen_HQR.pdf)
- Seufert, S. (2013). *Bildungsmanagement. Einführung für Studium und Praxis*. Schäffer-Poeschel. Siebert-Ott, G., Macha, K., Riegel, U., & Schubert, S. (2015). *Kompetenzmodellierung und Kompetenzmessung in den Fachdidaktiken*. Waxmann.
- Siegrist, S. (2006). *Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance*. GDI-Studie. EDI.
- Simon, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Hogrefe.
- Skjørshammer, M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 7-18.
- Sloane, P. F. E. (2007). *Bildungsstandards in der beruflichen Bildung. Wirkungssteuerung beruflicher Bildung*. Eusl.
- Sloane, P. F. E. (2010). Makrodidaktik: Zur curricularen Entwicklung von Bildungsgängen. In H. Reinisch, P. T. Tramm, R. Nickolaus, & G. Pätzold (Hrsg.), *Handbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik* (S. 205-212). Verlag Julius Klinkhardt.
- Sloane, P. F. E., & Dilger, B. (2005). The Competence Clash – Dilemmata bei der Übertragung des Konzepts der nationalen Bildungsstandards auf die berufliche Bildung. *bwp@ – Berufs- und Wirtschaftspädagogik online*, 8, 1-32.
- Sottas, B. (2011). Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 28(1), 1-12.
- Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., & Probst, J. (2013). Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. *Careumworking paper 7*. Careum.
- Statistisches Bundesamt (StBA). (2022). *Gesundheitspersonalrechnung. Qualitätsbericht*. [https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/gesundheitspersonalrechnung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/gesundheitspersonalrechnung.pdf?__blob=publicationFile)
- Statista Research Department. (2022). *Strukturdaten des deutschen Gesundheitswesens im Jahr 2018*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273300/umfrage/strukturdaten-des-deutschen-gesundheitswesens/>
- Statistisches Bundesamt - (Destatis). (2020). *Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.11-2017*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207004.pdf>;
- Statistisches Bundesamt (StBA). (2022). *Gesundheitskosten - Länder mit den höchsten relativen Gesundheitsausgaben 2019*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/259234/umfrage/laender-mit-den-hoechsten-relativen-gesundheitsausgaben/#statisticContainer>
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Juventa.
- Stout, M., & Keast, R. (2021). *Collaboration. What does it really mean?* Edward Elgar.
- Strauss, A. (1985). Work and the Division of Labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1), 1-19.
- Strauss, A. (1991). The Chicago Tradition's Ongoing Theory of Action/Interaction. In A. Strauss (Hrsg.), *Creating Sociological Awareness* (S. 3-32). Routledge.



- Strauss, A. L., Legewie, H., Niewiarra, S., & Corbin, J. M. (1996). *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz.
- Strübing, J. (2007). Research as Pragmatic Problem-solving. The Pragmatic Roots of Empirically-grounded Theorizing. In A. Bryant & K. Charmaz (Hrsg.), *SAGE Handbook of Grounded Theory* (S. 580-602). SAGE.
- Strauss, A., & Horowitz, I. L. (2018). *Creating sociological awareness. Collective images and symbolic representations*. Routledge.
- Strübing, J. (2013). *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende*. Oldenbourg Verlag.
- Strübing, J. (2021). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Springer VS.
- Sunnybrook Health Sciences Centre (SHSC). (2021). *Interprofessional Collaboration: Framework & Strategy. Core Competencies for Interprofessional Team Collaboration*. Abgerufen am 10.10.2022 von <https://sunnybrook.ca/uploads/1/welcome/strategy/170630-icp-framework.pdf>.
- ten Cate, O., & Scheele, F. (2007). Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med*, 82(6), 542-547. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31805559c7>
- ten Cate, O., Snell, L., & Carraccio, C. (2010). Medical competence: the interplay between individual ability and the health care environment. *Medical Teacher*, 32(8), 669-675. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2010.500897>
- 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., & Taylor, D. R. (2020). 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>
- Tetzlaff, B. (2020). *Interprofessionelle Kooperation und Kommunikation im Pflegeheim*. Dissertation. Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg.
- Thistlethwaite, J., Forman, D., Matthews, Lynda R, Rogers, G. D., Steketee, Carole, & Tagrid, Y. (2014). Competencies and Frameworks in Interprofessional Education: A Comparative Analysis. *Academic Medicine*, 89(6), 869-875.
- Tiefel, S., Strauss, A. L., Detka, C., & Ohlbrecht, H. (2021). *Anselm Strauss – Werk, Aktualität und Potentiale. Mehr als Grounded Theory*. Barbara Budrich.
- Turner, J. C., & Oakes, P. J. (1986). The significance of the social identity concept for social psychology with reference to individualism, interactionism and social influence. *British Journal of Social Psychology*, 25(3), 237-252.
- Tyler, R. W. (1949). *Principles of Curriculum and Instruction*. The University of Chicago Press, 1949.
- Ufert, D. (2015). Einbindung von Schlüsselkompetenzen in Studienabläufen. In *Schlüsselkompetenzen im Hochschulstudium*. Barbara Budrich.
- University of California San Francisco. (2011). *Interprofessional Collaboration Developmental Framework*. Abgerufen am 13.10.2022 von <https://interprofessional.ucsf.edu/framework-competencies>
- University of Toronto. Centre for Advancing Collaborative Healthcare & Education (CACHE). (2008). *UofT Framework for the Development of Interprofessional Education Values and Core Competencies, Health Professional Programs*. Abgerufen am 15.20.2022 von <https://ipe.utoronto.ca/general-curriculum>
- Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufe (VAST). (o.D.). Abgerufen am 16. Oktober 2022 von <https://www.vast-therapieberufe.de/>



- Vogt, W. (2015). Warum die (ärztliche) Profession auch in Zukunft nicht verschwindet. In J. Pundt & K. Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche* (S. 76-77). Apollon University Press.
- Vonken, M. (2005). *Handlung und Kompetenz. Theoretische Perspektiven für die Erwachsenen- und Berufspädagogik*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vyt, A. (2009). *Exploring quality assurance for interprofessional education in health and social care*. Garant.
- Wagner, S. J., & Reeves, S. (2015). Milestones and entrustable professional activities: The key to practically translating competencies for interprofessional education? *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 507-508. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.1003636>
- Walkenhorst U., Mahler C., Aistleithner R., Hahn E. G., Kaap-Frohlich S., Karstens S., Reiber K., Stock-Schröer B., Sottas B. (2015); Position statement GMA Committee - "Interprofessional Education for the Health Care Professions". *GMS Z Med Ausbild.* 32(2): Doc22. doi: 10.3205/zma000964.
- Walmsley, L., Fortune, M., & Brown, A. (2018). Experiential interprofessional education for medical students at a regional medical campus. *Canadian Medical Education Journal*, 9(1), e59.
- Weinert, F. E. (2001). Concept of Competence: A Conceptual Clarification. In L. H. Salganik & D. S. Rychen (Hrsg.), *Defining and selecting key competencies* (S. 45-66). Hogrefe & Huber.
- Weinert, F. E., & Weinert, F. E. (2001). *Leistungsmessungen in Schulen*. Beltz.
- Wesselborg, B. (2021). Kooperatives Lernen als didaktischer Ansatz für interprofessionelle Ausbildungsangebote in den Gesundheitsberufen. In E. Wittmann, D. Frommberger, & U. Weyland (Hrsg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2021* (S. 53-66). Verlag Barbara Budrich.
- Weyland, U. (2020). Blickpunkt: Gesundheitsberufe. Einführender Blick – zur Bedeutung der Gesundheitsberufe *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*. 116(3), S. doi:10.25162/zbw-2020-0015
- Widmer, W., & Schaffhuser, K. (2018). *Gesundheitswesen gestalten*. Careum.
- Wilhelmsson M., Pelling S., Ludvigsson J., Hammar M., Dahlgren L. O., & Faresjo T. (2009). Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping - ground-breaking and sustainable. *Journal of Interprof Care*. 23(2):121-133. doi: 10.1080/13561820902728984.
- Witt, H. (2001). Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2(1).
- Wölfel, T., Beltermann, E., 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(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0697-y>
- World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 06.08. 2022 von [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)
- World Health Organization (WHO). (1998). *Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Abgerufen am 16. 09. 2022 von [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf)
- World Health Organization. (WHO) (2006). *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Abgerufen am 18.10.2022 von [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43432/9241563176\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43432/9241563176_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (WHO), & Public Health Agency of Canada (PHAC). (2008). *Health Equity Through Intersectoral Action. An Analysis of 18 Country Case Studies*. Abgerufen am 16.07.2022 [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2008/phac-aspc/HP5-67-2008E.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/HP5-67-2008E.pdf)



- World Health Organization (WHO) (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Abgerufen am 18.10.2022 von <https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-public-inquiry>
- World Health Organization (WHO)-Regionalkomitee für Europa „Gesundheit 2020“. (2013). *Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie*. Abgerufen am 18.10.2022 [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/215757/Health2020-Long-Ger.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/215757/Health2020-Long-Ger.pdf)
- World Health Organization (WHO) (2015). *Health service delivery: a conceptnote*. Abgerufen am 08.09.2022 [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/291611/Health-Services-Delivery-A-concept-note-301015.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/291611/Health-Services-Delivery-A-concept-note-301015.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2020). *Constitution of the World Health Organization*. Abgerufen am 18.10.2022 [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf)
- Wulfhorst, B., & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009). *Handbuch Gesundheitserziehung*. Huber
- Zlatkin-Troitschanskaia, O., & Seidel, J. (2011). Kompetenz und ihre Erfassung – das neue 'Theorie-Empirie- Problem' der empirischen Bildungsforschung? VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Zöller, M. (2018). *Gesundheitsfachberufe im Überblick. Erweitertes Serviceangebot des BIBB*. Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Zuyd University of Applied Sciences. (2016). Zuyd interprofessional education building blocks Background paper Faculty working group Interprofessional Education (IPE). Abgerufen am 10.10.2022 von <https://adoc.pub/interprofessional-competence-model-and-interprofessional-bui.html>



## Bildquellen des Datensample

Quellenverzeichnis und Verlinkung zu den Bildquellen des Datensample (vgl. Abbildung 5-1: Bezugsrahmen Interprofessioneller Kompetenz, diese Arbeit, S.189); Folgend aufgelistet wie in der Abbildung 5-1 von links nach rechts, von oben nach unten)

The Interprofessional Education Consortium, Health Science Center at Houston (2001). *Defining the Knowledge Base for Interprofessional Education* [Figure]. The University of Texas (UTHealth Houston). <https://www.uth.edu/dotAsset/e75073f5-9d09-46e0-bb00-f4a54a2b1e6a.pdf> (abgerufen am 10.08.2022)

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2005; update 2015). CanMEDS Framework [Figure]. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. <https://www.royalcollege.ca/ca/en/can-meds/about-canmeds.html> (abgerufen am 05.08.2022)

D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessional education for collaborative patient-centred practice [Figure]. In Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, 8-20, DOI: 10.1080/13561820500081604 · Source: PubMed

Combined Universities Interprofessional Collaboration Unit (CUILU) (2006). Interprofessional capability framework [Figure]. In Sheffield (UK): The Combined Universities Interprofessional Learning Unit. Yumpu. <https://www.yumpu.com/en/document/view/28531714/cuilu-pages-caipe> (abgerufen am 03.08.2022)

Blue, A.V., Mitcham, M., Smith, T., Raymond, J., Greenberg, R. (2010). Creating Collaborative Care (C3) Domains and Selected Examples of Domain-Specific Interprofessional Education (IPE) Responsibilities at the Medical University of South Carolina [Figure]. In *Changing the future of health professions: Embedding interprofessional education within an academic health center*. *Academic Medicine*, 85, 1290-1295

Curran, Vernon & Sharpe, D. (2007). Interprofessional Education Curriculum in the Health Sciences [Figure]. In *A framework for integrating interprofessional education curriculum in the health sciences. Education for health* (Abingdon, England). 20. 93. [https://www.researchgate.net/publication/5767599\\_A\\_framework\\_for\\_integrating\\_interprofessional\\_education\\_curriculum\\_in\\_the\\_health\\_sciences](https://www.researchgate.net/publication/5767599_A_framework_for_integrating_interprofessional_education_curriculum_in_the_health_sciences) (abgerufen am 10.08.2022)

Centre for Interprofessional Education (2012). *A Framework for the Development of Interprofessional Education Values and Core Competencies. Health Professional Programs, University of Toronto (UofT)* [Figure]. University of Toronto (UofT). <https://ipe.utoronto.ca/general-curriculum> (abgerufen am 29.07.2022)

College of Health Disciplines (CHD) at the University of British Columbia (2008). *The British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration* [Figure]. UBC Health. [https://health.ubc.ca/sites/health.ubc.ca/files/documents/BC-Competency-Framework-for-IPC\\_0.pdf](https://health.ubc.ca/sites/health.ubc.ca/files/documents/BC-Competency-Framework-for-IPC_0.pdf) (abgerufen am 20.05.2021)



Wilhelmsson, M., Pelling, S., Ludvigsson, J., Hammar, M., Dahlgren, L.O. & Faresjo, T. (2009). Building interprofessional competence [Figure]. In Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping - Ground-breaking and sustainable. *Journal of Interprofessional Care* 23(2):121-33. DOI:10.1080/13561820902728984. [https://www.researchgate.net/publication/24023908\\_Twenty\\_years\\_experiences\\_of\\_interprofessional\\_education\\_in\\_Linköping\\_-\\_Ground-breaking\\_and\\_sustainable](https://www.researchgate.net/publication/24023908_Twenty_years_experiences_of_interprofessional_education_in_Linköping_-_Ground-breaking_and_sustainable) (abgerufen am 30.05.2022)

Vyt, A. (2009). Interprofessional key competences [Figure]. In Exploring quality assurance for interprofessional education in health and social care. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, E., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Medez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. & Zurayk, H. (2010). Systems framework [Figure]. In Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. A Global Independent Commission. *The Lancet*, Vol. 376, (9756), 1923-1958. [https://dash.harvard.edu/bit-stream/handle/1/4626403/Ed\\_HealthProfCommisionp5\\_40.PDF?sequence=1&isAllowed=y](https://dash.harvard.edu/bit-stream/handle/1/4626403/Ed_HealthProfCommisionp5_40.PDF?sequence=1&isAllowed=y) (abgerufen am 25.08.2022)

WHO (2010). Health and education systems [Figure]. In Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization. WHO. [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/index.html](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/index.html) (abgerufen am 30.08.2022)

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010). The National Competency Framework. [Figure]. In A National Interprofessional Competency Framework. The Public Health Association of BC. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Frame-work.pdf> (abgerufen am 30.08.2022)

Curtin University (2013). Curtin Interprofessional Capability Framework, Brewer & Jones (2010) [Figure]. In Interprofessional capability framework. Faculty of Health. Curtin University. [https://www.curtin.edu.au/resources/file/faculty/hs/interprofessional\\_A5\\_broch\\_1-29072015.pdf](https://www.curtin.edu.au/resources/file/faculty/hs/interprofessional_A5_broch_1-29072015.pdf) (abgerufen am 30.08.2022)

The University of Western Australia (2010). Domains of the UWA Interprofessional Collaborative Practice Framework [Figure]. The University of Western Australia, Medicine and Dentistry. [https://www.meddent.uwa.edu.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/2495256/IPE\\_Collaborative-Practice-Curriculum-Framework\\_Final-2010.pdf](https://www.meddent.uwa.edu.au/_data/assets/pdf_file/0006/2495256/IPE_Collaborative-Practice-Curriculum-Framework_Final-2010.pdf) (abgerufen am 30.08.2022)

University of California San Francisco (2011). Interprofessional Collaboration Developmental Framework [Figure]. In Program for interprofessional Practice and Education. University of California San Francisco. <https://interprofessional.ucsf.edu/framework-competencies> (abgerufen am 30.08.2022)

Barr, H. & Low, H. (2013). Recommendations by CAIPE for IPE pre-registration courses in the UK (Barr & Low 2012) [Figure]. In Introducing Interprofessional Education, CAIPE Publikation. The Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/barr-h-low-h-2013-introducing-interprofessional-education-13th-november-2016> (abgerufen am 30.08.2022)

Johnson B, Abi Hayla M, Jewesson PJ, Byrne C, El-Tawil M, Verjee MA. (2015). Final model of core competencies [Figure]. In Core Interprofessional Education (IPE) health competencies: The process of adaptation and implementation for a local environment, *Journal of Local and Global Health Science* 2015:3. <http://dx.doi.org/10.5339/jlghs.2015.3>



Faculty working group Interprofessional Education (IPE) Zuyd Hogeschool (2016). Zuyd interprofessional education building blocks [Figure]. Zuyd Hogeschool. <https://docplayer.nl/22387139-Interprofessional-competence-model-and-interprofessional-building-blocks.html> (abgerufen am 30.08.2022)

Griffith Health Institute for the Development of Education and Scholarship (2016). Griffith University three-phase interprofessional pedagogy (modified from Teodorczuk et al., 2016) [Figure]. In Griffith Health Framework for Interprofessional Learning, Health IDEAS. Griffith University, Queensland, Australia. <https://nexuспе.org/informing/resource-center/griffith-health-framework-interprofessional-learning> (abgerufen am 30.08.2022)

Interprofessional Education Collaborative (2016). Interprofessional Collaboration Competency Domain [Figure]. In Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. <https://www.ipecollaborative.org/assets/2016-Update.pdf> (abgerufen am 30.08.2022)

Faculty working group Interprofessional Education (IPE), Zuyd Hogeschool (2016). Integration of models into the 'Zuyd IPE competency model' [Figure]. In Zuyd IPE building blocks. Zuyd Hogeschool. <https://docplayer.nl/22387139-Interprofessional-competence-model-and-interprofessional-building-blocks.html> (abgerufen am 30.08.2022)

Centre for Advancing Collaborative Healthcare & Education (CACHE) (2017). IPC Competency Framework [Figure]. In Interprofessional care competency Framework and team assessment Toolkit. University of Toronto. <https://ipe.utoronto.ca/form/ipc-competency-framework-team-as> (abgerufen am 20.08.2022)

Wergroep IPE HAN-Radboudumc Het raamwerk, Hogeschool van Arnheim en Nijmegen (2017). IPE is ontwikkeld samen met het Radboud [Figuur]. In Raamwerk interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden in de gezondheidszorg. Hogeschool van Arnheim en Nijmegen. [https://www.researchgate.net/publication/349379040\\_Grensoverstijgend\\_samenwerken\\_leren\\_en\\_opleiden\\_in\\_het\\_sociaal\\_en\\_gezondheidsdomein/link/602d4f58299bf1cc26d22d23/download](https://www.researchgate.net/publication/349379040_Grensoverstijgend_samenwerken_leren_en_opleiden_in_het_sociaal_en_gezondheidsdomein/link/602d4f58299bf1cc26d22d23/download) (abgerufen am 20.08.2023)

Gerbera, M., Kraft, E., Bosshard C., Grundlagenpapier der DDQ/SAQM (2018). Postulierte Einflussfaktoren auf die IPZ [Abbildung]. In Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht, Schweiz Ärztztg. 2018;99(44):1524-1529. FMH Swiss Medical Association. [https://www.fmh.ch/files/pdf23/saez\\_07276\\_de.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf23/saez_07276_de.pdf) (abgerufen am 30.08.2022)

Linköping University (2018). IPE curriculum [Figure]. In Interprofessional Education at the Faculty of Medicine and Health Sciences of Linköping University, Sweden. Linköping University. <https://liu.se/dfs-media/dd35e243dfb7406993c1815aaf88a675/25588-source> (abgerufen am 28.08.2022)

Tervaskanto-Mäentausta, T. (2018). Oulu IP public health curriculum and education model [Figure]. In Interprofessional education during undergraduate medical and health care. Studies, Academic dissertation Acta University of OULU, Acta Univ. Oul. D 1457, 2018. Acta University of OULU. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526218571.pdf> (abgerufen am 01.09.2022)

Health Sciences Education and Research Commons (HSERC) (2019). Interprofessional Learning Pathway Competency Framework [Figure]. University of Alberta. <https://www.ualberta.ca/health-sciences-education-research/media-library/documents/education/hserc-interprofessional-learning-pathway-competency-framework.pdf> (abgerufen am 26.08.2022)



Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Gesundheitsberufe Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe, (2020). Kernsets der Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit [Tabelle]. In Projekt: Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate. Huber, M., Spiegel-Steinmann, B., Schwärzler, P., Kerry-Krause, M. & Dratva, J. Bundesamt für Gesundheit BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M3-kompetenzen.html> (abgerufen am 25.08.2022)

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) (2020). Interprofessionelle Kompetenzen [Abschnitt S.177 ff.]. In Kompetenzorientierter Gegenstandskatalog Medizin. IMPP. <https://www.impp.de/files/PDF/Gegenstandskataloge/Medizin/Kompetenzorientierter%20Gegenstandskatalog%20Medizin.pdf> (abgerufen am 25.08.2022)

Sunnybrook Health Science Centre (SHSC) (2021). Our Interprofessional Collaboration Framework [Figure]. In Interprofessional Collaboration: Framework & Strategy. Toronto, ON- Sunnybrook. <https://sunnybrook.ca/uploads/1/welcome/strategy/170630-icp-framework.pdf> (abgerufen am 20.08.2022)

European Interprofessional Practice and Education Network (EIPEN) (2021). The 5 key areas of interprofessional collaboration, surrounded by the context and the goals of this collaboration [Figure]. In The EIPEN key competences for interprofessional practice in health and social care – version 2.1. EIPEN.eu. <https://irp.cdn-website.com/f8ad3504/files/uploaded/EIPEN%20Key%20competences%2021%20info%20brochure%20ENG.pdf> (abgerufen am 20.08.2022)

