

**Interprofessionelles Lernen
als Grundlage für interprofessionelle
Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen
– eine Mixed-Methods-Studie zur Relevanz der
interprofessionellen Sozialisation im Studium
für den Beruf**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereichs Humanwissenschaften
der Universität Osnabrück

vorgelegt von

Katrin Kunze

aus

Leisnig (Geburtsort)

Osnabrück, 2023

Berichterstatterinnen:

Prof. Dr. Ursula Walkenhorst

Prof. Dr. Birgit Babitsch

Tag der mündlichen Prüfung:

22. August 2023

Diese Arbeit ist Gaby Fürst gewidmet.

ABSTRACT

Die Forderungen nach interprofessionellen Lern- und Arbeitsprozessen für die Gesundheitsberufe haben in den letzten Jahren in Deutschland erheblich zugenommen. Dabei sind – mit dem Ziel, die interprofessionelle Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen zu fördern – eine Vielzahl von Initiativen und Projekten zur Entwicklung interprofessioneller Lehr-Lern-Konzepte entstanden. Allerdings befindet sich das Forschungsfeld in Deutschland noch im Aufbau. Auch sind Aspekte wie interprofessionelle Sozialisation in Lern- und Arbeitskontexten der Gesundheitsberufe bisher wenig untersucht. Der Annahme folgend, dass die interprofessionelle Ausbildung die berufliche Sozialisation prägt und auf eine effektive Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vorbereitet, wurde eine Mixed-Methods-Studie mit zwei inhaltlichen Forschungsschwerpunkten auf Ausbildung und Berufspraxis sowie einem multiperspektivischen Zugang konzipiert.

Im Forschungsstrang *Ausbildung/Studium* wurden am Beispiel von primärqualifizierenden Pflege- und Therapiestudiengängen Studiengangsverantwortliche zu deren interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepten interviewt und daraus theoriebasiert sowie empiriegestützt eine Typologie für interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte entwickelt. Ergänzend dazu fand eine Online-Befragung von Studierenden aus diesen Studiengängen mit dem standardisierten Erhebungsinstrument ISVS-21-D (Interprofessional Socialization and Valuing Scale) in der deutschen Version statt. Im Fokus der ISVS-21-D stehen die Denk- und Arbeitsweisen der Befragten sowie deren Haltungen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit. Diese Ergebnisse wurden in die entwickelte Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte eingruppiert, um zu untersuchen, ob Zusammenhänge zwischen den Selbsteinschätzungen der Studierenden und den identifizierten Typen bestehen. Im Forschungsstrang *Berufspraxis/Berufseinstieg* fand eine zweiteilige Online-Befragung mit Berufseinsteiger:innen statt. Hierbei kam ebenfalls die ISVS-21-D zum Einsatz sowie Fragen zu den Erfahrungen mit dem interprofessionellen Lehren und Lernen im Studium und den Erfahrungen mit der (interprofessionellen) Zusammenarbeit am aktuellen Arbeitsplatz. Damit soll untersucht werden, inwiefern interprofessionelles Lernen im Studium die berufliche Sozialisation beeinflusst und auf interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis vorbereitet hat.

Im Rahmen der forschungsmethodischen Umsetzung erfolgte die qualitative Auswertung der leitfadengestützten Interviews inhaltsanalytisch in Anlehnung an Kuckartz (2018). Die Entwicklung der Typologie orientierte sich am Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung nach Kluge (1999). Die Auswertung der quantitativen Daten fand deskriptiv sowie inferenzstatistisch statt.

Die zentralen Ergebnisse sind, dass anhand von verschiedenen Dimensionen und Merkmalen eine IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte entwickelt und vier empirisch begründete Typen für interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte identifiziert wurden. Zwischen den vier Typen besteht kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Selbsteinschätzungen in der ISVS-21-D. Demnach ist kein Zusammenhang zwischen den verschiedenen IPE-Lehr-Lern-Konzepten im Studium und den Selbsteinschätzungen der ISVS-21-D der Studierenden feststellbar. Allerdings zeigt sich im zeitlichen Verlauf vom Studium bis in den Berufseinstieg eine leichte Verbesserung in den Selbsteinschätzungen der ISVS-21-D. Dabei ist die Zunahme während des Studiums am stärksten. Das Niveau am Ende des Studiums bleibt über die Phase des Berufseinstiegs weitgehend unverändert. Die Ergebnisse belegen, dass im Studium eine interprofessionelle Sozialisation stattfindet. Sie zeigen überdies, dass sich die Berufseinsteiger:innen durch ihr Studium gut auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet fühlen, was eine wesentliche Voraussetzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Phase des Berufseinstiegs ist. Des Weiteren empfinden die Berufseinsteiger:innen praxisbezogene und realitätsnahe Lernmethoden besonders geeignet für das interprofessionelles Lernen. Sowohl aus der Befragung der Berufseinsteiger:innen als auch aus den Interviews mit den Studiengangverantwortlichen ist abzuleiten, dass die Praxisphasen noch stärker für interprofessionelle Lernprozesse genutzt werden können. Hierbei wird ein besonderes Potenzial der Praxisphasen für das interprofessionelle Lehren und Lernen identifiziert. Mit Blick auf die Arbeitsbedingungen zeigt die Studie abschließend auch, dass Arbeitsumfeld und Arbeitszeit die interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflussen. Die Arbeit gibt abschließend Hinweise für weitere Forschungsansätze und leistet damit einen Beitrag zum Aufbau des Forschungsfeldes Interprofessionalität in den Gesundheitsberufen in Deutschland.

In Germany, demands for interprofessional learning and working processes in the health professions have increased considerably in recent years. In this context – with the aim of promoting interprofessional collaboration in the health professions – a large number of initiatives and projects for the development of interprofessional teaching-learning concepts have emerged. However, the research field in Germany is in its developmental stage. Aspects such as interprofessional socialization in learning and work contexts in the health professions have not been researched very much to date. Based on the assumption that interprofessional education shapes professional socialization and prepares for effective collaboration with other health professions, a mixed methods study was designed with two research foci on education and professional practice as well as a multi-perspective approach.

In the research strand “*Ausbildung/Studium*”, those responsible for the courses were interviewed about the interprofessional teaching-learning concepts using the example of primary qualifying nursing and therapy study programs, and from this, a typology for interprofessional teaching-learning concepts was developed on a theory-based and empirically supported basis. In addition, an online survey of students from these courses was conducted using the standardized survey instrument ISVS-21-D (Interprofessional Socialization and Valuing Scale) in the German version. The ISVS-21-D focuses on the respondents' mindsets and workings habits as well as their attitudes regarding interprofessional collaboration. These results were grouped into the developed typology for IPE teaching-learning concepts to investigate whether there are connections between students' self-assessments and the identified types. In the research strand *professional practice/professional entry*, a two-part online survey was conducted with early career professionals. Here, the ISVS-21-D was also used as well as questions about the experiences with interprofessional teaching and learning in the course of one's professional education and the experiences with (interprofessional) collaboration at the current workplace. The aim is to examine the extent to which interprofessional learning during studies influenced professional socialization and prepared for interprofessional cooperation in practice.

As part of the implementation of the research methodology, the qualitative evaluation of the guideline-based interviews was carried out using a content analysis according to Kuckartz (2018). The development of the typology was based on the stage model of empirically founded typology by Kluge (1999). For the quantitative data, a descriptive as well as inferential statistical analysis was used.

The main results are, on the one hand, the development of an IPE typology for teaching-learning concepts, based on various different dimensions and characteristics, and the identification of four empirically based types for interprofessional teaching-learning concepts on the other hand. There is no significant difference between the four types in terms of self-assessments in the ISVS-21-D. Accordingly, no connection can be established between the various IPE teaching-learning concepts in the study and the self-assessments of the ISVS-21-D of the students. However, a slight improvement in the self-assessments of the ISVS-21-D can be seen over time from educational phase to career entry. The increase is strongest during one's studies. The level upon graduation times remains largely unchanged over the phase of career entry. The results prove that interprofessional socialization takes place during the time at university. They also show that the young professionals feel well prepared for interprofessional collaboration through their studies, which is an essential prerequisite for interprofessional collaboration in the phase of entering the profession. Furthermore, the young professionals feel that practical and realistic learning methods are

particularly suitable for interprofessional learning. Both the survey centering on young professionals and the interviews with those responsible for the study programs indicate that the practical phases could be used even more intensively for interprofessional learning processes. As this study makes evident, practical phases may serve as critical periods when rich potentialities for interprofessional teaching and learning could be unlocked. Finally, with regard to working conditions, the study also shows that the working environment and working hours influence interprofessional collaboration. Lastly, this work provides stimuli for further research approaches and thus contributes to the development of the research field of interprofessionalism in the health professions in Germany.

DANKSAGUNG

Die Entstehung dieser Arbeit ist mit viel Dank verbunden. Mein Dank richtet sich an die Personen, die mich persönlich auf dem Weg dieser Forschung begleitet und unterstützt haben sowie an jene Menschen, die an den hervorragenden Rahmenbedingungen beteiligt waren und mir eine Promotion in dieser Weise ermöglichten. Denn eine solche Forschungsarbeit so abgesichert und eingebunden, aber dennoch selbstbestimmt, anfertigen zu dürfen, empfinde ich – auch weiterhin – als ein großes Geschenk. Dafür möchte ich mich bei jeder Person, die im engeren oder weiteren Sinn zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen hat, ganz herzlich bedanken.

Ein besonderer Dank gilt zunächst meinen beiden Betreuerinnen, Professorin Dr. Ursula Walkenhorst und Professorin Dr. Birgit Babitsch, für die konstruktiven Arbeitstreffen, die hilfreichen Anregungen und die fortwährend kompetente Begleitung. Besonders mit Frau Prof. Dr. Walkenhorst verbindet mich, seit meinem Bachelorstudium, eine langjährige Zusammenarbeit, die stets von großer Wertschätzung, Konstruktivität und fachlicher Expertise gekennzeichnet ist. In dem Zusammenhang möchte ich auch Professorin Dr. Miriam Körner danken, die mir als Drittbetreuerin für fachlichen Austausch jederzeit zur Verfügung stand.

Die Arbeit ist im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Graduiertenkollegs „*Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen – Vermittlung, Prüfung, Evaluation*“ (ILEGRA) entstanden. Insofern bedanke ich mich bei der Robert Bosch Stiftung und besonders bei Frau Irina Cichon für die finanzielle Unterstützung, aber auch für die außerordentliche ideelle Förderung. An der organisatorischen Umsetzung und inhaltlichen Ausgestaltung des Graduiertenkollegs waren viele Menschen beteiligt – wie beispielsweise Kollegleitung, Koordinator:innen, Wissenschaftler:innen und Kollegiat:innen – denen ebenfalls mein Dank gebührt. In besonderem Maße bedanke ich mich bei den Kollegiat:innen vom Standort Osnabrück für die ausgezeichnete Zusammenarbeit, die motivierenden Arbeitstreffen sowie die bereichernden inhaltlichen Diskussionen.

Diese Forschungsarbeit wäre nicht möglich gewesen, ohne die Beteiligung der zahlreichen Forschungsteilnehmenden. Deshalb danke ich allen Personen recht herzlich, die an einem Interview, einer quantitativen Erhebung oder einem Pretest teilgenommen haben sowie auch jenen Personen, die mich beim Zugang zum Forschungsfeld als Gatekeeper:innen unterstützt haben. Ein besonderer Dank gilt Professorin Dr. Cornelia Mahler und dem Team von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg für den Austausch und die Bereitstellung der deutschen Version der ISVS-21.

Des Weiteren bedanke ich mich bei allen Kolleg:innen, die mich im Rahmen von Kolloquien, Arbeitsgruppen und Tagungen auf meinem Forschungsweg begleitet und zum Denken angeregt haben. Ich danke ebenso Dr. Sabine Mehlmann vom Zentrum für Promovierende und Postdocs (ZePrOs) der Universität Osnabrück für ihre kompetente und motivierende Beratung zu diversen Fragen im Prozess meiner Promotion sowie für das gemeinsame Lachen. Für die finanzielle Unterstützung meiner Arbeit in der Abschlussphase danke ich dem Pool Frauenförderung der Universität Osnabrück. Das Redigieren und Lektorieren dieser Arbeit übernahmen dankenswerterweise Gaby Fürst, Erol Bernstein, Niko Johann, Dr. Bettina Ritter, Marco Eden und Judith Greiwe.

Wenn auch hier zwar fast am Ende, dann doch an anderer Stelle ganz weit vorn, möchte ich abschließend meiner Familie, meinen langjährigen Wegbegleiter:innen und Freund:innen von Herzen danken für die inspirierenden Gespräche sowie das stärkende und liebevolle Miteinander.

Viele Ideen zu dieser Forschungsarbeit sind beim Schwimmen entstanden. Und das Schwimmen war, neben den vielen schönen Stunden und manch zähen Momenten am Schreibtisch, eine wichtige Begleitung für mich in dieser Zeit. Beim Schwimmen konnten Gespräche, Gedanken, Textpassagen und Gliederungen reflektiert werden. Das Ziehen der Bahnen wurde dabei oft zu einer Analogie für diese Arbeit. Das Gleiten durch das Wasser, die fokussierten Schwimmzüge nach vorn an das Ende einer jeden Bahn, das Verdrängen des Wassers durch eigene Kraft und dann immer wieder ein Ein- und Auftauchen – all das ist so vergleichbar mit dem Prozess, den ich während meiner Promotion erlebte. Deswegen an dieser Stelle: Danke, liebes Wiesenbad.

„Beim Schwimmen gibt es nur einen Partner: das Wasser selbst. Es antwortet auf jede Bewegung des Körpers, auf jeden Atemzug, ganz unmittelbar. [...] Und jede Strecke ist das Ergebnis eines Gesprächs, einer keineswegs so einförmigen Wechselrede von Wasser und Körper. [...] Es gibt das Fließen und Stocken der Gedanken, Bewegungen und Gegenbewegungen, es gibt Abschweifungen, Flüchtigkeiten und Vorantreibendes. Und es wird wie in jedem Gespräch eine kleine, gemeinsame Reise zurückgelegt: von den zu überwindenden Schwierigkeiten des Anfangs über die zeitlosen Verlorenheiten der Mitte bis hin zur herannahenden, beflügelnden Dramatik des Endes.“

John von Düffel (2000): 28f.

Außerdem danke ich der Bürogemeinschaft AM10 sowie dem Workcation-Retreat Prerow 886 für die geschaffenen Strukturen und die gute Arbeitsatmosphäre.

Bielefeld, im Mai 2023

ANMERKUNG ZUR TEXTGESTALTUNG

In der Studie kommt das standardisierte **Instrument ISVS-21** (*Interprofessional Socialization and Valuing Scale*) zum Einsatz, welches 2015 ins Deutsche übersetzt wurde (vgl. Mahler et al. 2022: 2). Als die Arbeiten zu der vorliegenden Studie im Herbst 2018 begonnen wurden, lag noch keine Validierung der deutschen Version vor. Jedoch wurde an den Universitäten Tübingen und Heidelberg zeitlich parallel an der Validierung der deutschen Version gearbeitet. Ein Teil der von mir – im Rahmen dieser Studie – erhobenen Daten ist in diese Instrumentenvalidierung mit eingeflossen (vgl. ebd.). Im September 2022 publizierten Mahler et al. die Ergebnisse für die deutsche Version (ISVS-21-D). In der vorliegenden Dissertation wurden die entsprechenden sprachlichen Anpassungen – soweit möglich – nachträglich eingefügt. Demnach wird die Abkürzung *ISVS-21-D* verwendet, wenn es sich um die deutsche Version handelt und *ISVS-21*, wenn allgemeine und grundsätzliche Aussagen zum Instrument oder explizit für die englischsprachige Fassung getroffen werden. Allerdings ist auf eine Ausnahme hinzuweisen, die vor allem einige Dokumente im Anhang betrifft. Denn Dokumente, die bereits vor der Veröffentlichung von Mahler et al. im September 2022 offiziell verwendet wurden, wie beispielsweise die Online-Fragenbögen, wurden sprachlich nicht nachträglich angepasst. In diesen Dokumenten wird die Bezeichnung ISVS-21 verwendet, obwohl damit die deutsche Version des Instrumentes gemeint ist.

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT	5
DANKSAGUNG	9
ANMERKUNG ZUR TEXTGESTALTUNG	11
INHALTSVERZEICHNIS	13
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	17
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	20
TABELLENVERZEICHNIS	21
1 EINLEITUNG.....	25
1.1 Forschungsprojekt im Kontext von Wissenschaft und Praxis	25
1.2 Forschungsinteresse und Vorgehen	26
1.3 Aufbau der Arbeit.....	28
2 WISSENSCHAFTLICHER BEGRÜNDUNGSRAHMEN	31
2.1 Interprofessionalität im Gesundheitswesen in Deutschland – gesundheitswissenschaftliche Begründung	31
2.1.1 Status quo und Entwicklungen im Gesundheitssystem	32
2.1.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitssystem	33
2.1.3 Ausgewählte Forschungsergebnisse	35
2.2 Ausbildung der Gesundheitsberufe in Deutschland – bildungswissenschaftliche Begründung	39
2.2.1 Akademisierung und Professionalisierung in den Gesundheitsberufen	39
2.2.2 Besonderheiten der Studiengänge im Gesundheitsbereich	42
2.2.3 Interprofessionelle Bildung in den Gesundheitsberufen	44
2.2.4 Ausgewählte Forschungsergebnisse	46
2.3 Sozialisation von Gesundheitsberufen – berufssoziologische Begründung	53
2.3.1 Berufliche Identität und berufliche Sozialisation	53
2.3.2 Ausgewählte Forschungsergebnisse	54
2.4 Zusammenfassung des Begründungsrahmens	58
3 FORSCHUNGSZIELE, FRAGESTELLUNGEN UND UNTERSUCHUNGSDESIGN	65
3.1 Forschungsziele und Forschungsfragen.....	65
3.2 Operationalisierung der Forschungsfragen	67
3.3 Überblick methodisches Design	73
4 THEORETISCHER HINTERGRUND	77
4.1 Begriffliche Differenzierungen wesentlicher Termini	77
4.1.1 Gesundheitsberufe.....	77
4.1.2 Humandienstleistungsberufe.....	80
4.1.3 Disziplin und Profession	80
4.1.4 Formen der Zusammenarbeit (Inter-, Intra-, Multi-, Transprofessionalität)	82

4.2	Interprofessionelle Bildung (IPE)/Interprofessionelles Lernen (IPL)	85
4.2.1	Verständnisse von IPE/IPL	85
4.2.2	Einflussfaktoren	88
4.2.3	Kompetenzrahmen	89
4.2.4	Evaluation.....	91
4.3	Sozialisation und berufliche Sozialisation	93
4.3.1	Verständnis von Sozialisation.....	93
4.3.2	Berufliche Sozialisation als eine Form der Sozialisation.....	94
4.3.2.1	Sozialisation für den Beruf am Beispiel der akademischen Ausbildung in den Gesundheitsberufen (GHB).....	97
4.3.2.2	Sozialisation <i>in den Beruf</i> am Beispiel des Berufseinstiegs in den GHB	100
4.3.3	Berufliche Identität, Fachkultur und Habitus	101
4.3.4	Interprofessionelle Sozialisation in den Gesundheitsberufen	103
4.4	Transformatives Lernen	106
4.4.1	Bedeutung von Lernen im Kontext dieser Arbeit.....	106
4.4.2	Theorie des transformativen Lernens	107
4.4.3	Bezug zum Forschungsvorhaben	113
4.5	Zusammenfassung forschungsrelevanter Theorieaspekte.....	115
5	METHODISCHES VORGEHEN	121
5.1	Methodologische Aspekte der Untersuchung.....	121
5.1.1	Der Mixed-Methods-Ansatz.....	121
5.1.1.1	Wissenschaftstheoretische Basis der Mixed-Methods-Forschung.....	123
5.1.1.2	Designs und Kriterien der Mixed-Methods-Forschung.....	124
5.1.1.3	Umsetzung im vorliegenden Forschungsprojekt	127
5.2	Qualitative Erhebung: Datenbasis und Datenerhebung.....	129
5.2.1	Mündliche Befragung.....	129
5.2.2	Stichprobenauswahl und Rekrutierung der Interviewpartner:innen	130
5.2.3	Leitfadiskonstruktion	132
5.2.4	Pretest	133
5.2.5	Interviewdurchführung.....	133
5.2.6	Interviewaufzeichnung und Transkription	134
5.3	Qualitative Erhebung: Datenanalyse und Datenauswertung.....	135
5.3.1	Einführung in die qualitative Inhaltsanalyse	135
5.3.2	Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz.....	136
5.3.3	Übereinstimmung zwischen den Codierenden	139
5.3.4	Einführung in die Typenbildung	140
5.3.5	Ziele und Kriterien für Typenbildung	143
5.3.6	Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung nach Kluge.....	144
5.3.6.1	Begründung und Einführung	144
5.3.6.2	Beschreibung des Modells.....	145
5.3.7	Beschreibung der Fallbewertung und Typisierung	149
5.3.8	Auswertungskonzept – Befragung Studiengangsverantwortliche	150
5.3.8.1	Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz	150
5.3.8.2	Intracoder-/Intercoder-Übereinstimmung	153
5.3.8.3	Typenbildung nach Kluge zur Entwicklung einer IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte	157
5.3.8.4	Bewertung der Interviewfälle anhand der Typologie.....	163

5.4	Quantitative Erhebung: Instrumentenwahl und Datenerhebung.....	166
5.4.1	Schriftliche Befragung	166
5.4.2	Online-Befragung.....	167
5.4.3	Erhebungsinstrument: ISVS-21-D.....	168
5.4.4	Befragung Studierende.....	172
5.4.4.1	Stichprobenplanung und Rekrutierung der Befragten	172
5.4.4.2	Erhebungsinstrument.....	174
5.4.4.3	Pretest	174
5.4.4.4	Durchführung der Befragung.....	177
5.4.5	Befragung Berufseinsteiger:innen.....	177
5.4.5.1	Stichprobenplanung und Rekrutierung der Befragten	178
5.4.5.2	Erhebungsinstrument.....	179
5.4.5.3	Pretest	180
5.4.5.4	Durchführung der Befragung.....	185
5.5	Quantitative Erhebung: Datenanalyse und Datenauswertung	185
5.5.1	Computergestützte quantitative Datenanalyse	185
5.5.2	Auswertungskonzept	188
5.5.2.1	Befragung Studierende.....	188
5.5.2.2	Befragung Berufseinsteiger:innen	191
5.5.2.3	Befragung Studierende und Berufseinsteiger:innen.....	198
5.6	Methodische Limitationen der Untersuchung	199
6	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	205
6.1	Qualitative Erhebung – Befragung der Studiengangsverantwortlichen	205
6.1.1	Stichprobe und Datenbereinigung.....	205
6.1.2	Beschreibung der Stichprobe.....	206
6.1.3	Darstellung der Dimensionen und Merkmale der IPE-Typologie für Lehr-Lern- Konzepte	207
6.1.3.1	Dimension: Struktur.....	207
6.1.3.2	Dimension: Curriculare Abbildung.....	208
6.1.3.3	Dimension: Lernen am Lernort Hochschule	210
6.1.3.4	Dimension: Lernen am Lernort Praxis.....	212
6.1.3.5	Dimension: Prüfung	213
6.1.4	Darstellung und Beschreibung der Typen.....	216
6.1.4.1	Typ A: Punktuelle Integration.....	217
6.1.4.2	Typ B: Strategische Integration.....	219
6.1.4.3	Typ C: Partielle Integration.....	220
6.1.4.4	Typ D: Systematische Integration	222
6.1.5	Fallbewertung und Typisierung anhand der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte .	224
6.2	Quantitative Erhebung – Befragung der Studierenden.....	228
6.2.1	Stichprobe und Datenbereinigung.....	228
6.2.2	Beschreibung der Stichprobe.....	231
6.2.3	Statistische Auswertung	233
6.2.3.1	Mittelwertvergleiche ISVS-21-D.....	233
6.2.3.2	Mittelwertvergleiche verschiedener Gruppen	235
6.3	Quantitative Erhebung – Befragung der Berufseinsteiger:innen	238
6.3.1	Stichprobe und Datenbereinigung.....	238
6.3.2	Beschreibung der Stichprobe.....	243
6.3.2.1	Einschlusskriterien.....	243

6.3.2.2	Soziodemografische Struktur.....	244
6.3.2.3	Angaben zur beruflichen Situation	246
6.3.3	Statistische Auswertung	250
6.3.3.1	Multi-Item Skalen.....	250
6.3.3.2	Mittelwertvergleiche ISVS-21-D.....	260
6.3.3.3	Mittelwertvergleiche Arbeitsbereich und Arbeitszeit	261
6.3.3.4	Mixed ANOVA.....	264
6.3.3.5	Korrelative Analysen und Regressionen	267
6.4	Quantitative Erhebung – Zusammenführung der Datensätze (Studierende und Berufseinsteiger:innen).....	271
6.4.1	Stichprobe und Datenbereinigung.....	271
6.4.2	Beschreibung der Stichprobe.....	272
6.4.3	Statistische Auswertung	273
6.5	Zusammenführung der Ergebnisse – qualitative und quantitative Erhebung.....	275
6.5.1	Bezüge zur IPE-Typologie	275
6.5.2	Freitextantworten	276
7	DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....	279
7.1	Ergebnisse der qualitativen Erhebung	279
7.1.1	Interviews.....	279
7.1.2	Dimensionen und Merkmale der Typologie.....	280
7.1.3	Fallbewertung und Typisierung.....	282
7.2	Ergebnisse der quantitativen Erhebung.....	286
7.2.1	Befragung der Studierenden	286
7.2.1.1	Grundlegende Aspekte	286
7.2.1.2	ISVS-21-D.....	288
7.2.1.3	Bezug zur IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte	292
7.2.2	Befragung der Berufseinsteiger:innen	293
7.2.2.1	Grundlegende Aspekte	294
7.2.2.2	ISVS-21-D.....	296
7.2.2.3	Zusammenarbeit in der Berufspraxis.....	297
7.2.2.4	Rückbezug zum Studium.....	302
7.2.2.5	Fort- und Weiterbildung	304
7.2.3	Kombinierte Datensätze (Studierende und Berufseinsteiger:innen)	305
7.2.3.1	Grundlegende Aspekte	305
7.2.3.2	ISVS-21-D.....	306
8	SCHLUSSBETRACHTUNGEN	309
8.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	309
8.2	Beantwortung der Forschungsfragen	311
8.3	Impulse für Ausbildung und Praxis.....	314
8.4	Weitere Forschungsimplicationen	319
	LITERATURVERZEICHNIS.....	323
	ANHANGSVERZEICHNIS.....	365
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	367

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

α	Cronbachs Alpha
ADS	Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V.
ANOVA	Analysis of variance
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AV	abhängige Variable
BEME	Best Evidence Medical Education Collaboration
BG	Berufsgruppen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BT	Berufstätige (hier auch i. S. v. Berufseinsteiger:innen verwendet)
CAIPE	Centre for the Advancement of Interprofessional Education
CIPE	Continuing Interprofessional Education
d	Cohens d
DAM	Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
DBT	Deutscher Bundestag
df	Freiheitsgrade (degrees of freedom)
DHV	Deutscher Hebammenverband
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.
ET	Ergotherapie
EZ	Skala ‚Erfahrung mit Zusammenarbeit‘
f^2	Effektstärkemaß
FBS	Frage-Bewertungs-System
FZF	Fallzusammenfassungen
GH	Gesundheit
GHB	Gesundheitsberuf(e)
GMA	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
H. i. O.	Hervorhebung(en) im Original
HDL	Humandienstleistung(en)/Humandienstleistungsberufe
HEB	Hebammenkunde
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
HVG	Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V.
ID	Interdisziplinär/Interdisziplinarität

IDNr.	Identifikationsnummer
IGB	Institut für Gesundheitsforschung und Bildung
Int.	Interview
IOM	Institute of Medicine
IP	Interprofessionell/Interprofessionalität
IPCP	Interprofessional collaborative practice
IPE	Interprofessional education
IPEC	Interprofessional Education Collaborative
IPL	Interprofessional learning/Interprofessionelles Lernen
IPLL	Interprofessionelles Lehren und Lernen
IPS	Interprofessional socialization/Interprofessionelle Sozialisation
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
ISVS	Interprofessional Socialization and Valuing Scale
JET	Joint Evaluation Team
Kap.	Kapitel
KR	Kontrollrating
LP	Logopädie
LV	Lehrveranstaltung(en)
M	Mittelwert (mean)
MED	Medizin
MF_E	Skala ‚Methoden – Eignung‘
MF_H	Skala ‚Methoden – Häufigkeit‘
MNAR	Missing not at random
N	Anzahl Grundgesamtheit
n	Anzahl Stichprobenumfang
η^2	Eta-Quadrat, Effektstärkemaß
OSCE	Objective structured clinical examination
p	Signifikanzwert
PFL	Pflege
PQS	primärqualifizierende(r) Studiengang/Studiengänge
PR	Primärrating
PT	Physiotherapie
QIA	Qualitative Inhaltsanalyse
QUAL/qual	Qualitative Forschung
QUAN/quan	Quantitative Forschung
r	Korrelationskoeffizient

R ²	Determinationskoeffizient
RBS	Robert Bosch Stiftung
RS	Skala ‚Rückbezug zum Studium‘
S/W	Stunden pro Woche, wöchentliche Arbeitszeit
SD	Standardabweichung (standard deviation)
STG	Studiengang/Studiengänge
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitsbereich
SWS	Semesterwochenstunden
TH	Therapie
TL	Transformatives Lernen
UF	Umfrage
US	Übereinstimmung(en)
UV	unabhängige Variable
VIF	Varianzinflationsfaktor
WHO	World Health Organization
Z	Zeile
ZUS	Skala zur ‚Zusammenarbeit Berufsgruppen‘

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 3-1: Designdiagramm	75
Abbildung 4-1: Cross-professional continuum (berufsübergreifendes Kontinuum).....	84
Abbildung 5-1: QUAL-MM-QUAN-Kontinuum nach Teddlie & Tashakkori (2009)	123
Abbildung 5-2: Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018)	137
Abbildung 5-3: Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung nach Kluge (1999)...	145
Abbildung 5-4: Varianten der Zuordnung zur Typologie: vertikales und gemischtes Modell.....	160
Abbildung 5-5: Prozess der Entwicklung einer Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte mit drei Erarbeitungsphasen	161
Abbildung 5-6: Stichprobenplanung für die Studierendenbefragung	172
Abbildung 6-1: Dimension Struktur	208
Abbildung 6-2: Dimension Curriculare Abbildung	209
Abbildung 6-3: Dimension Lernen am Lernort Hochschule.....	211
Abbildung 6-4: Dimension Lernen am/durch Lernort Praxis.....	213
Abbildung 6-5: Dimension Prüfung.....	214
Abbildung 6-6: Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte	215
Abbildung 6-7: vereinfachte Darstellung der Typologie	216
Abbildung 6-8: Vorerfahrungen durch abgeschlossene Ausbildung und/oder Studium bei den Studierenden	233
Abbildung 6-9: Überprüfung der Voraussetzungen für Mittelwertberechnung ISVS-21-D (Histogramm und Q-Q-Diagramm)	235
Abbildung 6-10: Zusammenarbeit mit eigener und anderer Berufsgruppe	247
Abbildung 6-11: Zusammenarbeit mit eigener Berufsgruppe.....	248
Abbildung 6-12: Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen	249
Abbildung 6-13: Interesse an Austausch und Fortbildung.....	250
Abbildung 6-14: Diagramme für Mixed ANOVAs der Skalen MF_E und ZUS.....	266
Abbildung 6-15: Diagramme der Mixed ANOVAs von Skala EZ und Arbeitsbereich.....	267
Abbildung 6-16: Grafische Darstellung der ISVS-Mittelwerte im Gruppenvergleich	274
Abbildung 6-17: ISVS-Mittelwerte im Fallvergleich	276

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2-1: Übersicht der Reviews zur interprofessionellen Zusammenarbeit.....	36
Tabelle 2-2: Kurzdarstellung der Studienformate in den Gesundheitsberufen auf Bachelorebene.....	43
Tabelle 2-3: Übersicht der Reviews zur interprofessionellen Ausbildung	46
Tabelle 2-4: Übersicht der berichteten Ergebnisse aus den Reviews.....	47
Tabelle 2-5: Hauptthemen und Kategorien der interprofessionellen Sozialisation nach Shustack et al. (2021)	57
Tabelle 4-1: Einflussfaktoren der interprofessionellen Bildung nach dem 3P-Modell von Freeth & Reeves (2004)	89
Tabelle 4-2: Übersicht internationale Kompetenzrahmenwerke für interprofessionelles Lehren und Lernen	90
Tabelle 4-3: Vier-Stufen-Modell zur Evaluation nach Kirkpatrick, modifiziert von Barr et al. (2000) für interprofessionelles Lehren und Lernen.....	92
Tabelle 4-4: Unterteilung der beruflichen Sozialisation	96
Tabelle 4-5: Idealtypischer Prozess des transformativen Lernens.....	110
Tabelle 5-1: Mixed Methods-Designs in Anlehnung an Creswell & Plano Clark (2011)	125
Tabelle 5-2: Ansätze zur Beurteilung von Mixed-Methods-Studien	126
Tabelle 5-3: Struktur des Interviewleitfadens mit Dimensionen und Themenblöcken	133
Tabelle 5-4: Prototypisches Modell inhaltlicher Strukturierung auf Kategorien- und Fallebene.....	138
Tabelle 5-5: Mögliche Auswertungsmethoden und -techniken im Rahmen des "Stufenmodells empirisch begründeter Typenbildung"	146
Tabelle 5-6: Deduktiv-induktiv entwickeltes Kategoriensystem.....	152
Tabelle 5-7: Übersicht zur Intercoder- und Intracoder-Übereinstimmung zu drei Zeitpunkten im Forschungsprozess	156
Tabelle 5-8: Dimensionen und Merkmale im Prozess der Typologieentwicklung.....	160
Tabelle 5-9: Darstellung des mehrstufigen Vorgehens der Fallbewertungen.....	164
Tabelle 5-10: Darstellung der Ausprägungen der Items der ISVS	170
Tabelle 5-11: Verortung der ISVS-24 im Vier-Stufen-Modell zur Evaluation interprofessioneller Ausbildung nach Barr et al. 2000	170
Tabelle 5-12: Grundgesamtheit der Studierenden pro Kohorte.....	173
Tabelle 5-13: Übersicht zur Rekrutierung von Studierenden – Pretest.....	176
Tabelle 5-14: Inhaltliche Struktur der beiden Teilbefragungen für die Berufseinsteiger:innen	180

Tabelle 5-15: Übersicht zu den Einschlusskriterien der Teilnehmer:innen am kognitiven Pretest.....	182
Tabelle 5-16: Übersicht der Teilnehmer:innen am Feldpretest.....	184
Tabelle 5-17: Darstellung der Hypothesen für die Studierendenbefragung.....	190
Tabelle 5-18: Darstellung der Hypothesen für die Befragung der Berufseinsteiger:innen	193
Tabelle 5-19: Themenbereiche mit Items mit Antwortoptionen und Bezug zum Codeplan.....	194
Tabelle 5-20: Darstellung der Hypothese für das zusammengelegte Sample von Studierenden und Berufseinsteiger:innen	199
Tabelle 6-1: Übersicht der Stichprobe mit Funktion der interviewten Person.....	206
Tabelle 6-2: Dimensionen und Merkmale der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte.....	207
Tabelle 6-3: Übersicht Typenzuordnung	226
Tabelle 6-4: Übereinstimmungsmatrix der Fallbewertungen	227
Tabelle 6-5: Darstellung der fehlenden Werte innerhalb der Studierendenbefragung.....	230
Tabelle 6-6: Semesterverteilung bei den Studierenden	232
Tabelle 6-7: Vergleich der Mittelwerte der ISVS-21-D – Studierende	234
Tabelle 6-8: Items aus der ISVS mit höchsten und niedrigsten Mittelwerten	234
Tabelle 6-9: Soziodemografische Struktur der Studierenden mit Mittelwerten vom ISVS-21-D sowie Testergebnissen	236
Tabelle 6-10: Teilnahme an der 1. Teilbefragung mit Abbrüchen	239
Tabelle 6-11: Teilnahme an der 2. Teilbefragung mit Abbrüchen	239
Tabelle 6-12: Übersicht zur Beteiligung an der Befragung für beide Erhebungszeitpunkte.....	242
Tabelle 6-13: Soziodemografische Struktur der Berufseinsteiger:innen	245
Tabelle 6-14: Berufstätigkeit der Stichprobe	247
Tabelle 6-15: Skalenbildung mit Reliabilitätswerten.....	251
Tabelle 6-16: Rückbezug zum Studium	253
Tabelle 6-17: Methoden und Formen – Beurteilung der Häufigkeit und der Eignung.....	257
Tabelle 6-18: Zusammenarbeit der Berufsgruppen.....	258
Tabelle 6-19: Erfahrungen mit der Zusammenarbeit anderer Gesundheitsberufe	259
Tabelle 6-20: Mittelwertvergleiche für den ambulanten und stationären Bereich	261
Tabelle 6-21: Test der Varianzhomogenität sowie der Mittelwertunterschiede zum Einfluss der Arbeitszeit (UV) auf Skalen der Berufseinsteiger:innenbefragung.....	263
Tabelle 6-22: Tukey-HSD-Test (Auszug) zum Einfluss der Arbeitszeit auf ISVS_2 und EZ ..	264
Tabelle 6-23: Ergebnisse Mixed ANOVA (Auszug)	265

Tabelle 6-24: Korrelationstabelle – Befragung der Berufseinsteiger:innen.....	268
Tabelle 6-25: Ergebnisse der einfachen linearen Regressionen	269
Tabelle 6-26: Ergebnisse der multiplen Regressionen für ISVS_1	270
Tabelle 6-27: Ergebnisse der multiplen Regression für ISVS_2	270
Tabelle 6-28: Alter und Fachrichtung der Gesamtstichprobe.....	272
Tabelle 6-29: Mittelwertvergleich der Gruppen mit Testungen	273
Tabelle 6-30: Ergebnisse Tukey-HSD-Test	274
Tabelle 6-31: Anlässe und Lernerfahrungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen	278
Tabelle 7-1: Vergleich einzelner Items der ISVS-21 aus vier Studien.....	290

1 EINLEITUNG

1.1 Forschungsprojekt im Kontext von Wissenschaft und Praxis

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist von einer hohen Dynamik geprägt und steht seit einigen Jahren im Zentrum vielseitiger Entwicklungen und Herausforderungen. Bedingt durch den demografischen Wandel, die zunehmende Bedeutung von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen sowie vielfältigen technologischen Innovationen wird berufsübergreifend abgestimmte Versorgung immer wichtiger (vgl. Ewers et al. 2012: 38; Sachverständigenrat (SVR)¹ 2007: 54; Sottas, Höppner et al. 2013: 13; SVR 2009: 14ff.; Wissenschaftsrat (WR) 2012: 11). Gleichzeitig zeichnet sich das Gesundheitswesen in Deutschland durch eine starke arbeitsteilige Organisation sowie durch eine hohe berufliche Spezialisierung aus, bei der Fachexpertise meist stärker gewichtet wird als Kooperationskompetenz (vgl. Kälble 2004: 30; Sottas, Brügger et al. 2013: 10). Insofern besteht keinerlei Zweifel über die zunehmende Bedeutung von interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und der Konsens über die wachsende Bedeutung wird von Praxis, Politik und Wissenschaft geteilt (vgl. Antoni 2010: 19; Ewers et al. 2019: 7; Frenk et al. 2011: 6; SVR 2009: 14ff.). Doch ein Blick in die Berufspraxis zeigt, dass die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe problematisch sein kann und einige Defizite aufweist (vgl. Reeves et al. 2013: 1; SVR 2007: 17). Dabei ist die Forderung nach interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, verbunden mit einer besseren Vernetzung der Versorgungseinrichtungen sowie einer Anbahnung von interprofessionellen Kompetenzen in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe nicht neu. Diese Diskussionen sind fast 50 Jahre alt (vgl. Thistlethwaite 2015: 69; Walkenhorst 2015: 572f.). Zwar wurden in den letzten Jahren beachtliche Fortschritte erzielt, aber der Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Interprofessionelle Bildung (*interprofessional education, IPE*) und interprofessionelle Zusammenarbeit (*interprofessional collaboration, IPC*) gelten als „noch relativ junge Konzepte“ (Brandt 2018: 69; vgl. auch Clark 2018: 1; Sottas, Brügger et al. 2013: 10) und die Umsetzung wird als ein langer und kurvenreicher Weg beschrieben (vgl. Hall & Weaver 2001). Dazu gehört auch, dass der Nutzen von Interprofessionalität für die Gesundheitsversorgung bislang noch nicht eindeutig belegt ist. Es mangelt sowohl an wissenschaftlich tragfähigen Konzepten für die Versorgungspraxis als auch an empirischen Wirksamkeitsnachweisen (vgl. Ewers et al. 2012: 53; Sottas, Brügger et al. 2013: 10). Insofern sind wissenschaftliche Untersuchungen erforderlich, die dem beschriebenen Desiderat begegnen und einen fundierten Beitrag zum Aufbau des Forschungsfeldes Interprofes-

¹ Hierbei handelt es sich um den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitsbereich.

sionalität in den Gesundheitsberufen in Deutschland leisten (vgl. Ewers et al. 2019: 10; Walkenhorst et al. 2015: 16). Hier setzt das Graduiertenkolleg „*Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen – Vermittlung, Prüfung, Evaluation*“ (ILEGRA) an, in dem eine Reihe von Arbeiten entstehen, die sich grundlegend mit verschiedenen Fragestellungen rund um das interprofessionelle Lernen in den Gesundheitsberufen in Deutschland beschäftigen. Die Forschungsarbeiten greifen die Besonderheiten des deutschen Bildungs- und Gesundheitssystems auf und sind den Schwerpunkten Vermittlung, Lehre und/oder Evaluation zuzuordnen. Sie folgen damit dem übergeordneten Vorhaben, Erkenntnisse zu dem sich neu entwickelnden Forschungsfeld der interprofessionellen Ausbildung in Deutschland zu generieren, um daraus Impulse für mögliche Anschlussforschungen sowie Konsequenzen für den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe abzuleiten (vgl. ILEGRA 2019; Kunze et al. 2022: 79; RBS 2022). Die vorliegende Dissertation wurde im Rahmen dieses Graduiertenkollegs realisiert, welches in Kooperation zwischen dem Institut für Gesundheitsforschung und Bildung (IGB) der Universität Osnabrück sowie dem Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin (DAM) der Ludwig-Maximilians-Universität München stattfand. Das Graduiertenkolleg wurde von der Robert Bosch Stiftung (RBS) gefördert² mit dem Ziel, Fragestellungen zur interprofessionellen Lehre und Didaktik im Gesundheitsbereich zu erforschen. Die Ergebnisse sollen einen maßgeblichen Beitrag zur nachhaltigen Weiterentwicklung der interprofessionellen Lehre in den Gesundheitsberufen und zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen leisten (vgl. ILEGRA 2019; RBS 2022).

1.2 Forschungsinteresse und Vorgehen

Dieses Forschungsvorhaben fokussiert den Übergang vom interprofessionellen Lernen im Studium hin zum interprofessionellen Arbeiten in der Phase des Berufseinstiegs von Gesundheitsberufen am Beispiel der Pflege- und Therapieberufe. Für das interprofessionelle Lernen werden zunächst die Lehr-Lern-Konzepte betrachtet, die die Grundlage für die interprofessionelle (Aus-)Bildung an den verschiedenen Hochschulen bzw. in den jeweiligen Studiengängen darstellen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Erfahrungen aus dem Studium einen Einfluss haben auf die Überzeugungen, Verhaltensweisen und die Haltung mit anderen zusammenzuarbeiten und dass damit die berufliche Sozialisation geprägt wird (vgl. Clark 2018: 2f.; Gilbert 2005: 92; Guraya & Barr 2018: 161; Khalili & Orchard 2020: 1f.; World Health Organization (WHO) 1988: 7f.). Insofern wird angenommen, dass die Studierenden im Rahmen der interprofessionellen Ausbildung entsprechend sozialisiert

² Förderzeitraum vom 01.10.2018 bis zum 31.03.2022.

werden und eine interprofessionelle Sozialisation im Studium erfahren, die sie auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen (interprofessionelle Zusammenarbeit) in der Berufspraxis vorbereitet. Deshalb werden in der Arbeit die Bedeutung der Konstruktion der interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepte und die damit einhergehende interprofessionelle Sozialisation in den Gesundheitsberufen untersucht. Auf dieser Grundlage sollen Erkenntnisse über die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis abgeleitet werden.

Die Forschungsarbeit ist von Belang, weil die berufsübergreifend abgestimmte Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt und in dem Zusammenhang immer wieder interprofessionelle Lern- und Arbeitsprozesse betont werden (vgl. Freeth et al. 2005:14; Klapper & Schirlo 2016: 3; SVR 2009: 75; Walkenhorst 2016: 21f.; WHO 1988: 7; WHO 2010: 9; WR 2012: 21). In diesem Zusammenhang wird es als sinnvoll angesehen, bereits in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe entsprechende Ansätze zum interprofessionellen Lernen zu etablieren, um damit eine Grundlage für die (spätere) interprofessionelle Zusammenarbeit zu schaffen und diese zu fördern. Diese Ansätze respektive Konzepte zum interprofessionellen Lehren und Lernen wurden in den letzten Jahren zunehmend etabliert und anschließend – meist mit Blick auf den direkten Lernerfolg – evaluiert. Dabei ist allerdings noch nicht geklärt, wie sich das interprofessionelle Lernen auf die Berufspraxis sowie die tatsächliche Gesundheitsversorgung auswirkt und „ob interprofessionell organisierte Bildung tatsächlich besser ist“ (Sottas, Brügger et al. 2013: 10). Hierfür werden mehr Informationen zu den Geschehnissen und Abläufen bei den Lernenden und beruflich tätigen Personen benötigt, um zu verstehen, was in der jeweiligen einzelnen „Black Box“ zwischen Input und Output geschieht (vgl. Thistlethwaite 2016: 9). Die Sozialisation der Studierenden, die im Rahmen der interprofessionellen Ausbildung geschieht, kann hierfür *einen* Zugang bieten. Sie liefert über die Einstellungen, Überzeugungen und Haltungen der Lernenden *eine* Grundlage für die spätere (interprofessionelle) Zusammenarbeit in der Berufspraxis. Berufliche Sozialisation und berufliche Identitätsentwicklung als Grundlagen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen werden auch hierzulande zunehmend diskutiert und analysiert (vgl. Handgraaf et al. 2016: 52; Mink et al. 2022: 99f.; Walkenhorst 2015: 572, 579). Obwohl sich diese wachsende Anerkennung auch verstärkt in der Forschung zu Interprofessionalität zeigt, wird dennoch ein Forschungsdesiderat für das Feld der interprofessionellen Sozialisation konstatiert und weitere Untersuchungen werden gefordert (vgl. Khalili & Orchard 2020: 1; Mink et al. 2022: 101; Olson & Bialocerkowski 2014: 244; Walkenhorst 2015: 587).

Darauf nimmt die entwickelte Studie Bezug, die der Mixed-Methods-Forschung zuzuordnen ist. Sie beinhaltet zwei inhaltliche Forschungsstränge sowie einen multiperspektivischen Zugang. Ein inhaltlicher Strang fokussiert den Bereich *Ausbildung und Studium*, worin die Perspektiven von Studiengangsverantwortlichen und Studierenden aus primärqualifizierenden Pflege- und Therapiestudiengängen einfließen. Der andere Strang nimmt den Bereich der *Berufspraxis* bzw. konkreter des Berufseinstiegs in den Blick und es fließen die Perspektiven von Berufstätigen ein, die sich im ersten Jahr ihres Berufseinstiegs befinden. Die Studie wird exemplarisch mit vier Gesundheitsberufen durchgeführt und ist auf die beruflichen Richtungen der Pflege sowie der drei Therapieberufe (Ergo-, Physiotherapie und Logopädie) begrenzt.

Der Forschungsgegenstand mit dem übergeordneten Schwerpunkt der beruflichen Ausbildung in den Gesundheitsberufen ist damit vorrangig aus bildungswissenschaftlicher Perspektive interessant. Die wissenschaftliche Begründung reicht jedoch auch bis in die Gesundheitswissenschaften, weil letztendlich das Ziel der Interprofessionalität im Gesundheitswesen mit einer Verbesserung der Versorgung von Patient-/Klient:innen und Angehörigen einhergeht.

1.3 Aufbau der Arbeit

Zur Einleitung in diese Arbeit wird im Kapitel 1 das Forschungsprojekt zunächst kurz im Kontext von Wissenschaft und Praxis verortet. Im Sinne einer ersten Einführung wird dabei das Forschungsinteresse sowie das Forschungsvorgehen grob skizziert. Im nachfolgenden Kapitel 2 wird der wissenschaftliche Begründungsrahmen entfaltet. Dabei werden – auch mit Blick auf die Bezugsdisziplinen – die Themen Interprofessionalität im Gesundheitswesen, die Ausbildung der Gesundheitsberufe in Deutschland sowie die Sozialisation von Gesundheitsberufen bildungswissenschaftlich, gesundheitswissenschaftlich und berufssoziologisch betrachtet. Vor diesem Hintergrund werden im Kapitel 3 die Zielsetzung, die Fragestellungen sowie das Untersuchungsdesign dieser Forschungsarbeit vorgestellt. Kapitel 4 ist dem theoretischen Hintergrund gewidmet. Hier werden zunächst zentrale Begrifflichkeiten und Formen der Zusammenarbeit geklärt. Anschließend werden in drei Unterkapiteln die Forschungsgegenstände Interprofessionelle Bildung (IPE)/Interprofessionelles Lernen (IPL) (Kap. 4.2), Sozialisation und im Speziellen berufliche Sozialisation (Kapitel 4.3) sowie Transformatives Lernen (Kap. 4.4) genauer beleuchtet. Im Kapitel 4.5 erfolgt eine Zusammenfassung der forschungsrelevanten Theorie- und Empirieaspekte. Im darauffolgenden Kapitel 5 wird das methodische Vorgehen beschrieben. Hierbei werden einleitend forschungstheoretische Aspekte der Untersuchung sowie der Mixed-Methods-Ansatz – zunächst allgemein und später mit Blick auf das vorliegende Forschungsvorhaben

– vorgestellt. In diesem Kapitel erfolgt des Weiteren die detaillierte Beschreibung des qualitativen und quantitativen Forschungszugangs mittels Erhebung, Analyse und Auswertung der Daten. Das Kapitel endet mit den methodischen Limitationen für die vorliegende Untersuchung (Kap. 5.6). Im Kapitel 6 erfolgt die Ergebnisdarstellung. Dabei werden ausgewählte Ergebnisse aus der qualitativen und quantitativen Erhebung vorgestellt und am Ende zusammengeführt. Die Diskussion der Ergebnisse findet sich im Kapitel 7 und wird in gleicher Reihenfolge – erst qualitativ dann quantitativ und abschließend unter dem Anspruch der methodischen und inhaltlichen Zusammenführung – vorgestellt. Anschließend werden die Diskussionsergebnisse vor dem Hintergrund des Mixed-Methods-Ansatzes zusammengefasst. Im letzten Kapitel 8 werden Schlussbetrachtungen vorgenommen, indem die Ergebnisse interpretiert und auf inhaltliche Anschlussfähigkeit hinsichtlich der interprofessionellen Ausbildung und Praxis geprüft werden. Daraus werden Impulse für die Ausbildung und die Praxis abgeleitet. Die Arbeit endet mit dem Aufzeigen von Anknüpfungspunkten für weiterführende Forschungen.

2 WISSENSCHAFTLICHER BEGRÜNDUNGSRAHMEN

Es besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass sich berufliche Rollen im Laufe der Zeit verändern (vgl. Heinz & Haasler 2018: 436; Rogge 2020: 87). Das gilt auch für die verschiedenen Gesundheitsberufe, wie beispielsweise der Pflege und Therapie. Als Gründe werden beispielsweise demografische Veränderungen, medizinisch-technischer Fortschritt, innovativere Versorgung sowie neue Formen der beruflichen Zusammenarbeit genannt (vgl. Ewers et al. 2012: 38; Görres 2013: 19f.; Kälble 2008: 195ff.; SVR 2007: 54; WR 2012: 11). Außerdem zeigt sich, aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie der Erschließung neuer Behandlungsmöglichkeiten, eine zunehmende Komplexität der Versorgungsaufträge (vgl. WR 2012: 7). Insgesamt sind dadurch bereits heute weitreichende Veränderungen in der Gesundheitsversorgung erkennbar, die mit neuen Anforderungen an die Qualifikationen und Qualifizierungswege der Gesundheitsberufe einhergehen (vgl. Borgetto 2015: 267; Walkenhorst et al. 2015: 11; WR 2012: 8). Des Weiteren besteht Konsens darüber, dass eine interprofessionelle Bildungskultur zu den „wesentlichen Voraussetzungen für eine nachhaltige und kontinuierlich sich verbessernde Patientenversorgung“ (Klapper & Schirlo 2016: 5; auch WHO 1988: 7) zählt. Eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen kann nur erzielt werden, wenn der jeweilige Bildungsbereich sich auch der Veränderung annimmt und sich durch gesetzte Schwerpunkte strategisch und institutionell mitentwickelt (vgl. Frenk et al. 2011: 6). Insgesamt soll damit verdeutlicht werden, dass Veränderungen in der Gesundheitsversorgung Konsequenzen für die Ausbildung der Gesundheitsberufe mit sich bringen. In umgekehrter Weise können jedoch auch Veränderungen in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung nach sich ziehen. Insofern zeigt sich eine Dialektik, bei der der Bildungs- und Versorgungsbereich in Beziehung zueinander zu denken sind (vgl. D’Amour & Oandasan 2005: 11; Walkenhorst 2015: 569; Walkenhorst & Hollweg 2022: 2). Dieser Logik entsprechend wird deshalb im Folgenden ein gesundheitswissenschaftlicher sowie ein bildungswissenschaftlicher Begründungsrahmen für diese Arbeit gegeben.

2.1 Interprofessionalität im Gesundheitswesen in Deutschland – gesundheitswissenschaftliche Begründung

Einleitend ist für den deutschsprachigen Raum festzuhalten, dass die Annäherung an den Forschungsgegenstand der Interprofessionalität im Gesundheitswesen noch am Anfang steht, obwohl die ersten Diskussionen und Aktivitäten hierzu bereits in den 1970er-Jahren stattfanden (vgl. Kälble 2019: 72, 80; Schmerfeld & Schmerfeld 2004: 192; Sottas, Brügger et al. 2013: 10). Seit den letzten 15 Jahren wird die Notwendigkeit von interprofessionellen

Lern- und Arbeitsprozessen in verschiedenen gesundheits- bzw. wissenschaftspolitischen Gutachten respektive Berichten und auch in der forschungsbasierten Literatur betont (vgl. Freeth et al. 2005; Frenk et al. 2011; Klapper & Schirlo 2016; RBS 2011; Reeves et al. 2013; Sottas, Höppner et al. 2013; SVR 2007; Walkenhorst 2016; WHO 1988; WHO 2010; WR 2012; u. a.). Dabei wird vor allem die zunehmende Bedeutung der Kooperation in den Mittelpunkt gestellt und auf die Notwendigkeit von berufsgruppen-, abteilungs- und hierarchie-übergreifenden Kooperationen im Gesundheitswesen hingewiesen (vgl. Görres 2013: 49; Kälble 2004: 30). Als Resultat wurden daraus in den letzten 20 Jahren in Deutschland eine beachtliche Reihe von Projekten und Programmen entwickelt, die die Verbesserung der Zusammenarbeit, Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen zum Ziel haben³.

2.1.1 Status quo und Entwicklungen im Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Einerseits nimmt das Gesundheitswesen durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft eine wichtige Rolle ein und zählt derzeit zu dem Wirtschaftsbereich mit dem höchsten Beschäftigungswachstum (vgl. Augurzky & Kolodziej 2018: 3). Auf der anderen Seite wird aufgrund der demografischen und versorgungsepidemiologischen Entwicklungen derzeit davon ausgegangen, dass die zukünftigen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung nicht gedeckt werden können (vgl. Dreier et al. 2015: 407). Vielmehr wird angenommen, dass sich der bereits heute bestehende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen noch erheblich verschärfen wird⁴ (vgl. Augurzky & Kolodziej 2018: 3; Cohnen 2020; Dielmann 2015: 231ff.). Außerdem wird ein erheblicher Kostenanstieg prognostiziert, denn die demografischen Veränderungen sind mit der Zunahme chronischer Erkrankungen verbunden und erfordern komplexere Behandlungen, die zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen führen (vgl. SVR 2007: 73ff.; Ulrich et al. 2020: 4; WR 2012: 32). Insofern gibt es bezüglich der Versorgungsbedarfe sowie der Kostenentwicklungen einen erheblichen Innovationsbedarf im deutschen Gesundheitssystem, aber auch hinsichtlich der Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe. Das Gesundheitssystem in Deutschland ist gekenn-

³ Siehe beispielsweise das Projekt *MESOP – Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen* (Medizin, Soziale Arbeit und Medizin)(Laufzeit: 1997-2000) oder diverse Projekte wie *FinKo*, *HIPSTA*, *IHiGen 2.0.*, *INTER-M-E-P-P*, *MEDPHYSIO*, die Rahmen des Programms „Operation Team – Interprofessionelle Ausbildung und Fortbildungen in den Gesundheitsberufen“ von der Robert Bosch Stiftung gefördert wurden (Laufzeit: 2013 – 2017) (vgl. Kälble 2004; RBS 2018).

⁴ Augurzky & Kolodziej (2018) skizzieren ein Worst-Case-Szenario, bei dem sie davon ausgehen, dass „im Jahr 2030 die Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen mit 4,9 Mio. Vollkräften um 1.3 Mio. Vollkräfte höher liegen wird als das verfügbare Angebot“ (ebd.: 4). Dabei berücksichtigen sie die sich verändernde Bevölkerungsstruktur und -zahl der kommenden Jahre sowie gesetzliche Vorgaben zur schrittweisen Erhöhung des Renteneintrittsalters (vgl. ebd.).

zeichnet von ausgeprägten Partialinteressen sowie Segmentierung und Fragmentierung (vgl. Atzeni et al. 2017: 47; Hofmann et al. 2022: 185; SVR 2007: 69). Denn im Gesundheitssystem befinden sich Berufsgruppen, die voneinander differenziert arbeiten, wie beispielsweise im ambulanten Sektor, aber gleichzeitig miteinander verbunden und komplementär aufeinander angewiesen sind (vgl. Atzeni et al. 2017: 47). Dabei existieren verschiedene Formen der Zusammenarbeit und häufig wird die interprofessionelle Zusammenarbeit als ein Weg gesehen, um diesen Herausforderungen und Problemen zu begegnen (vgl. Ewers et al. 2012: 53; Hofmann et al. 2022: 185; Ulrich et al. 2020: 4).

2.1.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitssystem

Mit interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) im Gesundheitswesen ist seit längerem ein dreifaches Ziel („triple aim“) verbunden: eine Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung für die Nutzer:innen (Patient-/Klient:innen und Angehörige), eine Verbesserung der Gesundheit von Gemeinschaften bzw. Bevölkerungsgruppen sowie eine effektive Kostensenkung (vgl. Berwick et al. 2008: 760). Allerdings liegen die Nachweise für die postulierten Wirkungen bisher nur in schwacher Form vor (vgl. Brandt et al. 2014: 398; Paradis 2019: 40, Ulrich et al. 2020: 4). In den letzten 10 Jahren, und damit bereits weit vor der Covid-19-Pandemie, ist als ein viertes Ziel die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen hinzugekommen. Denn es wird immer wieder über Unzufriedenheit sowie eine erhöhte Prävalenz des Burnout-Syndroms bei den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen berichtet (vgl. Bodenheimer & Sinsky 2014: 573; auch Schmucker 2020: 52). Diese Zustände zählen zu den Faktoren, die zu einer geringen Zufriedenheit bei den Nutzer:innen sowie zu schlechteren Gesundheitsergebnissen und damit folglich auch zu erhöhten Kosten führen können. Demnach wirken sich die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der jeweiligen Mitarbeitenden in den Einrichtungen des Gesundheitswesens auf die drei vorher genannten Ziele aus und bilden somit gemeinsam ein vierfaches Ziel, das sogenannte „quadruple aim“ (vgl. ebd.; Bachynsky 2020: 55).

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein multidimensionales Konstrukt und abhängig vom jeweiligen Kontext (vgl. Gurtner & Wettstein 2019: 4ff.). Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe kann sich in verschiedenen Versorgungsbereichen unterschiedlich gestalten. Außerdem können die Beschäftigten aus den verschiedenen Versorgungssettings die interprofessionelle Zusammenarbeit subjektiv anders wahrnehmen, sodass sie ggf. ein unterschiedliches Verständnis darüber besitzen (vgl. Ulrich et al. 2020: 5). Allerdings erkennen Gurtner & Wettstein (2019) in ihrer Untersuchung für die Schweiz keine systematischen Unterschiede zwischen Sektoren (ambulant/stationär) oder Berufsgruppen (vgl. ebd: 3).

Für San Martín-Rodríguez et al. (2005) kann eine erfolgreiche Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe auf zahlreiche Einflüsse zurückgeführt werden. Sie unterscheiden dafür drei Bereiche:

- interaktionelle Determinanten (zwischenmenschliche Beziehungen innerhalb des Teams),
- organisatorische Determinanten (Bedingungen innerhalb der Organisation) und
- systemische Determinanten (Umgebung der Organisation) (vgl. ebd.: 133; auch D´Amour & Oandasan 2005: 10; Gurtner & Wettstein 2019: 13).

Neben förderlichen Faktoren kann die interprofessionelle Zusammenarbeit jedoch auch durch strukturelle Hindernisse im Gesundheitssystem erschwert werden (siehe ausführlich dazu Ewers & Schaeffer 2019: 58–65). Um diesen Zusammenhang zu verdeutlichen, werden im Folgenden exemplarisch drei Aspekte herausgegriffen. Der erste Aspekt bezieht sich auf die hierarchischen Strukturen zwischen den Gesundheitsberufen. Hierfür gibt es ein zunehmendes Bewusstsein, dass sich aus den tief verwurzelten kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Praktiken übernommene Hierarchien manifestieren können (vgl. Baker & Martimianakis 2019: 286). Beispielsweise werden an politischen Entscheidungsprozessen häufig nur die Gruppe der Ärzt:innen beteiligt und kaum andere Gesundheitsberufe (vgl. Ewers & Schaeffer 2019: 61). Viele solcher Konflikt- und Machterfahrungen scheinen unabhängig vom Standort aufzutreten, wie es Bochatay et al. (2021) in ihrer länderübergreifenden Untersuchung zeigen. Als zweiter Aspekt stellt „die traditionelle Geschlechterteilung ein ernst zu nehmendes Hindernis für die Realisierung einer interprofessionellen kooperativen Versorgung dar“ (Ewers & Schaeffers 2019: 64). Denn die Berufe mit hohem Prestige sowie großen Spielräumen hinsichtlich Freiheit und Autonomie sind eher männlich und prekarierte Care-Berufe eher weiblich dominiert (vgl. ebd.). Der dritte Aspekt greift die zunehmende Spezialisierung auf, die vor allem im ambulanten Bereich oft mit isoliert angesiedelten Gesundheitsberufen einhergeht und folglich ein Hindernis für eine bedarfsgerechte und nutzer:innenzentrierte Versorgung darstellen kann (vgl. ebd.: 61).

Für die exemplarisch aufgezeigten strukturellen Hindernisse ist zu betonen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit nicht allein diese Herausforderungen und Probleme vollständig beheben kann. Vielmehr sind diese Hindernisse vor dem Hintergrund der spezifischen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems zu reflektieren und systematisch zu bearbeiten (vgl. Ewers & Schaeffer 2019: 65; Ewers & Walkenhorst 2019: 27). Deren Beseitigung ist eine zentrale Voraussetzung, um nachhaltige Strategien für interprofessionelles Lehren, Lernen und Arbeiten zu etablieren (vgl. Ewers & Schaeffer

2019: 55ff.; Kapp-Fröhlich et al. 2022: 17f.). Die bisherigen Aktivitäten haben vorwiegend die Entwicklung, Erprobung und Evaluation der inhaltlich und zeitlich begrenzten Bildungsangebote oder Praxisentwicklungen zum Ziel. Hier gilt es, die Wirksamkeit nicht nur von einzelnen Maßnahmen zu untersuchen, sondern auch auf einer übergeordneten Ebene, um damit einen Beitrag zur evidenzbasierten und nachhaltigen Implementierung zu leisten (vgl. Ewers & Schaeffer 2019: 65; Ewers & Walkenhorst 2019: 27). Dabei sind Fragen relevant, wie das interprofessionelle Lernen stattfindet und was in der einzelnen „Black Box“ der Lernenden zwischen Input und Output geschieht (vgl. Thistlethwaite 2016: 9). Wie kann der Lernerfolg auch nachhaltig so sichergestellt werden, dass auf dieser Basis eine verbesserte berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit mit dem Ziel der adäquaten Gesundheitsversorgung von Nutzer:innen stattfinden kann? Außerdem gilt das Interesse auch der Frage, wie Menschen, die keine interprofessionellen Lehr-Lern-Gelegenheiten erhalten haben, die Anforderungen der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit meistern? Diese Forschungsdesiderate sind mit dem Dilemma verknüpft, dass es für die „kritische Verbindung“ (Paradis 2019: 49) zwischen interprofessionellen Bildungsangeboten und der qualitativen Verbesserung der Versorgung auch nach fast 50 Jahren der Forschung immer noch keine belastbaren Daten zu den Auswirkungen interprofessioneller Bildungsarbeit auf die Versorgung von Patient:innen gibt (vgl. ebd.; Brandt et al. 2014: 398).

In Verbindung mit den erwähnten strukturellen Hindernissen im Gesundheitssystem, ist außerdem darauf hinzuweisen, dass der gewünschte Wandel hinsichtlich der auf interprofessioneller Zusammenarbeit und Kooperation ausgerichteten Versorgungspraxis, sich nicht nur auf die Lernenden und Berufseinsteiger:innen konzentrieren darf. Diesen Personen würde „ungewollt einseitig [...] die Verantwortung dafür aufgebürdet“ (Ewers & Schaeffer 2019: 65). Die Verantwortung läge damit auf den schwächsten Gliedern, die als Neuankömmlinge in einem komplexen und trägen System wohl kaum in der Lage sein dürften, sich schädlichen und unsicheren beruflichen Hierarchien zu stellen und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige und kooperative Versorgung von Patient-/Klient:innen zu vollziehen (vgl. Paradis 2019: 50; Paradis & Whitehead 2018: 1461). Also sind an diesen Stellen auch die langjährigen Beschäftigten im Gesundheitswesen miteinzubeziehen, beispielsweise im Rahmen von Fort- und Weiterbildung, um sie für bestehende Kodizes, Verhaltensweisen und Regularien zu sensibilisieren und ggf. zur verbesserten und kooperativen Zusammenarbeit anzuregen.

2.1.3 Ausgewählte Forschungsergebnisse

Im Folgenden wird der Forschungsstand anhand von Ergebnissen aus sechs Reviews vorgestellt. Die Reviews verfolgen, mit Blick auf die Prozesse in der Gesundheitsversorgung

und auf die Effekte der interprofessionellen Zusammenarbeit (*interprofessional collaboration*, IPC), verschiedene Forschungsaktivitäten zur Wirksamkeit des interprofessionellen Lernens. Diese Reviews stammen aus den Jahren 2000 bis 2018. Einige dieser Übersichtsarbeiten beziehen sich aufeinander und wurden nach einigen Jahren einer Überprüfung (Update) unterzogen (vgl. Tabelle 2-1).

Tabelle 2-1: Übersicht der Reviews zur interprofessionellen Zusammenarbeit

	Titel	Autor:innen/Jahr	Beschreibung (Zeitraum/Anzahl/Form)
	Interprofessional education: effects on professional practice and health-care outcomes	Zwarenstein, Merrick; Reeves, Scott; Barr, Hugh; Hammick, Marilyn; Koppel, Ivan; Atkins, Jo (2000)	bis 1998 n = 0 Systematic Review, Cochrane
UPDATE	Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes	Reeves, Scott; Zwarenstein, Merrick; Goldman, Joanne; Barr, Hugh; Freeth, Della; Hammick, Marilyn; Koppel, Ivan (2008)	1999 – 2006 n = 6 Systematic Review, Cochrane
UPDATE	Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes	Reeves, Scott; Perrier, Laure; Goldman, Joanne; Freeth, Della; Zwarenstein, Merrick (2013)	2006 – 2011 n = 15 Systematic Review, Cochrane
	Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes	Zwarenstein, Merrick; Goldman, Joanne; Reeves, Scott (2009)	bis 2007 n = 5 Systematic Review, Cochrane
UPDATE	Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes	Reeves, Scott; Pelone, Ferruccio; Harrison, Reema; Goldman, Joanne & Zwarenstein, Merrick (2017)	bis Nov. 2015 n = 9 Systematic Review, Cochrane
	The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis	Guraya, Salman Yousuf; Barr, Hugh (2018)	2010 – 2016 n = 12 Review + Meta-Analyse

Quelle: eig. Darstellung

Dem Review von **Reeves et al. (2013)** gehen die Vorarbeiten von Zwarenstein et al. (2000) und Reeves et al. (2008) voraus. Während beim ersten Review von Zwarenstein et al. (2000) keine Studie die notwendigen Einschlusskriterien erfüllte, konnten in der Überprüfung von Reeves et al. (2008) bereits sechs Studien eingeschlossen werden. Das bislang letzte Review in dieser Reihe von Reeves et al. (2013) wurde erweitert und umfasst insgesamt 15 Studien. In dieser Erweiterung stand – wie bisher auch – die Wirksamkeit von IPE im Vergleich zu separaten berufsspezifischen Bildungsmaßnahmen sowie ergänzend im Vergleich zu keinen IPE-Interventionen im Fokus (vgl. ebd.: 2). Diese Untersuchung konzentrierte sich auf Studien, in denen die Prozesse der Gesundheitsversorgung betrachtet wurden. Die meisten

der einbezogenen Studien nahmen dabei die Versorgungspraxis, wie z. B. die konkrete Versorgung von Patient-/Klient:innen mit bestimmten Beeinträchtigungen in den Blick. Studien, aus denen hervorgeht, welche Auswirkungen IPE auf die Einstellung, das Wissen und die Fähigkeiten der Teilnehmer:innen hinsichtlich der Zusammenarbeit haben kann, standen nicht im Fokus der Untersuchung und wurden deshalb ausgenommen. Sieben Studien berichten über positive Ergebnisse für die Prozesse der Gesundheitsversorgung und/oder für die Versorgung von Patient-/Klient:innen. Vier Studien kamen zu gemischten Ergebnissen (positiv und neutral) und vier weitere Studien berichten über keine Auswirkungen von IPE. Die Studien unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht. Sie wurden beispielsweise in verschiedenen Bereichen der klinischen Praxis durchgeführt, beinhalten verschiedene IPE-Interventionen und zeigen unterschiedliche Studiendesigns sowie Ergebnismessungen. Trotz einiger positiver Ergebnisse konnten, aufgrund der z. B. geringen Studienanzahl und des heterogenen Designs, keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Schlüsselmerkmale von interprofessionellen Bildungsangeboten und deren Wirksamkeit gezogen werden (vgl. Reeves et al. 2008: 2; Reeves et al. 2013: 11). In diesem Review beschäftigten sich drei Studien⁵ mit kollaborativem Teamverhalten. Allerdings konnten, aufgrund der oben beschriebenen Schwierigkeiten, die Reviewer:innen die Auswirkungen auf das kollaborative Verhalten nicht angemessen beurteilen (vgl. ebd.: 3).

Die Sekundäranalyse von **Zwarenstein et al. (2009)** baut auf dem vorhergehenden Review von Zwarenstein & Bryant (2000) auf. Auf dieses ursprüngliche Review (2000) wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen, weil es speziell die Zusammenarbeit von Pflegepersonal und Ärzt:innen betrachtet und nur zwei Studien einschließt. Im Review von 2009 wurde diese Perspektive auf alle Arten von Gesundheits- und Sozialfachkräften erweitert (vgl. Zwarenstein et al. 2009: 4). Darin inkludiert waren fünf randomisierte kontrollierte Studien zu praxisbezogenen IPC-Interventionen, wie interprofessionelle Visiten und Besprechungen, mit ganz unterschiedlichen Ergebnissen. Sie reichen beispielsweise von einem positiven Einfluss auf die Aufenthaltsdauer sowie auf die Gesamtkosten bei einer Studie bis zu keinem Einfluss auf die Aufenthaltsdauer bei einer anderen Studie. Auch bei den Fallkonferenzen zeigen sich gemischte Ergebnisse, allerdings wurden hier Video- mit Audiokonferenzen verglichen. Aufgrund der geringen Anzahl eingeschlossener Studien sowie dem heterogenen Studiendesign (klinische Rahmenbedingungen, Intervention und Ergebnismessung) war den Forscher:innen keine Meta-Analyse möglich. Insgesamt schlussfolgern sie, dass praxisbezogene IPC-Interventionen die Gesundheitsprozesse und deren Ergebnisse verbessern können. Allerdings sind aufgrund der beschriebenen

⁵ Zu diesen Studien zählen Morey (2002), Nielsen (2007), Weaver (2010) (vgl. Reeves et al. 2013).

Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit der Studien generalisierbare Rückschlüsse auf die Schlüsselemente des IPC und dessen Wirksamkeit nur schwer abzuleiten (vgl. ebd.: 2).

Ein nachfolgendes Review zur Bewertung der Auswirkungen praxisbasierter interprofessioneller Interventionen wurde von **Reeves et al. (2017)** publiziert. In diese Analyse wurden neun randomisierte Studien aufgenommen, die praxisorientierte IPC-Interventionen im Vergleich zur üblichen Versorgung untersuchten (vgl. ebd.: 2). Dabei wurden Auswirkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit auf die Versorgungspraxis und die Behandlungsergebnisse in den Mittelpunkt gestellt. Hierzu zählen Strategien, die in Gesundheitseinrichtungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit eingesetzt werden, wie z. B. interprofessionelle Aktionspläne oder Visiten (vgl. ebd.). Da die Evidenz der eingeschlossenen Studien als gering bis sehr niedrig eingestuft wurde, gibt es keine ausreichenden Beweise, um eindeutige Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen von IPC-Interventionen auf Veränderungen in der Praxis oder auf Patient-/Klient:innenoutcomes zu ziehen. Insgesamt ist jedoch zu begrüßen, dass die Studienlage zu Untersuchungen der IPC seit der letzten Aktualisierung im Jahre 2009 zugenommen hat. Dennoch sind weitere Studien mit gemischten Methoden sowie längere Nachuntersuchungen erforderlich, um die Auswirkungen von praxisorientierten interprofessionellen Interventionen auf die berufliche Praxis und die Ergebnisse im Gesundheitswesen besser nachweisen zu können (vgl. Reeves et al. 2017: 2f.; Zwarenstein et al. 2009: 2).

In dem Review von **Guraya & Barr (2018)** wurden zunächst 55 relevante Studien identifiziert, die die Wirksamkeit von IPE im Gesundheitssystem empirisch untersuchten. Davon erfüllten 12 Studien die Einschlusskriterien und es wurden ausschließlich Studien mit Prä-Post-Design aufgenommen, die die Wirksamkeit von IPE quantitativ untersuchten (vgl. ebd.: 161). Alle Studien zeigten einen signifikanten Einfluss von IPE-Bildungsintervention auf das Wissen, die Fähigkeiten und die Einstellungen der Lernenden (vgl. ebd.: 164). Guraya & Barr (2018) merken kritisch an, dass nicht genügend Studien in einer bestimmten Disziplin im Gesundheitswesen gefunden wurden und sich diese Heterogenität als Einschränkung in ihrer Meta-Analyse zeigt. Ebenso konstatieren sie, dass sich die ausgewählten Studien in ihrer Arbeit auf ein Prä-Post-Design beschränken. Sie empfehlen deshalb, dass zukünftige Studien, beispielsweise durch randomisiert-kontrollierte Studien (RCT), einen Aufschluss über objektivere Analysen geben, indem sie die klinische Leistung der Lernenden bewerten (vgl. ebd.: 164).

2.2 Ausbildung der Gesundheitsberufe in Deutschland – bildungswissenschaftliche Begründung

Nach der gesundheitswissenschaftlichen Begründung wird nun eine bildungswissenschaftliche Perspektive eingenommen und die Ausbildung, die Hintergründe sowie die Entwicklungen der Gesundheitsberufe betrachtet.

2.2.1 Akademisierung und Professionalisierung in den Gesundheitsberufen

Mit denen zu Beginn des 2. Kapitels aufgezeigten Veränderungen in der Gesellschaft, der Technik und der beruflichen Zusammenarbeit gehen neue Anforderungen an die Qualifikationen und Qualifizierungswege der Gesundheitsberufe einher (vgl. Borgetto 2015: 267; Görres 2013: 19; Walkenhorst et al. 2015: 11; WR 2012: 8). Damit verbunden ist auch die Forderung nach einer zunehmenden Akademisierung der Gesundheitsberufe, um das Handeln wissenschaftlich begründet zu reflektieren und die potenziellen Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch zu prüfen sowie in der Versorgung entsprechend aufzugreifen bzw. anzupassen (vgl. SVR 2007: 44; WR 2012: 8). Der Prozess der Akademisierung in den Gesundheitsberufen hat vor circa 30 Jahren begonnen und ist eng mit dem Prozess der Professionalisierung verbunden. Denn die Akademisierung ist – professionalisierungstheoretisch betrachtet – eine notwendige, aber keinesfalls hinreichende Voraussetzung für autonomes berufliches Handeln (vgl. Kälble 2005: 31; Kälble & Borgetto 2016: 389; Sottas, Brügger et al. 2013: 26). Insofern spielt die Akademisierung, im Sinne der Einrichtung und dem Ausbau von Studiengängen in den Pflege- und Therapieberufen, eine wichtige Rolle bei der Professionalisierung (vgl. Bollinger & Gerlach 2008: 145; Kälble & Borgetto 2016: 389; Walkenhorst & Klemme 2008: 179ff.).

Die Strukturen der akademischen Ausbildung in Deutschland haben einen entscheidenden Wendepunkt mit der Novellierung des Hochschulrahmengesetzes 1998 erfahren. In diesem Zusammenhang wurde im Rahmen des Bologna-Prozesses ein zweistufiges Studiensystem mit Bachelor- und Masterstudiengängen eingeführt (vgl. Borgetto 2015: 270). In den Gesundheitsberufen der Pflege und Therapie führte ein hochschulisch erlangter Abschluss bis dato jedoch nicht zur Führung der Berufserlaubnis, sondern setzte eine Ausbildung in dem jeweiligen Beruf voraus. Erst seit Inkrafttreten des Krankenpflegegesetzes (KrpflG) von 2004 ist, mit Ausnahme von Hessen⁶, eine hochschulische Pflegeausbildung deutschlandweit möglich (vgl. Krampe 2015: 156f.). In den Therapieberufen wurde eine solche Änderung der Berufsgesetze fünf Jahre später eingeführt. Insofern stellt das im Herbst 2009

⁶ An Fachhochschulen in Hessen war ein grundständiges Pflegestudium auch vorher möglich (vgl. Krampe 2015: 156).

eingeführte Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Therapieberufe (Ergotherapie (ET), Logopädie (LP) und Physiotherapie (PT)) einen wichtigen Meilenstein im Prozess der Akademisierung und der Professionalisierung der Gesundheitsberufe dar (vgl. Deutscher Bundestag (DBT) 2021: 19). Denn durch die Umsetzung dieser Modellklausel wurden zum Wintersemester 2010/2011 erstmalig in Deutschland auch akademische Erstausbildungen in den Therapieberufen angeboten (vgl. Borgetto 2015: 266f.; Dieterich et al. 2019: XII; Ewers et al. 2012: 37).

Im Jahr 2020 traten neue Berufsgesetze für die Pflege und Hebammenkunde in Kraft. Zunächst wird die Änderung für die Pflege vorgestellt. Die Berufsgruppe der Hebammen steht zwar nicht im Mittelpunkt dieser Untersuchung, dennoch nimmt die Entwicklung der Hebammenausbildung innerhalb der Gesundheitsberufe aktuell eine besondere Stellung ein, weshalb anschließend auch kurz die Gesetzesänderung für die Hebammenausbildung thematisiert wird. Für die Pflege (PFL) wurde mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) die hochschulische Pflegeausbildung gesetzlich in Deutschland verankert und die Sonderrolle des Modellstatus abgelegt. Demnach kann die Ausbildung derzeit als Berufsausbildung im Sekundarbereich II (berufliche Pflegeausbildung) sowie in primärqualifizierenden Studiengängen im tertiären Bildungsbereich (hochschulische Pflegeausbildung) absolviert werden (vgl. Latteck & Büker 2022: 1). Die Hebammen, die gemeinsam mit den Therapieberufen 2009 die Modellklausel in ihr Berufsgesetz einführten, verlassen mit der Gesetzesänderung von 2020 den Modellcharakter. Seitdem entfällt die Möglichkeit der beruflichen Ausbildung und die Ausbildung wird vollständig an die Hochschulen überführt (vgl. Deutscher Hebammenverband (DHV) 2018: 4f.). Damit sind die Hebammen die erste Berufsgruppe in Deutschland, die sich, neben den traditionell universitär ausgebildeten Gesundheitsberufen wie Mediziner:innen, Apotheker:innen oder Psycholog:innen, für eine ausschließlich hochschulische Ausbildung entschieden haben und damit die Vollakademisierung ihres Berufes vollziehen (vgl. ebd.; Höppner & Zoege 2022: 942). Für die drei Therapieberufe (ET, LP, PT) ist die Modellphase in den Berufsgesetzen bis dato nicht entfristet, sondern wurde 2021 – trotz umfassender und durchaus positiver Evaluationen – um weitere drei Jahre bis Ende 2024 verlängert (vgl. DBT 2021: 11; Höppner 2021: 15). In diesem Zeitraum gilt festzulegen, ob und wie die Ausbildungen in den Therapieberufen akademisiert werden sollen (vgl. DBT 2021: 11). Ob und inwiefern allerdings die hochschulisch ausgebildeten Gesundheitsberufe zu einer veränderten Versorgung beitragen, ist derzeit für Deutschland noch nicht geklärt. Höppner (2021) konstatiert, dass bislang für die Therapie keine vergleichende nutzer:innenorientierte Outcomeforschung in Deutschland existiert (vgl. ebd.: 15). Für die Pflege gehen – aufgrund

der internationalen Studienlage – verschiedene Autor:innen davon aus, dass mit der Einführung eines hochschulischen Qualifikationsniveaus auch eine Verbesserung der Nutzer:innenversorgung assoziiert werden kann (vgl. Darmann-Finck et al. 2014: II; Ewers & Lehmann 2020: 173; Latteck & Büker 2022: 8). Weitere Untersuchungen, vor allem vor dem Hintergrund des hiesigen Gesundheitsversorgungssystems, stehen noch aus (vgl. ebd.: 10).

Mit der *HQGplus*-Studie, die der Wissenschaftsrat 2022 veröffentlicht hat, liegen erstmals systematisierte und differenzierte Daten zu den hochschulischen Qualifikationen der Gesundheitsberufe in Deutschland vor.⁷ Im Zentrum der Untersuchung stehen die Pflege- und Therapieberufe sowie die Hebammenkunde (vgl. WR 2022: 7). Hinsichtlich des Studiums zeigt die Untersuchung, dass es eine deutliche Zunahme von Bachelorstudiengängen mit patient:innen- bzw. klient:innennahem Qualifikationsziel gibt und auch, dass die Weiterentwicklung sowie die Planung neuer Studiengänge in vollem Gange ist (vgl. ebd.: 9). Im Jahr 2012 empfahl der Wissenschaftsrat eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 % in den Berufen der Pflege, Therapie und Hebammenkunde (vgl. ebd.: 85). Diese ist nach aktuellem Stand noch nicht erreicht. Die Akademisierungsquoten, die im Rahmen der *HQGplus*-Studie erhoben wurden, zeigen, dass die Quote in den primärqualifizierenden Studiengängen lediglich in der Hebammenwissenschaft erreicht wurde (15.7 %). In den therapeutischen Berufen liegt sie bei 6.1 % in der Physiotherapie, in der Logopädie bei 3.1 % und in der Ergotherapie bei 1.6 %. In der Pflege beträgt die Akademisierungsquote durch primärqualifizierende Studiengänge aktuell 0.4 % (vgl. WR 2022: 9f., 58).⁸ Mit Blick auf die Versorgungspraxis ist, nach derzeitigem Stand, der Anteil hochschulisch qualifizierter Gesundheitsberufe gering und wird auf unter 1 % geschätzt (vgl. ebd.: 13). Dennoch geht der größere Teil der Absolvent:innen einer patient:innen- bzw. klient:innennahen Beschäftigung nach (vgl. Blümke et al. 2019: 18; Latteck & Büker 2022: 10). Die erhobenen Daten der *HQGplus*-Studie, die auf Selbstauskunft und Schätzung der Hochschulen basieren, zeigen, dass 75 % der Bachelorabsolvent:innen direkt in der unmittelbaren Gesundheitsversorgung tätig werden und 25 % ein weiterführendes Studium⁹ aufnehmen (vgl. WR 2022: 37; auch Baumann & Kugler 2019: 13; Blümke et al. 2019: 18). Auch die

⁷ Es handelt sich um eine Studie mit quantitativen und qualitativen Erhebungen zur Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung, die im Zeitraum von 05/2020 bis 06/2021 durchgeführt wurde.

⁸ Die Akademisierungsquoten beziehen sich auf das Jahr 2019 und können grob in zwei Gruppen unterschieden werden: Angaben für alle Studienangebote (erster Prozentwert) und Angaben für primärqualifizierende Studiengänge (zweiter Prozentwert). In der Hebammenwissenschaft ist die Akademisierungsquote am höchsten mit 53.2 % bzw. 15.7 %, gefolgt von der Logopädie mit 34.6 % bzw. 3.1 %. In der Physiotherapie zeigt sich eine Quote von 15.9 % bzw. 6.1 %, in der Pflege von 3.2 % bzw. 0.4 % und in der Ergotherapie von 3 % bzw. 1.6 % (vgl. WR 2022: 9f.).

⁹ Mehr als die Hälfte davon im Bereich der Gesundheitsfachberufe (vgl. WR 2022: 12f.).

Ergebnisse der VAMOS-Studie¹⁰ bestätigen, dass den Absolvent:innen eine einschlägige Berufseinmündung gelingt (vgl. Dieterich et al. 2019: 183) und unterstreichen damit Ergebnisse aus vorherigen Absolvent:innenbefragungen, wie die Untersuchung von Blümke et al. (2019) für die Therapie sowie die Untersuchung von Baumann & Kugler (2019) für die Pflege. Allerdings kommen Dieterich et al. (2019) in der VAMOS-Studie auch zu dem Schluss, dass ein gewisser Teil der Absolvent:innen den klient:innennahen Versorgungsbereich innerhalb der ersten 24 Monate nach Berufseintritt wieder verlässt und weisen nach, dass ein zusätzlich abgeschlossenes Masterstudium den Austritt beeinflusst (vgl. ebd.: 184).

Insgesamt erscheint damit die Entwicklung in den Gesundheitsberufen etwas gegenläufig. Denn in der Gesamtbetrachtung der Studierenden in Deutschland deuten Befunde darauf hin, dass Bachelorstudierende, die Option der akademischen Weiterqualifizierung in Form eines Masterstudiums eher nutzen als den Eintritt in den Arbeitsmarkt (vgl. Grotheer 2019: 438). Allerdings gilt das vorwiegend für Universitäten und an denen sind Pflege- und Therapiestudiengänge bisher kaum verortet, wie im nächsten Kapitel dargestellt wird. Außerdem finden sich in der deutschen Hochschullandschaft bisher nur wenige pflege- oder therapiebezogene Masterstudiengänge. Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass sich in den Einrichtungen des Gesundheitswesens kaum Stellenprofile für Masterabsolvent:innen in der klinischen Versorgung finden, weshalb – selbst nach einem klinisch ausgerichteten Masterabschluss – oft ein Wechsel in klient:innenferne(re) Arbeitsbereiche vollzogen wird. Dieses Phänomen wurde auch in der Pflege beobachtet, in der die Akademisierung einige Jahre früher einsetzte (vgl. ebd.).

2.2.2 Besonderheiten der Studiengänge im Gesundheitsbereich

Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass die Studiengänge im Bereich der Pflege und Therapie in Deutschland überwiegend an Fachhochschulen oder Hochschulen für Angewandte Wissenschaften und weniger an Universitäten angesiedelt sind (vgl. Ewers et al. 2012: 57f.; WR 2022: 9). Dabei ist die universitäre Anbindung vor allem erstrebenswert, wenn es um den Aufbau von Wissenschaft oder einschlägiger Grundlagenforschung geht (vgl. Kälble & Borgetto 2016: 389). Erste Entwicklungen in diese Richtungen sind zu beobachten, sodass perspektivisch die Möglichkeit besteht, dass Universitäten in Deutschland in den nächsten

¹⁰ Hierbei handelt es sich um eine Verbleibstudie der Absolvent:innen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS). Die Studie verfolgt das Ziel, „den beruflichen Verbleib der Absolvent:innen nach dem Abschluss eines Modellstudiums in den betreffenden Gesundheitsfachberufen umfassend zu beschreiben und dabei die Merkmale und Rahmenbedingungen der beruflichen Situation darzustellen und zu erklären“ (Dieterich et al. 2019: XII). Dazu werden neben der Perspektive der Absolvent:innen (n = 515, Rücklaufquote: 46 %) auch die Perspektive der Arbeitgeber:innen (n = 109) einbezogen (vgl. ebd.: XII f.).

Jahren noch weitere Professuren für die Gesundheitsberufe einrichten und Forschungsvorhaben in diesem Bereich begleiten.

Die gesundheitsbezogenen Studiengänge zeigen eine zusätzliche Besonderheit hinsichtlich verschiedener Formate. Auf der Bachelorebene kann grundsätzlich zwischen den vier Studienformaten primärqualifizierend, ausbildungsintegrierend, ausbildungsbegleitend und additiv unterschieden werden (vgl. Tabelle 2-2).

Tabelle 2-2: Kurzdarstellung der Studienformate in den Gesundheitsberufen auf Bachelorebene

Studienformat	Besonderheit
Primärqualifizierend	Studium qualifiziert für einen staatlich geregelten GHB, zwei Abschlüsse
Ausbildungsintegrierend	Integration einer berufsschulischen Ausbildung in das Studium
Ausbildungsbegleitend	Ausbildung erfolgt begleitend zum Studium
Additiv	Ausbildung ist für die Aufnahme des Studiums vorausgesetzt

Quelle: eig. Darstellung, in Anlehnung an WR 2022: 19f.

Hochschulen, die keine primär- bzw. berufsqualifizierenden Studiengänge anbieten, können weitestgehend eigenständig über Ziele, Inhalte und Organisationsformen ihrer Studiengänge entscheiden. Die Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengängen (PQS) im Bereich Pflege und Therapie schließen das Staatsexamen ein und sind daher zusätzlich an die Vorgaben der Berufsgesetze gebunden. Denn am Ende eines primärqualifizierenden Studiums erhalten die Absolvent:innen einen doppelten Abschluss: 1.) in Form eines akademischen Titels (Bachelor of Science) und 2.) das Staatsexamen, welches zum Tragen der Berufsbezeichnung berechtigt (vgl. Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG) 2022). An dieser Stelle wird auf eine weiterführende Differenzierung der anderen Studienformate verzichtet, weil in der vorliegenden Studie der Schwerpunkt auf primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen liegt.¹¹ Auf der Masterebene zeigt sich, dass in Deutschland bisher nur wenige pflege- oder therapiebezogene Masterstudiengänge existieren, die auf patient:innen- bzw. klient:innennahes Arbeiten abzielen. Oft werden derartige Studiengänge als berufsbegleitende Formate oder als Kombinationsstudiengänge mit Vertiefungen im Management oder in der Pädagogik angeboten (vgl. Dieterich et al. 2019: 184; Höppner 2021: 1; WR 2022: 45, 150).

In den beiden folgenden Unterkapiteln wird die strukturelle Ebene für die Ausbildung der Gesundheitsberufe verlassen und konkreter bzw. auf inhaltlicher Ebene die interprofes-

¹¹ Eine detaillierte Beschreibung der Studienformate findet sich beispielsweise bei Höppner 2021: 8f. oder in der HQGplus-Studie (vgl. WR 2022: 19f.).

sionelle Bildung betrachtet. Am Ende werden dazu ausgewählte Forschungsergebnisse vorgestellt.

2.2.3 Interprofessionelle Bildung in den Gesundheitsberufen

Interprofessionelle Bildung kann als „globale Bewegung“ (Barr 2015) verstanden werden, deren Anfänge international bis in die 1960er-Jahre zurückreichen. In Deutschland ist es jedoch erst seit der Jahrtausendwende ein Thema und gewinnt zunehmend an Bedeutung (vgl. Ewers & Walkenhorst 2019: 21ff.). Zu erkennen ist das an den quantitativen und qualitativen Veränderungen der interprofessionellen Lehr-Lern-Angebote sowie ihrer Stellenwerte in den Bildungskonzepten der Gesundheitsberufe. Auch im Rahmen des Aufbaus primärqualifizierender Studiengänge in den pflegerischen und therapeutischen Berufen hat Interprofessionalität an Popularität gewonnen, was sich in den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen abbildet (vgl. Kapp-Fröhlich et al. 2022: 17; Paradis 2019: 49; Walkenhorst et al. 2015: 12). Während noch bis 2015 nur vereinzelt Pilotprojekte das Feld bestimmten, haben sich seitdem eine Vielzahl weiterer und teils curricular verankerter interprofessioneller Lehr-Lern-Angebote etabliert (vgl. Barr 2015: 12; Kapp-Fröhlich et al. 2022: 17ff.; Walkenhorst et al. 2015: 12f.). Dennoch fehlt es meist an einer langfristigen und curricularen Verstetigung der interprofessionellen Formate (vgl. Kälble 2019: 73f.; Nock 2016: 11; Walkenhorst & Heinzelmann 2019: 392; Walkenhorst & Kunze 2023: 117ff.).

Mit Blick auf die interprofessionelle Kompetenzentwicklung empfiehlt der Wissenschaftsrat eine inhaltliche und strukturelle Verzahnung der pflege- und therapiewissenschaftlichen sowie medizinischen Studiengänge (vgl. WR 2012: 84). Insofern wird seit einigen Jahren für die Bildungsangebote in den Gesundheitsberufen, die in Deutschland bisher fast ausschließlich monoprofessionell stattfanden, ein Aufbruch dieser monoprofessionellen Bildungskultur und die curriculare Verankerung interprofessioneller Lernangebote gefordert (vgl. Klapper & Schirlo 2016: 3f.; RBS 2018: 4; Thistlethwaite 2016b: 6f.). Jedoch ist zu beobachten, dass dieser Empfehlung eine sehr unterschiedliche Bedeutung in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe in Deutschland beigemessen wird (vgl. Walkenhorst & Kunze 2023: 119). Denn es ist insgesamt festzuhalten, dass das interprofessionelle Lehren und Lernen in Deutschland 1.) bisher eher in den hochschulischen Ausbildungen thematisiert wird, 2.) in allen Gesundheitsberufen noch eher selten stattfindet, auch wenn es mittlerweile für das interprofessionelle Lernen in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe – national wie auch international – eine Reihe von Programmen gibt (vgl. Kapp-Fröhlich et al. 2022: 18; Klapper & Schirlo, 2016: 3f.; Walkenhorst et al. 2015: 3). Diese interprofessionellen Bildungsprogramme respektive -konzepte unterscheiden sich hin-

sichtlich der Formen und Methoden, des zeitlichen Umfangs sowie der Einbindung verschiedener Gesundheitsberufe (vgl. Kälble 2004: 95; Thistlethwaite 2016b: 7). Beispielsweise finden sich gesundheitsbezogene Studiengänge, in denen sich das Thema Interprofessionalität als longitudinaler Strang durch das gesamte Curriculum zieht. Es finden sich jedoch auch Studiengänge mit starker monoprofessioneller Ausrichtung, in denen die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen nur temporär oder im Rahmen von theoretischen Lehrveranstaltungen thematisiert wird und die folglich nur wenige Lernmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Berufsgruppen herstellen (können) (vgl. Walkenhorst & Kunze 2023: 119).

Darmann-Finck & Einig (2019) weisen allerdings darauf hin, dass vorhandene Curricula und Konzepte nicht immer die Umsetzung im intendierten Sinne garantieren (vgl. ebd.: 98). Dabei spielen einerseits die Lehrenden eine zentrale Rolle, die in der Lage sein sollten, die interprofessionellen Lehr-Lern-Angebote entsprechend didaktisch-reflektiert umzusetzen. Nicht selten stehen andererseits die Fakultäten – vor allem nach dem Auslaufen der Anschub- und Drittmittelfinanzierungen – vor der Herausforderung der nachhaltigen Verstetigung (vgl. Kapp-Fröhlich et al. 2022: 17). Denn das gemeinsame Lernen verschiedener Berufsgruppen ist mit erheblichen strukturellen, logistischen und finanziellen Herausforderungen verbunden und die bisherigen Angebote und Maßnahmen im hochschulischen Bereich sind meist stark personen-, struktur- und ressourcenabhängig (vgl. Paradis 2019: 49; Walkenhorst & Heinzelmann 2019: 392).

Des Weiteren steht auch die Beforschung der interprofessionellen Kompetenzentwicklung in den Ausbildungen sowie der Transfer in die Berufspraxis im Fokus. Denn nicht alle IPE-Maßnahmen sind in den verschiedenen Ausbildungsphasen geeignet und dienen der Anwendung bzw. dem Übertrag in die spätere Berufspraxis (vgl. Kapp-Fröhlich et al. 2022: 18; Paradis 2019: 49). Eine übergeordnete, bildungswissenschaftliche und empirisch fundierte Auseinandersetzung mit Theorien, Konzepten und Strategien der Qualifizierung der Gesundheitsberufe wird hierfür gefordert und kann als Basis dienen, auf der weitere Überlegungen sowie Angebote aufbauen und empirisch überprüft werden (vgl. Ewers & Reichel 2017: 4; Paradis 2019: 49).

Abschließend sei noch der Hinweis gegeben, dass interprofessionelle Bildung kein Allheilmittel ist und pädagogische Interventionen allein nicht ausreichen, um die Probleme in der Gesundheitsversorgung zu verändern (vgl. Paradis & Whitehead 2018: 1461; Ulrich & Kapp-Fröhlich 2021: 1623). Für Paradis & Whitehead (2018) ist es wichtig in dem Zusammenhang auf die begrenzte Wirkung von Bildungsinterventionen hinzuweisen: „Education is a necessary but insufficient solution for systems change.“ (ebd: 1461).

Außerdem kann es passieren, dass die systematischen Probleme, die der Zusammenarbeit zugrunde liegen, ignoriert werden, wenn Bildung überbetont wird (vgl. ebd.). Insofern ist an dieser Stelle noch mal auf die zu Beginn des Kapitels erwähnte dialektische Beziehung zwischen dem Gesundheitsversorgung- und Bildungsbereich hinzuweisen.

2.2.4 Ausgewählte Forschungsergebnisse

Die bereits erwähnte stärkere Betrachtung von IPE im internationalen Kontext spiegelt sich auch in der Studienlage wider. Im Folgenden werden Ergebnisse aus vier Reviews, die Forschungsaktivitäten zur Wirksamkeit des interprofessionellen Lernens über einen langen Zeitraum verfolgen, vorgestellt. Die Reviews stammen aus den Jahren zwischen 2007 bis 2021. In Tabelle 2-3 sind die gesichteten Reviews mit weiteren Informationen, wie Angaben zum Zeitraum und zur Anzahl der aufgenommenen Studien, dargestellt. Dabei wurde ein Review mehrere Jahre später einer Überprüfung (Update) unterzogen.

Tabelle 2-3: Übersicht der Reviews zur interprofessionellen Ausbildung

	Titel	Autor:innen/Jahr	Beschreibung (Zeitraum/Anzahl/Form)
	A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide No. 9	Hammick, Marlyn; Freeth, Della; Koppel, Ivan; Reeves Scott; Barr, Hugh (2007)	bis April 2005 n = 21 Systematic Review, BEME
UPDATE	A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39	Reeves, Scott; Fletcher, Simon; Barr, Hugh; Birch, Ivan; Boet, Sylvain; Davies, Nigel; McFadyen, Angus; Rivera, Josette; Kitto, Simon (2016)	1981 – 2014 n = 46 Systematic Review, BEME
	Interprofessional education in allied health: a systematic review	Olson, Rebecca; Bialocerkowski, Andrea (2014)	1988 – 2013 n = 17 Systematic Review
	Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: a systematic review and call for action	Spaulding, Erin M; Marvel, Françoise A.; Jacob, Elsen; Rahman, Alphonse; Hansen, Bryan R.; Hanyok, Laura A.; Martin, Seth S.; Han, Hae-Ra (2021)	2007 – 2017 n = 19 Systematic Review

Quelle: eig. Darstellung

In das Review von **Hammick et al. (2007)** wurden 21 internationale Studien inkludiert, von denen angenommen wurde, dass sie bis April 2005 die besten verfügbaren Beweise für die Auswirkungen von IPE liefern. In dieser Übersichtsarbeit wurde der Fokus auf interprofessionelles Lernen gesetzt als ein Beitrag zur kollaborativen Praxis und besseren Gesundheitsversorgung. Hammick et al. (2007) strukturierten ihre Untersuchung zu den Auswirkungen von IPE anhand des Stufenmodells zur Evaluation interprofessioneller Ausbildung nach Barr et al. (2000) (→ [Kap. 4.2.4](#)). Die Ergebnisse dieser Sekundäranalyse zeigen, dass die stärksten Veränderungen in den Bereichen *Reaktion der Lernenden und Kenntnisse und Fähigkeiten* zu

finden sind. Die Hälfte der inkludierten Studien zeigen positive Veränderungen bei den Lernenden im Bereich der *Reaktionen auf IPE* sowie ihren *Veränderungen bezüglich der Kenntnisse und der Fähigkeiten* (vgl. ebd.: 746). Positive Veränderungen im Bereich der *Wahrnehmungen und Einstellungen* sowie des *Verhaltens* zeigen sich nur in jeweils fünf der 21 Studien (circa 25 %). Die geringsten Nachweise konnten für die Bereiche *Verhaltensänderung, Erbringung von Dienstleistungen (Organisationspraxis)* und *Versorgung von Patient-/Klient:innen* erbracht werden (vgl. ebd.: 746f.; Tabelle 2-4).

Tabelle 2-4: Übersicht der berichteten Ergebnisse aus den Reviews

Ergebnisse	Review von Hammick et al. 2007 (21 Studien)				Review von Reeves et al. 2016 (Update, 46 Studien)			
	+	-	+/-	n. b.	+	-	+/-	n. b.
Stufe 1 – Reaktion	12	0	2	7	25	0	7	14
Stufe 2a – Wahrnehmungen & Einstellungen	5	1	6	9	14	1	11	20
Stufe 2b – Kenntnisse & Fähigkeiten	10	0	1	10	19	1	6	20
Stufe 3 – Verhaltensänderung	5	0	1	15	15	0	5	26
Stufe 4a – Organisationspraxis	2	0	1	18	11	1	2	32
Stufe 4b – Patient:innenversorgung	4	0	1	16	9	1	1	35
Legende:	+ positiv		- neutral		+/- gemischt		n.b. nicht berichtet	

Quelle: vgl. Hammick et al. 2007: 746; Reeves et al. 2016: 663

Im Jahr 2016 aktualisierte die Forscher:innengruppe **Reeves et al. (2016)** die Übersichtsarbeit von Hammick et al. (2007) und ergänzte sie um 25 qualitativ hochwertige Studien zu IPE auf insgesamt 46 Studien (vgl. Reeves 2016: 657f.). Neben dem übergeordneten Ziel der Aktualisierung des früheren BEME-Reviews¹² war es das spezifische Ziel, die Wirksamkeit verschiedener Arten von IPE-Interventionen zu prüfen, einschließlich der Auswirkungen auf das Wissen, die Fähigkeiten und Einstellungen der Lernenden sowie die anschließende Änderung der Organisationspraxis und/oder des Nutzens für die Patient-/Klient:innen (vgl. ebd.: 664). Basierend auf den insgesamt 46 Studien deuten die Ergebnisse (vgl. Tabelle 2-4) darauf hin, dass die Lernenden im Allgemeinen (weiterhin) gut *auf IPE reagierten*, dass sich ihre *Einstellungen zueinander und Wahrnehmungen* voneinander verbesserten und dass sie das *Wissen und die Fähigkeiten* erworben haben, die für die gemeinsame Praxis erforderlich sind. Während in der vorherigen Überprüfung gezeigt wurde, dass im Bereich der *Wahrnehmungen und Einstellungen* eher gemischte Ergebnisse auftraten, hat sich dies in den neueren Studien etwas zu Gunsten von positiveren Ergebnissen verschoben (vgl. ebd.: 665;

¹² BEME steht für **B**est **E**vidence **M**edical **E**ducation. Dahinter steht eine internationale Gruppe von Einzelpersonen, Universitäten und Berufsverbänden, die sich für die Entwicklung einer evidenzbasierten Ausbildung in der Medizin sowie den Gesundheitsberufen einsetzen (<https://bemecollaboration.org/Home/>, zuletzt abgerufen: 4.11.2022).

Tabelle 2-4). Wie bereits in der vorherigen Überprüfung festgestellt, gibt es nach Reeves et al. (2016) jedoch noch wenig Hinweise zu den Auswirkungen von IPE auf *Verhaltensänderungen, organisatorische Praktiken* und auf den *Nutzen für die Patient-/Klient:innen* (vgl. ebd.: 657). Reeves et al. (2016) kommen zu dem Schluss, dass der Nachweis zur Verbesserung des kollaborativen Verhaltens und der Erbringung von Dienstleistungen vielversprechend ist, allerdings sind weitere Studien erforderlich, um ein besseres Verständnis für diese längerfristigen Ergebnisse von IPE zu erzielen (vgl. ebd.: 657). Außerdem sind empirische Arbeiten im Feld der wirtschaftlichen Analysen notwendig, um die Kosten und den wirtschaftlichen Wert bzw. Nutzen von IPE zu beschreiben (vgl. ebd.: 664).

In vielen Studien zum interprofessionellen Lehren und Lernen wird der Blick oft ausschließlich auf die Lernenden gerichtet (vgl. Reichel & Herinek 2017: 18). Insofern ist es erfreulich, dass in den beiden Übersichtsarbeiten von **Hammick et al. (2007)** sowie **Reeves et al. (2016)** das 3-P-Modell (Presage, Process, Product (→ [Kap. 4.2.2](#)) für die Datenanalyse zugrunde liegt und dadurch auch die Perspektive von Lehrenden und Lernbegleiter:innen berücksichtigt wird. Hammick et al. (2007) sowie Reeves et al. (2016) stellen in ihren Reviews fest, dass Lehrkräfte und Lernbegleiter:innen für den Erfolg von interprofessionellen Lernprozessen von entscheidender Bedeutung sind (vgl. Hammick et al. 2007: 743; Reeves et al. 2016: 660). Ponzer et al. (2004) konstatieren, dass die Qualität der Betreuung der wichtigste Beitrag zur Zufriedenheit der Studierenden war (vgl. ebd.: 735). LeFlore & Anderson (2009) sowie Watts et al. (2007) weisen anhand ihrer Studien auf die zentrale Rolle von Lernbegleiter:innen hin bei der Schaffung eines Klimas der Sicherheit und des Vertrauens unter den Lernenden. Watts et al. (2007) berichten weiterhin, dass Lernbegleiter:innen bedeutsam sind für die Setzung realistischer Ziele, die Motivation der Lernenden sowie zur Steuerung von Interaktionen. Diese Steuerung ist bedeutsam u. a. für die Gewährleistung einer gleichberechtigten Teilnahme oder zur Minimierung möglicher interprofessioneller Reibungen (vgl. ebd.: 447; Reeves et al. 2016: 660). Ebenso fanden sich Hinweise auf die Bedeutung von Reflexionsprozessen und von Coaching bzw. Mentoring in Verbindung mit IPE. In drei Studien¹³ finden sich Hinweise dazu, dass das regelmäßige Nachdenken über persönliche und berufliche IPE-Erfahrungen den Berufstätigen in ihrer Rolle als Lernbegleiter:in hilft (vgl. Hammick et al. 2007: 744). Andere Studien zeigen, dass kontinuierliches Coaching und Mentoring einerseits die Lernenden bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung ihres interprofessionellen Fachwissens (z. B. Morey et al. 2002) und

¹³ Zu diesen Studien zählen Mu et al. (2004), Nash & Hoy (1993) und Reeves & Freeth (2002) (vgl. Hammick et al. 2007).

andererseits das klinische Personal bei beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten unterstützt (z. B. Reeves & Freeth 2002) (vgl. Hammick et al. 2007: 744).

Besondere Erwähnung verdient auch die breit angelegte Studie von **Pollard et al.** (vgl. Pollard et al. 2004, 2005, 2006 sowie Pollard & Miers 2008). Denn in dieser Studie wurden neben Studierenden auch Berufseinsteiger:innen im Rahmen einer Längsschnittelevaluation zu Kommunikations- und Teamfähigkeit sowie zu interprofessionellem Lernen und Arbeiten befragt. Die Erhebung fand anhand des für diese Studie entwickelten Fragebogen UWE-IPQ (University of the West of England – Interprofessional Questionnaire) zu vier Zeitpunkten statt: beim Eintritt in das Studium, im zweiten Studienjahr, beim Abschluss des Studiums und nach 9 bis 12 Monaten qualifizierter Praxis. Von den 414 Personen wurden zwei Drittel interprofessionell und ein Drittel monoprotationell ausgebildet. Die interprofessionell ausgebildeten Studierenden waren selbstbewusster bezüglich ihren kommunikativen Fähigkeiten, ihren interprofessionellen Beziehungen und ihrer Interaktion mit anderen Fachkräften als jene Personen, die nach monoprotationellen Curricula studierten (vgl. Pollard & Miers 2008: 400). Ebenso beurteilten sie ihre interprofessionellen Beziehungen positiver. Obwohl die Berufstätigen von ihren IPE-Erfahrungen profitiert haben, stellten Pollard & Miers (2008) fest, dass die Berufspraktiker:innen zum 4. Erhebungszeitpunkt (nach 9 bis 12 Monaten in der Praxis) IPE weniger positiv gegenüber stehen als noch zu früheren Zeitpunkten der Datenerhebung (vgl. ebd.: 411). Detaillierte Gründe werden nicht angegeben und können Bestandteil weiterer Untersuchungen sein. Weitere Hinweise gab es auch hinsichtlich der beruflichen Sozialisation. Pollard et al. (2006) und Pollard & Miers (2008) berichteten, dass frühere Arbeitserfahrungen die Ansichten der Studierenden über IPE beeinflusst haben und die unterschiedlichen Einstellungen gegenüber IPE mit professionellen Sozialisationsprozessen verbunden sind (vgl. Reeves et al. 2016: 661).

Olson & Bialocerkowski (2014) schlossen 17 qualitative und quantitative Studien in ihre systematische Überprüfung ein, bei der die Eignung der Ansätze für interprofessionelles Lernen an Hochschulen im Mittelpunkt stand (vgl. ebd.: 236). Die Autorinnen schlussfolgern aufgrund der Ergebnisse, dass IPE funktioniert. Jedoch sind Wissen und Verstehen darüber begrenzt, was für welche Zielgruppe und unter welchen Umständen funktioniert (vgl. ebd.: 242). Sie konstatieren, dass interprofessionelle Bildungsaktivitäten in kleinen Teams (Gruppenarbeit) zu einer verbesserten Einstellung hinsichtlich der interprofessionellen Interaktion und Teamarbeit sowie zu einem besseren Verständnis der Rollen von Gesundheitsfachkräften führen als Vorlesungen zu Interprofessionalität (vgl. ebd.: 242). Als hinderliche Faktoren werden ein kurzer Interventionszeitrahmen von 2.5 Stunden, ein Mangel an zuverlässiger Informationstechnologie und Lernende mit begrenzter Erfahrung

oder Verständnis für ihre berufliche Rolle genannt. Als weitere Herausforderungen wurden wahrgenommene Macht- und Statusunterschiede sowie geringe Beteiligungsquoten bei bestimmten Gesundheitsberufen beschrieben (vgl. ebd.: 242). Die Autorinnen sind der Meinung, dass interprofessionelle Bildung ein Teil der laufenden interprofessionellen Sozialisationsprozesse in Hochschulen und Gesundheitssystemen ist (vgl. ebd.: 243). Sie schlagen vor, IPE und interprofessionelle Sozialisation als Prozesse innerhalb eines Systems zu begreifen und nicht als übertragbare Interventionen. Außerdem seien methodische Ansätze zu priorisieren, die es ermöglichen, die Komplexität der Prozesse, die mit IPE verbunden sind, zu verstehen (vgl. ebd.: 242ff.) Ähnlich zu den Ergebnissen anderer Reviews fanden auch Olson & Bialocerkowski (2014) keine Primärstudien, die über längerfristige Auswirkungen des Verhaltens, gesundheitliche Verbesserungen von Patient-/Klient:innen oder Änderungen auf organisationaler Ebene berichteten (vgl. ebd.). Auch hierfür werden Empfehlungen für Untersuchungsmethoden ausgesprochen, die IPE als Prozess verstehen und das längerfristige Verständnis sowie die Wirkung von IPE priorisieren (vgl. ebd.: 244). Im Besonderen fordern sie von zukünftigen Forschungsarbeiten im Bereich IPE, dass sie den Prozess der interprofessionellen Sozialisation sowie die dahinterstehenden Mechanismen in den Blick nehmen: „future research on IPE should first prioritise inductive understanding of the mechanisms behind interprofessional socialisation“ (ebd.).

In das Review von **Spaulding et al. (2021)** wurden randomisiert-kontrollierte Studien (RCT), quasi-experimentelle Prä- und Posttest-Studien sowie Mixed-Methods-Studien einbezogen und die Überprüfung beschränkte sich auf quantitative Designs (vgl. ebd.: 613). Die Autor:innen betonen die Vielzahl an Studiendesigns und Lernumgebungen, die beforscht wurden (Online-, Simulations- oder Kliniksettings) sowie die allgemein recht großen Stichprobenumfänge (vgl. ebd.: 618). Sie strukturieren ihre Untersuchung zu den Auswirkungen von IPE anhand des Stufenmodells zur Evaluation interprofessioneller Ausbildung nach Barr et al. (2000) (→ [Kap. 4.2.4](#)), ähnlich wie Hammick et al. 2007 und Reeves et al. 2016. Für alle inkludierten Studien (n = 19) konnten Bezüge zu Stufe 2a (Einstellungen und Wahrnehmungen) und für 12 Studien (63 %) zu Stufe 2b (Wissen und Fähigkeiten) festgestellt werden. Sieben Studien (37 %) untersuchten – analog zu Stufe 3 (Verhaltensänderung) – den wahrgenommenen oder tatsächlichen Transfer interprofessionellen Lernens in eine veränderte Berufspraxis (vgl. Spaulding et al. 2021: 616ff.). Im Review finden sich keine Hinweise zu den Stufen 1 (Reaktion), 4a (organisationsbezogene Veränderungen) und 4b (Patient:innen-Nutzung). Für Stufe 2a zeigte eine Vielzahl der eingeschlossenen Studien eine statistisch signifikante Verbesserung der Einstellungen und Wahrnehmungen (vgl. ebd: 618). Für Stufe 2b fanden sich gemischte Ergebnisse, denn nur wenige Studien

finden statistisch signifikante Verbesserungen beim Erwerb von Wissen und/oder Fähigkeiten. Dabei zeigte sich ein Trend bei der Verbesserung der kooperativen Fähigkeiten (z. B. Kommunikation, Konfliktmanagement/-lösung und der Fähigkeit mit anderen zusammenzuarbeiten) (vgl. ebd.). Für die Ebene der Verhaltensänderung (Stufe 3) fanden sich statistisch signifikante Verbesserungen für Veränderungen im kooperativen Verhalten. Da jedoch die Mehrheit dieser Studien die Verhaltensänderung subjektiv bewertet, raten die Autor:innen zu einer vorsichtigen Interpretation der Ergebnisse (vgl. ebd.). Die Reviewer:innen kommen, ähnlich wie Reeves et al. (2016) zu dem Schluss, dass es Studien bedarf, die besonders die längerfristigen Auswirkungen auf die organisatorische Praxis und den Nutzen für Patient-/Klient:innen (Stufen 4a und 4b) untersuchen und schlagen vor, dafür zukünftig stärker auch Berufstätige in die Untersuchungsdesigns aufzunehmen (vgl. Spaulding et al. 2021: 619).

Neben den Reviews finden sich eine Reihe weiterer IPE-Einzelstudien, die mit Blick auf die Forschungsfragen wichtige Ergebnisse bieten. Es wurden drei Studien ausgewählt, in denen Methoden zum interprofessionellen Lehren und Lernen fokussiert wurden und die Hinweise zum Einsatz und zum Nutzen beinhalten. Diese drei Studien von Khan et al. (2016), Fox et al. (2018) und Huber et al. (2019) werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Für das interprofessionelle Lehren und Lernen spielen die Methoden und Formate eine wichtige Rolle, weshalb auch einige ausgewählte Ergebnisse zu Lehr-Lern-Formen dargestellt werden. **Khan et al. (2016)** suchten, basierend auf einer Literaturrecherche mit 28 inkludierten Artikeln im Zeitraum von Januar 2012 bis Juli 2015, nach innovativen Methoden und Trends, die weltweit zum interprofessionellen Lehren und Lernen im Grundstudium von Gesundheitsberufen angewendet wurden (vgl. ebd.: 279). Sie identifizieren die folgenden Lehr-Lern-Methoden, die in der Regel nicht isoliert zum Einsatz kommen, sondern durch eine Mischung der verschiedenen Methoden (vgl. ebd.: 277ff.):

- simulationsbasierte Angebote
- Rotationen in ländlichen und kommunalen Settings
- interprofessionelle Ausbildungsstationen
- patientenzentrierte Fallstudien
- themenzentrierte Workshops
- studentische Seminare
- Vorlesungen (von Studierenden gehalten)
- Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung
- interaktive Vorträge in einem gemeinsamen Rahmen.

Fox et al. (2018) untersuchten im Rahmen eines Scoping-Reviews Studien zur interprofessionellen Ausbildung, die zum Ziel hatten, interprofessionelle Teamfähigkeit zu bewerten.

Eingeschlossen wurden 33 Studien, die bis Mai 2015 veröffentlicht wurden (vgl. ebd.: 127f.). Die Studienlage zeigt eine große Diversität in den Lehr-Lern-Angeboten hinsichtlich des Zeitpunktes im Semester, der Dauer, des Settings und der beteiligten Berufe. Am häufigsten kamen simulationsbasierte Methoden, erfahrungsorientierte Trainings und aktive Lerngruppen (wie Workshops oder Fallbezüge) zum Einsatz. Allerdings konnten die Forscher:innen, aufgrund der Studienheterogenität und den geringen Informationen zur Umsetzung der Lehr-Lern-Angebote, keine Schlussfolgerungen ziehen, welche Methode sich am besten eignet, um interprofessionelle Teamfähigkeit zu fördern. Festgestellt werden konnte jedoch, und hier stimmt die Schlussfolgerung mit den Ergebnissen anderer Arbeiten überein, dass sich die Wahrnehmungen und Einstellungen zu anderen Gesundheitsberufen nach den verschiedenen Interventionen positiv veränderten (vgl. ebd.: 133).

Während die ersten beiden vorgestellten Studien ausschließlich englischsprachige Studien und Fachartikel einschlossen, führten **Huber et al. (2019)** eine Untersuchung in der Schweiz durch. Ebenfalls auf Basis einer Literaturrecherche wurden Unterrichtsformate ermittelt, die die Grundlage bildeten für eine Online-Befragung von Gesundheitsberufen. Dabei wurde u. a. erfragt, wie sich bestimmte Lehr-Lern-Formate zur Anbahnung von interprofessionellen Kompetenzen eignen. An der Befragung beteiligten sich insgesamt 337 Personen. Davon waren jeweils knapp die Hälfte Studierende und die andere Hälfte Lehrpersonen (vgl. ebd.: 24). In der Literatur zeigen realitätsnahe und praxisbezogene Lehr-Lern-Formate, wie z. B. eine klinische Ausbildungsstation/-klinik oder Simulationsformate, große Wirkung (vgl. ebd.: 23; Fox et al. 2018: 129; Ulrich et al. 2020: 19). Dieses Ergebnis konnte durch die Untersuchung von Huber et al. (2019) bestätigt werden, denn die Befragten halten realitätsnahe Unterrichtsformate, wie klinische Ausbildungsstationen, Lehre am Arbeitsort und Arbeit mit realen Patientenfällen, am geeignetsten für die Ausbildung von interprofessionellen Kompetenzen (vgl. ebd.: 36f.). Als weniger geeignet wurden multiprofessionelle Vorlesungen mit Inhalten zur interprofessionellen Zusammenarbeit sowie onlinebasierte Aktivitäten (auch mit Fallbezug) eingeschätzt (vgl. ebd.). Insgesamt zeigt sich, dass, je nach inhaltlicher Ausrichtung, ein Format- und Methodenmix anzustreben ist und die Teilnehmenden interaktive Formate tendenziell für geeigneter halten als nicht interaktive Formate (vgl. ebd.: 37). Des Weiteren stellten die Forscher:innen fest, dass die Studierenden alle Unterrichtsformate für weniger geeignet halten als die Lehrpersonen. Bei einigen Formaten zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Studierenden und Lehrenden bezüglich der Eignungseinschätzung. Bei den folgenden Formaten schätzen die Studierenden die Eignung niedriger ein als die Lehrenden: Rollenspiele, fallorientierte Online-Aktivitäten, virtuelle Patient:innenfälle, Work Shadowing und Reflexionsrunden (vgl.

ebd.: 39f.). Ein Erklärungsansatz wurde dafür nicht gegeben. Lediglich wurde auf eine frühere Untersuchung verwiesen, bei der sich ein ähnliches Ergebnis herausstellte (vgl. ebd.: 55f.). Abschließend ist positiv herauszustellen, dass die Anzahl an internationalen Publikationen zu interprofessioneller Ausbildung stetig zunimmt. Allerdings wird dabei auf eine oft fehlende theoretische Fundierung hingewiesen und dass für viele der postulierten Effekte nur eine geringe Evidenz vorliegt (vgl. Paradis 2019: 39, 49).

2.3 Sozialisation von Gesundheitsberufen – berufssoziologische Begründung

In pädagogischen und psychologischen Diskussionen nimmt der Bezug zur Sozialisation häufig eine zentrale Rolle ein. Umfangreiche und intensive Lernprozesse, wie sie Ausbildung oder Studiums geschehen, sind eng mit dem Erwerb von Wissen, Fähigkeiten, Werten und Rollen verbunden und prägen die Einstellungen und Haltungen der Lernenden. Damit werden Grundlagen für berufsbezogene Denk- und Arbeitsweisen gelegt, die für die Ausübung eines bestimmten Berufes notwendig sind.

2.3.1 Berufliche Identität und berufliche Sozialisation

Jeder Beruf entwickelt im Laufe der Zeit eine eigene Kultur mit teilweise einzigartigen Denk- und Handlungsweisen. Anhand dieser verschiedenen Berufskulturen können sich Berufe auch unterscheiden. Für die Gesundheitsberufe werden Identität, Werte und Normen der Berufspraxis bereits durch die Bildungserfahrung der Studierenden im Gesundheitswesen geprägt (vgl. Sharpe & Curran 2011: 69). Die Lern- und Arbeitserfahrungen sind für die Sozialisation von Bedeutung. Mit Bezug auf Ward et al. (2017) entstehen berufliche Sozialisation und Identität durch die Interaktionen innerhalb der (interprofessionellen) Ausbildung und den arbeitsplatzbezogenen (interprofessionellen) Praxiserfahrungen (vgl. ebd.: 1). Berufliche Sozialisation ist dabei eng mit dem Erwerb von Wissen, Fähigkeiten, Werten, Rollen und Einstellungen verbunden, die mit der Ausübung eines bestimmten Berufes einhergehen (vgl. Sharpe & Curran 2011: 69). Der Prozess der Sozialisierung beginnt in jedem beruflichen Ausbildungsprogramm, in dem die Studierenden fachspezifische Erfahrungen machen und erstreckt sich auf die künftigen klinischen Praxisumgebungen (vgl. Shustack et al. 2021: 2). Demnach wird interprofessionelle Bildung als ein effektives und zentrales Element verstanden, um sowohl die professionelle als auch die interprofessionelle Identitätsentwicklung positiv zu beeinflussen, Studierende auf die berufliche Sozialisation vorzubereiten und aus ihnen praxisbereite Fachkräfte zu entwickeln (vgl. Mink et al. 2019: 2; Shustack et al. 2021: 6). Insofern ist festzuhalten, dass die interprofessionelle Sozialisation das Verhalten in der interprofessionellen Praxis bestimmt und beeinflusst (Kitto et al. 2010 in Shustack et al. 2021: 6). Im Folgenden werden nun

Ergebnisse von Forschungsarbeiten vorgestellt, in denen die interprofessionelle Sozialisation mittels der ISVS-21 untersucht wurde.

2.3.2 Ausgewählte Forschungsergebnisse

In Untersuchungen zur interprofessionellen Sozialisation kommt oft die *Interprofessional Socialization and Valuing Scale* (ISVS) zum Einsatz (vgl. King et al. 2010, 2016, → [Kap. 5.4.3](#)). In älteren Arbeiten meist anhand der Version mit 24 Items (ISVS-24, z. B. bei De Vries et al. 2016; O'Brien et al. 2013; Stubbs et al. 2017) und in jüngeren Arbeiten mittels der Version mit 21 Items (ISVS-21, z. B. bei Aul & Long 2020; Karnish et al. 2019). Die ISVS-21 wurde ins Deutsche übersetzt und u. a. von Mink et al. (2019, 2020)¹⁴ verwendet. Mahler et al. publizierten 2022 ihre Ergebnisse zur Validierung der deutschen Version (ISVS-21-D), auf die im Kapitel zur Instrumentenbeschreibung (→ [Kap. 5.4.3](#)) eingegangen wird. Im Folgenden werden ausgewählte Studien skizziert, deren Ergebnisse mit Blick auf das vorliegende Forschungsanliegen relevant sind.

Das Ziel der Studie von Aul & Long (2020) war es, die Wahrnehmung der interprofessionellen Sozialisation unter Studierenden der Gesundheitsberufe zu untersuchen. Die Studie wurde mit Studierenden einer Hochschule durchgeführt (n = 414), die in acht verschiedenen Richtungen studierten (u. a. ET, PT und PFL). Es konnte festgestellt werden, dass die Mehrheit der Studierenden (95.2 %) die interprofessionelle Sozialisation als relativ stark wahrnimmt, denn für 20 der 21 Items zeigen sich Mittelwerte zwischen 5.12 und 5.96 (Likert Skala von 1 – 7). Zwischen den Studienrichtungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (vgl. ebd.: 3f.). Die Autorinnen schlussfolgern, dass die Studierenden aufgrund ihrer Teilnahme an interprofessionellen Bildungsaktivitäten und/oder Erfahrungen aus der klinischen Praxis eine hohe Wahrnehmung von den drei Konstrukten *Überzeugungen*, *Einstellungen* und *Verhaltensweisen* haben. Ihrer Meinung nach deuten die Befunde auf eine Bereitschaft der Studierenden hin, die beruflichen Rollen und Verantwortlichkeiten der anderen zu verstehen (vgl. ebd.: 4). Allerdings gehen Aul & Long (2020) in ihrem Beitrag nicht näher auf die Art und den Umfang der interprofessionellen Bildungsaktivitäten ein, die die Studierenden im Vorfeld erfahren haben.¹⁵ Das erschwert konkretere Ableitungen und Schlussfolgerungen.

¹⁴ Die Ergebnisse von Mink et al. sowie die Ergebnisse aus dieser Studie sind in die Validierung des Instruments eingeflossen (vgl. Mahler et al. 2022: 2).

¹⁵ Es haben „114 graduate students“ teilgenommen, weshalb davon auszugehen ist, dass diese in ihrem Grundstudium mit interprofessioneller Bildung (IPE, interprofessional education) in Berührung gekommen sind. Sie schreiben lediglich auf der einen Seite: „There were no IPE events in any of the courses preceding the survey“ (Aul & Long 2020: 2), und schlussfolgern auf der anderen Seite: „This indicates that based on their participation in interprofessional education activities and/or clinical practice“ (ebd.: 4).

Eine Reihe von Prä-Post-Studien unterstreichen das Ergebnis, denn es sind signifikante Verbesserungen der Mittelwerte zur interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS) nach einer interprofessionellen Bildungsaktivität feststellbar. Beispielsweise verdeutlichen Gierach et al. (2020) in ihrer Untersuchung mit Studierenden ($n = 71$) aus fünf verschiedenen Studienrichtungen, dass sich die Mittelwerte aller 21 ISVS-Items nach einem dreiwöchigen Seminar zu *Interdisciplinary Palliative Care* verbessern (vgl. ebd.: 1065). Ebenso zeigt die Untersuchung von Karnish et al. (2019), dass Studierende ($n = 109$) aus drei Studienrichtungen nach der gemeinsamen Simulationsaktivität¹⁶ in allen 21 Items höhere Werte für die Wahrnehmung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung aufweisen als zuvor (vgl. ebd.: 556). Diese Verbesserungen sind statistisch signifikant. Einige Prä-Post-Studien nutzten die frühere Fassung der ISVS mit 24 Items (ISVS-24). Auch diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine aktive interprofessionelle Ausbildung zu einer positiven Einstellung der Studierenden zur interprofessionellen teambasierten Versorgung und zu einer hohen Zufriedenheit mit dem Lernen führen kann (vgl. August et al. 2020: 928; Brown et al. 2018: 6; Cartwright et al. 2013: 91; Perry et al. 2021: 7; Stubbs et al. 2017: 654).

Die deutsche Version der ISVS-21 setzten Mink et al. (2019, 2020) im Rahmen einer interprofessionellen Ausbildungsstation (IPSTA) ein. Pflege- und Medizinstudierende ($n = 121$) waren für vier Wochen auf einer IPSTA tätig und wurden zu drei Messzeitpunkten – vor der Intervention (t_0), direkt nach der Intervention (t_1) sowie drei Monate später (t_2)¹⁷ – befragt (vgl. Mink et al. 2019: 5). Dabei konnten signifikante Veränderungen ($p < .01$) über den zeitlichen Verlauf nachgewiesen werden: Beim Vergleich von t_0 und t_1 ist ein hochsignifikanter Anstieg der Mittelwerte von 0.86 ($SE = 0.08$; $p < .01$) zu erkennen. Nach dem Posttest (t_1) nehmen die positiven Effekte statistisch signifikant ab ($-0,25$; $SE = 0,09$; $p < .05$), aber der Wert der Follow-up-Messung (t_2) ist mit 0.61 ($SE = 0,09$; $p < .01$) immer noch signifikant höher als der Pretest-Score (t_0). Zwischen den Studienrichtungen (Pflege und Medizin) fanden sich keine signifikanten Unterschiede (vgl. Mink et al. 2020: 5).

In den meisten Untersuchungen zum interprofessionellen Lernen sowie zur interprofessionellen Sozialisation werden Studierende fokussiert. Es gibt kaum Arbeiten, die Berufstätige oder Berufseinsteiger:innen einbeziehen. Für diese Zielgruppe liegen daher kaum empirische Daten vor. Dabei zeigen die Ergebnisse zum interprofessionellen Lernen in den Gesundheitsberufen eine positive Entwicklung, auch hinsichtlich einer der interprofessionellen Sozialisation. Ferner zählt das interprofessionelle Lehren und Lernen in vielen

¹⁶ Dabei handelte es sich um eine Versorgungssimulation mit Patient:innen nach Hüft-Totalendoprothese in einem stationären Akutbereich. Die Studierenden kamen aus den Studienrichtungen Pflege, Physiotherapie und medizinische Bildgebung (Radiologie).

¹⁷ 46 Personen (38 %) nahmen zu allen drei Zeitpunkten an der Befragung teil (vgl. Mink et al. 2020: 4).

internationalen und einigen nationalen Ausbildungsprogrammen zu den erforderlichen curricularen Standards. Dennoch konstatieren Shustack et al. (2021), dass es nur wenige Forschungsarbeiten gibt, die sich mit den Erfahrungen beim Übergang der bei IPE-Aktivitäten erworbenen Fähigkeiten in die klinische Praxis befassen (vgl. ebd.: 2).

Hinsichtlich der Zielgruppe ist besonders die neuere Studie von Shustack et al. (2021) hervorzuheben, denn sie erweiterten die Zielgruppe der Studierenden um Berufseinsteiger:innen. Sie befragten Studierende der Gesundheitsberufe¹⁸, die Erfahrungen in einem klinischen Semester gesammelt haben und Personen, die sich im ersten Jahr des Berufseinstiegs befinden, zu ihrer beruflichen Sozialisation (n = 98). Shustack et al. (2021) verwendeten ebenfalls die ISVS-21 sowie vier offene Fragen und soziodemografische Angaben (vgl. ebd.: 1f.). Feststellbar ist, dass sich die Ergebnisse des ISVS-21 aus dieser Studie mit den Ergebnissen aus anderen Studien ähneln, die ausschließlich Studierende fokussieren (vgl. Aul & Long 2020; Gierach et al. 2020; Karnish et al. 2019). Bei Shustack et al. (2021) finden sich die beiden höchsten Mittelwerte beim Item 21 (Vorteile der interprofessionellen Teamarbeit werden erkannt) und beim Item 16 (Sinn des Team-Ansatzes wird besser verstanden). Auch bei Aul & Long (2020) und Karnish et al. (2019) finden sich die höchsten Ausprägungen bei diesen Items. Die Items mit den niedrigsten Werten sind Item 6 (*Wohlfühlen in einer leitenden Rolle in einer Teamsituation*) und Item 7 (*Wohlfühlen mit dem Äußeren eines Standpunktes, wenn andere nicht im besten Sinne des Patienten handeln*). Diese beiden Items zählen auch in den Untersuchungen von Karnish et al. (2019) und Gierach et al. (2020) zu den Items mit den niedrigsten Ausprägungen.¹⁹

Die qualitative Auswertung der offenen Fragen ergab drei Themen und sechs Kategorien, anhand derer die Teilnehmenden die interprofessionelle Sozialisation in der Praxis beschreiben. Tabelle 2-5 zeigt die Hauptthemen 1) *Arbeitsplatzkultur*, 2) *Identität der beruflichen Rolle* und 3) *Stellenwert der interprofessionellen Ausbildung*) sowie die dazugehörigen Kategorien (a – c), die Shustack et al. (2021) aus dem Material generierten. Diese werden anschließend im Folgenden kurz vorgestellt.

¹⁸ Es beteiligten sich 98 Personen aus den Bereichen der Ergotherapie, Logopädie, Medizinische Bildgebung, Pflege und Physiotherapie (vgl. Shustack et al. 2021: 3).

¹⁹ In der Untersuchung von Shustack et al. (2021) ist die Reihenfolge der 21 ISVS-Items verändert worden, was die Vergleichbarkeit mit anderen Arbeiten erschwert. Die veränderte Reihenfolge betrifft die Items 2 bis 8. Da die anderen hier vorgestellten Studien sowie auch die ISVS-21-D sich an der Reihenfolge von King et al. (2016) orientieren, werden die Items aus der Studie von Shustack et al. (2021) hier in der entsprechend angepassten Form verwendet.

Tabelle 2-5: Hauptthemen und Kategorien der interprofessionellen Sozialisation nach Shustack et al. 2021: 3f.

1) Arbeitsplatzkultur		
1a) Kommunikation	1b) Kollaboration	1c) Zeit
2) Identität der beruflichen Rolle		
2a) Berufliches Selbstvertrauen	2b) Verständnis der beruflichen Rolle	2c) Ego der Hierarchie
3) Stellenwert der interprofessionellen Ausbildung		

Quelle: eig. Darstellung

Arbeitsplatzkultur umfasst die gemeinsamen Werte, Überzeugungen, Annahmen und Einstellungen der Menschen im Arbeitsumfeld. Sie kann durch Führung oder bestimmte Praktiken beeinflusst werden und wird von der Routine des Status quo getragen. Sowohl positive wie auch negative Arbeitsplatzkulturen haben einen erheblichen Einfluss auf die allgemeine Arbeitsleistung, die Produktivität, die Zusammenarbeit und die Moral (vgl. Shustack et al. 2021: 3). Die Untersuchung zeigt ferner, dass effektive *Kommunikation* am Arbeitsplatz einen signifikanten Einfluss auf interprofessionelle Sozialisationserfahrung hat. Durch eine ineffektive Kommunikation können Missverständnisse auftreten und die Teamproduktivität beeinträchtigt werden (vgl. ebd.: 4). Die Kommunikation steht in engem Zusammenhang mit der Zusammenarbeit und der Teamarbeit (*Kollaboration*) zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und wurde als wichtiges Element für die berufliche Sozialisation identifiziert (vgl. ebd.). Des Weiteren spielt *Zeit* eine Rolle, z. B. in Form der Häufigkeit und Konsistenz von Teammeetings. Für die Befragten in der Studie von Shustack et al. (2021) ist das ein wesentlicher Baustein einer Arbeitsplatzkultur, die interprofessionelles Arbeiten und Zusammenarbeit wertschätzt (vgl. ebd.).

Berufliches Selbstvertrauen, *berufliches Rollenverständnis* und das *Ego der Hierarchie* sind drei Kategorien, die die berufliche Identität während der interprofessionellen Sozialisation beeinflussen. Für die Bewertung der beruflichen bzw. interprofessionellen Sozialisation ist es hilfreich zu verstehen, wie Berufseinsteiger:innen und Studierende über sich selbst hinsichtlich ihrer beruflichen Rolle denken (vgl. ebd.: 5). Allerdings ist ein Mangel an beruflichem Rollenverständnis im Gesundheitswesen nicht ungewöhnlich, da die Studierenden den größten Teil ihrer Ausbildung innerhalb des eigenen Faches absolvieren. Daher ruft der Eintritt in die berufliche Arbeitswelt eine Unsicherheit hinsichtlich der Funktionen und Verantwortlichkeiten anderer Gesundheitsberufe hervor. Dieser Mangel kann u. a. zu Aufgabenüberschneidungen, Missachtung sowie zu ineffektiver interprofessioneller Teamarbeit führen (vgl.: ebd.).

Für eine gelingende Zusammenarbeit ist es daher unerlässlich, dass das Gesundheitspersonal die Gemeinsamkeiten zwischen den Berufen kennen und sie nicht im egozentrischen Silo ihres jeweiligen Berufes bleiben. Insofern wurde das *Ego der Hierarchie* als Hindernis für eine effektive interprofessionelle Sozialisation identifiziert. Beispielsweise wenn sich Berufsangehörige zu sehr auf ihren Beruf und ihre Praxis konzentrieren oder ihren Beruf im Vergleich mit anderen Berufsgruppen überbewerten (vgl. ebd.).

Abschließend sei noch die Studie von De Vries et al. (2016) erwähnt, in der die ISVS-24 bei berufstätigen Therapeut:innen (aus den Bereichen der Ergotherapie, Freizeittherapie, Physiotherapie sowie Sprach- und Sprechtherapie, n = 376) eingesetzt wurde. Neben der Validierung des Instrumentes für die Zielgruppe der Berufstätigen, stellten sie darüber hinaus keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen hinsichtlich der Überzeugungen, Verhaltensweisen und Einstellungen fest. Jedoch beeinflussen nach De Vries et al. (2016) das Alter, die Erfahrung bei der Teamarbeit sowie die Praxissettings das Wohlbefinden, die Fähigkeit und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Teammitgliedern (vgl. ebd.: 629). Allerdings betont die Studie die Überzeugungen, Verhaltensweisen und Einstellungen des Einzelnen zur tatsächlichen Praxis und nicht, ob Veränderung der Wahrnehmung auf die interprofessionelle Ausbildung zurückzuführen ist (vgl. ebd.: 627).

2.4 Zusammenfassung des Begründungsrahmens

Mit Blick auf das übergeordnete Ziel, dass diese Arbeit einen Beitrag zum Aufbau des Forschungsfeldes Interprofessionalität in den Gesundheitsberufen in Deutschland leisten kann, werden Begründungen aus gesundheits- und bildungswissenschaftlicher sowie berufssoziologischer Perspektive gegeben. Diese werden im Folgenden zusammengefasst.

Seit mehreren Jahren besteht in der Wissenschaftsgemeinschaft rund um das Gesundheitswesen ein Konsens darüber, dass interprofessionelle Lern- und Arbeitsprozesse zunehmend wichtiger werden (vgl. u. a. SVR 2007; WHO 1988; WHO 2010; WR 2012). In der Folge etablierten sich in den letzten Jahren in Deutschland eine beachtliche Reihe von Projekten und Programmen mit dem Ziel, die Zusammenarbeit, die Kooperation und die Kommunikation im Gesundheitswesen zu verbessern. Allerdings steht die Annäherung an den Forschungsgegenstand *Interprofessionalität* im Rahmen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im deutschsprachigen Raum noch am Anfang (vgl. u. a. Kälble 2019: 80). Im Gegensatz dazu kommt Xyrichis (2020) für das internationale Forschungsfeld um Interprofessionalität zu dem Schluss, dass es einen Zustand der Reife erreicht hat, da sich die Wissenschaft in dem Bereich erheblich etabliert hat und verschiedene Forschungs-

methoden und -ansätze repräsentiert, die sich auf verschiedene Personengruppen und Organisationen konzentrieren (vgl. ebd.: 1).

Aufgrund der Probleme im deutschen Gesundheitssystem ist ein erheblicher Innovationsbedarf festzustellen, aus dem sich eine Reihe von Herausforderungen ergeben. Dazu zählen beispielsweise der bereits bestehende Fachkräftemangel, die Zunahme von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen sowie der damit einhergehende erhebliche Kostenanstieg für die Gesundheitsversorgung (→ [Kap. 2.1.1](#)). Der Innovationsbedarf besteht auch hinsichtlich der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, zumal das deutsche Gesundheitssystem von Segmentierung und Fragmentierung sowie ausgeprägten Partialinteressen gekennzeichnet ist (vgl. Atzeni et al. 2017: 47; Hofmann et al. 2022: 185; SVR 2007: 69). Um diesen Herausforderungen und Problemen adäquat zu begegnen, soll die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis gestärkt werden. Damit verbunden ist auch der Ruf nach interprofessioneller Kompetenzentwicklung in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe (vgl. u. a. WHO 2010: 13). Allerdings besteht zugleich Einigkeit darüber, dass diese Probleme und Herausforderungen nicht allein durch interprofessionelle Zusammenarbeit behoben werden können.

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist zudem ein multidimensionales Konstrukt und abhängig vom jeweiligen Kontext (vgl. Gurtner & Wettstein 2019: 4ff.). Das heißt, sie kann sich in verschiedenen Versorgungsbereichen unterschiedlich gestalten. Die beteiligten Personen können ein divergentes Verständnis darüber besitzen und die interprofessionelle Zusammenarbeit subjektiv anders wahrnehmen (vgl. Ulrich et al. 2020: 5). Hinzukommen begünstigende oder hinderliche Faktoren aus verschiedenen Bereichen. Nach San Martín-Rodríguez et al. (2005: 133) beeinflussen interaktionelle, organisatorische und systemische Determinanten den Erfolg der Zusammenarbeit. Diese Determinanten sind vor dem Hintergrund der Spezifik des deutschen Gesundheitssystems systematisch zu betrachten und entsprechend zu bearbeiten. Damit kann ein Beitrag geleistet werden, um nachhaltige Strategien für interprofessionelles Lehren, Lernen und Arbeiten zu etablieren (vgl. Ewers & Schaeffer 2019: 55ff.; Kapp-Fröhlich et al. 2022: 17f.).

Mit Blick auf die Ausbildung der Pflege- und Therapieberufe in Deutschland ist festzuhalten, dass sich mit den gesellschaftlichen Veränderungen wie z. B. demografische Entwicklungen, medizinisch-technischer Fortschritt und innovativere Versorgung auch die Anforderungen an die Gesundheitsberufe und deren Ausbildungen ändern. Damit verbunden sind die Forderungen nach einer Akademisierung und Professionalisierung der Gesundheitsberufe, die in den letzten Jahren auch erkennbar vorangeschritten sind. Beispielsweise wurde eine Reihe von Studiengängen in den Pflege- und Therapieberufen auf- und ausgebaut. Die

gesellschaftlichen Veränderungen sowie die sich daraus ergebenden Veränderung im Gesundheitssystem verlangen eine nutzer:innenorientierte und eine berufsgruppenübergreifend abgestimmte Zusammenarbeit, wenn das Ziel der qualitativ hochwertigen und kontinuierlich verbessernden Patient:innenversorgung auch weiterhin verfolgt werden soll.

Die Ergebnisse aus Studien zum Verbleib der Bachelorabsolvent:innen, wie z. B. *HQGplus* und *VAMOS*, zeigen, dass ein Großteil der Absolvent:innen in der unmittelbaren Gesundheitsversorgung tätig wird und nur ein Viertel ein weiterführendes Studium²⁰ aufnimmt (vgl. WR 2022: 37). Damit kann unterstrichen werden, dass die Studierenden auch tatsächlich für den Arbeitsmarkt qualifiziert werden und spezifische Kompetenzen einen Mehrwert für die Versorgung darstellen können (vgl. ebd: 13). Allerdings ist dem entgegenzusetzen, dass der Anteil hochschulisch qualifizierter Gesundheitsberufe in der Versorgungspraxis auf unter 1 % geschätzt wird und damit noch sehr gering ist (vgl. ebd.).

Die Befähigung zur interprofessionellen Zusammenarbeit kann als spezifische Kompetenz verstanden werden, die im Rahmen eines Studiums angebahnt wird. Für die Gestaltung einer effektiven interprofessionellen Ausbildung sowie zur Unterstützung einer erfolgreichen kollaborativen Praxis spielt das Verständnis für die Prozesse der beruflichen Sozialisation eine bedeutsame Rolle (vgl. Mahler et al. 2022: 1). Berufliche Sozialisation ist mit dem Erwerb von Wissen, Fähigkeiten, Werten, Rollen und Einstellungen verbunden, die mit der Ausübung eines bestimmten Berufes einhergehen (vgl. Sharpe & Curran 2011: 69). Insofern bestimmt und beeinflusst die berufliche Sozialisation das Verhalten der Personen in der beruflichen Praxis.

Im deutschsprachigen Raum hat sich der Fokus auf die interprofessionelle Bildung als Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit erst sukzessive erweitert. In diesem Zusammenhang werden nun auch zunehmend berufliche Sozialisationsprozesse und berufliche Identitätsentwicklung als Grundlagen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen diskutiert und analysiert (vgl. Brandes et al. 2022: 176ff.; Handgraaf et al. 2016: 52; Mink et al. 2022: 99f.; Walkenhorst 2015: 572, 579). Die wachsende Anerkennung der interprofessionellen Sozialisation in den Gesundheitsberufen spiegelt sich auch verstärkt in der Forschung zu Interprofessionalität wider. Jedoch werden weitere Untersuchungen gefordert und insgesamt wird für das Feld der interprofessionellen Sozialisation ein Mangel an Forschung konstatiert (vgl. Khalili & Orchard 2020: 1; Mink et al. 2022: 101; Olson & Bialocerkowski 2014: 244; Walkenhorst 2015: 587).

²⁰ Mehr als die Hälfte davon im Bereich der Gesundheitsfachberufe (vgl. WR 2022: 12f.).

Das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit wird zunehmend in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe berücksichtigt und hat in Deutschland in den letzten Jahren vor allem in den akademischen Qualifizierungswegen der Gesundheitsberufe an Popularität gewonnen. Der Wissenschaftsrat (2012) empfiehlt den Ausbau von grundständigen Studiengängen mit dem Ziel eines Abschlusses, der zu einer unmittelbaren patient:innenbezogenen Tätigkeit befähigt (vgl. ebd: 82). Für diese Studiengänge wird zur interprofessionellen Kompetenzentwicklung eine inhaltliche und strukturelle Verzahnung der pflege- und therapiewissenschaftlichen sowie medizinischen Studiengänge empfohlen und damit ein Aufbruch der monoprofessionellen Bildungskultur (vgl. ebd.: 84). Insofern wurden besonders im Bereich der primärqualifizierenden Pflege- und Therapiestudiengänge in den letzten Jahren eine Vielzahl weiterer und teils curricular verankerter interprofessioneller Lehr-Lern-Angebote entwickelt. In der Folge standen in den letzten Jahren die Entwicklung, Erprobung und Evaluation von inhaltlich und zeitlich begrenzten Bildungsangeboten im Vordergrund. Hinsichtlich der Forschung zur interprofessionellen Bildung in Deutschland fehlen bisher Untersuchungen auf einer übergeordneten Ebene, um damit einen Beitrag zur evidenzbasierten und nachhaltigen Implementierung zu leisten (vgl. Ewers & Schaeffer 2019: 65; Ewers & Walkenhorst 2019: 27).

Viele Studien, vor allem aus dem internationalen Forschungskontext, zeigen einen signifikanten Einfluss von interprofessionellen Bildungsinterventionen auf das Wissen, die Fähigkeiten und die Einstellungen der Lernenden (vgl. Fox et al. 2018: 133; Guraya & Barr 2018: 164; Hammick et al. 2007: 746; Reeves et al. 2016: 665). Geringe Nachweise konnten bisher zu den Auswirkungen von IPE auf Verhaltensänderungen bei den Lernenden sowie hinsichtlich organisatorischer Praktiken und dem Nutzen für die Patient-/Klient:innen erbracht werden (vgl. Hammick et al. 2007: 746f; Reeves et al. 2016: 657; Spaulding et al. 2021: 619). Insgesamt wird geschlussfolgert, dass interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation die Gesundheitsprozesse und deren Ergebnisse verbessern (vgl. Zwarenstein et al. 2009: 2). Allerdings fehlt es, auch im Rahmen internationaler Studien, an belastbaren Daten zu den Auswirkungen interprofessioneller Bildungsarbeit auf die Gesundheitsversorgung (vgl. u. a. Brandt et al. 2014: 398; Paradis 2019: 49). Aus Metaanalysen zur Wirksamkeit des interprofessionellen Lernens und zu den Effekten der interprofessionellen Zusammenarbeit (→ [Kap. 2.1.3](#) und [Kap. 2.2.4](#)), konnten keine allgemeingültigen Schlüsse zur Wirksamkeit von interprofessioneller Bildung gezogen werden. Als Gründe wurden die geringe Anzahl von eingeschlossenen Studien sowie die vielseitigen Unterschiede in den Studien (heterogene Studiendesigns, IPE-Interventionen und Praxissettings) angegeben

(vgl. Guraya & Barr 2018: 164; Reeves et al. 2008: 2; Reeves et al. 2013: 11; Reeves et al. 2017: 2f.; Zwarenstein et al. 2009: 2).

In der Fachliteratur findet sich eine Reihe von Methoden, die im Rahmen des interprofessionellen Lehrens und Lernens eingesetzt werden (vgl. Khan et al. 2016: 277ff.). Vor allem den realitätsnahen und praxisbezogenen Lehr-Lern-Formaten wird eine große Wirkung zugeschrieben (vgl. Fox et al. 2018: 129; Huber et al. 2019: 23; Olson & Bialocerkowski 2014: 242; Ulrich et al. 2020: 19). Die Untersuchung von Huber et al. (2019) zu geeigneten Unterrichtsformaten für interprofessionelles Lehren und Lernen (IPLL) zeigt, dass in der Praxis die Methoden in der Regel gemischt zum Einsatz kommen und nicht isoliert (vgl. ebd.: 21ff.). Die Studienergebnisse bestätigen, dass die Eignung realitätsnaher Unterrichtsformate, wie klinische Ausbildungsstationen, Lehre am Arbeitsort und Arbeit mit realen Patient:innenfällen für die Ausbildung von interprofessionellen Kompetenzen von den Studienteilnehmer:innen²¹ höher bewertet wird als multiprofessionelle Vorlesungen oder onlinebasierte Aktivitäten (vgl. ebd.: 36f.). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Olson & Bialocerkowski (2014) in ihrer systematischen Überprüfung zur Eignung von Methoden für IPLL an Hochschulen. Fox et al. (2018) konnten in ihrem Review, aufgrund der Heterogenität in den eingeschlossenen Studien und den geringen Informationen zur Umsetzung der Lehr-Lern-Angebote, keine Schlussfolgerungen zur idealtypischen Eignung von Methoden ziehen (vgl. ebd.: 133). Sie verweisen auf eine große Diversität in den Lehr-Lern-Angeboten hinsichtlich des Zeitpunktes im Semester, der Dauer, des Settings und der beteiligten Berufe und bestätigen damit die Ergebnisse aus Untersuchungen anderer Forscher:innen (vgl. ebd.).

Insgesamt ist positiv herauszustellen, dass es in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme in der Anzahl der durchgeführten Studien sowie in der Qualität der Studien gegeben hat. Dennoch sind weitere Studien mit gemischten Methoden sowie längere Nachuntersuchungen erforderlich, um die Auswirkungen von praxisorientierten interprofessionellen Interventionen auf die berufliche Praxis und die Ergebnisse im Gesundheitswesen fundierter nachweisen zu können (vgl. Olson & Bialocerkowski 2014: 244; Reeves et al. 2016: 657; Reeves et al. 2017: 2f.; Zwarenstein et al. 2009: 2). Des Weiteren wird empfohlen zukünftig stärker auch Berufstätige in die Untersuchungsdesigns aufzunehmen (vgl. Spaulding et al. 2021: 619). In dem Zusammenhang ist die Längsschnittuntersuchung von Pollard et al. zu erwähnen, bei der Studierende und später Berufseinsteiger:innen zu vier Zeitpunkten – vom

²¹ Dazu zählen Studierende und Lehrende. Allerdings unterscheiden sich die Gruppen in den Einschätzungen zur Eignung der Unterrichtsformate zur Ausbildung interprofessioneller Kompetenzen. Im Vergleich zu den Lehrenden bewerten die Studierenden alle Unterrichtsformate als weniger geeignet als die Lehrenden (vgl. Huber et al. 2019: 39).

Eintritt ins Studium bis zum ersten Jahr im Beruf – zum kollaborativen Lernen und Arbeiten befragt wurden (vgl. Pollard et al. 2006: 543). Es wurde festgestellt, dass die Studierenden, die interprofessionell ausgebildet wurden, ihre interprofessionellen Kompetenzen positiver bewerteten als jene Studierenden, die monoprotationell ausgebildet wurden (vgl. Pollard & Miers 2008: 400). Außerdem profitierten die Berufspraktiker:innen anfänglich von ihren IPE-Erfahrungen. Allerdings zeigten sie sich nach 9 bis 12 Monaten in der Praxis weniger positiv gegenüber IPE eingestellt als noch zu früheren Erhebungszeitpunkten (vgl. ebd.: 411). In einigen Studien (z. B. bei Olson & Bialocerkowski 2014; Pollard et al. 2006 oder Pollard & Miers 2008), wurde auf den Prozess der interprofessionellen Sozialisation verwiesen. Es wurde festgestellt, dass frühere Arbeitserfahrungen die Ansichten der Studierenden über IPE beeinflusst haben und die unterschiedlichen Einstellungen gegenüber IPE mit professionellen Sozialisationsprozessen verbunden sind (vgl. Reeves et al. 2016: 661). Es wurde eine Reihe von Studien, vor allem in der internationalen Forschungsliteratur, gefunden, die sich mit der Wahrnehmung der interprofessionellen Sozialisation von Gesundheitsberufen befassen (→ [Kap. 2.3.2](#)). In den Studien, die dafür die ISVS (ISVS-24, ISVS-21 oder ISVS-21-D) verwendeten, wurden meist Studierende befragt und nur in zwei Studien Berufstätige einbezogen (vgl. De Vries et al. 2016; Shustack et al. 2021). Für diese Zielgruppe liegen daher kaum empirische Daten vor. Außerdem gibt es nur wenige Forschungsarbeiten, die sich mit dem Übergang in die klinische Praxis und den damit verbundenen Erfahrungen sowie den durch IPE-Aktivitäten erworbenen Fähigkeiten befassen (vgl. Shustack et al. 2021: 2). De Vries et al. (2016) verdeutlichen mit ihren Befunden, dass interprofessionelle Zusammenarbeit ein multidimensionales Konstrukt und kontextabhängig ist (vgl. Gurtner & Wettstein 2019: 4ff.). Sie stellen fest, dass Alter, Erfahrung bei der Teamarbeit und Praxissettings das Wohlbefinden, die Fähigkeit und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Teammitgliedern beeinflussen (vgl. ebd.: 629). In den Studien zur interprofessionellen Sozialisation zeigt sich Einigkeit dahingehend, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studien- oder Berufsrichtungen bestehen (vgl. Aul & Long 2020: 3f.; De Vries et al. 2016: 629; Mink et al. 2020: 5). Außerdem konnten in einer Reihe von Prä-Post-Studien festgestellt werden, dass sich die ISVS-Mittelwerte nach einer interprofessionellen Bildungsaktivität signifikant verbesserten (vgl. Aul & Long 2020: 3f.; Gierach et al. 2020: 1065; Karnish et al. 2019: 556; Mink et al. 2020: 5). In der Studie von Mink et al. (2020) mit drei Messzeitpunkten (t₀, t₁, t₂) reduzieren sich allerdings nach dem Posttest (t₁) die positiven Effekte statistisch signifikant. Der Wert der Follow-up-Messung (t₂) bleibt dennoch signifikant höher als der Pretest-Score (t₀) (vgl. ebd.: 5). Shustack et al. (2021) stellten ihrer Zielgruppe (Studierende mit Erfahrungen in einem klinischen Semester und Berufseinsteiger:innen) zusätzlich vier offene Fragen, die

darauf abzielen, wie Teilnehmende die interprofessionelle Sozialisation in der Praxis erleben (vgl. ebd.: 1f.). Die qualitative Auswertung dieser offenen Fragen ergab drei Themen: Arbeitsplatzkultur, Identität der beruflichen Rolle und Stellenwert der interprofessionellen Ausbildung (vgl. ebd.: 3f.). Daraus ist abzuleiten, dass diese Bereiche bei dem Sozialisationsprozess eine Rolle spielen und in weiterführenden Arbeiten zu berücksichtigen sind.

3 FORSCHUNGSZIELE, FRAGESTELLUNGEN UND UNTERSUCHUNGSDESIGN

Im vorherigen Kapitel zum wissenschaftlichen Begründungsrahmen wurden die für die Untersuchung relevanten Begründungen dargestellt. Dabei standen einerseits die Zusammenhänge für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis sowie für das interprofessionelle Lehren und Lernen in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe in Deutschland im Fokus und andererseits wurden Forschungslücken aufgezeigt. Daran anschließend werden in diesem Kapitel die Forschungsziele, die Forschungsfragen (Kap. 3.1) sowie die Operationalisierung der Forschungsfragen (Kap. 3.2) vorgestellt. Das Kapitel endet mit einem Überblick über das methodische Vorgehen (Kap. 3.3).

3.1 Forschungsziele und Forschungsfragen

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Beitrag zum Aufbau des Forschungsfeldes Interprofessionalität in den Gesundheitsberufen in Deutschland zu leisten. Denn obwohl in den deutschsprachigen Ländern das Thema Interprofessionalität in den letzten Jahren zwar einen deutlichen Aufschwung erlebte, ist das entsprechende Forschungsfeld dazu in Deutschland noch recht jung (vgl. Ewers et al. 2019: 10; Walkenhorst 2015: 573; Walkenhorst & Kunze 2023: 117).

Es entstand eine Reihe von Initiativen und Projekten zur Entwicklung interprofessioneller Lehr-Lern-Konzepte – oft mit den dazugehörigen Evaluationen. Jedoch findet sich selten eine projektübergreifende, vergleichende oder breit aufgestellte und reflektierende Forschung in dem Bereich. Oft handelt es sich um deskriptive Studien, die die Einstellung gegenüber dem interprofessionellen Lernen, die Zufriedenheit und den Lernzuwachs der Teilnehmer:innen untersuchen. Andere Aspekte wie berufliche Identität und Sozialisation im Kontext interprofessioneller Lern- und Arbeitssituationen oder nachhaltige Effekte interprofessioneller Bildungsarbeit finden sich bisher kaum (vgl. Ewers et al. 2019: 9; Mette & Hänze 2020: 188; Walkenhorst 2015: 579). Hinsichtlich der interprofessionellen Sozialisation wird ein Mangel an Forschung konstatiert und weitere Untersuchungen werden gefordert (vgl. Khalili & Orchard 2020: 1; Mink et al. 2022: 101; Olson & Bialocerkowski 2014: 244; Walkenhorst 2015: 587).

Die Ergebnisse aus internationalen Studien und zunehmend auch aus nationalen Studien bestätigen für die Gesundheitsberufe, dass Personen, die in ihrem Studium an interprofessionellen Lehr-Lern-Arrangements teilgenommen haben, kompetenter im kollaborativen Umgang mit anderen Berufsgruppen sind und effektiver mit anderen Gesundheitsberufen zusammenarbeiten (vgl. Al-Qahtani 2016: 584; Behrend 2020: 20; Blum et al. 2020: 9;

Dieterich et al. 2019: 181f.; Mink et al. 2020: 7; Reeves et al. 2016: 657). Doch es wird noch mehr und belastbarere Evidenz für die Auswirkungen des interprofessionellen Lernens auf die Versorgungspraxis benötigt. Hierbei ist vor allem relevant zu klären, inwiefern damit Vorteile und/oder – auch längerfristige – Verbesserungen für die Nutzer:innen des Gesundheitsversorgungssystems einhergehen (vgl. Ewers et al. 2019: 9; Reeves et al. 2016: 657).

Der Ausgangspunkt dieser Arbeit sind zwei in der Literatur vielfach beschriebene Annahmen:

- Interprofessionelles Lehren und Lernen führt zu Verbesserungen in den Einstellungen und Wahrnehmungen sowie zu Verbesserungen bei den kooperativen Kenntnissen und Fähigkeiten.
- Die Interaktionen innerhalb der interprofessionellen Ausbildung sowie die interprofessionellen Praxiserfahrungen prägen die berufliche Identität und die interprofessionelle Sozialisation.

Auf dieser Basis wurde eine hochschulübergreifende, deutschlandweite Untersuchung konzipiert, bei der verschiedene IPE-Konzepte für Pflege- und Therapiestudiengänge von primärqualifizierenden Hochschulen betrachtet und Teilnehmer:innen dieser Studiengänge zum interprofessionellen Lernen und Arbeiten befragt werden. Die Studie ist mit zwei Forschungssträngen versehen:

- 1) Forschungsstrang Ausbildung/Studium sowie
- 2) Forschungsstrang Berufspraxis/Berufseinstieg.

Im *Forschungsstrang Ausbildung/Studium* werden zum einen Studiengangsverantwortliche zu den IPE-Konzepten in den primärqualifizierenden Studiengängen befragt (qualitative Datenerhebung). Ziel der Interviews ist es, einen Einblick in die bestehenden IPE-Konzepte der inkludierten primärqualifizierenden Studiengänge im Bereich Pflege und Therapie zu erhalten. Das Interviewmaterial bildet die Basis, um eine Typologie für interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte in primärqualifizierenden Studiengängen zu entwickeln. Außerdem werden in dem Forschungsstrang Studierende aus diesen Studiengängen zu ihren Denk- und Arbeitsweisen sowie ihren Haltungen zu Interprofessionalität befragt (quantitative Datenerhebung), um herauszufinden, wie sich die Studierenden diesbezüglich selbst einschätzen. Diese Ergebnisse sollen mit der entwickelten Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte in Verbindung gebracht werden, um zu untersuchen, ob Zusammenhänge zwischen den Selbsteinschätzungen der Studierenden und den identifizierten Typen erkennbar sind.

Im *Forschungsstrang Berufspraxis/Berufseinstieg* werden mit den Berufseinsteiger:innen retrospektiv die Erfahrungen mit dem IPLM im Studium betrachtet sowie die Erfahrungen

mit der (interprofessionellen) Zusammenarbeit am aktuellen Arbeitsplatz (quantitative Datenerhebung). Ziel dieser Teilerhebung ist, zu untersuchen, inwiefern interprofessionelles Lernen im Studium die berufliche Sozialisation beeinflusst und auf interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis vorbereitet.

Die Untersuchung folgt der übergeordneten Forschungsfrage:

Forschungsfrage:

Welche Bedeutung hat die Konstruktion der interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepte und die damit einhergehende interprofessionelle Sozialisation in den Gesundheitsberufen für die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit?

Dabei werden folgende Unterfragen abgeleitet bzw. konkretisiert:

Unterfragen:

- 1) Inwiefern unterscheiden sich Studierende hinsichtlich ihrer interprofessionellen Sozialisation (Denk- und Arbeitsweisen), wenn sie während ihres Studiums unterschiedliche interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte erfahren haben?
- 2) Stellt eine interprofessionelle Sozialisation im Studium eine Basis für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit während des Berufseinstiegs dar?
- 3) Welche Lern- und Arbeitsbedingungen beeinflussen die Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit während des Berufseinstiegs?

Mit der Beantwortung dieser Fragestellung sollen Aussagen zu den Konsequenzen von interprofessionell organisierter Bildung im Hinblick auf die (spätere) interprofessionelle Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen getroffen werden. Daraus sollen entsprechende Ableitungen für die curriculare und didaktische Arbeit gewonnen werden und in die (Weiter-)Entwicklung von interprofessionellen Lehr-Lern-Angeboten einfließen. Die Ergebnisse sind für die (Weiter-)Entwicklung von interprofessionellen Lehr-Lern-Angeboten von besonderer Bedeutung, weil Lernprozesse in den Ausbildungen (spätere) Arbeitsprozesse beeinflussen können (vgl. Heinz 1995: 7).

3.2 Operationalisierung der Forschungsfragen

Für die weitere methodische Planung und Umsetzung der Studie gilt es die Forschungsfragen zu operationalisieren. Deshalb wird im Folgenden vorgestellt, wie die mit den Forschungsfragen verknüpften Konstrukte im Rahmen der Mixed-Methods-Studie operationalisiert werden.

Mit Blick auf die übergeordnete Forschungsfrage **„Welche Bedeutung hat die Konstruktion der interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepte und die damit einhergehende interprofessionelle Sozialisation in den Gesundheitsberufen für die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit?“** werden zunächst a) die Gesundheitsberufe, b) die interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepte sowie c) die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit genauer erläutert.

a) Gesundheitsberufe

Für die Gesundheitsberufe werden stellvertretend die vier Berufe Ergotherapie, Logopädie, Pflege und Physiotherapie exemplarisch ausgewählt. Dies geschieht vor dem Hintergrund der ähnlichen und damit eher vergleichbaren Strukturen in den Studiengängen (→ [Kap. 2.2.2](#)). Hinsichtlich der Studiengänge wird der Fokus ausschließlich auf primärqualifizierende Studiengänge in den Pflege- und Therapieberufen (ET, LP, PT) gelegt. Diese Fokussierung erscheint aus mehreren Gründen sinnvoll. Erstens weil die Bestrebung, IPE in den Ausbildungen in Deutschland zu etablieren, stark mit der Akademisierung der Gesundheitsberufe verbunden ist. Durch die Akademisierung haben sich die Ausbildungen mitsamt den inhaltlichen Themen und strukturellen Möglichkeiten verändert bzw. erweitert. Auch findet sich die Zielsetzung, die Lernenden zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu befähigen, deutlich häufiger in Modulhandbüchern der entsprechenden Studiengänge als in fachschulischen Lernzielkatalogen (vgl. Kälble 2019: 72; Nock 2020: 50ff.; Rübiger & Beck 2018: 159). Zweitens haben die gesundheitsbezogenen Studiengänge inhaltliche Schnittstellen und können entsprechende Synergieeffekte nutzen. Bereits 2012 empfahl der Wissenschaftsrat diese Studiengänge inhaltlich und strukturell zu verzahnen, um der interprofessionellen Kompetenzvermittlung ein stärkeres Gewicht zu geben (vgl. WR 2012: 84). Der Ausbau der pflege- und therapiewissenschaftlichen Studiengänge soll nicht isoliert voneinander erfolgen und die Möglichkeiten der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit sind bei der institutionellen Verortung, der Einrichtung und dem curricularen Aufbau der Studiengänge zu berücksichtigen (vgl. ebd.: 83f.). Die Studiengänge sollen „wesentlich deutlicher als in der schulischen Ausbildung auf die bestehenden Gemeinsamkeiten abgestellt werden“ (WR 2012: 83f., vgl. Hochschulrektorenkonferenz (HRK) 2017: 8). Ein weiterer Grund für die Fokussierung auf primärqualifizierende Studiengänge ist die Tatsache, dass in Deutschland eine noch sehr heterogene Landschaft hinsichtlich der Ausrichtungen und Formate der Pflege- und Therapiestudiengänge existiert (→ [Kap. 2.2.2](#)). Aufgrund dessen ist ein Vergleich von Studiengängen verschiedener Studienformen kaum möglich (vgl. Lademann et al. 2016: 341) und wäre mit zusätzlichen methodischen Herausforderungen für das Studiendesign verbunden. Aus diesen Gründen

werden in der Studie ausschließlich primärqualifizierende Studiengänge der Pflege- und Therapieberufe hinsichtlich ihrer interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepte untersucht. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass prospektiv ähnliche Untersuchungen mit anderen Studien- bzw. Ausbildungsgängen durchgeführt werden.

b) interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte

Es wird davon ausgegangen, dass die an den Hochschulen angebotenen interprofessionellen Lehr-Lern-Angebote studiengangintern diskutiert und abgestimmt wurden. Daher wird übergeordnet der Begriff *Lehr-Lern-Konzepte* verwendet. Der in seiner Bedeutung weit gefasste Begriff *Konzept* ist bewusst gewählt, um möglichst viele verschiedene Formen von interprofessionellen Lehr-Lern-Angeboten einzuschließen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die interprofessionellen Lehr-Lern-Arrangements an den Hochschulen in Deutschland in ihrer Komplexität unterschiedlich sind (vgl. Hallwaß & Hollweg 2017: 103; Handgraaf et al. 2016: 48; Walkenhorst & Heinzemann 2019: 394). Insofern werden in dieser Arbeit unter dem Begriff *Konzepte* sowohl ausgearbeitete Curricula für IPE sowie auch vereinzelte oder fakultativ angebotene Seminare zu IPE zusammengefasst.

c) interprofessionelle Sozialisation als eine Grundlage für die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Während eines Studiums oder einer Berufsausbildung finden Sozialisationsprozesse statt, von denen die erfolgreiche Übernahme von berufsbezogenen Werten, Haltungen und Einstellungen abhängig ist (vgl. Clement 2020: 57; Huber et al. 2019: 53). So wird angenommen, dass die Erfahrungen mit interprofessionellen Lehr-Lern-Gelegenheiten im Studium einen Einfluss auf die interprofessionellen Überzeugungen und Verhaltensweisen haben sowie auf die Haltung mit anderen zusammenzuarbeiten (vgl. Khalili & Orchard 2020: 3). Insofern wird in der vorliegenden Untersuchung die interprofessionelle Sozialisation als eine Grundlage für die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit betrachtet. Für die Untersuchung relevanter Konstrukte empfehlen Döring & Bortz (2016) die Verwendung von Instrumenten, die bereits in anderen Studien eingesetzt und hinsichtlich der Gütekriterien untersucht wurden (vgl. ebd: 407). Diesem Vorschlag wird in der vorliegenden Studie gefolgt, da zur Untersuchung der interprofessionellen Sozialisation das in Kanada entwickelte Instrument *Interprofessional Socialization and Valuing Scale* (ISVS) mit 21 Items benutzt wird (vgl. King et al. 2010). Die ISVS wurde bereits in zahlreichen Studien und Projekten international sowie national eingesetzt und liegt in der deutschen Übersetzung als *Interprofessionelle Sozialisations- und Bewertungsskala* (ISVS-21-D) vor (vgl. Mahler et al. 2022) (→ [Kap. 5.4.3](#)). Sie wurde entwickelt, um die interprofessionelle

Sozialisation widerzuspiegeln, indem Überzeugungen, Verhaltensweisen und Einstellungen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit ermittelt werden. Anhand eines Instrumentes, welches Aussagen zur interprofessionellen Sozialisation ermöglicht, kann mit Verweis auf King et al. (2010) der Erfolg von Bildungsmaßnahmen bewertet und die interprofessionelle Teamarbeit am Arbeitsplatz beurteilt werden (vgl. ebd.: 78). Außerdem wird mit der Verwendung eines standardisierten Fragebogens der Empfehlung von Döring & Bortz (2016) gefolgt und ein Instrument verwendet, welches bereits hinsichtlich der Gütekriterien untersucht und in anderen Studien eingesetzt wurde, sodass eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien gegeben ist (vgl. ebd: 407).

Im weiteren Verlauf werden die drei Forschungsunterfragen (→ [Kap. 3.1](#)) mit den entsprechenden Variablen operationalisiert. Eine detaillierte Auflistung erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt in dem Kapitel zum Auswertungskonzept (→ [Kap. 5.5.2](#)), wo ebenfalls die Hypothesen dargestellt sind.

Forschungsfragen: 1. Unterfrage

Inwiefern unterscheiden sich Studierende hinsichtlich ihrer interprofessionellen Sozialisation (Denk- und Arbeitsweisen), wenn sie während ihres Studiums unterschiedliche interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte erfahren haben?

Mit der ersten Unterfrage wird die interprofessionelle Ausbildung im Studium fokussiert. Auf Grundlage der beschriebenen Feststellung, dass sich die Teilnahme an interprofessionellen Lehr-Lern-Veranstaltungen bei Studierenden positiv auf die Zusammenarbeit und den Umgang mit anderen Berufsgruppen auswirkt, soll zunächst untersucht werden, ob sich die Selbsteinschätzung der Studierenden anhand der ISVS-21-D (ISVS_Mean) im Verlauf des Studiums verändert (Zeitpunkt Studierende Mitte und Ende Studium) (→ [Hypothese H 01](#)).

Ergänzend soll überprüft werden, ob die Studienrichtung eine Rolle bei der Selbsteinschätzung anhand der ISVS-21-D (ISVS_Mean) spielt. Frühere Untersuchungen zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studien- oder Berufsrichtungen (vgl. Aul & Long 2020, De Vries et al. 2016; Mink et al. 2020), sodass hier von der Nullhypothese ausgegangen werden kann (→ [Hypothese H 02](#)).

Des Weiteren soll untersucht werden, ob die Vorerfahrungen der Studierenden einen Einfluss auf die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit hat (→ [Hypothese H 03](#)). In Anlehnung an De Vries et al. (2016), die in ihrer Studie u. a. feststellten, dass Erfahrungen bei der Teamarbeit und Praxissettings die Bereitschaft zur Zusammenarbeit beeinflussen, wird angenommen, dass eine vorherige Ausbildung oder berufliche Tätigkeit in dem Feld die berufliche Sozialisation prägt und sich auch auf die Überzeugungen,

Verhaltensweisen und Einstellungen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit auswirkt. Die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit wird anhand des Mittelwertes der ISVS-21-D (ISVS_Mean) abgebildet. Durch die Unterscheidung in die drei unabhängigen Variablen (UV), ob Vorerfahrungen im Berufsfeld *Gesundheit*, in einem anderen beruflichen Feld oder keinerlei Vorerfahrungen vorliegen, soll eine erste Annäherung stattfinden.

Auf Basis der qualitativen Interviews wird jeder Interviewfall (= einzelner Studiengang oder eine Hochschule) einem Typ in der entwickelten IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte zugeordnet. Das geschieht anhand vorab festgelegter Dimensionen und Kriterien zum Umfang und zur Komplexität der interprofessionellen Bildungsangebote. Die einzelnen Typen und folglich die dahinterstehenden Lehr-Lern-Konzepte sind durch die Typenzuordnung untereinander vergleichbar. Es soll untersucht werden, ob sich die Studierenden – je nach Typenzuordnung (Typ_Typologie, Typ A – D) – in der Selbsteinschätzung zur interprofessionellen Sozialisation (ISVS_Mean) unterscheiden (→ [Hypothese H 04](#)).

Forschungsfragen: 2. Unterfrage

Stellt eine interprofessionelle Sozialisation im Studium eine Basis für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit während des Berufseinstiegs dar?

Mit der zweiten Unterfrage wird das interprofessionelle Lernen und Arbeiten beim Übergang vom Studium in den Berufseinstieg fokussiert. Anhand der ISVS-21-D ist zu überprüfen (ISVS_Mean), inwiefern sich die Selbsteinschätzung der Berufseinsteiger:innen im Laufe des Berufseinstiegs von t1 zu t2 verändert (→ [Hypothese H 05](#)). Außerdem kann die Veränderung der Werte im ISVS-21-D (ISVS_Mean) im zeitlichen Verlauf vom Studium über die Berufseinstiegsphase (Gruppe Studierende Mitte, Ende, Berufseinsteiger:innen t1, t2) überprüft werden (→ [Hypothese H 09](#)).

Des Weiteren sind die Fragen von Interesse, die die Berufseinsteiger:innen im Rückbezug zu ihrem Studium (RS, Rück_Stud01 bis Rück_Stud09), zu den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit (EZ, II_Erfahr_ZUS01 bis II_Erfahr_ZUS13) und zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS, II_ZUS_BG_01 bis II_ZUS_BG_07) beantworten. Die Auswertung findet deskriptiv anhand von erstellten Multi-Item-Skalen statt.

In der ursprünglichen Planung sollten im Rahmen der Erhebung der Berufseinsteiger:innen vor allem Alumni der inkludierten Hochschulen befragt werden. Diese Alumni sollten, wie die Studierenden auch, über die jeweiligen Studiengänge/Hochschulen der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte (Typ_Typologie, Typ A – D) zugeordnet werden. Allerdings konnten

nicht genügend Alumni gewonnen werden und die Beteiligung an der 2-teiligen Umfrage der Berufseinsteiger:innen ist geringer ausgefallen als angenommen. Aufgrund des insgesamt geringen Rücklaufs (n = 17) ist keine Zuordnung zur IPE-Typologie für Berufseinsteiger:innen möglich.

Forschungsfragen: 3. Unterfrage

Welche Lern- und Arbeitsbedingungen beeinflussen die Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit während des Berufseinstiegs?

Mit der dritten Unterfrage wird die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Phase des Berufseinstiegs fokussiert und dabei sollen Lern- und Arbeitsbedingungen identifiziert werden. Neben den Grundlagen aus dem Studium spielen auch die aktuellen Bedingungen am Arbeitsplatz eine Rolle. Zur Beantwortung dieser Unterfrage sind Ergebnisse aus den folgenden Fragenblöcken heranzuziehen:

- Rückbezug zum Studium (RS),
- Häufigkeit sowie Eignung der eingesetzten Methoden und Formen (MF_H; MF_E)
- Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS)
- Erfahrungen mit der Zusammenarbeit (EZ)

Es soll untersucht werden, inwiefern sich die verschiedenen beruflichen Arbeitsfelder (Bereich_Sektor) auf die Selbsteinschätzung in der ISVS-21-D (ISVS_Mean), den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit (EZ) sowie der Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen (ZUS) auswirken. Die beruflichen Arbeitsfelder wurden in vier Bereiche unterschieden: stationärer, ambulanter, teilstationärer und komplementärer Bereich. Da die Proband:innen lediglich im ambulanten und stationären Sektor tätig waren, können nur diese beiden Arbeitsfelder miteinander verglichen werden (→ [Hypothese H 06, H 07, H 08](#)).

Des Weiteren werden die Berufseinsteiger:innen, mittels offener Fragen, zu Anlässen für Zusammenarbeit und zu Lernerfahrungen an der aktuellen Arbeitsstelle befragt. Diese Ergebnisse werden deskriptiv zur Beantwortung hinzugezogen. Mit Blick auf die Lernbedingungen werden die Angaben von den Berufseinsteiger:innen zum Frageblock zu den Methoden und Formen – ebenfalls deskriptiv – hinzugezogen. Auf Basis der Erkenntnisse aus anderen Studien und der Literatur wird davon ausgegangen, dass die praxisbezogenen und realitätsnahen Methoden bzw. Formen von den Befragten als geeigneter zur Vorbereitung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit bewertet werden als theoriebezogene Methoden bzw. Formen (MF_E).

3.3 Überblick methodisches Design

Für das Forschungsvorhaben wurde ein Mixed-Methods-Design entwickelt. Im Folgenden wird anhand eines Designdiagramms (vgl. Abbildung 3-1) ein Überblick über die forschungsmethodische Konzeption gegeben. In sogenannten Verfahrensdigrammen „*procedural diagrams*“ (Creswell & Plano Clark 2011: 110) werden anhand von geometrischen Formen die Schritte des Forschungsprozesses verdeutlicht. Außerdem sind weitere Details zum Vorgehen (*procedures*) und sogenannten Produkten (*products*) enthalten (vgl. ebd.).

Die forschungsmethodische Konzeption der vorliegenden Studie beinhaltet zunächst die beiden inhaltlichen Forschungsstränge *Ausbildung/Studium* und *Berufspraxis* bzw. konkreter die Phase des *Berufseinstiegs*. Darin enthalten ist ein multiperspektivischer Zugang mit drei verschiedenen Perspektiven. Dazu zählen die Perspektiven von:

- a) Studiengangsverantwortlichen aus primärqualifizierenden Studiengängen sowie
- b) Studierenden aus diesen Studiengängen, die sich in der Mitte und am Ende des Studiums befinden und
- c) Berufseinsteiger:innen im ersten Jahr der Berufspraxis.

Mit Studiengangsverantwortlichen der verschiedenen primärqualifizierenden Pflege-/Therapiestudiengänge in Deutschland werden leitfadengestützte, teilstrukturierte Interviews geführt. Dabei liegt der Fokus auf den Konzepten für IPE, weshalb Personen interviewt werden, die bei der Konzeption und/oder der Umsetzung von IPE mitwirken oder mitgewirkt haben (→ [Kap. 5.2.2](#)). Die Auswertung der Interviews wird nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) vollzogen. Ziel der Interviewauswertung ist es, aus dem Interviewmaterial bestimmte Muster mit Unterschieden und Gemeinsamkeiten der IPE-Konzepte herauszuarbeiten. Daraus werden nach dem typenbildenden Verfahren nach Kluge (1999) einzelne Typen entwickelt und in einer Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte zusammengefasst. Als sogenannte Produkte, die sich aus dem Vorgehen ergeben, zählen die Interviewtranskripte, die codierten Interviews sowie die daraus resultierenden Fallzusammenfassungen der Interviews. Letztere bilden die Basis für die Fallbewertungen und die Entwicklung der Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte.

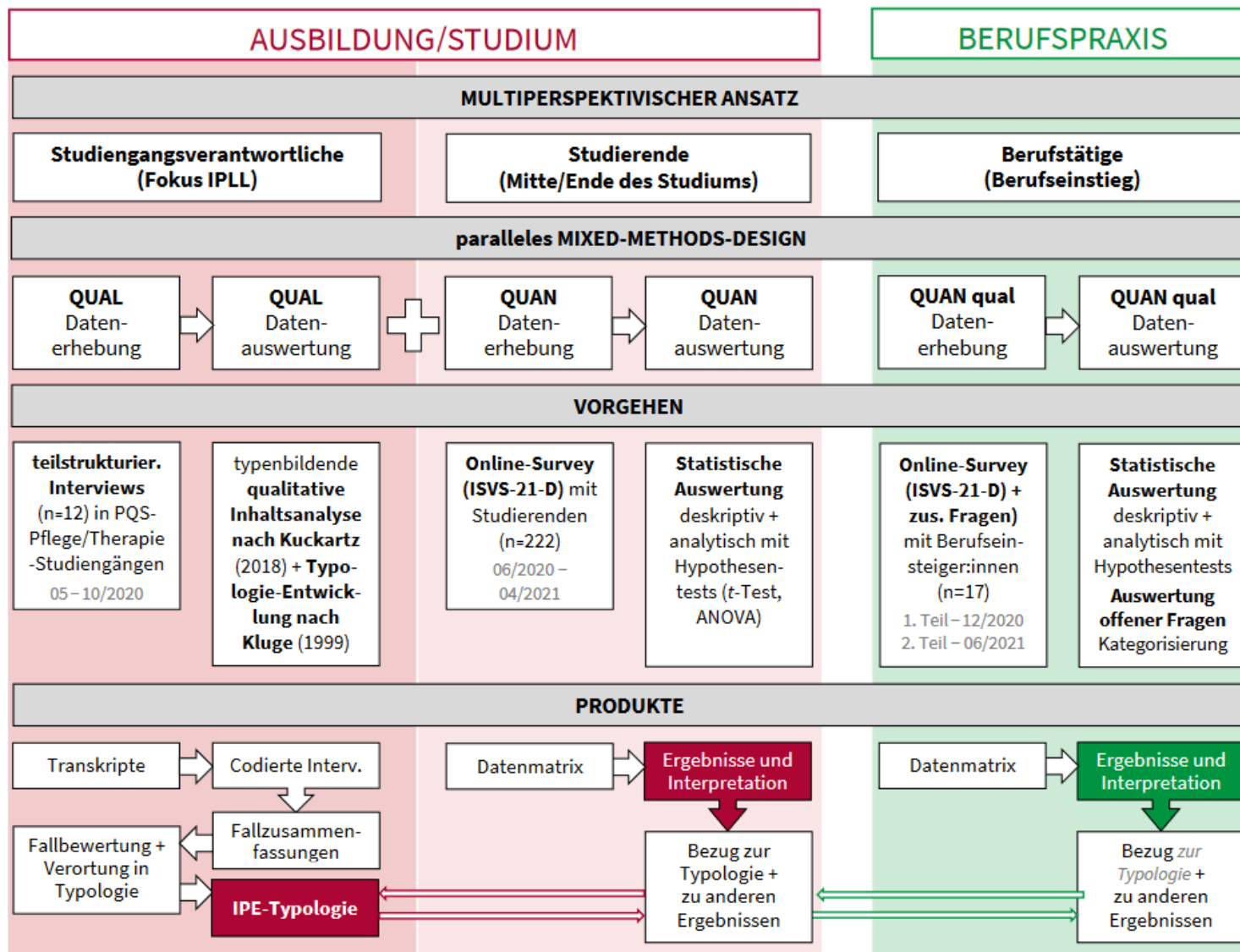
Für die Studierendenbefragung wird ein quantitatives Vorgehen gewählt. Dabei werden Studierende, die in den inkludierten Hochschulen Pflege, Ergo-, Physiotherapie oder Logopädie studieren und sich in der Mitte oder am Ende des Studiums befinden, zu einer 10-minütigen Online-Befragung eingeladen. Der Fokus liegt, neben der Erhebung einiger soziodemografischer Daten, auf dem standardisierten Instrument ISVS-21-D. Die Auswertung findet deskriptiv sowie inferenzstatistisch statt. Die Datenmatrix ist als Produkt zu verstehen

und dient als Grundlage, auf der die Ergebnisse erarbeitet und Interpretationen vorgenommen werden. Ein Teil der Ergebnisse wird in Beziehung zur Typologie gesetzt. Dabei werden die Studierenden systematisch den entwickelten Typen zugeordnet und folglich innerhalb der IPE-Typologie verortet.

Die Befragung der Berufseinsteiger:innen geschieht mittels eines überwiegend quantitativen Vorgehens. Ergänzend werden Elemente aus der qualitativen Forschung in Form von offenen Fragen hinzugenommen. Die Befragung richtet sich an Absolvent:innen der primärqualifizierenden Pflege- und Therapiestudiengänge, die ihr Bachelor-Studium zwischen 05/2019 und 11/2020 abgeschlossen haben und sich zum Erhebungszeitpunkt circa 6 Monate im Beruf befinden. Dafür wird eine 2-teilige Online-Befragung konzipiert, die das IPLL im Studium sowie die Zusammenarbeit am Arbeitsplatz beinhaltet. Außerdem kommt in beiden Erhebungen die ISVS-21-D zum Einsatz. Im Rahmen der Berufseinsteiger:innenbefragung erfolgt eine deskriptive und inferenzstatistische Auswertung. Diese wird ergänzt mit einem Verfahren zur Kategorisierung der offenen Fragen. Die Datenmatrix als Produkt bildet die Grundlage, auf der Ergebnisse erarbeitet und Interpretationen vorgenommen werden. Ein Teil der Ergebnisse soll in Beziehung zur Typologie für die IPE-Konzepte in primärqualifizierenden Pflege- und Therapiestudiengängen gesetzt werden.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass bei der Befragung der Berufseinsteiger:innen die Planung und die Realisierung des forschungsmethodischen Konzeptes voneinander abweichen. Für den Bezug zur entwickelten IPE-Typologie war das primärqualifizierende Studium das verbindende Element zwischen den drei Zielgruppen. Da jedoch nicht alle Berufseinsteiger:innen, die an der Online-Befragung teilnahmen, das Kriterium eines primärqualifizierenden Studiums erfüllten, konnte der Bezug zur Typologie nicht, wie ursprünglich geplant, übergreifend hergestellt werden. Diese Abweichung ist im linken unteren Kasten des Designdiagramms festgehalten und optisch abgesetzt (grau und kursiv).

Abbildung 3-1: Designdiagramm



Quelle: eig. Darstellung

4 THEORETISCHER HINTERGRUND

Mit Blick auf die Forschungsfrage wird nachfolgend der theoretische Bezugsrahmen dargelegt. Dafür werden zunächst im Kapitel 4.1 begriffliche Klärungen relevanter Termini vorgenommen, um daran anschließend im Kapitel 4.2 in die theoretischen Grundlagen der interprofessionellen Bildung bzw. des interprofessionellen Lernens einzuführen. Im darauffolgenden Kapitel 4.3 wird der Schwerpunkt auf Sozialisation gelegt und dabei konkret auf berufliche und interprofessionelle Sozialisation eingegangen. Kapitel 4.4 ist der Theorie und dem Verständnis des transformativen Lernens gewidmet. Abschließend werden im letzten Kapitel 4.5 die forschungsrelevanten Aspekte zusammengefasst.

4.1 Begriffliche Differenzierungen wesentlicher Termini

Die vorliegende Untersuchung fokussiert die sogenannten *Gesundheitsberufe*. Zu dieser Kategorie zählen eine Vielzahl von Berufen. Um zu klären, welche Berufe damit genau gemeint sind, ist zunächst eine begriffliche Differenzierung vorzunehmen. Da in der Arbeit auch der Begriff *Humandienstleistungsberufe* verwendet wird, findet dafür ebenfalls eine kurze Erläuterung statt. Auf dieser Basis erfolgt anschließend die Festlegung der begrifflichen Verwendung im Rahmen dieser Arbeit.

Bei dem Themenfeld Interprofessionalität im Gesundheitswesen ist sowohl im nationalen wie im internationalen Sprachgebrauch festzustellen, dass die damit in Verbindung stehenden Begrifflichkeiten häufig inkonsistent verwendet werden (vgl. Dyer 2003: 186; Huber et al. 2019: 10, 61f.; Lützenkirchen 2005: 322; Mahler et al. 2014: 1f.; McCallin 2001: 420; Mitzkat et al. 2016: 5; Stößel 2006: 3; Thylefors et al. 2005: 104; Unger 2010: 69). Einerseits werden Begriffe wie *Profession* und *Disziplin* oft uneinheitlich und wenig trennscharf verwendet und andererseits auch Präfixe wie *intra*, *inter* oder *multi*, die in dem Zusammenhang oft verwendet werden. Dabei ist festzustellen, dass die dahinterliegenden Verständnisse wenig bekannt sind und aufgrund dessen oft unberücksichtigt oder unreflektiert bleiben (vgl. McCallin 2001: 419; Mitzkat et al. 2016: 4). Deshalb wird im weiteren Verlauf auf die Unterscheidung von *Disziplin* und *Profession* eingegangen. Anschließend werden die wesentlichen Unterschiede mit Blick auf die Formen der Zusammenarbeit kurz vorgestellt.

4.1.1 Gesundheitsberufe

Über die Verwendung des Begriffs *Gesundheitsberuf* existiert kein eindeutiger Konsens (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2022; Kälble & Borgetto 2016: 384; SVR 2007: 42). Jedoch besteht ein weitestgehender Konsens darüber, dass es sich bei dem Begriff um einen Oberbegriff handelt, der alle im Gesundheitsversorgungssystem tätigen Berufsgruppen

einschließt (vgl. HRK 2017; RBS 2011: 10; WR 2012: 12f.; WR 2022: 15). Je nach Blickwinkel können verschiedene Unterteilungen für die Gesundheitsberufe vorgenommen werden. Igl (2015) betrachtet den Begriff anhand verschiedener Kriterien. Er unterscheidet dabei a) verfassungsrechtliche Kriterien, b) Ausbildungskriterien und c) Tätigkeits- und Funktionskriterien (vgl. ebd.: 107ff.). Eine andere Unterteilung nimmt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vor. Danach werden die Gesundheitsberufe in zwei Kategorien unterteilt: geregelte und nicht geregelte Berufe. Bei den geregelten Berufen sind die Ausbildungen entweder bundes- oder landesrechtlich geregelt und bei den nicht geregelten Berufen gibt es darüber keine Festlegung (vgl. ebd.).²²

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitsbereich (SVR) verwendet die Begriffe *Gesundheitsberuf* und *Heilberuf* synonym (vgl. ebd. 2007: 42). Innerhalb der Heilberufe konnte bis vor einigen Jahren zwischen akademischen und nicht-akademischen Heilberufen unterschieden werden. Denn lange Zeit zählten zu den akademischen Berufen jene, die universitär ausgebildet wurden, wie Ärzt:innen oder Apotheker:innen (vgl. Igl 2015: 108). Da seit Inkrafttreten der Modellklausel²³ im Jahr 2009 auch Heilberufe aus dem Bereich der Pflege und der Therapie an Hochschulen ausgebildet werden, ist diese Unterscheidung zunehmend problematisch geworden (vgl. ebd.). Außerdem wird der Begriff *Heilberuf* nicht uneingeschränkt befürwortet, da er als „weniger modern“ (SVR 2007: 42) gilt. Stellenweise findet sich darüber hinaus noch die Unterscheidung in *Heilberufe* und *Heilhilfsberufe*, womit vor allem das Verhältnis von Ärzt:innen und den ihnen assistierenden oder helfenden Heilberufen gemeint ist. Doch ist diese hierarchische Unterteilung zu vermeiden, weil damit ein fortschrittlicheres Verständnis von Zusammenarbeit, welches auf Kooperation und Augenhöhe abzielt, erschwert wird (vgl. SVR 2007: 42; WR 2012: 12f.).

Mit Blick auf die Pflege- und Therapieberufe, die in dieser Untersuchung fokussiert werden, ist auch noch der Begriff *Gesundheitsfachberufe* zu betrachten. Denn darunter werden Gesundheitsberufe verstanden, deren Ausbildung staatlich geregelt ist und für die eine

²² Zu den geregelten Berufen nach Bundesrecht zählen drei Gruppen: a) Heilberufe, wie z. B. Berufe aus den Bereichen Pflege und Therapie (Ergo- und Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen), b) Berufe nach Berufsbildungsgesetz (BiGG), wie z. B. Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte und c) Berufe nach der Handwerksordnung (HWO) – sogenannte Gesundheitshandwerke – wie z. B. Augenoptiker:innen, Orthopädiemechaniker:innen (vgl. BMG 2022; Kälble & Pundt 2015: 18). Zu den nicht geregelten Gesundheitsberufen zählen beispielsweise nicht-reglementierte Heilberufe, wie solche aus dem Fitness- und Wellnessbereich (vgl. ebd.: 19).

²³ Das Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie trat am 3. Oktober 2009 in Kraft und ermöglichte die Erprobung akademischer Erstausbildungen in den genannten Berufen (vgl. DBT 2021: 10).

hochschulische Ausbildung rechtlich nicht erforderlich ist (vgl. Kälble & Pundt 2015: 20; RBS 2011: 10; WR 2012: 12). Dazu zählen z. B. die Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) sowie die Therapieberufe (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie). Allerdings ist mit Blick auf die zunehmende Akademisierung und die Veränderung in den Strukturen einzelner Berufe, z. B. durch die Akademisierung der Hebammenausbildung gemäß dem Hebammenreformgesetz²⁴ oder durch aktualisierte Systematiken für Pflegestudiengänge aufgrund des Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG)²⁵, das Verständnis nur noch bedingt zutreffend und Veränderungen unterworfen.

Als Fazit dieser Auseinandersetzung wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit der Begriff *Gesundheitsberuf* (GHB) verwendet. Zu dieser Entscheidung führen folgende drei Gründe:

1.) kein einheitliches Begriffsverständnis

Es existiert, wie einführend dargestellt, keine einheitliche und systematisch aufgebaute Begrifflichkeit (vgl. Kälble & Pundt 2015: 21).

2.) exemplarischer Zugang

Die in die Studie einbezogenen vier Berufe (ET, LP, PT, PFL) sind ein exemplarischer Zugang zum Thema. Grundsätzlich hätten auch andere Gesundheitsberufe in die Studie einbezogen werden können. Ein wesentlicher Grund für die Auswahl sind die ähnlichen Studienverläufe der vier genannten Berufe/Studienrichtungen, aufgrund dessen die Vergleichbarkeit der (interprofessionellen) Lehr-Lern-Konzepte eher gegeben ist. Die Arbeit wäre noch komplexer geworden, wenn beispielsweise die Studiengänge der Medizin inkludiert worden wären, da diese über eine andere Studiengangstruktur hinsichtlich Aufbau und Länge verfügen.

3.) methodische Gründe der Fragebogenkonzeption

Innerhalb der quantitativen Befragungen wird nicht zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen unterschieden. Der Einfachheit halber wurde in den Umfragen der Oberbegriff *Gesundheitsberufe* verwendet. Das vereinfacht an vielen Stellen die Ergebnisdarstellung, weil dann beispielsweise nicht zwischen Gesundheitsfachberufen und Gesundheitsberufen unterschieden werden muss. Insgesamt soll diese Untersuchung einen Beitrag leisten zum Verständnis der interprofessionellen Sozialisation im Studium und in der Phase des Berufs-

²⁴ Das Hebammenreformgesetz (HebRefG) trat am 01.01.2020 in Kraft und regelt, dass die Hebammenausbildung zukünftig ausschließlich an Hochschulen stattfindet (vgl. DHV 2021).

²⁵ Das Pflegeberufereformgesetz wurde am 24. Juli 2017 verabschiedet und trat ebenfalls zum 1. Januar 2020 in Kraft (vgl. BMFSFJ 2020; weiterführend → [Kap. 2.2.1](#)).

einstiegs. Die inkludierten Berufsgruppen sind exemplarisch gewählt und können jederzeit in weiteren Untersuchungen durch andere Gesundheitsberufe ergänzt oder ersetzt werden.

4.1.2 Humandienstleistungsberufe

In dieser Untersuchung wird auch der Begriff *Humandienstleistungsberufe* verwendet. Dazu zählen Berufe, die personenbezogene Dienstleistungen im Fokus haben (vgl. Friese 2021). Mit dem spezifischen Blick auf den Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich geht es dabei um Dienstleistungen, die „Leib, Seele und/oder Geist berühren“ (Krönes 1998: 72). Krönes (1998) unterscheidet dabei zwei Formen: periphere und zentrale personenbezogene Dienstleistung. Bei der peripheren Form ist die Mitwirkung der dienstleistungsabnehmenden Person nicht zwingend erforderlich, wohingegen der Erfolg bei der zentralen Form ganz wesentlich von der Mitwirkung der Person abhängt (vgl. ebd.: 73).

Als personenbezogene Berufsfelder schlägt Friese (2010) die folgenden drei beruflichen Fachrichtungen vor: 1) Gesundheit und Pflege, 2) Soziale Arbeit und 3) Ernährung und Hauswirtschaft (vgl. ebd.: 316). Als ein verbindendes Element der Humandienstleistungsberufe, kann unter Bezugnahme auf Beywl (1999) die Besonderheit angeführt werden, dass ihre Qualität bestimmt wird durch die konkret handelnden Personen vor dem Hintergrund ihrer Werthaltungen (vgl. ebd.: 144). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird der Begriff *Humandienstleistung* (HDL) verwendet, wenn mindestens zwei der drei von Friese (2010) aufgezeigten Berufsfelder vorhanden sind.

4.1.3 Disziplin und Profession

Der Begriff *Disziplin* wird in verschiedenen Kontexten unterschiedlich verwendet – beispielsweise im Sport für verschiedene Sportarten, in der Medizin für verschiedene Fachgebiete oder in der Wissenschaft für verschiedene Fächer. Für die thematische Ausrichtung dieser Arbeit interessiert der Wissenschafts- und Hochschulkontext, der aus mehreren tausend Fächern besteht und denen nur wenige Disziplinen gegenüberstehen (vgl. Mittelstraß 1987: 152). Heckhausen (1987) geht von circa 20 bis 30 Disziplinen aus (vgl. ebd.: 130). Für Defila & Di Giulio (1998) stellt eine Disziplin „eine kognitive und soziale Einheit innerhalb der Wissenschaft dar“ (ebd.: 112), die sich im zeitlichen Verlauf kontinuierlich entwickelt (vgl. ebd.; WR 2020: 14). Dabei kann es auch zu Aufgliederungen in Teildisziplinen kommen, die sich selber wiederum zu eigenständigen Disziplinen entwickeln können (vgl. Defila & Di Giulio 1998: 112). Im Lexikon der Soziologie definiert Kern (2007) Disziplin als eine Einzelwissenschaft und meint damit eine „Konzeption „einzeln“, ursprünglich außerhalb des Bereichs der Philosophie stehender Wissenschaften, die voneinander getrennt und mit verschiedenen Methoden arbeiten, da sie dem Wesen nach unterschiedliche Objekte

untersuchen“ (ebd.: 157). Disziplinen sind dabei nicht naturgegeben, sondern wissenschaftsgeschichtlich geformt und die Identität einer Disziplin wird durch gewisse Forschungsgegenstände, Methoden, Theorien und Forschungszwecke bestimmt (vgl. Krüger 1987: 116f.; Mittelstraß 2007: 2; Wessel 1983: 605). Sie stellen auch soziale Institutionen dar, die sich nach eigenen Regeln verständigen und dadurch identitätsstiftend auf die Angehörigen der jeweiligen Disziplin einwirken (vgl. WR 2020: 8f.).

Ähnlich wie sich Disziplinen (weiter-)entwickeln, werden auch *Professionen* ständig neu abgesteckt und in Frage gestellt (vgl. Pundt 2020: 1020). Zu den klassischen Professionen zählen Berufe wie Arzt/Ärztin, Jurist:in und Theolog:in. Jedoch hat in den letzten Jahren eine regelrechte Ausweitung sowie schnellere Verwendung des Professionsbegriffs stattgefunden (vgl. ebd.: 1020ff.; Wilensky 1964/1972: 198f.). Aus soziologischer Perspektive betrachtet, stellen Professionen eine Weiterentwicklung von Berufen dar. Die etymologischen Wurzeln des Begriffs Profession gehen ins Lateinische (*professio/profitari*) zurück und meinen ein öffentliches Bekenntnis (vgl. Duden 2019), welches sich auf den subjektiven Moment eines Gelübdes bezieht, wie er für bestimmte Berufe typisch ist (vgl. Pfadenhauer 2003: 31). Hartmann (1968) beschreibt Profession als „eine besondere Art von Beruf, deren Eigenarten sich von denen anderer Berufe so merklich abheben, dass diese Berufsklasse mit dem eigenen Namen der Profession belegt und unter diesem Namen von den übrigen Berufen abgehoben wird“ (ebd.: 198). Fast 50 Jahre später findet sich folgende Beschreibung bei Pundt (2020): „Profession steht gegenwärtig sowohl für freie, akademische Expertenberufe im Dienstleistungsbereich als ebenso für Fach- und/oder Sachautorität [...] und dient zum Teil auch als Zeichen für gewisse soziale Attribute und Personenmerkmale“ (ebd.: 1024).

Es kann als Konsens betrachtet werden, dass Professionen Sonderformen beruflichen Handelns darstellen (vgl. Combe & Helsper 1997: 9; Demszky & Voß 2018: 489; Demszky von der Hagen & Voß 2010: 792; Pundt 2020: 1023) und sie die höchste Stufe der beruflichen Organisation von Arbeit bilden (vgl. Meyer 2015: 27). Durch ihre Sonderform stellen sie eine Abgrenzung gegenüber anderen bloßen Berufen dar und gelten als Berufe besonderen Typs mit definierten Kriterien (vgl. Boudon & Bourricaud 1992: 403; Hensen 2018: 10; Pfadenhauer 2003: 32). Zu diesen Kriterien zählen u. a. ein akademischer Wissensbestand, bestimmte Wertehaltungen, ein hohes Maß an Autonomie sowie sozialer Status und gesellschaftliche Anerkennung (vgl. Demszky & Voß 2018: 490; Schmeiser 2006: 301). Allerdings werden die Vorstellungen und Ansichten sowie die begriffliche Verwendung von Professionen auch kontrovers diskutiert. Beispielsweise werden die Sonderstellung und die Bedeutung von Professionen zunehmend infrage gestellt (vgl. Kälble & Pundt 2015: 26f.;

Streckeisen 2015: 39) oder die begriffliche Verwendung ist aus soziologischer Perspektive nicht ganz unproblematisch (vgl. Bollinger et al. 2005: 9; Kälble & Pundt 2015: 26; Pfadenhauer 2003: 32). Dabei wird oft – auch mit Blick auf die Gesundheitsberufe – die Frage gestellt, welche Berufe zu den Professionen zählen. In diesem Zusammenhang sind Begriffe wie *would-be-professions* (Hughes 1958) oder *semi-professions* (Etzioni 1964, 1969; Marshall 1939) eingeführt worden (vgl. Pfadenhauer 2003: 31; Pundt 2020: 1022). Meist finden diese oft sehr grundsätzlichen Diskussionen vor dem Hintergrund verschiedener professions-theoretischer Ansätze statt und sind eng mit Diskussionen rund um die Themen Professionalität und Professionalisierung verwoben. Diese Diskussionen werden bis heute diskursiv geführt und sind bei Weitem noch nicht am Ende angelangt (vgl. Bollinger et al. 2005: 9f.; Pundt 2020: 1017ff.; Wilensky 1964/1972: 199f.).

Mit Blick auf die Gesundheitsberufe treten, neben den klassischen Professionen wie Ärzt:innen, nun auch andere Gesundheitsberufe in den Fokus der Beobachtung (vgl. Atzeni et al. 2017: 17; Kälble 2005: 37ff.). Für Atzeni et al. (2017) werden aufgrund dieser Fokusverschiebung, neben dem ärztlichen Handeln, auch Kompetenzen anderer Gesundheitsberufe relevant und sichtbar, sodass auch die interprofessionellen Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse zwischen den verschiedenen Berufsgruppen an Bedeutung gewinnen (vgl. ebd.; siehe auch SVR 2007: 20).

In der vorliegenden Arbeit wird auf den Professionsbegriff als Bezeichnung für die Gesundheitsberufe weitestgehend verzichtet und stattdessen wird von Berufen gesprochen. Obwohl diesen Berufen häufig und berechtigterweise Professionalität attestiert wird, genießen die Angehörigen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe nicht den Status einer Profession (vgl. Pundt 2020: 1023). Die Gesundheitsberufe in Deutschland sind auf dem Weg der Professionalisierung, aber es ist ein Entwicklungsprozess, der auf verschiedenen Ebenen stattfindet und bei dem die Entwicklung der Berufe sowie die Entwicklung von Personen gleichermaßen eine Rolle spielen. Dieser Prozess ist kontinuierlich weiterzuentwickeln und die Diskussionen über den Stellenwert der Gesundheitsberufe sowie ihrer Professionalisierung sind fortzusetzen (vgl. Bollinger & Gerlach 2008: 157; Hensen 2018: 8ff.; Pundt 2020).

4.1.4 Formen der Zusammenarbeit (Inter-, Intra-, Multi-, Transprofessionalität)

Häufig werden Präfixe wie *inter*, *intra*, *multi* oder *trans* mit Begriffen wie Disziplin und Profession kombiniert, die dann als Substantive oder Adjektive auf die Art und Intensität der Zusammenarbeit hinweisen (vgl. Mahler et al. 2014: 1f.; Unger 2010: 68). Im Zusammenhang mit dem Untersuchungsgegenstand findet sich häufig auch eine Kombination mit

Substantiven wie Bildung oder Lernen (vgl. Jakobsen 2011: 12), auf die später noch eingegangen wird. Nachfolgend wird die Bedeutung dieser Präfixe mit Fokus auf die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ausgeführt, sodass sich die Beschreibungen auf Gesundheits- und Sozialberufe (respektive Humandienstleistungsberufe) beziehen. Je nach beruflichem Kontext sind diese Beschreibungen auch auf andere Berufe (respektive Professionen) sowie auf andere Gegenstände, wie z. B. Lernen, anwendbar.

Interprofessionell steht für eine Zusammenarbeit, bei der sich Personen aus unterschiedlichen Berufen (Gesundheits- und Sozialberufen) in gemeinsamen Treffen regelmäßig austauschen und aushandeln, wie sie komplexe Versorgungsprobleme lösen oder Leistungen bereitstellen. Die Zusammenarbeit findet in loseren Strukturen und voneinander unabhängig statt. Im Unterschied dazu wird der Begriff *interprofessionelle Teamarbeit* verwendet, wenn die Struktur innerhalb der Gruppe etwas fester ist und eine Identifizierung als Gruppe bzw. als Team besteht (vgl. Mitzkat et al. 2016: 1). Thylefors et al. (2005) beschreiben interprofessionelle Teamarbeit mit dem Satz von Aristoteles, dass „das Produkt [...] mehr [ist] als die einfache Summe seiner Teile“ (ebd.: 104), denn das Ergebnis kann nur durch die interaktive Anstrengung und den Beitrag aller beteiligten Personen erreicht werden (vgl. ebd.).

Wenn die gemeinsame Arbeit darauf abzielt, die Versorgungsaufgaben untereinander zu koordinieren, ist von *interprofessioneller Koordination* die Rede. Die Arbeitsvereinbarung ist weniger verbindlich als bei der interprofessionellen Zusammenarbeit und interprofessionelle Kommunikation findet weniger häufig statt (vgl. Mitzkat et al. 2016: 1). Allerdings weisen Ulrich et al. (2020) mit Bezugnahme auf andere Autor:innen hin, dass eine allgemeingültige Definition von interprofessioneller Zusammenarbeit nicht einfach vorzunehmen ist, da sie in Zusammenhang mit den jeweiligen Versorgungssettings stehen sowie den damit einhergehenden subjektiven Wahrnehmungen und Verständnissen des Gesundheitspersonals (vgl. ebd.: 5).

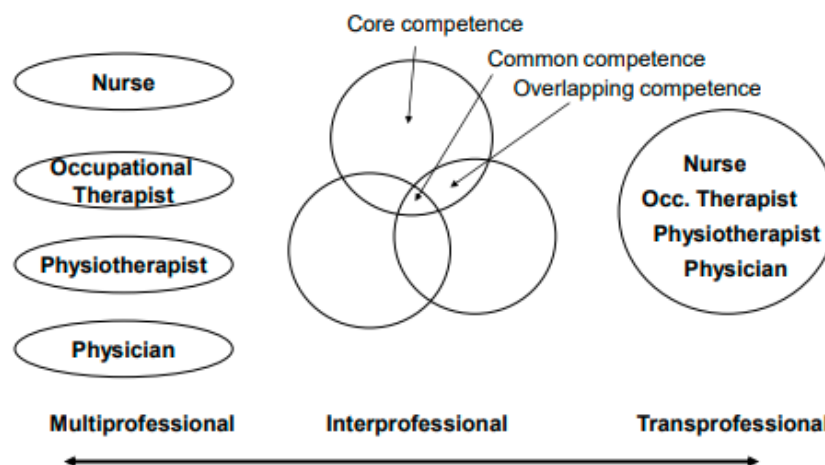
Intraprofessionell wird für eine Zusammenarbeit verwendet, die zwischen Personen innerhalb derselben Berufsgruppe stattfindet (vgl. Mitzkat et al. 2016: 2; Walkenhorst 2016: 21). Wenn eine Berufsgruppe eine Handlung allein ausführt, wird gelegentlich auch von uni- oder monoprofessioneller Zusammenarbeit gesprochen. Allerdings finden sich die Begriffe uni- oder monoprofessionell häufiger im Kontext von Ausbildung und Lernen. Des Weiteren ist zu beobachten, dass monoprofessionell eher in deutschsprachigem und uniprofessionell stärker im englischen Sprachraum verwendet wird (vgl. Hansen et al. 2020: 191; Khalili et al. 2019: 32; Park & Park 2021: 1; Topperzer et al. 2020: 1; Vadafar 2020).

Multiprofessionell beschreibt einen Ansatz mit einer schwachen inhaltlichen Verbindung, bei dem Angehörige verschiedener Berufsgruppen nebeneinander und weitgehend unabhängig voneinander arbeiten. Es werden lediglich Informationen geteilt und die Zusammenarbeit findet eher parallel oder nacheinander als interaktiv statt. Jede Handlung steht für sich und kann ohne Zutun anderer durchgeführt werden. In der Regel werden diese unabhängigen Handlungen koordiniert, was im Gesundheitswesen oft von einer ärztlichen Person übernommen wird (vgl. Mahler et al. 2014: 2; Mitzkat et al. 2016: 2; Thylefors et al. 2005: 104; Walkenhorst 2016: 21).

Transprofessionell meint eine integrative Arbeitsweise, bei der eine Person aus einer Berufsgruppe die Rolle(n) oder Aufgabe(n) aus einem anderen Berufsfeld übernimmt. Dabei verschwimmen die Grenzen der einzelnen Berufe und die Kompetenzen sind wechselseitig austauschbar. Damit geht die Voraussetzung einher, dass eine Berufsgruppe die nötige Kompetenz besitzt, diese Handlungen durchzuführen (vgl. Mahler et al. 2014: 2; Mitzkat et al. 2016: 2; Thylefors et al. 2005: 104).

Jakobsen (2011) stellt die drei verschiedenen Formen der Zusammenarbeit – multi-, inter- und transprofessionelle Zusammenarbeit – anschaulich als ein Kontinuum dar (vgl. Abbildung 4-1).

Abbildung 4-1: Cross-professional continuum (berufsübergreifendes Kontinuum)



Quelle: vgl. Jakobsen 2011: 13

Er betont dabei, dass die Positionen variieren können. Ebenso variabel sind die Kreise, die den interprofessionellen Teil des Kontinuums darstellen, denn diese können sich in Größe und Position relativ zueinander ändern (vgl. ebd.: 12). Seiner Meinung nach könnte der multiprofessionelle Teil auch als uniprofessioneller Teil bezeichnet werden, da bei dieser Form Angehörige oder Studierende mehrerer Berufe selbstständig arbeiten und nur

Informationen miteinander teilen, jedoch keine Aufgaben (vgl. ebd.). Vergleichbare Vorkursen und inhaltliche Unterscheidungen finden sich auch beim Lernen, wie zum Beispiel beim interprofessionellen Lernen. Dies wird Gegenstand des nächsten Kapitels sein.

4.2 Interprofessionelle Bildung (IPE)/Interprofessionelles Lernen (IPL)

In diesem Kapitel wird nun – als ein zentraler Gegenstand dieser Arbeit – das *interprofessionelle Lernen* bzw. die *interprofessionelle Bildung* genauer betrachtet. Dabei werden zunächst die Verständnisse von Bildung und Lernen gegenübergestellt. Anschließend wird auf Einflussfaktoren sowie bestehende Kompetenzrahmen eingegangen und ein Modell zur Evaluation wird vorgestellt.

4.2.1 Verständnisse von IPE/IPL

Im deutschsprachigen Kontext wird der Begriff IPE für „interprofessional education“ oft in seiner abgekürzten Form verwendet. Je nach Kontext wird der Begriff u. a. mit Bildung, Ausbildung oder Lehren und Lernen übersetzt (vgl. Ewers et al. 2019: 12; Ewers & Reichel 2017: 3). Die Begriffe *interprofessionelle Bildung* (*interprofessional education*, IPE) und *interprofessionelles Lernen* (*interprofessionell learning*, IPL) werden oft synonym verwendet und in der Literatur ist eine uneinheitliche Verwendung zu beobachten (vgl. Reeves 2009: 143; Ulrich et al. 2022: 6). Häufig wird IPE wie ein „allumfassender Begriff“ (Kitto et al. 2014: 183; auch Reeves 2009: 143) eingesetzt. Doch dabei bleiben die Unterschiede unberücksichtigt, die sich auf das Umfeld beziehen, in dem IPE angeboten wird sowie das Stadium der beruflichen Entwicklung (vgl. ebd.; Kitto et al. 2014: 183). Deshalb sollen an dieser Stelle zunächst die Begriffe *Bildung* und *Lernen* kurz beleuchtet werden, um zentrale Unterschiede für den interprofessionellen Kontext aufzuzeigen und diese bei der begrifflichen Verwendung entsprechend zu berücksichtigen.

Bildung kann als formalisierter Rahmen mit zielgerichteten Aktivitäten verstanden werden, bei denen eine oder mehrere Personen versuchen, Veränderungen in den Kenntnissen, Fähigkeiten und/oder Einstellungen anderer zu erzielen (vgl. Kapp-Fröhlich 2022: 17; Kitto et al. 2014: 183). *Lernen* hingegen bezieht sich auf einzelne Personen oder Gruppen (z. B. Teams und Organisationen) und kann das Ergebnis einer Bildungsintervention sein (*formales Lernen*), muss es aber nicht. Denn Lernen kann ebenso außerhalb von pädagogischen Aktivitäten stattfinden, beispielsweise wenn Erfahrungen reflektiert oder selbstgesteuerte Bemühungen zur Erweiterung des eigenen Wissens bzw. der eigenen Fähigkeiten aufgenommen werden (*informelles Lernen*) (vgl. ebd.: 183). Insofern halten Kitto et al. (2014) für den interprofessionellen Kontext fest, dass Bildung und Lernen verwandte Konstrukte sind und Bildung Lernen erzeugen kann, aber Bildung keine zwingende

Voraussetzung für Lernen ist (vgl. ebd.). Deshalb werden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe *interprofessionelle Bildung* (*interprofessional education*, IPE) und *interprofessionelles Lernen* (*interprofessional learning*, IPL) getrennt. *Interprofessionelle Bildung* wird verwendet, wenn der formalisierte Rahmen für Aus-, Fort- und Weiterbildung gemeint ist (vgl. Kapp-Fröhlich 2022: 17; Kitto et al. 2014: 183). *Interprofessionelles Lernen* wird genutzt, wenn es sich auf das formale und/oder informelle Lernen von einzelnen Personen oder Gruppen bezieht:

Interprofessionelles Lernen ist Lernen, das durch Interaktionen zwischen Berufsangehörigen (oder Studierenden) aus zwei oder mehr verschiedenen Professionen entsteht. Dies kann das Resultat aus der interprofessionellen Ausbildung sein oder spontan am Arbeitsplatz oder in Aus-, Fort- oder Weiterbildungssituationen stattfinden und kann daher von zufälliger Natur sein. (Mitzkat et al. 2016 nach Barr et al. 2005; siehe auch Reeves 2009: 143)

In der vorliegenden Arbeit wird außerdem der Begriff des *interprofessionellen Lehrens und Lernens* (IPLL) verwendet. Damit werden aus bildungswissenschaftlicher Sicht, ergänzend zum lernenden Individuum, explizit auch die intendierten und didaktischen Überlegungen der Lehrenden oder verantwortlichen Personen, wie Studiengangsverantwortliche oder Praxisanleiter:innen miteinbezogen (vgl. Ewers & Schaeffer 2019: 56f.).

Des Weiteren empfiehlt sich für eine präzise begriffliche Verwendung das Stadium der beruflichen Entwicklung zu betrachten. Denn es spielt eine Rolle, ob sich die lernende Person in der Ausbildung respektive im Studium oder im praktischen Berufsalltag befindet (vgl. Reeves 2009: 413). Am Beispiel zweier Definitionen für IPE, die in der Scientific Community weit verbreitet sind, sollen die unterschiedlichen Betrachtungen und Limitationen verdeutlicht werden. Die Definition der WHO (World Health Organization) lautet: „Interprofessional education occurs when students from two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes“ (ebd.: 2010: 7). Übertragen auf den deutschen Kontext sind, angesichts der Pluralität der Bildungseinrichtungen (Universitäten, Fachhochschulen und Berufsfachschulen), neben den Studierenden auch Lernende aus den nicht-akademischen Bildungsinstitutionen einzubeziehen (vgl. Kälble 2019: 71; Kapp-Fröhlich et al. 2022: 18). Jedoch werden in der Definition der WHO nur „students“ erwähnt. Für den DACH-Raum²⁶ werden außerdem Angebote gefordert, „die über die Ausbildung hinausgehen und die Fort- und Weiterbildung zum Ziel haben“ (Kapp-Fröhlich et al. 2022: 22). So können, im Sinne des lebenslangen Lernens, unter dem Begriff *Lernende* auch Personen subsumiert werden, die

²⁶ Damit sind die Länder Deutschland (**D**), Österreich (**AUT**) und Schweiz (**CH**) gemeint.

sich bereits im Beruf befinden und aus dieser Position heraus (weiter) lernen und sich weiterentwickeln. Insofern ist die Definition für IPE vom Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) vorzuziehen, in deren Verständnis bereits seit 1997 die Zielgruppe mit *Berufsangehörigen (professions)* weitergefasst ist. In der erweiterten Version von 2016 werden Berufsangehörige und Studierende (respektive Lernende) zusammen erwähnt und die Zielsetzung etwas erweitert: „Occasions when two or more professions learn from and about each other to improve collaboration and the quality of care and services“ (CAIPE 2016/2019)²⁷. Allerdings berücksichtigen die beiden Definitionen – von WHO und CAIPE – nicht die Perspektive von Patient-/Klient:innen, Angehörigen und Gemeinschaften, von denen auch gelernt werden kann, wie die Definition von Barr (2009)²⁸ zum Lernen aus der Praxis in dem Zusammenhang zeigt. Die Nutzer:innen der Gesundheitsversorgung werden in den meisten Fällen erst bei der Zusammenarbeit berücksichtigt, wie beispielsweise die Definition zur interprofessionellen kollaborativen Praxis (*interprofessional collaborative practice, IPCP*) von der WHO (2010) zeigt: IPCP „in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings“ (ebd.: 13).

Einige Autor:innen unterscheiden die interprofessionell ausgerichtete Bildung anhand des Zeitpunktes und des Stadiums der beruflichen Entwicklung. Dabei bezieht sich interprofessionelle Ausbildung auf den Zeitpunkt der Ausbildung respektive dem Studium. Wenn das Lernen nach der Qualifikationsphase stattfindet, kann es als interprofessionelle Weiterbildung (*continuing interprofessional education, CIPE*) bezeichnet werden (vgl. Barr 2009: 147; Reeves 2009: 142). Interprofessionelle Weiterbildung „ist das Mittel, mit dem erfahrene Berufsangehörige der Gesundheits- und Sozialberufe oder anderen Berufen formell und informell mit-, von- und übereinander lernen, um ihre gemeinsame Praxis zu verbessern und eine engere Zusammenarbeit zu pflegen“ (Barr 2009: 147; Übersetzung durch Verfasserin). Als Lerngegenstand und Querschnittsthema kann Interprofessionalität, aufgrund der unterschiedlichen Facetten (informelles und formelles Lernen) sowie der verschiedenen Zeitpunkte und beruflichen Stadien (während der Ausbildung, nach der Ausbildung, am Arbeitsplatz etc.), an verschiedenen Stellen mitgedacht werden. Goldman et al. (2009) unterscheiden drei Ebenen, auf denen interprofessionelle Interventionen

²⁷ Im Jahr 2019 erfolgte eine Überprüfung der Stellungnahme von 2016. (<https://www.caipe.org/resource/CAIPE-Statement-of-Purpose-2016.pdf>, abgerufen am 16.08.2022).

²⁸ Learning from practice: „Systematic, sustained, and incremental learning from practice characterizes professionalism at its best, in health care learning with, from, and about patients, careers, families, and communities, as well as the other professions involved and their organizations“ (Barr 2009: 148).

stattfinden können. Dazu zählen Interventionen auf Ebene der Bildung (z. B. Kurse, Workshops), der Praxis (z. B. Meetings, Kommunikationstools) und der Organisation (z. B. Personal, Politik) (vgl. ebd.: 154). Eine Klarheit über die Ebene, den Rahmen und die Zielsetzung der Intervention wird empfohlen und kann als Voraussetzung betrachtet werden, um die Verständnisse von interprofessionellem Lernen, interprofessioneller Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie interprofessioneller Zusammenarbeit (weiter) zu schärfen (vgl. ebd.: 155; Reeves 2009: 143).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass interprofessionell ausgerichtete Bildungsangebote interprofessionelles Lernen anregen wollen. Sie verfolgen das Ziel, Einstellungen, Wissen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu entwickeln, die für eine effektive kollaborative Praxis erforderlich sind (vgl. Kapp-Fröhlich et al. 2022: 17; Kitto et al. 2014: 183; Reeves 2009: 142). Nach Ansicht von Khalili et al. (2019) stellt IPE den Anfang eines Kontinuums der Zusammenarbeit dar, denn interprofessionelle Bildung und interprofessionelles Lernen sind kontinuierlich mit der interprofessionellen Praxis der Gesundheitsversorgung verwoben (vgl. ebd.: 24).

4.2.2 Einflussfaktoren

Im Kapitel zum wissenschaftlichen Begründungsrahmen (→ [Kap. 2.2](#)) wurden Ausführungen dargestellt, die einen Eindruck geben, wie reichhaltig und unterschiedlich die Faktoren sind, die im Zusammenhang mit der Ausbildung der Gesundheitsberufe im Allgemeinen, aber auch im Speziellen für die interprofessionelle Bildung zu berücksichtigen sind. Ein geeignetes Modell, welches die Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Bildung systematisiert, ist das 3P-Modell von Freeth & Reeves (2004). Das ursprünglich von Biggs (1993) entwickelte Modell wurde 2004 auf den Kontext der interprofessionellen Ausbildung übertragen und dazugehörige Faktoren für die drei Bereiche **Presage** (Rahmenbedingungen), **Process** (Prozess) und **Product** (Ergebnis) beschrieben (vgl. Freeth & Reeves 2004: 46; Kapp-Fröhlich et al. 2022: 19f.; Ulrich et al. 2020: 14).

Anhand des 3P-Modells sind eine Vielzahl von Faktoren beschrieben, die interprofessionelle Bildung beeinflussen und ebenfalls bei der Planung und Gestaltung von interprofessionellen Bildungsprozessen berücksichtigt werden können (vgl. Tabelle 4-1; Freeth & Reeves 2004: 54). Im Mittelpunkt des interprofessionellen Lernens stehen zunächst die Lernenden und darüber hinaus die Patient-/Klient:innen mit ihren Angehörigen als Zielgruppe der interprofessionellen Gesundheitsversorgung (vgl. Kapp-Fröhlich et al. 2022: 19). Dieses Zusammenspiel verdeutlicht ein weiteres Mal, wie sehr sich interprofessionelles

Lernen und Arbeiten gegenseitig bedingen und dass beide Aspekte fest miteinander verbunden sind (vgl. Ewers & Schaeffer 2019: 56).

Tabelle 4-1: Einflussfaktoren der interprofessionellen Bildung nach dem 3P-Modell von Freeth & Reeves (2004)

Rahmenbedingungen («Presage»)	Prozessfaktoren («Process»)	Ergebnisfaktoren («Product»)
<p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • politisches Klima • Regulierungsrahmen • Finanzierung • Geographie und Demographie • Anzahl Lernende • Raum und Zeitbeschränkungen • konkurrierende Lehrplananforderg. <p>Eigenschaften der Lehrenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungen von Lernen/Lehren • Vorstellungen von Zusammenarbeit • Wahrnehmung der Lernenden • Fachwissen der Lehrenden • Enthusiasmus <p>Eigenschaften der Lernenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorkenntnisse und Überzeugungen • Vorstellungen vom Lernen • bevorzugter Ansatz zum Lernen • Konzeption der Zusammenarbeit • konkurrierende Lernbedürfnisse • Erwartungen und Motivation 	<p>Ansätze zum Lernen und Lehren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mono-, multi- oder interprofessionell • vor/nach der Qualifikation • formelles oder informelles Lernen • Unterrichts- oder praxisbasierte Aktivitäten • arbeitsorientiertes Lernen • Distanzlernen • obligatorische oder optionale Erfahrung • zugrundeliegende Theorie • Ausbildungsdauer • Bewertungen (Assessments) • Form der Lernbegleitung • Team-teaching 	<p>Kollaborative Kompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einstellungen • Wahrnehmungen • Wissen • Fähigkeiten • Verhalten • Praxis

Quelle: eig. Darstellung, in Anlehnung an Ulrich et al. 2020: 14

4.2.3 Kompetenzrahmen

Zur Gestaltung der interprofessionellen Lehr-Lern-Angebote sowie zur Anpassung der Curricula können nationale und internationale Kompetenzrahmen bzw. -modelle hinzugezogen werden (vgl. Ewers & Walkenhorst 2019: 33; Reichel & Herinek 2017: 11). In Tabelle 4-2 sind fünf internationale Kompetenzrahmen zum interprofessionellen Lernen mit ihren Kompetenzbereichen oder -domänen dargestellt. In der Gegenüberstellung dieser fünf Kompetenzrahmenwerke zeigen sich drei Bereiche, die fast durchgängig berücksichtigt werden: 1) interprofessionelle Zusammenarbeit, 2) interprofessionelle Kommunikation und 3) Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten. Weitere Bereiche, die nicht überall Erwähnung finden, aber dennoch wichtige Grundlagen liefern, sind: 4) Werte/Ethik 5) Reflexion und Lernen sowie 6) Patient:innen-zentrierung (vgl. Tabelle 4-2; Darmann-Finck & Einig 2019: 85ff.).

An den meisten dieser Kompetenzrahmenwerke waren verschiedene Akteur:innen und Organisationen beteiligt mit dem Ziel, evidenzbasierte und bildungswissenschaftlich

fundierte Aussagen abzuleiten (vgl. Reichel & Herinek 2017: 17). Die Kompetenzrahmen bauen teilweise aufeinander auf (z. B. Brewer 2011: 13; Thistlethwaite et al. 2014: 871ff.) oder wurden, wie im Fall vom IPEC (2016), zwischenzeitlich einer Überprüfung unterzogen und erweitert.

Tabelle 4-2: Übersicht internationale Kompetenzrahmenwerke für interprofessionelles Lehren und Lernen

	Interprofes- sional Capability Framework Vereinigtes Königreich (Gordon & Walsh 2005)	Framework for Action on Interprofes- sional Education and Collaborative Practice (WHO 2010)	National Interprofes- sional Competency Framework Kanada (CIHC 2010)	Curtin University's Interprofes- sional Capability Framework Australien (Brewer 2011)	Core Compe- tencies for Interprofes- sional Collabor- ative Practice USA (IPEC 2011, 2016)
	4 domains	6 learning domains	6 competency domains	3 core elements + 5 capabilities	4 core competencies
Teamwork/ Zusammen- arbeit	Interprofes- sional working	Teamwork	Team functioning	Team function, Collaborative practice	Teamwork and team-based care
Kommuni- kation		Communi- cation	Interprofessio- nal communi- cation	Communication	Interprofessio- nal communi- cation
Rollen/Ver- antwort- lichkeiten		Roles and responsibilities	Role clarification	Role clarification	Roles and responsibilities
Werte/ Ethik	Ethical practice	Ethical practice			Values and ethics
Reflexion	Reflection (learning)	Learning and critical reflection		Reflection	
Konflikt- lösung			Interprofessio- nal conflict resolution	Conflict resolution	
Leadership			Collaborative leadership		
Patient:in- nenzent- rierung		Relationship with and recognizing the needs of the patient	Patient-/client-/ family-/ community- centred care	Client centred service	
weiteres	Knowledge in practice			Client safety and quality	

Quelle: eig. Darstellung

Die bisherigen Ausarbeitungen sind nicht auf den deutschsprachigen Raum bezogen, werden jedoch häufig zur Orientierung oder für konzeptionelle Grundlagen herangezogen.

Für den deutschsprachigen Raum existieren bisher weder vergleichbare Rahmenempfehlungen noch übergreifende Konzepte zur Umsetzung und Implementierung von IPE (vgl. Ewers & Reichel 2017: 4; Kapp-Fröhlich et al. 2022: 17; Reichel & Herinek 2017: 17). Bisher haben Hochschulen hierzulande eigene Konzepte erarbeitet, erprobt und evaluiert und dabei oft Bezüge zu den international verwendeten Kompetenzrahmenwerken hergestellt (vgl. Nock 2022: 14; RBS 2018).

4.2.4 Evaluation

Zur Evaluierung von Bildungsprozessen existieren eine Reihe von Modellen. Das „Four Level Evaluation Model“ von Donald Kirkpatrick gilt als eines der bewährtesten Modelle, um Bildungsmaßnahmen zu evaluieren (vgl. Gessler & Sebe-Opfermann 2011: 270; Rädiker 2010: 141; Reio et al. 2017: 35). Das Modell, welches Kirkpatrick erstmals 1959 und 1960²⁹ vorgelegt hat, ist bis heute weitestgehend unverändert (vgl. Kirkpatrick 1967: 88; Kirkpatrick & Kirkpatrick 2006; Kirkpatrick 2007; Reio et al. 2017: 36). Es umfasst die vier Stufen: 1) Reaktion (*reaction*), 2) Lernen (*learning*), 3) Verhalten (*behavior*) und 4) Ergebnisse (*results*) (vgl. Kirkpatrick & Kirkpatrick 2006; Kirkpatrick 2007). Es handelt sich hierbei um eine ergebnisbasierte Evaluation, die die Veränderung betrachtet, die durch ein Programm respektive eine Intervention herbeigeführt wird (vgl. Thistlethwaite et al. 2015: 293).

Dieses Modell wurde von dem Joint Evaluation Team (JET) für die Evaluation interprofessioneller Lehr-Lern-Angebote modifiziert und auf sechs Stufen erweitert (vgl. Tabelle 4-3) (vgl. Barr et al. 2000: 10f.; Ehlers et al. 2017: 11; Thistlethwaite et al. 2015: 294). Dabei wurden *Stufe 2 – Lernen* und *Stufe 4 – Ergebnisse* in je zwei weitere Stufen aufgeteilt, um eine Unterscheidung der Lernergebnisse auf Personen- und Versorgungsebene zu erreichen (vgl. ebd.). Das Modell von Kirkpatrick gilt als leicht nachvollziehbar und berücksichtigt den Transfer des Gelernten in die Praxis, weshalb es häufig im Bereich der beruflichen bzw. betrieblichen Bildung eingesetzt wird (vgl. Barr et al. 1999; Rädiker 2010: 141f.). Auch das adaptierte JET-Modell von Barr et al. (2000) zeichnet sich durch eine leichte Nachvollziehbarkeit und die Ergebnisorientierung aus. Es hat es sich in der Ausbildung von Gesundheitsberufen etabliert und wird regelmäßig zur Evaluation von interprofessionellen Lehr-Lern-Angeboten herangezogen (vgl. Ehlers et al. 2017: 11; Khalili et al. 2019: 19; Thistlethwaite et al. 2015: 294; Ulrich et al. 2020: 20).

²⁹ In den Jahren 1959 und 1960 publizierte er in vier Beiträgen jeweils ein Level im *Journal der American Society for Training and Development*: „Techniques for evaluating training programs“ mit Part 1– Reaction, 13(11), 3-9; Part 2 – Learning, 13(12), 21-26; Part 3 – Behavior, 14(1), 13-18 und Part 4 – Results, 14(2), 28-32.

Tabelle 4-3: Vier-Stufen-Modell zur Evaluation nach Kirkpatrick, modifiziert von Barr et al. (2000) für interprofessionelles Lehren und Lernen

Stufe		Beschreibung	
Reaktion	1	Reaktion	Vorstellung von Lernenden bezüglich der interprofessionellen Erfahrung und ihrem interprofession. Charakter
Lernen	2a	Einstellungen/ Vorstellung zur Zusammen- arbeit	Veränderungen in der wechselseitigen Einstellung oder Wahrnehmung zwischen den teilnehmenden Gruppen. Veränderungen in der Wahrnehmung oder Haltung ggü. dem Wert und/oder Nutzen eines Teamansatzes in der Versorgung einer bestimmten Personengruppe
	2b	Wissen und Fertigkeiten	Einbeziehen von Wissen und Fertigkeiten, die mit interprofessioneller Zusammenarbeit verknüpft sind
Verhalten	3	Verhalten	Identifiziert den Transfer interprofessionellen Lernens Einzelner in die berufliche Praxis sowie eine Veränderung professioneller Praxis
Ergebnis	4a	Organisations- bezogene Veränderungen	Weitreichende Veränderungen in der Organisation und Gesundheitsversorgung
	4b	Patienten- Nutzen	Verbesserung der Gesundheit oder des Wohlbefindens von Patient-/Klient:innen

Quelle: vgl. Barr et al. 2000: 10f.; Ehlers et al. 2017: 12

Jedoch kann die leichte Nachvollziehbarkeit des Modells auch zu Missverständnissen und Übergeneralisierungen führen (vgl. Alliger & Janak 1989: 331f.). In dem Zusammenhang wird kritisiert, dass für Kirkpatrick die vier Stufen kausal miteinander verknüpft sind: „Each level is important and has an impact on the next level“ (Kirkpatrick & Kirkpatrick 2006: 21). Damit gehen auch Wirkungsannahmen einher, die allerdings nur vage beschrieben werden (vgl. Alliger & Janak 1989: 331; Gessler & Sebe-Opfermann 2011: 270). Beispielsweise nimmt Kirkpatrick & Kirkpatrick (2006) an, dass es für ein effektives Training wichtig ist, dass die Lernenden positiv darauf reagieren: „If training is going to be effective, it is important that trainees react favorably to it.“ (ebd.: 27). Dieser Logik entsprechend wäre der Lernerfolg über die Zufriedenheit mit einer Bildungsmaßnahme zu erfassen. Diese Wirkungsannahme widerlegen Gessler & Sebe-Opfermann (2011) in ihrer Untersuchung, in der sie keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit von Teilnehmer:innen am Ende einer Weiterbildungsmaßnahme (Stufe 1 – Reaktion) und dem Lernerfolg nach Abschluss der Maßnahme (Stufe 2 – Lernen) feststellen. Es zeigte sich lediglich ein kleiner bis mittlerer signifikanter Zusammenhang zwischen dem Lernerfolg der Teilnehmenden nach Beendigung der Maßnahme (Stufe 2) und deren Transferleistung (Stufe 3 – Verhalten) (vgl. ebd.: 276). Insofern kommen Gessler & Sebe-Opfermann (2011) zu dem Schluss, dass die Zufriedenheit der Teilnehmenden kein hinreichendes Maß ist, um die Qualität von Bildungsangeboten einzuschätzen und den tatsächlich erreichten Lernerfolg abzuleiten (vgl.

ebd.: 277). Hinzukommt, dass in den meisten Fällen die Bewertungen vor allem auf Stufe 1 (Reaktion) anhand von Selbsteinschätzungen vorgenommen werden (vgl. Rädiker 2010: 147; Spaulding et al. 2021: 618). Für den Kontext dieser vorliegenden Arbeit bedeutet das, dass derartige methodische Limitationen und Kritikpunkte des Modells einerseits bei der Interpretation von Evaluationsergebnissen zu berücksichtigen und andererseits in die konzeptionellen Überlegungen zur Evaluation von interprofessionellen Bildungsangeboten einzubeziehen sind.

4.3 Sozialisation und berufliche Sozialisation

4.3.1 Verständnis von Sozialisation

Sozialisation spielt in pädagogischen und psychologischen Diskussionen häufig eine zentrale Rolle. Das theoretische Vorverständnis von Sozialisation ist philosophisch geprägt und die Wurzeln reichen bis in die Antike zurück (vgl. Geulen 1991: 21ff.). Der Begriff Sozialisation wird je nach Schwerpunktsetzung in den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen unterschiedlich verwendet (vgl. Elbe 2016: 43; Hurrelmann et al. 2015: 9; Lempert 2007: 18). Dabei fließen Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen in das Verständnis ein, sodass bei Sozialisation auch von einem „interdisziplinären Begriff“ (Elbe 2016: 42) gesprochen werden kann. Mit Verweis auf Elbe (1997) kann Sozialisation verstanden als:

(...) lebenslange Anpassungsvorgänge zwischen Individuen und ihrem gesellschaftlichen Umfeld. Dabei werden kulturspezifisch Wahrnehmungs-, Verhaltens- und Ausdrucksmuster durch den Einzelnen übernommen. Dieser Prozess ist jedoch ein interaktiver, die Anpassung erfolgt nicht einseitig. Sozialisation umfasst ungeplante soziale Anpassungsprozesse ebenso, wie geplante Erziehung und die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten. (ebd.: 2016: 44)

In diesem Prozess der wechselseitigen und aktiven Auseinandersetzung zwischen einem Individuum und dem gesellschaftlichen Umfeld sind nach Elbe (2016) zwei Perspektiven enthalten: eine individuelle und eine interpersonale Perspektive (vgl. ebd.: 42). Mit der individuellen Perspektive wird die psychosoziale Reifung des Menschen betrachtet und mit der interpersonalen Perspektive die Weitergabe kultureller Muster sowie gesellschaftlicher Strukturen (vgl. ebd.).

Auf den Prozess der menschlichen Sozialisation haben verschiedene Faktoren einen Einfluss, die sich unterschiedlichen Ebenen von Gesellschaft zuordnen lassen und die Subjektentwicklung direkt oder indirekt beeinflussen können (vgl. Teltemann 2019: 17; Tillmann (1989/2007: 15ff.). Tillmann (1989/2007) unterscheidet mit Bezugnahme auf Geulen & Hurrelmann (1980) die folgenden 4 Ebenen: (1) *Subjekt*, (2) *Interaktionen und Tätigkeiten*, (3) *Institutionen* sowie (4) *Gesamtgesellschaft* (vgl. ebd.: 18). Zu den Faktoren

zählen beispielsweise Einstellungen und Erfahrungen auf der subjektiven Ebene (1) sowie Beziehungsgestaltung und Kommunikation im jeweiligen Umfeld auf der Ebene der Interaktionen und Tätigkeiten (2). Auf der institutionellen Ebene (3) findet ein Einfluss durch Institutionen wie z. B. Schule oder Betrieb statt und die soziale oder ökonomische Struktur beeinflusst auf der Ebene der Gesamtgesellschaft (4) die menschliche Sozialisation (vgl. ebd.: 18). Tillmann (1989/2007) unterstreicht die Bedeutung und die Einflüsse der verschiedenen Ebenen und zählt „die *Gesamtheit aller Umweltbedingungen*, die auf die Subjektentwicklung Einfluss nehmen, zum Gegenstandsbereich“ der Sozialisation (ebd.: 10; H. i. O.). Es lässt sich zusammenfassen, dass neben Determinanten wie Geschlecht, Schichtzugehörigkeit und Kultur, auch Instanzen wie Familie, Schule oder Betrieb einen prägenden Einfluss auf die Person haben – zumindest in bestimmten Lebensabschnitten. Entsprechend der Lebensabschnitte eines Menschen lässt sich Sozialisation in die folgenden 4 Phasen³⁰ einteilen:

- 1) primäre Sozialisation – gekennzeichnet durch die Beziehung zu den Bezugspersonen,
- 2) sekundäre Sozialisation – geprägt durch Gleichaltrige und Schule,
- 3) tertiäre Sozialisation – Arbeitswelt und Beruf nehmen eine formende Rolle ein und
- 4) quartäre Sozialisation – bestimmt durch die Tätigkeiten nach dem Erwerbsleben und der Zeit im Rentenalter (vgl. Elbe 2016: 51ff.; Fischer & Wiswede 2014: 81ff.; Seel & Hanke 2015: 497).

Zu der Phase der tertiären Sozialisation zählt, aufgrund der Nähe zur Ausbildungs- und Arbeitssituation, die berufliche Sozialisation. Diese wird im nächsten Abschnitt detaillierter betrachtet.

4.3.2 Berufliche Sozialisation als eine Form der Sozialisation

Die berufliche Sozialisation stellt eine besondere Form der individuellen Sozialisation dar. Wie bereits allgemein für Sozialisation beschrieben, rekuriert auch die berufliche Sozialisation auf verschiedene, disziplinübergreifende Theorieansätze, wie z. B. der Sozial-, Persönlichkeits- und Arbeitspsychologie sowie der Berufs- und Betriebssoziologie (vgl. Heinz 1991: 400). Für die berufliche Sozialisation ist dabei die Frage leitend, wie „sich individuelle Interessen und Fähigkeiten mit beruflichen Kompetenzen verbinden und wie Menschen den Wandel des Arbeitsmarktes und der [!] organisatorisch sowie technisch bestimmten Arbeitsanforderungen im Lebenslauf bewältigen“ (Heinz 1995: 43). Zur Beantwortung dieser Frage werden beispielsweise rollen- und identitätstheoretische

³⁰ Die Phasen der Sozialisation werden, je nach Literatur, in drei oder vier Phasen unterschieden. Elbe (2016) unterscheidet beispielsweise nur primäre, sekundäre und tertiäre Sozialisation. Andere Autor:innen, wie Fischer & Wiswede (2014) oder Seel & Hanke (2015) ergänzen die quartäre Sozialisation in ihren Unterscheidungen.

Ansätze, subjektorientierte Ansätze oder das Konzept des beruflichen Habitus herangezogen (vgl. Heinz 1991: 400ff.; Heinz 1995: 47ff.). Wolfgang Lempert, der zu den führenden Vertretern der berufspädagogischen und berufssoziologischen Forschung zählt, spricht von beruflicher Sozialisation, sobald Prozesse und Ergebnisse entstehen, die auf einer Auseinandersetzung einer Person mit ihrer beruflichen Umwelt und mit sozial gestalteten, gegenständlichen Handlungsbedingungen beruhen. Für ihn schlägt sich diese Auseinandersetzung in der Persönlichkeitsentwicklung nieder, entweder als Entfaltung, Verfestigung oder Veränderung, unter Umständen auch als Verkümmern (vgl. Corsten 2010: 7; Lempert 2009: 2).

Für Heinz (1995) gelten jene Lern- und Entwicklungserfahrungen als berufliche Sozialisation, die die Menschen auf die Arbeitstätigkeit vorbereiten und jene, die sie im Verlauf ihres Berufes erleben (vgl. ebd.: 7). Berufliche Sozialisation ist gekennzeichnet durch Aneignung sowie Veränderung von Qualifikationen, Arbeitsorientierungen und Persönlichkeitsstrukturen (vgl. ebd.: 13; Khalili et al. 2013: 449). Demnach lassen sich für die berufliche Sozialisation zwei Punkte festhalten:

- a) Es handelt sich dabei immer um die Wechselwirkung zwischen Individuum und beruflicher Umwelt (vgl. Corsten 2010: 9; Lempert 2006: 414).
- b) Berufliche Sozialisationsprozesse finden im gesamten Erwerbsleben statt. Das heißt, sie beginnen mit der beruflichen Ausbildung oder der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit und werden erst mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben beendet (vgl. Mayer et al. 1981: 12).

Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs werden für die beruflichen Sozialisationsprozesse in der Literatur verschiedene Formen unterschieden. Zu den häufig genannten zählen die *Sozialisation für den Beruf*, *in den Beruf* und *durch den Beruf* (vgl. Bammé et al. 1983: 27, 61f.; Elbe 2016: 56; Heinz 1995: 42; Windolf 1981: 5f.). In der folgenden Tabelle 4-4 werden die Unterschiede zwischen den drei Formen dargestellt (vgl. Tabelle 4-4).

In jüngeren Arbeiten ergänzen Heinz & Haasler (2018) als eine weitere Form die *Sozialisation neben dem Beruf* und beziehen sich dabei auf Weiterbildung, Umschulung und Coaching (vgl. ebd.: 428f.). Allerdings unterscheiden sie nicht mehr zwischen der *Sozialisation für den Beruf* und *in den Beruf*.³¹ Da im Rahmen der vorliegenden Untersuchung der Schwerpunkt auf den Übergang vom Studium in den Beruf gelegt wird, erscheint die frühere Einteilung passender. Dafür werden die Perspektiven von Studierenden der Pflege- und Therapieberufe sowie von akademisierten Berufseinsteiger:innen, die sich im ersten Jahr des

³¹ Heinz & Haasler (2018: 428f.) unterscheiden hier die drei Formen: *Sozialisation für den Beruf*, *im Beruf* und *neben dem Beruf*.

erlernten Gesundheitsberufs befinden, einbezogen. Deshalb wird in den folgenden zwei Unterkapiteln zunächst genauer auf die akademische Ausbildung in den Gesundheitsberufen als ein Beispiel für *Sozialisation für den Beruf* und anschließend auf die Phase des Berufseinstiegs in den Gesundheitsberufen als ein Beispiel für die *Sozialisation in den Beruf* eingegangen.

Tabelle 4-4: Unterteilung der beruflichen Sozialisation

Sozialisation	Beschreibung
... für den Beruf	<ul style="list-style-type: none"> - geschlechts- und schichtspezifische Sozialisation in Familie und Schule - Aneignung von Interessen, Fähigkeiten und Werteorientierungen für bestimmte Berufsfelder - Wirkung im Sinne von fördernden oder begrenzenden Faktoren - Einmündung als vorberufliche Sozialisation in die Wahl des (ersten) Berufes und in die betriebliche und/oder (hoch-)schulische Berufsausbildung
... in den Beruf	<ul style="list-style-type: none"> - Sozialisation im Rahmen einer beruflichen Ausbildung - findet an (hoch-)schulischen Lernorten sowie an praxisbezogenen (betrieblichen) Lernorten statt - Sozialisationsräume (Lern- und Erfahrungsorte) beinhalten persönlichkeitsbildende Impulse
... durch den Beruf	<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen im betrieblichen Arbeitsprozess - konkrete Erfahrungen der Erwerbstätigen hinsichtlich des Verhältnisses gegenüber Arbeitsinhalten, betrieblichen Bedingungen und Arbeitsergebnissen - bewusstseinsbildende, persönlichkeitsförderliche oder auch deformierende Auswirkungen möglich

Quelle: eig. Darstellung (vgl. Dobischat & Düsseldorf 2015: 469; Elbe 2016: 56; Heinz 1995: 42; Windolf 1981: 5).

4.3.2.1 Sozialisation für den Beruf am Beispiel der akademischen Ausbildung in den Gesundheitsberufen

Die akademische Ausbildung in den Gesundheitsberufen findet einerseits an den Hochschulen sowie andererseits in den Einrichtungen des Gesundheitswesens statt. Die Ausbildung beinhaltet theoretische als auch praktische Anteile und vollzieht sich an unterschiedlichen Lernorten³² (z. B. Hörsaal, Seminarraum, Skills-Lab, virtueller Raum und Arbeitsplatz). Lernorte sind, im engeren Sinne, als pädagogisches Konzept zu verstehen mit einer zugrunde liegenden pädagogischen Absicht (vgl. Kraus 2015: 135ff.)³³. Meist gibt es an einem solchen Lernort verantwortliche Personen, die versuchen, am jeweiligen Ort Lernen zu ermöglichen, zu fördern oder zu initiieren (vgl. ebd.: 135). Diese Lern- und Erfahrungsorte stellen Sozialisationsräume dar, in denen die Persönlichkeitsentwicklung der Lernenden zentrale Impulse erfährt (vgl. Dobischat & Düsseldorf 2015: 469). Dabei zählen Dozent:innen, Ausbilder:innen und kollegiale Gruppen zu den fachkulturellen und institutionellen Vertreter:innen, die die Interaktionen direkt oder indirekt beeinflussen und somit maßgeblich an der Mitgestaltung dieser Lernorte sowie den beruflichen Lebenswelten beteiligt sind (vgl. ebd.: 470ff.). Hervorzuheben ist, dass die (hoch-)schulischen Sozialisationsprozesse am Lernort (Hoch-)Schule meist in Institutionen stattfinden, die vom Ort und den Situationen der späteren Berufsausübung abgetrennt sind. Es handelt sich dabei um sogenannte „Schonräume“ (Bammé et al. 1983: 62), die befreit sind vom unmittelbaren Druck der Praxis und den ökonomischen Erfordernissen beruflicher Tätigkeit. Sie geben den Lernenden die Möglichkeit, sich zu entwickeln und gewähren „ihnen sozusagen ein psychosoziales Moratorium“ (ebd.).

Kritisch betrachten allerdings Dobischat & Düsseldorf (2015), ob und inwiefern sich berufliche Bildung durch hochschulische Sozialisation vollzieht (vgl. ebd.: 486; Kunze, im Druck). Sie kommen zu dem Fazit, dass Sozialisationsleistungen an Hochschulen und durch Hochschulstudiengänge zunehmend kontingent werden (ebd.: 479). Dobischat & Düsseldorf (2015) vertreten die Ansicht, dass Sozialisationsprozesse nicht losgelöst von hochschulischen Bildungs- und Erziehungsprozessen betrachtet und etabliert werden können. Sie gehen davon aus, dass sich diese Prozesse einander bedingen und plädieren

³² Die Unterscheidung in theoretische und praktische (oder praxisbezogene) Lernorte ist sehr grob und sie wird der Vielfältigkeit der verschiedenen Szenarien und Bereiche nicht gerecht. Deshalb plädiert Euler (2015) für einen erweiterten Begriff wie „Lernortbereich“ (ebd.: 6). Der Begriff Lernort kann auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden. Euler (2015) unterscheidet dabei die folgenden drei Ebenen: 1) Institution, 2) pädagogisch gestaltete Einheiten in den Institutionen und 3) Person des Lernenden (vgl. ebd.).

³³ Im weiteren Sinne zählt dazu auch eine Vielzahl von Lernorten, an denen Lernen temporär und beiläufig stattfindet, z. B. im Rahmen von informellem Lernen (vgl. Kraus 2015: 141).

dafür, die Sozialisationsprozesse im Zusammenhang mit den Bildungs- und Erziehungszielen zu setzen:

In der Konsequenz bedeutet dies, dass Resultate beruflicher und hochschulischer Sozialisation nur dann einigermaßen plausibel abzubilden und zu verstehen sind, wenn der Blick die Bildungsgänge und die damit verbundenen Bildungs- und Erziehungsziele integriert, deren Umsetzungsressourcen berücksichtigt und die institutionellen und organisationalen Besonderheiten zu klären vermag. (Dobischat & Düsseldorf 2015: 471)

Für die jeweiligen gesundheitsbezogenen Studiengänge lohnt also ein Blick in die Zielsetzung einzelner Module oder Lerneinheiten (Mikroebene). Das kann hilfreich sein, um die Verbindungen zwischen Bildungs- und Sozialisationsprozessen zu identifizieren oder deutlicher herauszustellen (vgl. Kunze, im Druck). Besonders lohnenswert erscheinen dabei auch die Betrachtung und Berücksichtigung der Sozialisationsprozesse am Lernort Praxis. Denn die praxisbezogenen oder betrieblichen Lernorte entsprechen, rein von den örtlichen und situativen Gegebenheiten her, weitestgehend der späteren realen Situation im Arbeitsprozess und repräsentieren demnach die Wirklichkeit von Beruf und beruflichem Handeln (vgl. Bammé et al. 1983: 62; Schewior-Popp 2005: 165). Aus diesem Grund birgt die Sozialisation, die in diesen Lernorten und Institutionen stattfindet, ein erhebliches Potenzial für die berufliche Sozialisation (vgl. ebd.). Es ist zu vermuten, dass dieses Potenzial der Grund dafür ist, weshalb die betriebliche Sozialisation, in Form des Sozialisationsraumes Betrieb, in der Literatur sehr häufig diskutiert und hervorgehoben wird (vgl. Elbe 2016: 57).

Die genaue Betrachtung des Lernorts Praxis zeigt jedoch eine Besonderheit: der Lernort Praxis ist – vom Selbstverständnis her – zunächst *kein* Lernort. Sondern er ist ein Arbeitsort, bei dem, mit Blick auf das Gesundheitswesen, die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung im Mittelpunkt steht (vgl. Schewior-Popp 2005: 165). Diese Arbeitsorte sind dem Beschäftigungs- und nicht dem Bildungssystem zugeordnet und zeichnen sich – im Unterschied zum Lernort (Hoch-)Schule – durch andere Ziele und Merkmale aus (vgl. Klemme et al. 2006: 34; Knigge-Demal et al. 1993: 223). Damit können Herausforderungen einhergehen – beispielsweise, wenn die pädagogischen Ziele des Bildungssystems mit den wirtschaftlichen Zielen des Beschäftigungssystems konkurrieren oder sich temporär widersprechen (vgl. Knigge-Demal et al. 1993: 223). Es ist in solchen Situationen von Vorteil, die Verbindung der verschiedenen Lernorte über die pädagogische Funktion herzustellen bzw. abzustimmen. In diesem Sinne unterstreicht auch Euler (2015), mit Verweis auf den Deutschen

Bildungsrat (1974)³⁴, dass die pädagogische Funktion eines Lernorts zu berücksichtigen ist und eine ausschließlich institutionelle Kennzeichnung zu kurz greifen würde (vgl. ebd.: 6). Insofern ist die Bedeutung der Kooperation zwischen diesen Lernorten besonders hervorzuheben. Denn das berufliche Lernen soll an verschiedenen Lernorten stattfinden. Eine gelingende Kooperation zwischen diesen Lernorten ist ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche berufliche Ausbildung (vgl. Berufsbildungsreformgesetz (BerBiRefG) 2005: § 2; Euler 2015: 6f.; Knigge-Demal 1993: 225). Außerdem zählt die Verknüpfung von theoretischer und praktischer Ausbildung zu einer der Leitideen in der beruflichen Bildung (vgl. Weyland & Kaufhold 2019: 81). Dabei kann es für Pätzold (2004) bei der Lernortkooperation „nicht um eine vollständige Abstimmung der einzelnen Lernorte gehen“ (ebd.: 13). Seiner Meinung nach wäre das eine Illusion sowie auch ein Risiko für pädagogische Entwicklungsprozesse. Vielmehr ginge es darum, dass die Erfahrungen und das Erleben in den einzelnen Lernorten von den Lernenden selbstständig synthetisiert werden können und dieser Prozess sei vom Bildungspersonal zu begleiten (vgl. Pätzold 2004: 13).

Ergänzend zu den Strukturen und Kooperationen kann der Blick – sowohl am Lernort (Hoch-)Schule wie auch am Lernort Praxis – auf inhaltlich-didaktische Schwerpunkte, wie Zusammenarbeit und Kommunikation im Team, gelenkt werden. Denn Sozialisationsprozesse entstehen vor allem durch „Personal- und Sozialkontakte, d. h. durch interpersonale Kommunikation oder Interaktion innerhalb sozialer Gruppen“, wie Neuloh (1973: 141) betont.

In ähnlicher Weise unterstreichen das auch Dobischat & Düsseldorf (2015) für die berufliche Sozialisation, wenn sie schreiben:

Sicher scheint indessen, dass von beruflicher Sozialisation dann zu sprechen ist, wenn in der Ausbildungsphase jenseits der fachlichen und überfachlichen Qualifizierung unmittelbare soziale Erfahrungen (Konkurrenz, Kollegialität, Empathie), strukturelle Konstellationen (Hierarchie, Macht, Herrschaft) und kommunikative Settings (Isolation, Integration, Exklusion) sowie Rollen- und Funktionsdifferenzierungen (unbeabsichtigt) erfahren, bewusst wahrgenommen, gedeutet und gegebenenfalls auch kognitiv und reflexiv verarbeitet werden. (ebd.: 474)

Die in dem Zitat aufgeführten und für die berufliche Sozialisation relevanten Aspekte, wie Konkurrenz, Kollegialität, Hierarchie oder Macht, verdeutlichen, dass Sozialisationsprozesse komplex und vielschichtig sind. Es handelt sich dabei, wie Dobischat & Düsseldorf

³⁴ Der Deutsche Bildungsrat (1974) definiert Lernort, als „eine im Rahmen des öffentlichen Bildungswesens anerkannte Einrichtung [...], die Lernangebote organisiert. [...] Es handelt sich aber nicht allein um räumlich verschiedene, sondern in ihrer pädagogischen Funktion unterscheidbare Orte mit einer je eigenen Charakteristik“ (ebd.: 57).

(2015) weiter herausstellen, um „Transformationsprozesse, die das Individuum mit Anforderungen und Entwicklungsmöglichkeiten der sozialen Umwelt konfrontieren und zu zunehmend elaborierteren Deutungen, Werthaltungen, habituellen Mustern, Rollen- und Funktionsverständnissen herausfordern“ (ebd.: 470). Hinsichtlich dieser Herausforderung erscheint es sinnvoll, die Lernenden mit diesen Erfahrungen nicht allein zu lassen, sondern sie bei ihren Reflexionen und subjektiven Auseinandersetzungen zu begleiten und zu unterstützen (vgl. Pätzold 2004: 13). Denn Sozialisation ist auch ein Lernprozess, der durch den vermittelten Inhalt, der institutionellen Lernumgebung und deren Akteur:innen mitbestimmt wird.

4.3.2.2 Sozialisation in den Berufen am Beispiel des Berufseinstiegs in den Gesundheitsberufen

Als Phase des Berufseinstiegs wird die Zeit des ersten Arbeitsverhältnisses nach einer Berufsausbildung oder einem Studium und der zunehmenden Etablierung und Routinisierung an der neuen Arbeitsstelle bzw. im neuen Berufsfeld bezeichnet. Konkrete Angaben zur Dauer dieser Phase sind in der Literatur kaum zu finden (vgl. Halprin 2015: 3). Vermutlich, weil es ein Übergangsprozess ist, der selten linear verläuft und von individuellen Anpassungen gekennzeichnet ist (vgl. Duchscher 2008: 442; Leibnitz 2022: 7). Der Berufseinstieg ist oft mit Unsicherheiten und Herausforderungen verbunden, denn er bringt eine neue Rolle sowie ein neues Selbstbild mit sich (vgl. Graf et al. 2020: 3098; Rogge 2020: 92f.). Für Duchscher (2008) „umfassen die ersten 12 Monate der Berufserfahrung eine komplexe, aber relativ vorhersehbare Reihe von emotionalen, intellektuellen, körperlichen, soziokulturellen Entwicklungsthemen“ (ebd.: 442; Übersetzung durch Verfasserin). Bestehende Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bei Gesundheitsberufen diese Erfahrungen zwischen 6 und 12 Monaten dauern (vgl. Austin & Halprin 2021: 672; Bradby 1990; Duchscher 2008: 442; Halprin 2015: 4; 237f.; Hausmann 2011: 161). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Berufseinstieg eng mit den Konstrukten der Sozialisierung und Professionalisierung verbunden ist (vgl. Austin & Halpin 2021: 672; Leibnitz 2022: 7) und „eine sehr sensible Phase der beruflichen Sozialisation dar[stellt], in der das berufliche Selbstkonzept maßgeblich geprägt wird“ (Sorber 2013: 177).

Die Berufseinstiegsphase ist schon lange Gegenstand bildungswissenschaftlicher und berufssoziologischer Forschungen (Übergangs- oder Transitionsforschung) und wird auch im Rahmen der Gesundheitsberufe thematisiert (vgl. Halprin 2015; Hausmann 2011; Leibnitz 2022; Sorber 2013). In dem Zusammenhang sind drei grundlegende und oft zitierte Publikationen die Arbeiten von Kramer 1974, Benner 1980 und Duchscher 2008. Marlene Kramer publizierte 1974 ihre Forschung zum Realitätsschock bei Berufseinsteiger:innen der

Pflege („Reality Shock: Why nurses leave nursing“). Patricia Benner entwickelte Anfang der 1980er-Jahre das Modell der Stufen zur Pflegekompetenz (1982: „From novice to expert“). Sie bezieht sich dabei auf das 5-Stufen-Modell der Brüder Hubert L. Dreyfus und Stuart E. Dreyfus (1980), in dem in fünf Stufen berufliche Entwicklungsstadien beschrieben werden, die sich in Abhängigkeit von den gesammelten Erfahrungen herausbilden. Benner bestätigte die Stadien kurze Zeit später am Beispiel der Kompetenzentwicklung in der Pflege. In der scientific community hat sich dieses Modell mit den fünf Stufen für 1) Anfänger:in, 2) fortgeschrittene/r Anfänger:in, 3) kompetente Person, 4) erfahrene Person und 5) Expert:in mittlerweile fest etabliert (vgl. Benner 2012: 63ff.). Mit Verweis auf das Modell zur Entwicklung beruflicher Kompetenz („From Novice to Expert“) von Dreyfus und Dreyfus (1980) ist allgemein davon auszugehen, dass in der Phase des Berufseinstiegs erste Unsicherheiten abgebaut werden und eine zunehmende Etablierung am Arbeitsplatz zu beobachten ist (vgl. Rogge 2020: 92). Die Berufseinsteiger:innen erlangen durch berufliche Arbeitserfahrungen Orientierungs- und Überblickswissen (Stufe 1 – Novize) und erhalten zunehmend ein Verständnis für Zusammenhänge (Stufe 2 – fortgeschrittene Anfänger:innen) (vgl. Rauner 2007: 60). Zu den jüngeren Forschungsarbeiten in dem Bereich ist auf die Arbeit von Judy B. Duchscher hinzuweisen (2008: „The Stages of Transition Theory“). Sie beschreibt den Rollenwechsel von Auszubildenden respektive Studierenden der Pflege hin zu kompetenten Fachkräften innerhalb der ersten 12 Monate als einen „process of becoming“ (ebd.: 444) anhand von den drei Phasen 1) Doing („Ausführen“), 2) Being („Sein“) und 3) Knowing („Wissen“) (vgl. ebd.; Duchscher & Windey 2018: 229ff.).

Sowohl die Ausbildung wie auch der Berufseinstieg sind Phasen der beruflichen Sozialisation, die das berufliche Selbstkonzept beeinflussen (vgl. Sorber 2013: 177). Im nächsten Abschnitt werden deshalb Bezüge zur beruflichen Identität und zu den Konzepten Fachkultur und Habitus hergestellt.

4.3.3 Berufliche Identität, Fachkultur und Habitus

Ein wichtiger Gegenstand beruflicher Sozialisation ist die erfolgreiche Übernahme von Werten, Haltungen und Einstellungen. Denn sie ist entscheidend dafür, „ob und wie weit berufliche Neulinge sich [...] einer Berufsgruppe zugehörig fühlen“ (Clement 2020: 57). Im Prozess der beruflichen Sozialisation entsteht somit auch eine berufliche Identität (vgl. ebd.). Das ist das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, der auf das engste mit der Entwicklung beruflicher Kompetenz verknüpft ist (vgl. Heinemann 2012: 621; Heinz 1995: 46). Eng verknüpft mit beruflicher Sozialisation und beruflicher Identität sind die Konzepte zu Fachkulturen und Habitus. Unter Fachkulturen werden, nach Multrus (2005), kulturelle Muster im Denken und Handeln der Angehörigen eines Faches verstanden (vgl. ebd.: 3).

Menschen begegnen sich zwar grundsätzlich als Individuum, können sich aber gleichzeitig als Teil von fachlichen Kulturen begegnen (vgl. Huber 1991: 5). Das Wissen um fachkulturelle Unterschiede kann für professions- und disziplinübergreifendes Denken und Handeln von Bedeutung sein. Zwischen den spezifischen (fach-)kulturellen Strukturen und den Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmustern der einzelnen Person entwickelt sich der Habitus (vgl. Ihsen 2010: 82). Er ist wie ein „Scharnier zwischen den objektiven gesellschaftlichen Bedingungen und dem subjektiven individuellen Handeln und Verhalten“ (Koller 2004: 150). Für Bourdieu (1980/1993) erzeugen „die Konditionierungen, die mit einer bestimmten Klasse von Existenzbedingungen verknüpft sind, [...] die *Habitusformen* als Systeme dauerhafter und übertragbarer *Dispositionen*.“ (ebd.: 98; H. i. O.). Koller (2004) bezeichnet den Habitus als „Set bestimmter Einstellungen, Gewohnheiten und Präferenzen“ (ebd.: 152), der tendenziell den Mitgliedern einer sozialen Gruppe oder Klasse gemeinsam ist, weshalb Habitusformen als „*klassen-, geschlechts-, generations- oder berufsspezifisch*“ (ebd.; H. i. O.) gelten. Diese sind „als strukturierte Strukturen, [...] wie geschaffen [...] als strukturierende Strukturen zu fungieren, d. h. als Erzeugungs- und Ordnungsgrundlagen für Praktiken und Vorstellungen“ (Bourdieu 1980/1993: 98). Für Bourdieu (1980/1993) „produziert der Habitus individuelle und kollektive Praktiken, [...] die sich in jedem Organismus in Gestalt von Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata niederschlagen“ (ebd.: 101). Demnach ist ein Habitus nicht angeboren, sondern erfahrungsabhängig (vgl. Kraus & Gebauer 2002: 31). Er zeigt sich u. a. in Ähnlichkeiten im Denken, Handeln und Bewerten von bestimmten Kontexten und geht mit bestimmten Werten, Einstellungen und Haltungen einher. Diese dienen einerseits der Entfaltung der eigenen Persönlichkeit, aber sie sind auch für einen bestimmten beruflichen Habitus charakteristisch. Er ist das Ergebnis einer berufsspezifischen Identitätsentwicklung und zeigt sich in dem verinnerlichten Sozialisationsprozess einer Person (vgl. Ihsen 2010: 82; Teltemann 2019: 28). Der im Sozialisationsprozess erworbene Habitus bleibt meist lebenslänglich bestehen und kann nur unter bestimmten Bedingungen und Wandlungsprozessen verändert werden (vgl. Koller 2004: 152).

Im nächsten Abschnitt wird nun mit Blick auf die Gesundheitsberufe die berufliche Sozialisation unter dem spezifischen Fokus der Interprofessionalität betrachtet. Dabei wird u. a. auf die Bedeutung der interprofessionellen Bildung und deren Einfluss auf die Sozialisation eingegangen.

4.3.4 Interprofessionelle Sozialisation in den Gesundheitsberufen³⁵

Das Gesundheitswesen ist geprägt von starken Kulturen innerhalb der verschiedenen Gesundheitsberufe (vgl. Eriksson & Müllern 2017: 63). Für Petrie (1976) sind mit den Berufen bzw. den dahinterstehenden Disziplinen „kognitive Landkarten“ (ebd.: 35) verbunden. Eine solche Landkarte ist ein wichtiger Bestandteil der (Fach-)Kultur eines Berufs und hat einen Einfluss darauf, wie etwas wahrgenommen wird. Beispielsweise können zwei verschiedene Berufsgruppen den gleichen Gegenstand betrachten, aber nicht das Gleiche sehen (vgl. ebd.).

Bisher wurde die berufliche Sozialisation in den Gesundheitsberufen vorrangig aus dem Blickwinkel des jeweils eigenen Berufes betrachtet und damit eher eine berufsspezifische Zugehörigkeit oder eine sogenannte *uniprofessionelle Identität* ausgebildet (vgl. Gilbert 2005: 99; Hall 2005: 190; Handgraaf et al. 2016: 52; Khalili et al. 2013: 450). Dies hat oft dazu geführt, dass jeder Gesundheitsberuf in seinem eigenen Blickfeld denkt und agiert. Infolgedessen verfügen die Angehörigen eines Berufes über gemeinsame Erfahrungen, Werte und Problemlösungsansätze sowie über eine eigene Sprache. Mit derartigen Erfahrungen und Sozialisationsprozessen, die bereits während den Ausbildungen stattfinden, werden bestimmte, teilweise unbewusste Wert- und Weltbilder der Berufsangehörigen gefestigt (vgl. Hall 2005: 190f.). Jedoch wird mittlerweile davon ausgegangen, dass solche Berufskulturen (oder Fachkulturen) auch Barrieren darstellen. Denn durch die oft selbstverständlichen Annahmen über den eigenen Beruf und über andere Berufe, können Barrieren entstehen, die die Zusammenarbeit und das Verständnis zwischen verschiedenen Berufsgruppen erschweren (vgl. Eriksson & Müllern 2017; Hall 2005). Diese Barrieren können durch Geschlechts- und Klassenunterschiede sowie durch hierarchische Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen untermauert werden. Sie zeigen sich im Kommunikations-, Kooperations- und Konkurrenzverhalten im beruflichen Alltag und befinden sich in einem ständigen Veränderungs- und Entwicklungsprozess (vgl. Eriksson & Müllern 2017: 63; Marzinzik et al. 2010: 13). Obwohl die traditionell aufgebauten Barrieren zwischen den Berufen hoch sind, ist Hall (2005) zuversichtlich, dass sie nicht unüberwindbar sind (vgl. ebd.: 194; Eriksson & Müllern 2017: 69).

Interprofessionelle Bildung wird als ein effektives und zentrales Element verstanden, um Studierende auf die berufliche Sozialisation vorzubereiten und aus ihnen praxisbereite

³⁵ Das Teilkapitel wurde im Oktober 2022 im Rahmen des Beitrages „Interprofessionelle Sozialisation als Teil der beruflichen Sozialisation von Gesundheitsberufen“ zur Veröffentlichung im Herausgeber:innenwerk von Walkenhorst, Ursula & Fischer, Martin (2023): *Interprofessionelle Bildung für eine zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung – Grundlagen, Methodische Ansätze und Perspektiven* beim Springer Verlag eingereicht.

Fachkräfte zu entwickeln wird (vgl. Mink et al. 2019: 2; Shustack 2021: 6). Wenn in der Ausbildung der Gesundheitsberufe interprofessionell gelernt wird, können die Lernenden üben, wie sie berufsübergreifend zusammenarbeiten, eine gemeinsame Teamperspektive entwickeln und dabei gleichzeitig ihre berufsspezifische Rolle einnehmen (vgl. Khalili 2013: 449). Nach Khalili et al. (2019) wird interprofessionelle Sozialisation (*interprofessional socialization*, IPS) als ein Prozess verstanden, in dem eine Person eine duale Identität (*dual identity*) entwickelt. Diese besteht einerseits aus einer beruflichen Identität und einer interprofessionellen Identität. Dafür werden sowohl berufsspezifische als auch interprofessionelle Überzeugungen, Werte, Verhaltensweisen und Verpflichtungen erworben, um in der Berufspraxis kooperativ zusammenarbeiten zu können (vgl. ebd.: 27; Khalili et al. 2013: 449). Nach Khalili et al. (2013) wird eine duale Identität als Ergebnis eines Sozialisationsprozesses entwickelt. Dabei wird angenommen, dass die Entwicklung der dualen Identität die Bereitschaft der Lernenden zu kollaborativer Teamarbeit erhöht (vgl. ebd.: 451). Diese Entwicklung findet iterativ statt und wird von mehreren intraindividuellen und systemischen Faktoren beeinflusst (vgl. ebd.). Zu den intraindividuellen Faktoren zählen z. B. die interprofessionellen Überzeugungen, Verhaltensweisen und die Neigung, ob jemand eher individualistisch oder kollektivistisch orientiert ist sowie die bisherigen interprofessionellen Erfahrungen. Wenn Lernende in der Vergangenheit mit Interprofessionalität positive Erfahrungen erlebt haben oder eher kollektivistisch orientiert sind, reagieren sie meist positiver auf interprofessionelle Sozialisation als Lernende, die über negative oder keine interprofessionellen Erfahrungen verfügen oder eher eine individualistische Orientierung haben. Zu den systemischen Faktoren zählen z. B. Bildungsprogramme und Gesundheitsversorgungsmodelle (vgl. ebd.). Jedoch überwiegt in vielen Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens derzeit noch eine eher mono- oder multiprofessionelle Arbeitsweise. Um das zu verändern, ist es wichtig, das Gesundheitspersonal dahingehend zu qualifizieren, dass es die berufliche Praxis im Sinne der interprofessionellen Arbeitsweise zukunftsweisend mitgestalten kann (vgl. Ulrich et al. 2020: 32). In der Literatur besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass interprofessionelle Lehr-Lern-Arrangements eine Voraussetzung sind, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, sicheres und kompetentes Auftreten in einem interprofessionellen Team zu unterstützen und Barrieren sowie Vorurteile gegenüber anderen Gesundheitsberufen zu reduzieren (vgl. Clark 2018: 2; Frenk et al. 2011: 8; Gilbert 2005: 92; Guraya & Barr 2018: 161; Mink et al. 2019: 2; WHO 1988). Doch interprofessionelles Handeln erfordert ein neues und erweitertes Selbstverständnis der Berufsangehörigen. Dafür gilt es eine berufliche Identität herauszubilden, die die berufsbezogene *und* die interprofessionelle Identitätsbildung integral verknüpft (vgl. Handgraaf et al. 2016: 52; Huber et al. 2019: 52; Khalili et al. 2013: 451). Das Bewusstmachen

von Werten und Einstellungen sowie die Arbeit an Haltungen sind dabei zentrale Aspekte. Denn, wie bereits erwähnt, ist von der erfolgreichen Übernahme von Werten, Haltungen und Einstellungen abhängig, ob und inwieweit Berufseinsteiger:innen sich einer Berufsgruppe zugehörig fühlen (vgl. Clement 2020: 57). Die Sozialisationsprozesse während einer Berufsausbildung haben darauf einen bedeutenden Einfluss (vgl. Huber et al. 2019: 53, Shustack et al. 2021: 2). Der Prozess der Sozialisierung beginnt mit dem beruflichen Ausbildungsprogramm und erstreckt sich auf die künftigen klinischen Praxisumgebungen (vgl. ebd.). Dabei wird angenommen, dass die Erfahrungen mit interprofessionellen Lehr-Lern-Gelegenheiten im Studium einen Einfluss auf die interprofessionellen Überzeugungen und Verhaltensweisen haben, sowie auf die Haltung mit anderen zusammenzuarbeiten (kollektivistische versus individuelle Orientierung) (vgl. Khalili & Orchard 2020: 3). Für die interprofessionelle Identitätsbildung bedeutet das, dass in den Ausbildungen Lehr-Lern-Gelegenheiten zu schaffen sind, in denen Lernende verschiedener Gesundheitsberufe mit-, von- und übereinander lernen und auch lernen, auf sinnvolle Weise zusammenzuarbeiten (vgl. Hall 2005: 193). Dabei spielt Erfahrungslernen eine wichtige Rolle und besonders soziale Erfahrungen sind mit Blick auf berufliche Sozialisationsprozesse entscheidend (vgl. Clark 2002: 524; Dobischat & Düsseldorf 2015: 474; Neuloh 1973: 141). Um Angebote zum interprofessionellen Lernen umzusetzen oder in die Curricula zu integrieren, benötigen die Verantwortlichen an den Bildungseinrichtungen entsprechende Fähigkeiten, Zeit und Unterstützung (vgl. Hall 2005: 193; Ulrich et al. 2020: 30). Eine thematische Sensibilisierung des Bildungspersonals sowie eine gewisse Kenntnis von den Diskussionen zur beruflichen und interprofessionellen Sozialisation sind dabei von Vorteil. Dazu zählen beispielsweise Themen wie Kommunikation im Team, Wahrnehmung, Transparenz, Reflexion von Rollenzuschreibungen und Arbeitsabläufen sowie Umgang mit Hierarchie und Konkurrenzsituationen in der Gesundheitsversorgung. Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass sich hochschulische Lernumgebungen von den Lernumgebungen am Arbeitsplatz unterscheiden (vgl. Ward et al. 2017: 1f.; → [Kap. 4.3.2.1](#)). Diese unterschiedlichen Hintergründe und Ziele sowie die Art des Lernens, das in diesen unterschiedlichen Umgebungen stattfindet, sind ebenfalls vom Bildungspersonal zu reflektieren und ggf. gegenüber den Lernenden transparent zu machen. Das Bildungspersonal kann dazu beitragen, das Selbstvertrauen der Lernenden und Berufseinsteiger:innen zu fördern, damit sie sich in schwierigen Arbeitskulturen zurechtfinden und hierarchische Einstellungen und Praktiken überwinden können, die eine erfolgreiche Kommunikation und Zusammenarbeit im Team behindern (vgl. Shustack et al. 2021: 8).

Zusammenfassend kann die interprofessionelle Sozialisation der Gesundheitsberufe, nach Auffassung der Autorin, als ein Bestandteil der beruflichen Sozialisation verstanden werden. Denn der interprofessionelle Sozialisationsprozess ist nicht losgelöst von der berufsbezogenen Sozialisation zu betrachten. Er vollzieht sich vor dem Hintergrund der berufsbezogenen Identität der beruflich tätigen Person sowie von deren subjektivem Erleben und den Erfahrungen im interprofessionellen Lern- bzw. Arbeitskontext.

4.4 Transformatives Lernen

Im folgenden Kapitel wird das transformative Lernen vorgestellt. Neben einer theoretischen Einführung wird außerdem auf die Bedeutung dieser Art von Lernen für den Forschungsgegenstand der Interprofessionalität eingegangen.

4.4.1 Bedeutung von Lernen im Kontext dieser Arbeit

Menschen besitzen das Potenzial zu lernen, dennoch ist Lernen keine Selbstverständlichkeit. Es kann gelingen, genauso aber auch scheitern oder aufgrund mangelnder Entschlossenheit oder fehlender Ressourcen verhindert werden (vgl. Grotlüschen & Pätzold 2020: 13). Lernen findet nicht nur im Rahmen von bestimmten Institutionen statt, sondern kann in verschiedenen alltäglichen Situationen auch informell geschehen. Durch diese Vielfältigkeit ist der Gegenstand des Lernens so interessant und stellt das „Herzstück“ (Arnold et al. 2000: 6) vieler bildungswissenschaftlicher Untersuchungen dar, wie das Zitat aus dem Forschungsmemorandum für die Erwachsenen- und Weiterbildung zeigt:

Auch wenn das Wort Lernen heute inflationär für eine Vielzahl von Veränderungsphänomenen [sic], Sozialisationsprozessen, Strukturentwicklungen und intendierten Maßnahmen gebraucht wird, so umschreibt Lernen doch den Kern der Herausforderungen, denen sich eine moderne Erwachsenenbildung mit allen ihren formellen und informellen Ausfäucherungen stellen muss. Die Erforschung des Lernens bildet daher das Herzstück einer Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung. (Arnold et al. 2000: 6, H. i. O.)

Mit den Fragen rund um das Lernen beschäftigen sich Lerntheorien. Es gibt eine Vielzahl verschiedener Lerntheorien, die teilweise verschiedenen (erkenntnis-)theoretischen Ansätzen folgen. Keine dieser Theorien erhebt einen alleinigen Geltungsanspruch, sondern vielmehr entwickeln sie sich in Abgrenzung zueinander oder unter Bezugnahme aufeinander weiter. Lerntheorien sind nach Grotlüschen & Pätzold (2020) entweder als Theorien mittlerer Reichweite³⁶ oder als Gegenstandstheorien einzuordnen. Sie gehen spezifischen

³⁶ Den Begriff *Theorie mittlerer Reichweite* („middle range theories“) hat der Soziologe Robert Merton in den 1960er-Jahren geprägt (vgl. Merton 1995/2012: 3f.; von Werthern 2020: 146).

Fragen nach, beispielsweise welche Anlässe Lernen begünstigen bzw. verhindern oder wie Lernen gestaltet sein soll, damit es zu Veränderungen führt.

Mit Blick auf das Gesundheitswesen kann durch interprofessionelles Lehren und Lernen die Zusammenarbeit und Kommunikation der verschiedenen Akteur:innen verändert werden. Die Verbesserung dieser Zusammenarbeit und Kommunikation ist ein explizites Ziel interprofessioneller Bildung (vgl. Sargeant 2009: 178). In diesem Zusammenhang, und vor allem mit Blick auf das lebenslange Lernen von Gesundheitsberufen, geht es vordergründig nicht um reinen Wissenserwerb oder das Erlernen von neuen Fähigkeiten, sondern vielmehr spielen Veränderungen und Erweiterungen des bisherigen Wissens sowie Erfahrungen eine wichtige Rolle. Hierfür bietet die Theorie des transformativen Lernens nach Mezirow hilfreiche Impulse, weshalb diese im nächsten Abschnitt eingeführt wird.

4.4.2 Theorie des transformativen Lernens

Die *Theorie des transformativen Lernens* wurde von Jack Mezirow (1923 – 2014) erstmals in den 1970er-Jahren ausgearbeitet. Er begründet die Theorie mittels einer empirischen Studie, bei der er Lernprozesse von Frauen untersuchte, die nach einer Familienphase ein Studium aufnahmen (*re-entry programs*) (vgl. Mezirow 1978). Sie zählt zu den international erfolgreichen und im englischsprachigen Raum viel diskutierten Theorien des Lernens im Erwachsenenalter (vgl. Fuhr 2018: 84f.; Hoggan 2016: 57; Pätzold 2020: 80). Im deutschsprachigen Raum wurde sie vergleichsweise wenig rezipiert (vgl. Eschenbacher 2018: 259; Pätzold 2020: 85; Zeuner 2012: 93). Indessen sind zwei Werke besonders hervorzuheben: die 1997 veröffentlichte Publikation „Transformative Erwachsenenbildung“, mit der Karl Arnold die Übersetzung der 1991 erschienenen Monografie von Mezirow „Transformative dimensions of adult learning“ vorlegt sowie die systematische und kritische Auseinandersetzung mit der Theorie des transformativen Lernens von Saskia Eschenbacher „Transformatives Lernen im Erwachsenenalter“ (2018).

Der lateinische Begriff *transformare* bedeutet umgestalten oder verwandeln (vgl. Pätzold 2020: 79; Wiesner & Prieler 2020: 2). In Verbindung mit Lernen ist damit „eine tiefgreifende Veränderung der eigenen Sichtweise [gemeint], die von kritischer Reflexion getragen ist und zu veränderten Perspektiven und Handlungen führt“ (Pätzold 2020: 80). Allerdings wird der Begriff *Transformatives Lernen* (TL) mittlerweile inflationär verwendet und fast jede bedeutsame Veränderung wird als Transformation bezeichnet (vgl. Fuhr 2018: 89; Hoggan 2016: 7).

Nach Zeuner (2014) gibt es „nicht *das* oder *ein* Konzept der Theorie des transformativen Lernens“ (ebd: 107, H. i. O.). Die ursprüngliche Konzeption von Mezirow wurde im Laufe der

Jahre weiterentwickelt und kritisch ergänzt (vgl. Zeuner 2014: 85). Beispielsweise zeigt Kitchenham (2008) in seinem Beitrag, welchen Einflüssen die Theorie unterlegen ist und wie Mezirow sie in den Jahren von 1978 bis 2006 weiterentwickelt hat (vgl. ebd.: 106, 110). Daran ist gut zu erkennen, das bedingt durch diese Einflüsse die Theorie des transformativen Lernens um einiges komplexer geworden ist als in der ursprünglichen Version (vgl. Laros 2015: 22). Allerdings wird in jüngeren Arbeiten auch von einer Stagnation in der Theorieentwicklung sowie in der Forschung zu TL berichtet (vgl. Eschenbacher 2018: 311; Cranton & Taylor 2012: 12f.).

Die Theorie basiert auf konstruktivistischen Grundannahmen und wird von Mezirow (1991) selbst als eine konstruktivistische Lerntheorie³⁷ für das Lernen von Erwachsenen beschrieben (ebd.: 33), deren Wurzeln im Humanismus und in der Kritischen Theorie begründet sind (vgl. Cranton & Taylor 2012: 5). Besonders prägend für Mezirow waren dabei der Pragmatismus von John Dewey, der symbolische Interaktionismus, die Grounded Theory, die Psychoanalyse sowie die Diskurstheorie von Habermas (vgl. Fuhr 2018: 93).

Mezirow (1997) definiert Lernen als einen Prozess „bei dem eine früher von einem Individuum vorgenommene Interpretation der Bedeutung einer Erfahrung dazu verwendet wird, um zu einer neuen oder revidierten Interpretation als Orientierungshilfe für zukünftiges Handeln zu gelangen“ (ebd.: 10). Die Interpretation der Erfahrung steht im Mittelpunkt und führt zu sogenannten Bezugsrahmen (*frames of reference*)³⁸: „Frames of reference are the results of ways of interpreting experience. They may be either within or outside of our awareness“ (Mezirow 2012: 82). Diese *frames of reference* sind zentral in der Theorie des transformativen Lernens. Nach Mezirow (1994) bestehen sie meist schon länger, weil sie im Lauf der Kindheit unkritisch übernommen werden (vgl. ebd.: 223). Diese grundlegenden Einstellungen sind wie Fenster, durch die das Individuum seine Welt bewusst oder unbewusst wahrnimmt. Sie setzen sich aus kognitiven, affektiven und konativen Aspekten zusammen (vgl. Mezirow 2012: 22; siehe auch Laros 2015: 23).

Innerhalb des Bezugsrahmens werden die abstrakten *habits of mind* und die konkreten *points of view*³⁹ unterschieden. Mit den *habits of mind* sind abstrakte Orientierungen und persönliche Paradigmen gemeint, die weitgehend prärationale und unartikulierte Voraus-

³⁷ Für Zeuner (2012) ist die Theorie des transformativen Lernens mehr als eine Lerntheorie, wie sie in Deutschland diskutiert wird. Sie versteht sie vielmehr als eine Theorie der Erwachsenenbildung, weil sie neben der Frage nach Erfahrungen der Lernenden auch die Frage nach der Rolle der Lehrenden betrifft (vgl. ebd.: 103f.).

³⁸ Die Begriffe *frame of reference* und *meaning perspective* werden teilweise synonym verwendet (vgl. Laros 2015: 24; Mezirow 2012: 82; siehe auch Eschenbacher 2018: 83).

³⁹ In früheren Werken (z. B. Mezirow 1991) wird *meaning perspectives* anstelle von *habits of mind* und *meaning schemes* anstelle von *points of view* verwendet (vgl. ebd.: 61f.; Fuhr 2018: 87; Laros 2015: 24).

setzungen für Ansichten darstellen. Das Individuum übernimmt diese meist unhinterfragt von der umgebenden Kultur sowie den Bezugspersonen. Mezirow (1994) unterteilt diese in epistemische, kulturelle und psychische Annahmen und meint damit beispielsweise soziale Normen, bevorzugte Lernwege, Persönlichkeitsmerkmale und das Selbstkonzept einer Person (vgl. ebd.: 223; Mezirow 1997: 51). Zeuner (2014: 104) übersetzt die *habits of mind* mit Denkgewohnheiten und weil sie *habitualisiert* sind, ist auch die Bezeichnung *habits of mind* passend (vgl. Fuhr 2018: 88). Die *points of view* stellen hingegen konkrete Manifestationen der habitualisierten Orientierungen und persönlichen Paradigmen (*habits of mind*) dar und können als Standpunkt übersetzt werden (vgl. Mezirow 1991: 44; Mezirow 1994: 223; Zeuner 2014: 104). Sie zeigen sich in Form von Wissen, Überzeugungen, Werten und Empfindungen und werden in Interpretationen artikuliert. Durch beide wird die Art beeinflusst, wie wir unsere Erfahrungen definieren, verstehen und wie wir danach handeln (vgl. Mezirow 1997: 51). Die individuellen Bezugsrahmen (*frames of reference*) mit den *habits of mind* und *points of view* haben nach Singer-Brodowski (2016) drei Funktionen: Sie wirken 1.) wahrnehmungsleitend für die Interpretation von Wirklichkeit, sind 2.) orientierungsgebend für das individuelle Handeln und 3.) identitätsprägend für das Individuum (vgl. ebd.: 15). Allerdings merkt Mezirow (1994) auch an, dass es – aufgrund dieser Funktionen der *frames of references* – typisch für Menschen ist, dass sie sich dagegen sträuben, etwas zu lernen, das nicht zu ihren bestehenden Strukturen passt und dass sie außerdem danach streben, die Bedeutung ihrer Erfahrungen zu verstehen (vgl. ebd.: 223; Laros 2015: 24). Außerdem ist nicht jedes Lernen transformatives Lernen. Für Mezirow (1991) ist Reflexion ein zentrales Element für TL, denn durch Reflexion können die Bezugsrahmen transformiert werden, wie das folgende Zitat verdeutlicht: „Transformative learning involves reflectively transforming the beliefs, attitudes, opinions, and emotional reactions that constitute our meaning schemes or transforming our meaning perspectives“ (ebd.: 223). Mezirow (1991) unterscheidet drei Formen der Reflexion. Je nachdem, ob sich die Reflexion auf den Inhalt (*content*), den Prozess der Problemlösung (*process*) oder auf die dem Problem zugrunde liegende Annahme (*premise*) bezieht (vgl. ebd.: 104; Mezirow 1994: 224). Er beschreibt weiter, was bei der Reflexion passiert und wie diese vonstattengeht:

We reflect on the unexamined assumptions of our beliefs when the beliefs are not working well for us, or where old ways of thinking are no longer functional. We are confronted with a disorienting dilemma which serves as a trigger for reflection. Reflection involves a critique of assumptions in childhood, remains functional for us as adults. We do this by critically examining its origins, nature, and consequences.
(Mezirow 1994: 223)

Daran wird deutlich, dass das Ziel des TL nicht die reine Weitergabe von Wissen oder die Kommunikation ist, sondern mittels der gemachten Erfahrungen und der kritischen Auseinandersetzung mit diesen Erfahrungen sollen Transformationsprozesse initiiert und katalysiert werden (vgl. Eschenbacher 2018: 29). Mezirow (1991, 2012) schlägt einen idealtypischen Prozess des transformativen Lernens in 10 Schritten vor, der in Tabelle 4-5 dargestellt ist. Obwohl die Phasen des TL in linearer Weise dargestellt sind, verläuft der Transformationsprozess nicht zwangsläufig linear, sondern findet eher zirkulär statt – zumal sich die einzelnen Lernschritte auch wiederholen können (vgl. Laros 2015: 26).

Tabelle 4-5: Idealtypischer Prozess des transformativen Lernens

Prozess des transformativen Lernens nach Mezirow (1991, 2012)

1. Auftreten einer Irritation, Desorientierung oder eines Dilemmas
2. Selbstbeobachtung mit Gefühlen wie Angst, Wut, Schuld oder Scham
3. Kritisches Hinterfragen der eigenen Annahmen
4. Erkenntnis, dass andere auch (ähnliche) Wandlungsprozesse erfahren haben
5. Erkundung von Möglichkeiten für neue Rollen, Beziehungen und Handlungen
6. Planung von Vorgehensweisen
7. Aneignung von Wissen und Fähigkeiten, um den Plan umzusetzen
8. Ausprobieren neuer Rollen
9. Aufbau von Kompetenz und Selbstvertrauen in den neuen Rollen und Beziehungen
10. Reintegration in das eigene Leben auf Basis der eigenen, neuen Perspektiven

Quelle: eig. Darstellung, in Anlehnung an Mezirow 1991: 168f. und Mezirow 2012: 86 (Übersetzung durch Verfasserin sowie in Anlehnung an Wiesner & Prieler 2020: 9)

Wie Tabelle 4-5 verdeutlicht, ist eine Voraussetzung für TL die Erfahrung eines Dilemmas, einer Irritation oder einer Desorientierung (*disorienting dilemma*). Damit verbunden ist die Annahme, dass ein Dilemma oder eine Irritation die Grundlage für Lernen darstellen. Diese Annahme wird auch in anderen Ansätzen zum Lernen geteilt, wie z. B. in der Biografie-forschung oder in der Kompetenzforschung mit der Beschreibung der *emotionalen Labilisierung* (vgl. Erpenbeck & Sauter 2013: 33; Fuhr 2018: 97).

Für das Lernen werden von Mezirow weitere grundlegende Unterscheidungen vorgenommen. Das ist zunächst, mit Bezug auf Habermas (1984), die Unterscheidung der zwei Hauptbereiche⁴⁰: *instrumentelles* und *kommunikatives Lernen* (vgl. Mezirow 1997: 80; Mezirow 2012: 77). Das instrumentelle Lernen bezieht sich auf praktische Fähigkeiten, die beim aufgabenorientierten Problemlösen benötigt werden. Das kommunikative Lernen findet in der Auseinandersetzung mit anderen statt und beinhaltet Gefühle, Intentionen,

⁴⁰ Habermas bezeichnet diese als *domains of learning* (vgl. Eschenbacher 2018: 49).

Werte und Moralvorstellungen. Lernen involviert meist beide Aspekte (vgl. ebd.). Des Weiteren unterscheidet Mezirow zwischen vier verschiedenen Lernformen: Dazu zählen a) die Ausarbeitung und Erweiterung von bestehenden *frames of reference*, b) das Erlernen neuer *frames of reference*, c) die Transformation von *points of view* sowie d) die Transformation von *habits of mind* (vgl. Mezirow 1994: 224; Mezirow 2012: 84). Im Fall der beiden ersten Formen wird lediglich hinzugelernt und es findet keine Reorganisation von bestehendem Wissen statt. Die beiden letzten Formen stellen für Mezirow transformative Lernprozesse dar, weil Bezugsrahmen transformiert werden. Das kann zu vielseitigen und weitreichenden Veränderungen der Ansichten führen:

Transformative learning involves experiencing a deep, structural shift in the basic premises of thought, feelings and actions. It is a shift of consciousness that dramatically and permanently alters our ways of being in the world. Such a shift involves our understanding of ourselves and our self-locations; our relationships with other humans and with the natural world [...]. (Morrel & O'Connor 2002: xvii)

Fuhr (2018) beschreibt diese Lernarten anschaulich als „Dazu-Lernen“ und als „Umlernen“ (ebd.: 86). Bei dem geläufigeren Modell des *Dazu-Lernens* erwirbt eine Person Wissen, Fertigkeiten oder Haltungen, um sich in entsprechenden Situationen daran zu erinnern und das Gelernte einzusetzen. Das *Umlernen* hingegen bezieht sich auf Lernprozesse, die das bisherige Denken verändern (vgl. ebd.). Eine andere Form der Unterscheidung schlägt Schugurensky (2002) vor. Für ihn können sich transformative Lernprozesse auf unterschiedlichen Ebenen zeigen:

- Transformation des individuellen Bewusstseins (*transformation of individual consciousness*),
- Transformation des individuellen Verhaltens (*transformation of individual behaviour*) und
- soziale Transformation (*social transformation*) (ebd.: 61).

Er betont, dass die drei Formen miteinander verwandt sind, aber eine Änderung der subjektiven Einstellungen und Haltungen nicht zwingend dazu führt, dass sich Veränderung auf den anderen Ebenen ergeben (vgl. ebd.; Zeuner 2014: 106).

Hoggan (2016) schlägt vor, nicht binär zwischen transformativem und nichttransformativem Lernen zu unterscheiden. Seiner Auffassung nach sind bei den Lernergebnissen drei Aspekte wichtig, um von TL zu sprechen. Diese Aspekte sind Tiefe, Umfang und zeitliche Stabilität (vgl. ebd.: 71f.). Dabei bezieht sich Tiefe auf die Auswirkung oder das Ausmaß einer Veränderung (z. B. Selbst, Weltanschauung). Breite bezieht sich auf die Anzahl der Kontexte, in denen sich eine Veränderung manifestiert und Stabilität meint, inwiefern die Veränderung von zeitlicher Dauer ist (ebd.: 71). Denn je nachdem ob diese Aspekte vorübergehend

sind oder sich nur in einem kleinen Bereich auswirken, findet möglicherweise kein transformativer Lernprozess statt (vgl. ebd.). Insofern handelt es sich nach Hoggan (2016) nur um transformative Lernergebnisse, wenn diese eine gewisse Tiefe, Umfang und Stabilität aufweisen. Deshalb hält er es für zentral, erst Klarheit über die transformativen Ergebnisse zu bekommen, um anschließend über die Lernprozesse zu sprechen, die zu diesen Ergebnissen geführt haben (vgl. ebd.: 72). Mittels einer Literaturstudie entwickelt er eine Typologie für Lernergebnisse (*learning outcomes*), die bei transformativem Lernen festzustellen sind. Dabei sind Änderungen feststellbar in den Weltanschauungen, dem Selbstbild, der subjektiven Epistemologie, der Ontologie⁴¹, dem Verhalten sowie der Kapazität⁴² (vgl. ebd.: 65ff.; Fuhr 2018: 89f.). Obwohl er seine Typologie mit den drei Kriterien – Tiefe, Umfang und Stabilität – kombiniert, erfolgt keine Verständigung darüber, wie diese Kriterien zu bewerten sind (vgl. ebd.: 90).

Die Theorie des transformativen Lernens wurde in vielerlei Hinsicht kritisch betrachtet und diskutiert. An dieser Stelle werden drei Kritikpunkte herausgegriffen, die mit Blick auf den vorliegenden Forschungskontext interessant sind. Diese Punkte beziehen sich auf Normativität, Rationalität und den emanzipatorischen Anspruch. Zunächst ist die Kritik anzubringen, dass die Theorie mit normativen Aussagen einhergeht, die nach Fuhr (2018: 101) wenig begründet sind (vgl. auch Pätzold 2020: 81). Für Fuhr (2018) ist die Theorie normativ, weil sie davon ausgeht, dass der Transformationsprozess per se zum Guten führt. Es wird nicht davon ausgegangen, dass Prozesse ggf. auch zu engerem, unkritischem Denken führen können und es ist nicht bekannt, inwiefern das neue Denken innovativer, kritischer oder verbesserter ist (vgl. ebd.: 101).

Der nächste Punkt bezieht sich auf die Betonung der Rationalität, denn die Aspekte Emotionen und soziale Beziehungen kommen einigen Kritiker:innen in der Darstellung von Mezirow zu kurz. Die Reflexion, die für die Transformation unerlässlich ist, bezieht sich vorrangig auf rationale Prozesse und weniger auf affektive oder zwischenmenschliche Prozesse. Zwar berücksichtigt Mezirow in seinem idealtypischen Lernprozess unter Punkt 2 die Selbstbeobachtung mit Gefühlen (vgl. Tabelle 4-5) oder auch beim *kommunikativen Lernen*. Dennoch wird kritisiert, dass sich mit dem Lernen als sozialer Prozess und der Bedeutung von Beziehungen für das Lernen zu wenig auseinandergesetzt wird. Denn Studien zeigen, dass subjektive Empfindungen wie z. B. Vertrauen, Unterstützung und

⁴¹ Ontologie meint die Art und Weise, wie die Person in der Welt existiert mit grundlegenden Affekten und Eigenschaften wie Empathie, Verletzlichkeit oder Vertrauen sowie Gewohnheiten und Dispositionen (vgl. Fuhr 2018: 90.)

⁴² Kapazität bezieht sich nach Fuhr (2018: 90) auf die Steigerung der kognitiven Kompetenzen, der Bewusstheit oder der Spiritualität.

Freundschaft transformative Lernprozesse begünstigen (vgl. Laros 2015: 33; Taylor & Snyder 2012: 44).

Der dritte Punkt bezieht sich auf die Rezeption der Ideen von Habermas, denn die Arbeiten von Habermas bilden für Mezirow ein zentrales Fundament für seine Theorie des transformativen Lernens (vgl. Eschenbacher 2018: 51). Mezirow, der selbst seine Theorie innerhalb des emanzipatorischen Ansatzes verortet, wird vorgeworfen, die Ideen von Habermas verkürzt oder zum Teil ungenau zu rezipieren (vgl. Collard & Law 1989: 105f.; Eschenbacher 2018: 59ff.). Folglich wird an der Theorie des transformativen Lernens gelegentlich kritisiert, dass sie dem Anspruch von Habermas auf Emanzipation nicht nachkommt und die Beziehung zwischen transformativem Lernen, sozialer Handlung und Macht vernachlässigt (vgl. Collard & Law 1989: 105f.; Laros 2015: 30f.). Dennoch ist bei aller Kritik festzuhalten, dass Mezirow mit seiner bemerkenswert vielfältigen und heterogenen Theorieentwicklung – verbunden mit empirischer Forschung und praktischer Arbeit – einen wertvollen Beitrag zum Gegenstand des Lernens geleistet hat (vgl. Eschenbacher 2018: 230; Hoggan 2016: 72).

4.4.3 Bezug zum Forschungsvorhaben

In der Literatur wird die Theorie des transformativen Lernens nicht selten als Fundierung des IPLL hinzugezogen (vgl. Sargeant 2009; sowie auch Hean et al. 2009; Tallentire et al. 2021; Tsimane & Downing 2020). Denn TL kann dazu führen, dass wir uns und die Welt um uns herum anders sehen (vgl. Sargeant 2009: 182). Es können Erfahrungen konstruiert, validiert und vor dem Hintergrund neuer Erlebnisse reformuliert werden. Annahmen, Werte und Verhaltensweisen werden in Frage gestellt und können ggf. neu verhandelt und neue Rollen ausprobiert werden (vgl. Mezirow 2012: 86; Sargeant 2009: 182). Daraus können sich Veränderungen in den Einstellungen, Meinungen und (Vor-) Urteilen ergeben, die auch zu einer grundlegenden Transformation der Persönlichkeit sowie, daraus resultierend, der Identität führen können (vgl. Zeuner 2014: 101). Solche Veränderungen herbeizuführen, gehen mit der Zielsetzung von interprofessionellen Bildungsangeboten einher. Im Rahmen von interprofessionellen Bildungsangeboten sollen Einstellungen und Verhaltensweisen überprüft, reflektiert sowie ggf. verändert werden, um die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen zu verbessern (vgl. HRK 2007: 7; Wild & Ewers 2017: 80).

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass Lernende positiv auf IPE reagieren und sich Wahrnehmungen und Einstellungen zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen verbessern (vgl. Clark 2018: 3, Guraya & Barr 2018: 164; WHO 2010). Ebenso können Barrieren und Vorurteile gegenüber anderen Gesundheitsberufen reduziert und die inter-

professionelle Zusammenarbeit gefördert werden (vgl. Al-Qahtani 2016: 584). Beim interprofessionellen Lernen geht es einerseits um ein Dazu-Lernen, z. B. von Sichtweisen und Betrachtungen von anderen Berufen (vgl. Barr 2009: 148; Kaap-Fröhlich et al. 2022: 21) oder kommunikative Strategien im interprofessionellen Kontext können dazugelernt werden (vgl. IPEC 2016: 13; Walkenhorst & Heinzelmann 2019: 390f.). Andererseits geht es jedoch an vielen Stellen auch um ein Umlernen. Beispielsweise wenn es darum geht, das „Denken in Silos“, hierarchische Strukturen oder Konkurrenzdenken gegenüber anderen Berufsgruppen aufzulösen (vgl. Frenk et al. 2011: 8; Sottas, Höppner et al. 2013: 12). Dennoch sind, mit Verweis auf Hoggan (2016), die Lernergebnisse darauf hin zu überprüfen, ob auch tatsächlich transformativ gelernt wurde. Dafür können Tiefe, Breite und Stabilität der Lernergebnisse betrachtet werden und folglich auch die Lernprozesse, die damit verknüpft sind (vgl. ebd.: 72).

In der Theorie des transformativen Lernens nach Mezirow sind die Bedeutungsstrukturen zentral, die sich aus den *habits of mind* und *points of view* zusammensetzen. Die *habits of mind* (abstrakte Orientierungen, persönliche Paradigmen) und *points of view* (Wissen, Überzeugungen, Werte und Gefühle zeigen sich in Interpretationen) können durch kritische Reflexion hinterfragt werden. Transformativ zu lernen bedeutet, dass aufgrund der Reflexion neue Sichtweisen gewonnen werden, die ins Denken und Handeln integriert werden können. Durch die Transformation der Bezugsrahmen können Dilemmata gelöst und neue Handlungsoptionen eröffnet werden. Auf transformatives Lernen bei der Ausbildung des Gesundheitspersonals setzt auch die Lancet Kommission (Frenk et al. 2011)⁴³, denn deren Vision ist, dass:

Gesundheitsfachleute aufgrund ihrer Ausbildung grundsätzlich in der Lage [sind], vorhandenes Wissen umzusetzen, ein kritisches Urteilsvermögen zu entwickeln und nach ethischen Gesichtspunkten zu handeln, um im Rahmen lokal verantwortlicher und global verbundener Teams kompetent an patienten- und bevölkerungsorientierten Gesundheitssystemen mitwirken zu können. (ebd: 7)

Damit wird deutlich, dass dem Personal bzw. der Ausbildung des Personals eine zentrale Schlüsselposition zugeschrieben wird. Qualifiziertes Personal ist die zentrale Ressource für eine wirksame und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung (vgl. Sottas, Brügger et al. 2013: 3). Nach Auffassung der Lancet Kommission ermöglicht TL die „Entwicklung von Führungseigenschaften und bringt aufgeklärte veränderungswillige Akteure hervor“ (Frenk

⁴³ Die Kommission besteht aus internationalen Vertreter:innen von Hochschulen sowie aus dem Gesundheitswesen und veröffentlichte 2010 einen Bericht zu „Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world“ in der Zeitschrift „The Lancet“. Das Strategiepapier wurde von der Careum-Stiftung ins Deutsche übersetzt (vgl. Frenk et al. 2011).

et al. 2011: 62). Demnach sollen Studierende durch ihre Ausbildung befähigt werden, als „veränderungswillige Akteure“ (ebd.) bzw. „change agents“ (Sottas 2012: 5) den Wandel in der Gesundheitsversorgung mitzugestalten. Allerdings können die Studierenden allein nicht den Systemwandel hervorbringen (vgl. Paradis 2019: 50). Vielmehr ist ein Zusammenspiel von Faktoren und Akteur:innen auf verschiedenen Ebenen nötig, wie z. B. ein übergreifendes Gesundheitsversorgungssystem oder Verantwortliche aus unterschiedlichen Organisationen. Mit Blick auf informelle Lerngelegenheiten am Arbeitsplatz oder formales Lernen im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen sind dabei auch Maßnahmen zur (Weiter-)Entwicklung für die im Gesundheitswesen bereits tätigen Personen mitzudenken. Wenn durch Zusammenarbeit sowie Interaktion mit anderen, der Umwelt und aus der Reflexion dieser Erfahrungen transformativ gelernt wird, dann handelt es sich um ein Lernen, welches sich im Sinne des lebenslangen Lernens über die gesamte Berufsspanne erstrecken kann.

4.5 Zusammenfassung forschungsrelevanter Theorieaspekte

Die in der Arbeit inkludierten pflegerischen und therapeutischen Berufe werden als *Gesundheitsberufe* bezeichnet, ohne dass für den Begriff eine eindeutig abgestimmte Definition vorliegt (vgl. BGM 2022; SVR 2007: 42; Kälble & Borgetto 2016: 384). Darüber hinaus wird in dieser Arbeit der weitgefasstere Begriff der *Humandienstleistungsberufe* verwendet, wenn mindestens zwei der drei von Friese (2010: 316) aufgezeigten Berufsfelder 1) Gesundheit und Pflege, 2) Soziale Arbeit oder 3) Ernährung und Hauswirtschaft vertreten sind. Es wurde sich für diese Arbeit bewusst gegen die Verwendung des Professionsbegriff entschieden, auch wenn es besonders bei Themen wie *interprofessionellem* Lernen oder *interprofessioneller* Zusammenarbeit nahe liegt. Zunächst ist auf den sprachlichen Unterschied hinzuweisen. Im Englischen werden Berufe wie Ergotherapie, Geburtshilfe und Pflege als *professions* bezeichnet und damit ist eine „institutionelle Wirklichkeit“ (Bollinger & Gerlach 2015: 86, H. i. O.) verbunden. Begriffe wie *interprofessional learning* oder *interprofessional collaboration* und die dahinterstehenden Konzepte wurden zuerst in den englischsprachigen Ländern eingeführt. In Deutschland wird auf institutioneller Ebene von Berufen gesprochen und *Profession* ist hier „ein rein *kategorialer* Begriff [...] der Soziologie“ (ebd.). Innerhalb der Gesundheitsberufe wird bisher meist nur den ärztlichen Berufen der Professionsstatus zugesprochen (vgl. Pundt 2020: 1023). Einhergehend mit der Akademisierung in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in Deutschland ist vor allem bei diesen Berufen in den letzten Jahren ein deutlicher Prozess der Professionalisierung zu erkennen, sodass immer häufiger auch diesen Berufen Professionalität attestiert wird. Dieser Prozess findet auf verschiedenen Ebenen statt und ist kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dabei ist die

Entwicklung der jeweiligen Berufe genauso relevant wie die Entwicklung des professionellen Handelns der einzelnen Berufsangehörigen (vgl. Kälble 2019: 77ff.; Weyland & Reiber 2022: 7f.).

Mit Blick auf den Begriff IPE (interprofessional education) ist die sprachliche Verwendung im Deutschen nicht immer eindeutig geklärt. Deswegen wird für die vorliegende Arbeit zwischen den Begriffen *interprofessionelle Bildung* (*interprofessional education*, IPE) und *interprofessionelles Lernen* (*interprofessionell learning*, IPL) unterschieden. Der Begriff *interprofessionelle Bildung* wird verwendet, wenn der formalisierte Rahmen für Aus-, Fort- und Weiterbildung gemeint ist. Wenn es sich um das formale und/oder informelle Lernen von einzelnen Personen oder Gruppen handelt, ist von *interprofessionellem Lernen* die Rede. Ergänzend kommt die Bezeichnung *interprofessionelles Lehren und Lernen* (IPLL) zum Einsatz, wenn neben der Perspektive der Lernenden explizit auch die intendierten und didaktischen Überlegungen des Bildungspersonals miteinbezogen werden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass interprofessionell organisierte Bildungsangebote interprofessionelles Lernen anregen wollen. Damit wird das übergeordnete Ziel verfolgt, bestimmte Einstellungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu entwickeln, die für eine effektive kollaborative Praxis erforderlich sind (vgl. Kapp-Fröhlich et al. 2022: 17; Khalili et al. 2019: 24; Kitto et al. 2014: 183; Reeves 2009: 142). Insofern gilt interprofessionelle Bildung als eine wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige und sich kontinuierlich verbessernde Gesundheitsversorgung sowie interprofessionelle Praxis (vgl. Klapper & Schirlo 2016: 5; WHO 1988: 7, WHO 2010: 18). Dabei stehen das Bildungs- und Versorgungssystem in einer Wechselbeziehung zueinander, denn Veränderungen in dem einem System können zu Auswirkungen in dem jeweiligen anderen System führen (→ [Kap. 2](#)).

Das Bildungssystem im Allgemeinen bzw. die interprofessionelle Bildung im Speziellen werden durch verschiedene Faktoren beeinflusst, wie das 3P-Modell verdeutlicht (→ [Kap. 4.2.2](#)). Dafür werden die drei Bereiche 1) Rahmenbedingungen (*Presage*), 2) Prozess (*Process*) und 3) Ergebnis (*Product*) unterschieden, die bei der Planung und Gestaltung von interprofessionellen Bildungsangeboten berücksichtigt werden können (vgl. Tabelle 4-1; Freeth & Reeves 2004: 54). Als Basis und zur Orientierung können ergänzend Empfehlungen oder bestehende Kompetenzrahmen für das interprofessionelle Lernen hinzugezogen werden. Bisher existieren zwar keine Rahmenempfehlungen oder übergreifenden Konzepte zur Umsetzung und Implementierung von IPL für den deutschsprachigen Raum. Allerdings geben die bestehenden Kompetenzrahmen aus der internationalen Literatur einen guten Überblick und zeigen gewisse Übereinstimmungen bei den zentralen Kompetenzbereichen und Domänen (vgl. Tabelle 4-2).

Die Kompetenzentwicklung der Lernenden kann mit Evaluationsmethoden überprüft werden. Für das interprofessionelle Lernen wird das von Barr et al. (2000) adaptierte Vier-Stufen-Modell nach Kirkpatrick empfohlen (→ [Kap. 4.2.4](#)). Es kann anhand der vier Stufen 1) Reaktion (*reaction*), 2) Lernen (*learning*), 3) Verhalten (*behavior*) und 4) Ergebnisse (*results*) evaluiert werden. Bei der Stufe 2 – Lernen und der Stufe 4 – Ergebnisse wird eine Zweiteilung vorgenommen, um die Lernergebnisse auf der Personen- und Versorgungsebene zu unterscheiden (vgl. Thistlethwaite et al. 2015: 294; Tabelle 4-3).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ist mit Blick auf die Interprofessionalität die berufliche Sozialisation von zentralem Interesse. Sie gilt als eine besondere Form der individuellen Sozialisation, die von verschiedenen Faktoren direkt oder indirekt beeinflusst wird (vgl. Teltemann 2019: 17; Tillmann 1989/2007: 15ff.). Für Tillmann (1989/2007) zählt „die Gesamtheit aller Umweltbedingungen, die auf die Subjektentwicklung Einfluss nehmen, zum Gegenstandsbereich“ der Sozialisation (ebd.: 10; H. i. O.). Als berufliche Sozialisation gelten jene Lern- und Entwicklungserfahrungen, die die Menschen auf die Arbeitstätigkeit vorbereiten und jene, die sie im Verlauf ihres Berufes erleben (vgl. Heinz: 1995: 7). Dabei handelt es sich immer um die Wechselwirkung zwischen Individuum und beruflicher Umwelt (vgl. Corsten 2010: 9; Lempert 2006: 414). Zu den beeinflussenden Faktoren zählen auch Institutionen wie (Hoch-)Schulen, Ausbildungseinrichtungen und Arbeitsstätten. Sie stellen zentrale Orte der beruflichen Sozialisation dar (vgl. Bammé et al. 1983: 49; Elbe 2016: 57; Lempert 2006: 413). Mit Blick auf die Gesundheitsberufe findet die theoretische und praktische Aus-, Fort- und Weiterbildung an verschiedenen Institutionen bzw. Lernorten statt. Besonders lohnenswert erscheint dabei der Lernort Praxis, denn die praxisbezogenen oder betrieblichen Lernorte entsprechen, von den örtlichen und situativen Gegebenheiten her, weitestgehend der späteren realen Situation im Arbeitsprozess und repräsentieren demnach die Wirklichkeit von Beruf und beruflichem Handeln (vgl. Bammé et al. 1983: 62; Schewior-Popp 2005: 165). Aus diesem Grund ist mit dem Lernort Praxis ein erhebliches Potenzial für die berufliche Sozialisation verbunden, die im Rahmen von beruflichen Ausbildungen stattfindet (vgl. ebd.). Des Weiteren können die an den jeweiligen Lern- und Arbeitsorten tätigen Personen wichtige Instanzen der beruflichen Sozialisation sein. Denn die im Studium stattfindende oder nach dem Studium fortschreitende berufliche Sozialisation wird auch maßgeblich von dem Personal in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und dem jeweiligen Umfeld beeinflusst, in dem gelernt oder die berufliche Tätigkeit vollzogen wird. Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese Sozialisationsprozesse nicht losgelöst vom jeweiligen Individuum stattfinden (vgl. Heinz 1991: 404).

Berufliche Sozialisationsprozesse finden im gesamten Erwerbsleben statt und sind kein statischer Zustand. Denn sie sind von sich ändernden Anforderungen, Bedingungen und Wechselwirkungen bestimmt. Zu den Wechselwirkungen zählen die aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Arbeitsumständen sowie die Persönlichkeitsanteile der beruflich tätigen Person (vgl. Heinz 1995: 45f.). Der Sozialisationsprozess beginnt mit der beruflichen Ausbildung oder der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit und wird erst mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben beendet (vgl. Mayer et al. 1981: 12). Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs können die *Sozialisation für den Beruf, in den Beruf* und *durch den Beruf* unterschieden werden (vgl. Bammé et al. 1983: 27, 61f.; Elbe 2016: 56; Heinz 1995: 42; Windolf 1981: 5f.). In der vorliegenden Untersuchung wird besonderes Augenmerk auf den Übergang vom Studium in den Beruf gelegt. Diese Phase des Übergangs ist oft mit Unsicherheiten und Herausforderungen verbunden. Sie gilt als eine sehr sensible Phase in der beruflichen Bildung, auch weil sie mit einem neuen Rollenverständnis und Selbstbild einhergeht (vgl. Graf et al. 2020: 3098; Rogge 2020: 92f.; Sorber 2013: 177). Bestehende Befunde zeigen, dass die Berufseinstiegsphase selten linear verläuft und bei Gesundheitsberufen zwischen 6 und 12 Monaten dauern kann (vgl. Bradby 1990; Duchscher 2008: 442; Halprin 2015: 4; 237f.; Hausmann 2011: 161; Leibnitz 2022: 7).

Die berufliche Sozialisation in den Gesundheitsberufen wurde in der Literatur und der Praxis bisher vorrangig aus dem Blickwinkel des jeweils eigenen Berufes betrachtet. Damit wurde die berufsspezifische Zugehörigkeit, im Sinne einer uniprofessionellen Identität, thematisiert (vgl. Gilbert 2005: 99; Hall 2005: 190; Handgraaf et al. 2016: 52; Khalili et al. 2013: 450). Mit Verweis auf Khalili et al. (2013) ist für die interprofessionelle Sozialisation eine duale Identität zu entwickeln, denn es wird angenommen, dass die Entwicklung der dualen Identität die Bereitschaft der Lernenden zu kollaborativer Teamarbeit erhöht (vgl. ebd.: 451). Dafür werden sowohl berufsspezifische als auch interprofessionelle Überzeugungen, Werte, Verhaltensweisen und Verpflichtungen erworben, um in der Berufspraxis kooperativ zusammenarbeiten zu können (vgl. ebd.: 449; Khalili et al. 2019: 27). Diese Entwicklung findet iterativ statt und wird von mehreren Faktoren beeinflusst (vgl. Khalili et al. 2013: 451). Dazu zählen intraindividuelle Faktoren, z. B. ob eine Person eher individualistisch oder kollektivistisch orientiert ist oder systemische Faktoren, wie Bildungsprogramme (vgl. ebd.). Insofern wird interprofessionelle Bildung als ein effektives und zentrales Element verstanden, um Studierende auf die berufliche Sozialisation vorzubereiten. Wenn Gesundheitsberufe interprofessionell ausgebildet werden, kann dabei berufsübergreifende Zusammenarbeit geübt, eine gemeinsame Teamperspektive entwickelt und gleichzeitig eine berufsspezifische Rolle eingenommen werden (vgl. Khalili et al. 2013: 449; Mink et al.

2019: 2; Shustack et al. 2021: 6). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird interprofessionelle Sozialisation als ein Bestandteil der beruflichen Sozialisation der Gesundheitsberufe verstanden. Denn der interprofessionelle Sozialisationsprozess ist nicht losgelöst von der berufs-bezogenen Sozialisation zu betrachten und vollzieht sich vor dem Hintergrund der berufsbezogenen Identität und den subjektiven Erlebnissen und Erfahrungen im interprofessionellen Lern- bzw. Arbeitskontext.

Mit Blick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen geht es nicht ausschließlich um reinen Wissenserwerb oder das reine Erlernen von neuen Fähigkeiten. Vielmehr spielen Erfahrungen und Veränderungen bzw. Erweiterungen des bisherigen Wissens eine wichtige Rolle spielen. Dafür kann die Theorie des transformativen Lernens nach Mezirow hilfreiche Impulse geben. Die ursprüngliche Konzeption des TL von Mezirow wurde im Laufe der Jahre weiterentwickelt, sodass es heute „nicht *das* oder *ein* Konzept der Theorie des transformativen Lernens“ (Zeuner 2014: 107, H. i. O.) gibt. Ein zentraler Gegenstand in der Theorie des transformativen Lernens sind die Bedeutungsrahmen (*frames of reference*). Dabei handelt es sich um grundlegende Einstellungen, durch die das Individuum – wie ein Fenster – die Welt bewusst oder unbewusst wahrnimmt (vgl. Mezirow 2012: 22). Die Bedeutungsrahmen setzen sich aus den *habits of mind* (abstrakte Orientierungen, persönliche Paradigmen) und *points of view* (Wissen, Überzeugungen, Werte und Gefühle zeigen sich in Interpretationen) zusammen. Beide beeinflussen die Art, wie wir unsere Erfahrungen definieren, verstehen und wie wir danach handeln und können durch kritische Reflexion hinterfragt werden (vgl. Mezirow 1997: 51). Reflexion unterstützt Menschen dabei neue Sichtweisen zu gewinnen, um sie ins Denken und Handeln zu integrieren. Durch die Transformation der Bezugsrahmen können Dilemmata gelöst und neue Handlungsoptionen eröffnet werden. Für Hoggan (2016) sind die Aspekte Tiefe, Umfang und zeitliche Stabilität für das TL wichtig, denn nur wenn Lernergebnisse diese Aspekte aufweisen, kann ein transformativer Lernprozess stattfinden (vgl. ebd.: 71f.). TL kann dazu führen, dass wir uns und die Welt um uns herum anders sehen (vgl. Sargeant 2009: 182). Das Initiieren solcher Veränderungen geht mit der Zielsetzung interprofessioneller Bildungsangebote einher, denn um die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen zu verbessern, werden dafür Einstellungen und Verhaltensweisen überprüft, reflektiert und ggf. verändert (vgl. HRK 2007: 7; Wild & Ewers 2017: 80). Häufig findet ein Dazu-Lernen statt, z. B. die Übernahme von Sichtweisen anderer Berufe (vgl. Barr 2009: 148; Kaap-Fröhlich et al. 2022: 21) oder kommunikativen Strategien für den interprofessionellen Kontext (vgl. IPEC 2016: 13; Walkenhorst & Heinzelmann 2019: 390f.). An anderen Stellen findet ein Umlernen statt, z. B. um hierarchische Strukturen oder ein Konkurrenzdenken

gegenüber anderen Berufsgruppen aufzulösen (vgl. Frenk et al. 2011: 8; Sottas, Höppner et al. 2013: 12). Abschließend ist festzuhalten, dass TL losgelöst von Alter, Studium oder Berufseinstieg stattfinden und sich im Sinne des lebenslangen Lernens über die gesamte Berufsspanne erstrecken kann.

5 METHODISCHES VORGEHEN

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben. Im Kapitel 5.1. erfolgt zunächst die wissenschaftstheoretische Fundierung. Anschließend wird das methodische Vorgehen für die qualitative Untersuchung (Kap. 5.2 und 5.3) sowie die quantitative Untersuchung (Kap. 5.4 und 5.5) vorgestellt. Den Schluss bildet Kapitel 5.6 mit Ausführungen zu den methodischen Limitationen der vorliegenden Untersuchung.

5.1 Methodologische Aspekte der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung ist der Mixed-Methods-Forschung zuzuordnen, weshalb zunächst der Ansatz mitsamt seiner wissenschaftstheoretischen Fundierung beschrieben wird. Anschließend werden Designs und Kriterien für Mixed-Methods-Forschung vorgestellt. Das Kapitel zum Mixed-Methods-Ansatz endet mit einer Verortung des Forschungsansatzes innerhalb der Bildungsforschung sowie vor dem Hintergrund der Forschung zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen.

5.1.1 Der Mixed-Methods-Ansatz

Studien mit einem Mixed-Methods-Ansatz beinhalten die Sammlung und die Analyse quantitativer und qualitativer Daten sowie die systematische Integration beider Datenarten (vgl. Creswell 2014: 13; Kelle 2014: 153). Die Entwicklung des Mixed-Methods-Ansatzes ist rasant vorangegangen und im Bereich der empirischen Forschungsmethoden ist in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme dieses Forschungsansatzes zu beobachten. Dabei ist um diesen Forschungsansatz auch ein regelrechter Trend entstanden, obwohl die Idee der Integration oder Kombination von Methoden nicht neu ist (vgl. Bergmann 2011: 271; Burzan 2016: 7; Creswell 2014: 19; Kelle 2014: 153, 160; Kuckartz 2014: 7). Der Forschungsansatz existiert bereits seit Mitte der 1980er-Jahre (vgl. Creswell 2014: 13; Kelle 2008: 15). Creswell, der als einer der bekanntesten Vertreter der Mixed-Methods-Forschung gilt, unterscheidet fünf Phasen in der Entwicklung (siehe dazu Creswell 2014: 19–25). Er benennt das Jahr 2003 als gewichtigen Punkt für die Herausbildung der Mixed-Methods-Forschung als eigenständiges forschungsmethodologisches Feld (vgl. ebd.: 13f.).⁴⁴ Damit ergänzt die Mixed-Methods-Forschung die bereits existierenden Forschungsmethodologien und wird deshalb von Tashakkori & Teddlie (2003: IX) als dritte methodische Bewegung („*third*

⁴⁴ Er begründet das mit der Erstauflage des „SAGE Handbook of mixed methods in the social and behavioral research“ von Tashakkori & Teddlie (2003), in dem das Feld der Mixed-Methods-Forschung eindrücklich abgebildet wird (2. Aufl. 2010) (vgl. Creswell 2014: 14). Von den gleichen Autor:innen erschien 1998 die erste Monografie zu „Mixed Methodology“ (vgl. Kelle 2014: 153).

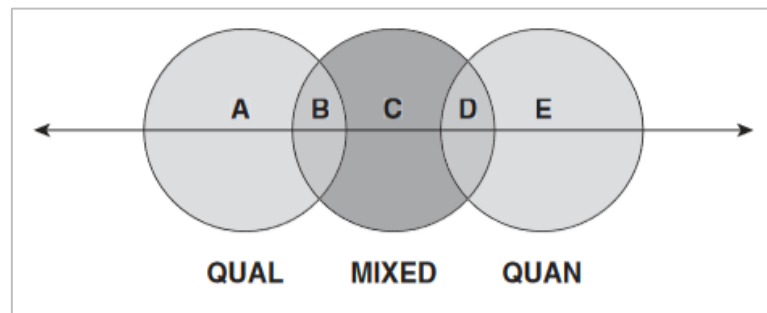
methodological movement“) oder als drittes methodologisches Paradigma (vgl. Creswell & Creswell 2018: 3; Johnson & Onwuegbuzie 2004: 14; Kuckartz 2014: 37) bezeichnet.

Der Gewinn dieses Forschungsansatzes besteht für Döring & Bortz (2016) darin, „[...] dass das jeweilige Forschungsproblem auf der Basis quantitativer und qualitativer Methoden umfassender bearbeitet werden kann und dass durch die Integration der verschiedenen Forschungsstrategien und Datenquellen eine bessere Absicherung der Ergebnisse möglich ist“ (ebd.: 17). Für Burzan (2016) kann diese Methodenpluralität einen konstruktiven Beitrag für die Forschung leisten, sofern der Ansatz mit entsprechender forschungsmethodischer Reflexion hinzugezogen und eingesetzt wird (vgl. ebd.: 13). Grundsätzlich gibt es vielfältige Gründe für den Einsatz von Mixed-Methods-Designs gegenüber monomethodischen Designs, auch wenn sie nicht per se die besseren Zugänge für Forschungsvorhaben sind (vgl. z. B. Bergman 2011: 274; Burzan 2016: 10; Teddlie & Tashakkori 2010: 9). Weitgehende Übereinstimmung besteht darin, dass die Schwächen der qualitativen und quantitativen Forschung durch den Einsatz von Mixed-Methods-Designs ausgeglichen werden können (vgl. Creswell 2014: 18; Gläser-Zikuda et al. 2012: 9; Johnson & Turner 2003: 299; Kelle 2008: 15; Kelle 2014: 162). Für Bergmann (2011) ist die Begründung, dass es sich bei Mixed-Methods-Ansätzen um eine ergänzende Perspektive handelt, zwar ein wesentliches, aber kein hinreichendes Argument. Denn jeder weitere forschungsrelevante Datensatz oder jede zusätzliche Analyse eines solchen Datensatzes wäre ebenso eine ergänzende Perspektive (vgl. ebd.: 274). Die in der Literatur häufig genannte Schlussfolgerung, dass verschiedene Perspektiven zu objektiven Ergebnissen führen, trifft nach Bergmann (2011) nicht zu (auch für weitere Argumente siehe z. B. Bergmann 2011). Die Idee, im Rahmen von Mixed-Methods-Designs, Forschungsmethoden miteinander zu verknüpfen, verfolgt zunächst das Ziel, den „Forschungsgegenstand in möglichst komplexer Weise, eventuell aus unterschiedlichen Perspektiven heraus empirisch zu erfassen“ (Burzan 2016: 9; siehe auch Barz et al. 2012: 601). Dabei kann auch dem Wunsch „nach einem größeren Grad von Differenziertheit und nach *Verfeinerung von Evidenz*“ (Kuckartz 2014: 18, H. i. O.) über die Sammlung beider Datenarten (qualitativ und quantitativ) nachgegangen werden.

Eine anschauliche Abbildung des Mixed-Methods-Ansatzes findet sich bei Teddlie & Tashakkori (2009) (vgl. Abbildung 5-1). Darin stellen sie die Beziehung zwischen den verschiedenen Forschungszugängen als drei sich überlappende Kreise dar. Der linke Kreis (Zone A) betont die qualitative Forschungstradition (QUAL) und der rechte Kreis (Zone E) die quantitative Forschungstradition (QUAN). Der mittlere Kreis (Zone C) veranschaulicht – als eine Kombination – den Mixed-Methods-Ansatz (MIXED). In der Abbildung finden sich zwei weitere Zonen für gemischte Forschungsansätze: Zone B repräsentiert hauptsächlich

qualitative Forschung mit einigen quantitativen Komponenten und Zone D hauptsächlich quantitative Forschung mit einigen qualitativen Komponenten. Der Pfeil verdeutlicht das Kontinuum und zeigt an, je nach Priorisierung, wo sich der forschungsmethodische Schwerpunkt befindet (vgl. ebd.: 28). Eine Bewegung in Richtung Mitte weist auf eine stärkere Integration der beiden Forschungszugänge hin. Eine Bewegung in Richtung des einen oder anderen Endes, zeigt eine stärkere Fokussierung eines Forschungszugangs an (vgl. ebd.: 9).

Abbildung 5-1: QUAL-MM-QUAN-Kontinuum nach Teddlie & Tashakkori (2009)



Quelle: Teddlie & Tashakkori 2009: 28

Die drei Forschungszugänge sind wissenschaftstheoretisch jeweils unterschiedlich begründet. Mit Blick auf die Mixed-Methods-Forschung erfolgt deshalb nun im nächsten Kapitel die wissenschaftstheoretische Verortung.

5.1.1.1 Wissenschaftstheoretische Basis der Mixed-Methods-Forschung

Die wissenschaftstheoretische Fundierung der Mixed-Methods-Forschung liegt im Pragmatismus begründet. Nach Kuckartz (2014) strebte Creswell – einer der Begründer der Mixed-Methods-Forschung – zwar keine wissenschaftstheoretische Fundierung an, sondern war offen für die verschiedenen philosophischen Grundpositionen der Forschenden (vgl. ebd.: 40). Der Pragmatismus ist eine gegen Ende des 19. Jahrhunderts in den USA begründete Denkrichtung, die die Bedeutung von Handlung und Erfahrung für die Philosophie betont (vgl. Gadenne 2019). Maßgebliche Begründer waren Charles Peirce (1839 – 1914), William James (1842 – 1910) und John Dewey (1859 – 1952) (vgl. Döring & Bortz 2016: 75). Im Pragmatismus werden Theorien als Werkzeuge verstanden, um Erfahrungen vorherzusagen und werden als gültig akzeptiert, wenn sie sich „als brauchbar und nützlich erweisen, um durch praktisches Handeln bestimmte Ziele zu erreichen“ (ebd.; siehe auch Gadenne 2022). Die Vertreter:innen des Pragmatismus wandten sich gegen das Primat des epistemologischen Denkens („Ich denke, also bin ich.“), sondern verfolgten das Primat: „Ich handle in der Lebenswelt, nehme diese wahr und entwickle im Umgang mit dieser Lebenswelt Begriffe, Theorien und Interpretationen“ (vgl. Kuckartz 2014: 42). Sie verstehen Wahrheit nicht als etwas Absolutes und nicht als Übereinstimmung mit einer objektiven Wirklichkeit,

sondern als praktische Nützlichkeit, die als eine operationalisierte Form quasi hinab ins Alltagsleben geholt wurde (vgl. Gadenne 2022; Kuckartz 2014: 42). Wahr ist demnach, was sich in der Praxis bewährt (vgl. ebd.: 43). Des Weiteren gehen die Vertreter:innen des Pragmatismus in ihren ontologischen Prämissen von dem transaktionalen Mensch-Umwelt-Verhältnis aus. Darunter wird die Konstruktion sozialer Phänomene als Prozess verstanden, der zwar von den Beteiligten aktiv gestaltet wird, jedoch immer auch im Rahmen bestimmter objektiver sozialer Gegebenheiten stattfindet (vgl. Döring & Bortz 2016: 75). Als axiologische Prämisse geht eine Begründungspflicht einher. Denn empirische Sozialforschung sollte bei der Lösung von Problemen auf individueller, kollektiver und gesellschaftlicher Ebene helfen. Deshalb gilt es, gemäß der pragmatisch-wissenschaftstheoretischen Sichtweise, diese Frage für den jeweiligen Forschungsprozess zu klären, nämlich wem das gewonnene Wissen als Werkzeug zur Lösung von Problemen dient (vgl. ebd.: 76).

5.1.1.2 Designs und Kriterien der Mixed-Methods-Forschung

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Mixed-Methods-Designs und ebenso eine Reihe an Vorschlägen zur Systematisierung. Eine Übersicht mit 15 Design-Klassifizierungen verschiedener Autor:innen finden sich bei Creswell & Plano Clark (2011: 56–59). In einem ersten Schritt kann grob zwischen parallelen und sequenziellen Designs unterschieden werden (vgl. Burzan 2016: 32; Creswell & Creswell 2018: 217ff.; Kelle 2014: 161). Für die sequenziellen Designs werden mittels Reihenfolge und Gewichtung weitere Unterscheidungen getroffen und mit komplexen Designs ergänzt (vgl. Burzan 2016: 32, Creswell & Creswell 2018: 226ff.). Beispielsweise unterscheiden Creswell & Plano Clark (2011) sechs Forschungsdesigns, die in der nachfolgenden Tabelle 5-1 dargestellt sind.

Bei der Auswahl eines Mixed-Methods-Designs sind weitere Entscheidungen zu treffen. Nach Creswell & Plano Clark (2011) sind dabei vier Aspekte einzubeziehen. Das sind 1) die Wechselwirkung zwischen den Forschungssträngen (*level of interaction*), 2) die Priorisierung der Stränge (*priority*), 3) die zeitliche Integration (*timing*) und 4) die Schnittstellen (*where and how to mix*) (vgl. ebd.: 63–66). Für Creswell & Plano Clark (2011) sind die Schnittstellen, an denen sich quantitative und qualitative Stränge vermischen können, denkbar bei der Interpretation, der Datenanalyse, der Datenerhebung und dem Design (vgl. ebd.: 66ff.).

Für quantitative sowie für qualitative Forschung existieren ausgearbeitete Standards und Gütekriterien für die Qualität der jeweiligen Forschung. Zwischen den beiden Forschungsrichtungen führen diese oft zu Kontroversen hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung und Gültigkeit (vgl. Baur et al. 2017: 9; Kelle 2014: 155; Kelle 2019: 161). Bei Studien, die qualitative und quantitative Methoden kombinieren, können diese Kriterien nicht ohne

weiteres auf den anderen Bereich übertragen werden (vgl. Flick 2011: 109). Bei gemischten Forschungsansätzen – wie der Mixed-Methods-Forschung – ist die Bewertung der Gültigkeit von Ergebnissen besonders komplex, weil dabei Begriffe, Kriterien und Denkweisen miteinander vereint werden müssen, die schwer miteinander vereinbar sind (vgl. Fàbregues & Molina-Azorín 2017: 2848; Langfeldt & Kelle 2021: 591f.; Onwuegbuzie & Johnson 2006: 48, 60). Mit Verweis auf Dellinger & Leech (2007) ist es folglich nicht unproblematisch, einen konsensuellen Kriterienkatalog zu entwickeln, weil dafür beide Perspektiven in gewisser Weise zusammenzuführen sind (vgl. ebd.: 309; Flick 2018: 131).

Tabelle 5-1: Mixed Methods-Designs in Anlehnung an Creswell & Plano Clark (2011: 68–72)

Design	Kennzeichen
Paralleles Design (convergent parallel design)	gleichzeitige, separate Anwendung quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden; tendenziell gleichgewichtet
Explanatives Design (explanatory sequential design)	sequenziell; Abfolge erst quantitativ dann qualitativ
Exploratives Design (exploratory sequential design)	sequenziell; Abfolge erst qualitativ dann quantitativ
Eingebettetes Design (embedded design)	in eine dominante Methode werden nachrangig andere Methoden ‚eingebettet‘ (davor, dabei, danach); Abfolge kann sequenziell oder parallel erfolgen; Bearbeitung von Teilfragestellungen durch eingebettete Methode(n) möglich
Transformatives Design (transformative design)	Nutzung der oben genannten vier Grundformen; methodische Entscheidungen werden je nach transformativen theoretischen Rahmen getroffen
Multiphasendesign (multiphase design)	kombiniert parallele und sequenzielle Stränge, um eine übergreifende Fragestellung zu beantworten, Phasen bauen aufeinander auf; tendenziell gleichgewichtet

Quelle: eig. Darstellung, in Anlehnung an Burzan 2016: 61f.

Aufgrund der zunehmenden Akzeptanz von Mixed-Methods-Forschungen ist es jedoch erforderlich, dass Qualitätsstandards und -kriterien für die Bewertung verfügbar sind, die über die jeweiligen qualitativen und quantitativen Forschungsansätze hinausgehen (vgl. Tashakkori & Teddlie 2009: 116). In den letzten Jahren haben sich eine Reihe von Forscher:innen mit der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Mixed-Methods-Studien beschäftigt. Beispielsweise liegen dazu Arbeiten von Dellinger & Leech (2007), O’Cathain (2010), Onwuegbuzie & Johnson (2006) oder Tashakkori & Teddlie (2003, 2009) vor. In der Literatur werden drei Wege diskutiert, wie Kriterien zur Bewertung von Mixed-Methods-Studien zusammengestellt werden können. Tabelle 5-2 zeigt die Vorschläge von Bryman (2006) und O’Cathain (2010), die sich in der Systematik ähneln und nur sprachlich marginal unterscheiden.

Tabelle 5-2: Ansätze zur Beurteilung von Mixed-Methods-Studien

Ansatz	Bryman (2006b: 122)	O'Cathain (2010: 534ff.)
Forschungsansatz- übergreifend	a) konvergente Kriterien (<i>convergent criteria</i>)	a) generischer Forschungsansatz (<i>generic research approach</i>)
Forschungsansatz- spezifisch	b) separate Kriterien (<i>separate criteria</i>)	b) Ansatz der individuellen Komponenten (<i>individual components approach</i>)
Mixed-Methods- spezifisch	c) maßgeschneiderte Kriterien (<i>bespoke criteria</i>)	c) Mixed Methods Ansatz (<i>mixed methods approach</i>)

Quelle: eig. Darstellung

Für die Bewertungen der Mixed-Methods-Studien werden grob zwei Richtungen unterschieden. Einerseits die Qualität des Designs, der Daten und der Analyseverfahren und andererseits die Qualität der Schlussfolgerungen (vgl. Flick 2018: 131; Teddlie & Tashakkori 2009: 312). Diese Unterscheidung findet sich auch im integrativen Modell von Teddlie & Tashakkori (2009), die mit Designqualität (*design quality*) und Interpretationsstrenge (*interpretive rigor*) zwei übergeordnete Aspekte benennen und durch weitere Kriterien⁴⁵ verfeinern (vgl. ebd.: 301). Anschließend an Tashakkori & Teddlie (2003) hat O'Cathain (2010), auch unter Bezugnahme auf Arbeiten anderer Forscher:innen, acht Qualitätsdomänen zusammengestellt, die sich über den gesamten Forschungsprozess erstrecken (vgl. ebd.: 539ff.). Zu diesen acht Domänen nach O'Cathain (2010: 541f.) zählen:

- Planungsqualität
- Designqualität
- Datenqualität
- Interpretative Strenge (Schlussfolgerungen basieren auf den Ergebnissen)
- Übertragbarkeit der Schlussfolgerung
- Berichtsqualität
- Synthetisierbarkeit (ausreichende Qualität für die Aufnahme in Reviews)
- Nutzen

Bis auf die letzte Domäne (Nutzen) werden alle Domänen noch weiter unterteilt, sodass insgesamt eine Vielzahl von Kriterien benannt werden (vgl. ebd.: 540ff.). O'Cathain (2010) merkt kritisch an, dass die Anwendung auf einen konkreten Forschungskontext aufgrund der vielen Kriterien zeitaufwendig und schwierig ist und empfiehlt, die Kriterien zu priorisieren (vgl. ebd.: 552). Außerdem sei es ohnehin unwahrscheinlich, dass *ein* Kriterienkatalog für alle Forschungsvorhaben und für alle Forscher:innen passt (vgl. ebd.: 538).

⁴⁵ Designqualität ist dabei in Designeignung, Designtreue, Designkonsistenz und analytische Angemessenheit untergliedert und Interpretationsstrenge mit interpretativer sowie theoretischer Konsistenz, Auslegungsvereinbarung, interpretativer Besonderheit und integrativer Wirksamkeit (vgl. Teddlie & Tashakkori 2009: 301).

Insgesamt besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass eine Diskussion über Standards und Gütekriterien in Gang gekommen und die Etablierung verbindlicher Qualitätskriterien ein wichtiger Schritt für die Sicherung der Qualität von Mixed-Methods-Studien ist (vgl. Fàbregues & Molina-Azorín 2017: 286f.; Hagenauer & Gläser-Zikuda 2022: 888; Kuckartz 2014: 161; Langfeldt & Kelle 2021: 591). Flick (2018) benennt als Hauptproblem, dass kein wirklicher Konsens darüber besteht, wie mit den unterschiedlichen Diskussionen in den verschiedenen Forschungsrichtungen umgegangen wird (vgl. ebd.: 133). Für die Umsetzungen von Mixed-Methods-Forschungen sind einerseits die Gütekriterien der jeweiligen Forschungstradition (quantitativ und qualitativ) sowie andererseits weitere spezifische Standards zu berücksichtigen (vgl. Clogs et al. 2021: 251; Hagenauer & Gläser-Zikuda 2022: 884). Ein weiteres Problem sieht Flick (2018) in der Kommunikation zwischen den Forschenden selbst sowie den Forschenden mit Blick auf die Leser:innen bzw. das Publikum. Damit unterstreicht er die Wichtigkeit der detaillierten und nachvollziehbaren Beschreibung des konkreten Untersuchungsansatzes, die für Langfeldt & Kelle (2021: 582) zu den spezifischen Gütekriterien der Mixed-Methods-Forschung zählt.

Um die Untersuchungsansätze und Designs entsprechend eingängig zu kennzeichnen, wurde von Morse (1991) eine bestimmte Schreibweise entwickelt. Dabei werden qualitative Forschungsstränge mit QUAL/qual und quantitative Forschungsstränge mit QUAN/quant abgekürzt (ebd.: 121). Durch die Klein- und Großschreibung wird die Bedeutung bzw. die Priorisierung einer Methode verdeutlicht. Des Weiteren wird ein paralleles Design durch ein „+“ und ein sequenzielles Design durch einen „→“ gekennzeichnet (vgl. Creswell & Plano Clark 2011: 109; Kelle 2014: 161; Kuckartz 2014: 59). Eine detaillierte Beschreibung der vorliegenden Untersuchung mit Schwerpunkt auf dem Design erfolgt im nächsten Kapitel. Der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit weist Bezüge zur Bildung in den GHB und zur Gesundheitsversorgung auf. Deshalb wird einleitend kurz auf den Stellenwert von Mixed-Methods-Ansätzen in den Bildungswissenschaften sowie im Feld der Gesundheitsforschung eingegangen.

5.1.1.3 Umsetzung im vorliegenden Forschungsprojekt

Mixed-Methods-Ansätze haben in verschiedenen Feldern angewandter Sozialforschung Einzug gehalten. Besonders oft werden dabei die Bereiche *Bildung* und *Gesundheit* herausgestellt (vgl. Baur et al. 2017: 12; Bergman 2011: 271). Denn idealerweise werden, unter Nutzung komplexer Forschungsdesigns und theoretischer Perspektiven, Fragestellungen besser beantwortet, Interpretationen abgesichert und neue Erklärungsansätze gewonnen (vgl. Barz et al. 2012: 610). Für die Bildungsforschung unterstreichen Gläser-Zikuda et al. (2012) die Verwendung methodenpluraler Forschung und sind der Meinung,

dass sie „nur als komplexe und vielschichtige Spurensuche gestaltet werden“ (ebd.: 9f.) kann. Dieser Forschungsansatz ist mittlerweile in der empirischen Bildungsforschung gut etabliert (vgl. Begeh & Hagenauer 2021: 2). Als ein ebenso hilfreiches Werkzeug werden Mixed-Methods-Ansätze auch in der Gesundheitsforschung angesehen, zum Beispiel zur Untersuchung von komplexen Prozessen und Systemen im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsversorgung (vgl. Andrew & Holcomb 2009: 217; Fetter et al. 2013: 2134; Zhang & Creswell 2013: 51).

Der Forschungsgegenstand dieser Arbeit – interprofessionelles Lernen und Arbeiten im Gesundheitswesen – steht eng mit den Prozessen der Bildung und der Gesundheitsversorgung in Beziehung. Die dahinterstehenden Systeme weisen bereits einzeln, aber vielmehr noch in der gemeinsamen Kombination, eine Komplexität auf, die es auch in der Bearbeitung von Forschungsfragen zu beachten gilt. Insofern wird auch für die IPE-Forschung konstatiert, dass diese von der forschungsmethodischen Breite des Mixed-Methods-Ansatz profitieren kann (vgl. Institute of Medicine (IOM) 2015: 58; Thistlethwaite 2016a: 365).

Die Untersuchung beinhaltet zwei Stränge: *Ausbildung/Studium* und *Berufspraxis/Berufseinstieg* (vgl. Abbildung 3-1). In den Strang *Ausbildung/Studium* fließen die Perspektiven von Studiengangsverantwortlichen sowie von Studierenden ein. Für den Strang der *Berufspraxis/Berufseinstieg* werden die Perspektiven von Berufstätigen bzw. von Berufseinsteiger:innen einbezogen. Aufgrund dieser drei verschiedenen Perspektiven – Studiengangsverantwortliche, Studierende und Berufseinsteiger:innen – ist die Untersuchung durch einen multiperspektivischen Zugang charakterisiert (vgl. Kuckartz 2014: 52).

Die vorliegende Studie folgt theoretisch einem parallelen Design. Nach der Festlegung, welche Hochschulen in die Befragungen einbezogen werden, wären die Erhebungen mit den drei Zielgruppen gleichzeitig durchzuführen (*konkurrent timing*). Keine der erfolgten Erhebungen setzt inhaltlich eine andere Erhebung voraus. Die forschungspragmatische Umsetzung geschah allerdings zeitlich nacheinander, weil die Forscherin für die einzelnen Schritte, z. B. Konzeptionierung der Erhebungsinstrumente, Rekrutierung und Durchführung, allein zuständig war. Je nach Forschungsschwerpunkt standen hinsichtlich des methodischen Vorgehens verschiedene Vorgehen im Vordergrund (*äqual priority*). Die Erhebung bei den Studiengangsverantwortlichen fand ausschließlich qualitativ (QUAL) und die Studierendenbefragung ausschließlich mit quantitativen Methoden (QUAN) statt. Bei der Erhebung der Berufseinsteiger:innen wurde schwerpunktmäßig quantitativ erhoben, ergänzt um einen geringen qualitativen Anteil mit offenen Fragen (QUAN qual). Das Zusammenspiel von qualitativen und quantitativen Daten bzw. Ergebnissen findet in dieser

Studie zu verschiedenen Zeitpunkten statt (*interaktive level of interaction*). Einerseits bei der Datenerhebung, wenn bei der quantitativen Befragung der Berufseinsteiger:innen auch offene Fragen ohne Antwortvorgaben einbezogen werden. Des Weiteren als datenbasierte Integration, wenn die qualitativen Interviewdaten der Studiengangsverantwortlichen – als Grundlage zur Bildung einer Typologie – für die quantitativen Umfragedaten der Studierenden genutzt werden. Andererseits findet eine resultatsbasierte Integration statt, wenn nach der Analyse der Daten die Angaben der Studierenden den erstellten Typen zugeordnet werden und diese Ergebnisse – mit Blick auf die Typologie – miteinander in Beziehung gesetzt werden (vgl. Creswell & Plano Clark 2011: 64ff.; Kuckartz 2017: 169ff.).

Vor dem Hintergrund der Gesamtkonzeption der Studie erfolgt in den nächsten Kapiteln die Beschreibung der beiden Forschungsstränge. Zunächst die Erhebung, Analyse und Auswertung für die qualitative Erhebung (Kap. 5.2 und 5.3) und anschließend für die quantitative Erhebung (Kap. 5.4 und 5.5).

5.2 Qualitative Erhebung: Datenbasis und Datenerhebung

Im Rahmen dieses Kapitels wird die Planung und der Aufbau des qualitativen Teils der Untersuchung dargestellt. Dabei werden die Auswahl der interviewten Personen sowie die Vorbereitung, Durchführung und Sicherung der Interviews beschrieben. Das Interviewmaterial bildet die Ausgangsbasis für die Entwicklung einer Typologie für interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte in primärqualifizierenden Studiengängen in Deutschland, die zu einem späteren Zeitpunkt vorgestellt wird.

5.2.1 Mündliche Befragung

Qualitative Forschung hat das Ziel, Lebenswelten von innen heraus zu untersuchen und zu beschreiben (vgl. Flick et al. 2007: 14; Petrucci & Bortz 2007). Um ein besseres Verständnis der sozialen Wirklichkeiten zu erhalten, ist die Erfassung und Analyse von subjektiven Perspektiven in Form von Interviews weit verbreitet (vgl. Hopf 2007: 349f.). Bei einem wissenschaftlichen Interview werden verbale Äußerungen von einer oder mehreren Befragungspersonen zielgerichtet, systematisch und regelgeleitet ermittelt. Dabei werden, in mündlicher Form, ausgewählte Aspekte des Wissens, Erlebens und Verhaltens mit der bzw. den befragten Personen thematisiert (vgl. Döring & Bortz 2016: 356).

Für die vorliegende Erhebung sind mehrere teilstrukturierte Einzelinterviews mit Vertreter:innen primärqualifizierender Pflege- und Therapiestudiengänge geplant. Diese Personen werden mittels eines telefonischen Leitfadeninterviews zu verschiedenen Aspekten der interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepte in den jeweiligen Studiengängen befragt (vgl. ebd.: 361). Nach Döring & Bortz (2016) zählen a) die Befragungsperson,

b) der/die Interviewer:in, c) die Interviewsituation und d) die Interviewfragen zu den zentralen Elementen einer mündlichen Befragung (vgl. ebd.: 356). Die Interviews werden von der Verfasserin selbst durchgeführt (b) und dabei wird (c) auf eine einladende und direkte Gesprächsführung (teilstrukturierte Interviewsituation) sowie eine weitestgehend einheitliche Interviewtechnik geachtet (vgl. ebd.: 360ff.). Im Folgenden werden zunächst die beiden Elemente Befragungsperson (a) und Interviewfragen (d) für das geplante Vorhaben genauer skizziert. Anschließend werden methodische Überlegungen zur Durchführung und Sicherung der Interviews vorgestellt.

5.2.2 Stichprobenauswahl und Rekrutierung der Interviewpartner:innen

Bei einer Interviewstudie sind vorab Entscheidungen hinsichtlich der Auswahl der zu interviewenden Personen und deren interviewspezifischem Hintergrund zu treffen (vgl. Flick 2010: 154). Für die Interviews sollten Personen gewählt werden, die sich einerseits durch eine hohe inhaltliche Repräsentativität für das Thema auszeichnen und von denen hinsichtlich der Forschungsfragen reichhaltige Informationen zu erwarten sind. Andererseits sollte die ausgewählte Personengruppe möglichst heterogen sein, um einen maximalen Kontrast in den Informationen zu erhalten (vgl. Kruse 2015: 240ff.; Misch 2019: 202; Petrucci & Wirtz 2007). Von Interesse für diese Untersuchung sind primärqualifizierende Studiengänge im Bereich Therapie und Pflege, die interprofessionelle Lehr-Lern-Arrangements anbieten. Es sollen Personen interviewt werden, auf die mindestens einer der nachfolgenden Punkte zutrifft. Die Person

- hat einen umfassenden Einblick in die interprofessionelle Lehre am Hochschulstandort/Studiengang und/oder
- ist aktuell an der Umsetzung von IPE beteiligt (strukturell und/oder inhaltlich) und/oder
- hat Kenntnis von den konzeptionellen Ideen bzw. der konzeptionellen Umsetzung und/oder
- ist für die Koordination von IPE verantwortlich.

Für die institutionelle Auswahl kamen primärqualifizierenden Studiengänge in Betracht, da in diesen Studiengängen Interprofessionalität besonders an Popularität gewonnen hat (→ [Kap. 2.2.3](#)). Zur Auswahl konkreter primärqualifizierender Studiengänge im Bereich Therapie wurde sich an einer Übersicht vom Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) orientiert. Die Übersicht vom Oktober 2019 umfasst die Studiengänge der Mitgliedshochschulen des HVG und zeigt, dass an 12 Standorten primärqualifizierende Studiengänge im Therapiebereich (ET/LP/PT) angeboten werden. Dabei sind 10 Studiengänge für Physio-

therapie⁴⁶, sechs für Ergotherapie und vier Studiengänge für Logopädie aufgeführt (vgl. HVG 2019)⁴⁷. Diese Aufstellung wurde mit den jeweiligen Studiengangs-Übersichten der einzelnen Berufsverbände⁴⁸ abgeglichen. Für den Bereich der Pflege weisen die Studiengänge zum Zeitpunkt der Recherche (Winter 2019/2020) eine hohe inhaltliche und strukturelle Heterogenität auf, was die Identifikation der primärqualifizierenden Studiengänge sowie einen Vergleich der Studienangebote erschwert (vgl. ADS & DBfK 2015: 1; Lademann et al. 2016: 341). Lademann et al. (2016) konstatieren, dass zu diesem Thema bislang „nur wenige Veröffentlichungen zur Sammlung bzw. Systematisierung bestehender Studienangebote vor[liegen]“ (ebd.: 331). Es ist davon auszugehen, dass neue und aktualisierte Systematiken für Pflegestudiengänge erst nach dem Inkrafttreten des Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) im Januar 2020 verfasst werden. Denn im Pflegeberufereformgesetz wurde beschlossen, die Pflegeausbildung in Deutschland grundlegend zu reformieren, was für eine Vielzahl von Pflegestudiengängen mit Überarbeitungen von bestehenden Studiengangskonzepten oder entsprechenden Neuausrichtungen von Studiengängen einherging (vgl. Elsbernd & Bader 2018)⁴⁹. Im Jahr 2015 existierten circa 40 grundständige Pflegestudiengänge (vgl. ADS & DBfK 2015: 1). Die Synopse für grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland von Stöcker & Reinhart (2012) umfasst 37 Pflegestudiengänge. Davon entsprechen fünf sogenannte dual-integrierte Studiengänge⁵⁰ am ehesten der Logik der für die vorliegende Arbeit verstandenen Primärqualifizierung (vgl. Stöcker & Reinhart 2012).

⁴⁶ Darin enthalten ist ein Studiengang, der formal als ein Studiengang für Ergo- und Physiotherapie angeboten wird. Jedoch werden die Abschlüsse getrennt erworben und vergeben (Bachelor of Science und Staatsexamen für Physio- oder Ergotherapie). Damit stellt er einen Sonderfall in der Hochschullandschaft der PQS dar. Bei der Auflistung der Studiengänge wird dieser jeweils für beide Studienrichtungen (Ergotherapie und Physiotherapie) mitgezählt.

⁴⁷ Diese Studiengangsliste vom HVG e. V. enthält Studiengänge, die bei der Akquise unberücksichtigt blieben. Dazu zählen zwei Studiengänge für Ergotherapie, wovon einer als auslaufender Studiengang gelistet ist und ein anderer ist zum Zeitpunkt der Akquise noch nicht gestartet. Ein Studiengang für Logopädie kooperiert mit einer Berufsfachschule und erfüllt damit nicht die für die Studie vorausgesetzten Einschlusskriterien.

⁴⁸ Dazu zählen a) Übersicht der Studiengänge für Physiotherapie vom 30.05.2018 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Studiengaenge_Physiotherapie.pdf, sowie b) Studiengangsübersicht Logopädie/Sprachtherapie vom 21.10.2019 unter <https://www.dbl-ev.de/bildung/ausbildung-und-studium/studiengangsuebersicht> und c) Online-Studiengangssuche vom DVE e. V. unter <https://dve.info/bildung/studiengangssuche/search/results> [gemeinsamer Abruf: 29.10.2019].

⁴⁹ Diese Aussage wurde später in den Interviews auch von zwei Personen, die für Pflegestudiengänge verantwortlich sind, bestätigt (vgl. Int. 12: Z 92–100; Int. 6: Z 63–66).

⁵⁰ Dual/integriert wird dabei verstanden als: „Die Berufsausbildung ist in das Hochschulstudium integriert. Die Hochschule wendet neben den hochschulrechtlichen Vorgaben auch die berufsausbildungsrechtlichen Vorgaben an. In der Regel wird hierbei die in den Berufsgesetzen vorfindliche ‚Modellklausel‘ zur Erprobung neuer Ausbildungsmodelle genutzt“ (Stöcker & Reinhart 2012: 11).

Die beschriebenen Vorgehensweisen zur Identifizierung von primärqualifizierenden Therapie- und Pflegestudiengängen wurden, aufgrund der erschwerten Ausgangslage (fehlende, veraltete oder nur bedingte übereinstimmende Dokumente sowie uneinheitliche begriffliche Verwendungen), um eine Recherche in der Studiengangs-Datenbank des Hochschul-Kompasses⁵¹ sowie Recherchen auf den jeweiligen Webseiten der Hochschulen ergänzt. Als Ergebnis wurden von Mai 2020 bis November 2020 insgesamt 18 Vertreter:innen von Studienstandorten oder Studiengängen per E-Mail angeschrieben. Die Anfrage bezog sich a) auf ein Interview mit einer Person, die inhaltliche und konzeptionelle Fragen zum IPLL für den Studiengang oder den Hochschulstandort beantworten kann sowie b) auf die spätere Möglichkeit, Studierende zu befragen (→ Anhang B1). Für die Interviewanfrage konnten die hochschulischen Vertreter:innen als Gatekeeper fungieren und entsprechende Personen vorschlagen (*Sampling durch Gatekeeper*) oder sich selbst zur Teilnahme bereit erklären (*Sampling durch Selbstaktivierung*) (vgl. Kruse 2015: 251; Petrucci & Wirtz 2007). Da an einigen Standorten mehrere Studiengänge angeboten werden, deckte die Anfrage insgesamt 25 Studiengänge ab (ET = 4; LP = 2; PFL = 8; PT = 11).

5.2.3 Leitfadenkonstruktion

Es waren teilstrukturierte Einzelinterviews geplant, für die im Vorfeld ein Interviewleitfaden entwickelt wurde (vgl. Döring & Bortz 2016: 361; → Anhang A1). Dieser orientiert sich an den Dimensionen für Qualitätsbestimmung im Gesundheitswesen. Als Strukturierungshilfe wurde eine phasenbezogene Gliederung gewählt, die sich in drei Dimensionen – Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – unterscheiden lässt. Diese drei Dimensionen wurden von Donabedian bereits in den 1960er-Jahren formuliert und finden bis heute Anwendung (vgl. Hensen 2019: 32f.). Aufgrund vieler gesundheitsbezogener Projekte und Programme in den letzten Jahren, erweiterten Walter et al. (2001) diese Struktur um eine vierte Dimension: Planungs-/Konzeptqualität (vgl. Hensen 2019: 34). Der entwickelte Interviewleitfaden beinhaltet diese vier Dimensionen. Er gliedert sich in fünf thematische Blöcke, denen einzelne Fragen zugeordnet wurden. Die folgende Übersicht stellt die Struktur des Interviewleitfadens anhand der Dimensionen und der dazugehörigen Themenblöcke dar (vgl. Tabelle 5-3).

⁵¹ www.hochschulkompass.de

Tabelle 5-3: Struktur des Interviewleitfadens mit Dimensionen und Themenblöcken

Dimensionen (nach Donabedian (1996/2005) und Walter et al. (2001))	Themenblock
<ul style="list-style-type: none"> • Strukturqualität 	1) Beschreibung des Studiengangs 2) Verständnis von IPLL
<ul style="list-style-type: none"> • Planungs-/Konzeptqualität • Ergebnisqualität 	3) Curriculum (mit Blick auf IPLL)
<ul style="list-style-type: none"> • Prozessqualität • Ergebnisqualität 	4) Struktur und Umfang von IPLL
	5) Abschluss/Fazit

Quelle: eig. Darstellung

5.2.4 Pretest

Zur Optimierung der Datenerhebung wurde der Leitfaden einem Pretest unterzogen. Dafür wurde zunächst ein Feldpretest mit zwei Telefoninterviews geplant (vgl. Faulbaum et al. 2009: 98). Dieser sollte, je nach Rückmeldung, ggf. durch weitere Interviews ergänzt werden. Es stand der Leitfaden mit seinem Aufbau sowie die Formulierung und die Verständlichkeit der einzelnen Fragen im Mittelpunkt. Zusätzlich wurden formale Aspekte, wie Struktur und Zeit sowie die technische Handhabung, geprüft (vgl. ebd.: 99; Weichbold 2014: 299). Die rekrutierten Personen ($n = 2$) verfügten über Erfahrungen mit interprofessioneller Lehre in der akademischen Ausbildung von Gesundheitsberufen. Zum Zeitpunkt des Pretests war eine Person unmittelbar in die aktive Gestaltung von interprofessioneller Lehre eingebunden. Die andere Person war nicht direkt mit interprofessioneller Lehre betraut, konnte aber beschreiben, wie IPLL an dem Standort umgesetzt wird. Die Pretestung zeigte, dass Struktur und Aufbau des Interviews weitgehend zielführend waren. Hinsichtlich der Verständlichkeit der Fragen gaben beide Personen positive Rückmeldungen. Eine Person empfahl, bestimmte Fragen mit Beispielen zu ergänzen. Im Anschluss erfolgte eine Überarbeitung, in der einige Fragen in der Reihenfolge verändert, präzisiert und Beispiele hinzugefügt wurden.

5.2.5 Interviewdurchführung

Es wurden teilstrukturierte Einzelinterviews (vgl. Döring & Bortz 2016: 361) mit ausgewählten Personen geführt. Mittels der teilstrukturierten Form der Befragung fanden Gespräche mit vorbereiteten und vorformulierten Fragen sowie anhand eines Gesprächsleitfadens statt (vgl. Tabelle 5-3; → Anhang A1). Für die Reihenfolge der Fragen bestand eine gewisse Flexibilität und es wurden Themen aufgegriffen und weiterverfolgt, die sich aus dem Gespräch heraus ergaben (vgl. Atteslander 2010: 135; Schnell et al. 2018: 295). Die

Interviews wurden per Telefon von Mai 2020 bis Oktober 2020 durchgeführt und digital aufgezeichnet. Sie dauerten zwischen 35 – 80 Minuten⁵².

5.2.6 Interviewaufzeichnung und Transkription

Die Transkription erfolgte pseudonymisiert⁵³ und mittels der Transkriptionssoftware f4 (USB-Version 7.0.6) (→ Anhang B2). Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden die Regeln der inhaltlich-semanticen Transkription nach Dresing & Pehl (2018) zugrunde gelegt und um eigene Vorgaben ergänzt (→ Anhang C1). Der Schwerpunkt liegt auf dem wörtlich-semanticen Inhalt und „eignet sich so eher zur inhaltsanalytischen Erfassung von Sachaussagen und subjektiven Sichtweisen“ (Dresing & Pehl 2020: 13). Elemente, die nicht transkribiert wurden, wie z. B. Small-Talk zu Gesprächsbeginn oder thematische Abschweifungen am Ende, sind in den jeweiligen Transkripten entsprechend dokumentiert.

Transkripte stellen eine Ausgangsbasis für die Datenauswertung dar (vgl. Dresing & Pehl 2020: 2). Sie können vielmehr als Datenkonstruktion verstanden werden und weniger als bloße Datenrepräsentation, denn sie sind u. a. von der disziplinären Orientierung, der Fokussierung und der Selektion abhängig (vgl. Deppermann in Breuer et al. 2014: 271ff.; Kuckartz in Breuer et al. 2014: 276).⁵⁴ Demnach wird die Fokussierung und Selektion einerseits durch die theoretische Perspektive sowie das leitende Erkenntnisinteresse bestimmt, mit der der Forschungsgegenstand bearbeitet wird. Insofern „ist das Transkript keine „Abbildung“ [H. i. O.] der Wirklichkeit, sondern eine theoriegeleitete Re-Konstruktion“ (Dresing & Pehl 2020: 5). Für den Fall der vorliegenden Arbeit spielen somit das theoretische Vorverständnis der Forscherin sowie der Interviewleitfaden in seiner konkreten Anwendung eine zentrale Rolle. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass eine Transkription immer auch eine Reduzierung darstellt (vgl. ebd.: 3). Denn trotz aller Bemühungen, die Transkription so genau wie möglich abzubilden, kann eine soziale Situation, wie in einem Interview, nie allumfassend durch ein Transkript repräsentiert werden (vgl. ebd: 5; Duranti 2006: 309). So schlägt Deppermann (2014) in diesem Zusammenhang „Granularitätsadäquatheit“ vor und meint damit: „dass ein Transkript immer so genau sein muss, um uns in Bezug auf die verfolgte Fragestellung ein widerständiges Material zu bieten. Das heißt, es muss immer

⁵² Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 57 Minuten.

⁵³ Mit Pseudonymisierung wird – gemäß Art. 4 der EU-DSGVO – eine Form der Datenverarbeitung bezeichnet, bei der die Identifizierung einer Person durch das Zusammenführen von Daten noch möglich ist. Diese zusätzlichen Informationen müssen gesondert und entsprechend geschützt aufbewahrt werden. Im Gegensatz dazu meint Anonymisierung eine Form der Datenverarbeitung, bei der keine Möglichkeit zur Re-Identifikation der Person besteht (vgl. Weiss & Strauß 2020).

⁵⁴ Bei diesem Beitrag von Breuer et al. (2014) handelt es sich um eine verschriftlichte Diskussion unter Beteiligung sechs verschiedener Diskutant:innen, weshalb hier der Name der jeweils impulsgebenden Person angegeben wird.

feinkörniger sein als die Ebene unserer Fragestellung“ (Deppermann in Breuer et al. 2014: 273). Im Laufe der Zeit wurden eine Reihe von Transkriptionssystemen entwickelt, die alle verschiedenen Regeln und Konventionen folgen (vgl. Duranti 2006: 301). Mit Blick auf die Transparenz des Forschungsprozesses ist es deshalb erforderlich, „deutlich zu machen, wie das jeweilige Transkript entstanden ist, welche Elemente ausgelassen und welche berücksichtigt wurden“ (Dresing & Pehl 2020: 4). An dieser Stelle ist auf → Anhang C1 zu verweisen, wo die Regeln und Schwerpunkte, auf die sich im Rahmen der Studie bezogen wurde, verschriftlicht sind.

5.3 Qualitative Erhebung: Datenanalyse und Datenauswertung

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen bei der Analyse und der Auswertung des qualitativen Datenmaterials beschrieben. Dabei werden die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) sowie die Besonderheiten hinsichtlich der Übereinstimmung zwischen den Codierenden beschrieben. Des Weiteren erfolgt eine Einführung in die Typenbildung und es wird das typenbildende Verfahren nach Kluge (1999) vorgestellt. Am Ende des Kapitels werden die methodischen Grundlagen konkret auf das Forschungsvorhaben angewendet und anhand eines Auswertungskonzeptes für die Befragung der Studiengangsverantwortlichen dargelegt.

5.3.1 Einführung in die qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Forschungsmethode, die sich in sozialwissenschaftlichen und erziehungswissenschaftlichen Forschungsrichtungen etabliert hat (vgl. Stamann et al. 2016: 1). Das ist u. a. darauf zurückzuführen, dass sich qualitativ-inhaltsanalytisches Arbeiten „für viele Fragestellungen und Arbeitskontexte als angemessen und praktikabel erwiesen hat“ (ebd.: 1). Auch hinsichtlich der Analyse von leitfadengestützten Interviews, wie sie in der vorliegenden Studie durchgeführt wurden, wird dieser Methode eine besondere Eignung zugesprochen (vgl. Kuckartz 2018: 98; Kuckartz & Rädiker 2022: 37).

1910 gilt als die Geburtsstunde der klassischen Inhaltsanalyse. Denn Max Weber schlug in einem Vortrag vor, Inhalte (auch) qualitativen Analysen zu unterziehen (vgl. Kuckartz 2018: 13). Seitdem ist mittlerweile ein Jahrhundert vergangen und das war mit Blick auf die Methode von vielfältigen Erfahrungen und diskursiven Auseinandersetzungen geprägt (vgl. ebd.: 14ff.).

Der Begriff der *qualitativen Inhaltsanalyse* geht auf Siegfried Kracauer zurück, der 1952 die immer weiter quantitativ verengte Inhaltsanalyse zu einer qualitativen Inhaltsanalyse weiterentwickelte (vgl. Kuckartz 2018: 23). Seither wurden verschiedene qualitative Ansätze und Techniken entwickelt (vgl. ebd.: 48; Mayring 2019: 5; Schreier 2014: 2; Stamann et al.

2016: 3). Im deutschsprachigen Raum sind seit den 1980er-Jahren Philipp Mayring und später auch Margrit Schreier (2012) sowie Udo Kuckartz (2012) mit der Weiterentwicklung des Verfahrens beschäftigt (vgl. Schreier 2014: 2; weiterführend Kuckartz 2018: 6, 23). Insgesamt lässt sich festhalten, dass es eine Vielzahl von Vorstellungen gibt, was die Inhaltsanalyse charakterisiert. Das gilt sowohl für den Diskurs um die Inhaltsanalyse im Allgemeinen sowie um die *qualitative* Inhaltsanalyse im Speziellen (vgl. Kuckartz 2018: 27; Stamann et al. 2016: 2). Für Schreier (2014: 2) gibt es nicht *die* qualitative Inhaltsanalyse, weshalb die zentralen Punkte des methodischen Vorgehens vor dem Hintergrund des jeweiligen Verständnisses herauszustellen sind. Darüber hinaus schlägt Schreier (2014: 23) das „Konzept des Werkzeugkastens“ vor. Bei dem werden verschiedene Optionen zur Durchführung, je nach Passung zum jeweiligen Forschungskontext, wie Werkzeuge ausgewählt (vgl. ebd.: 23f.). Im nächsten Kapitel wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz näher beschrieben, da sie eine methodische Grundlage dieser Arbeit darstellt.

5.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

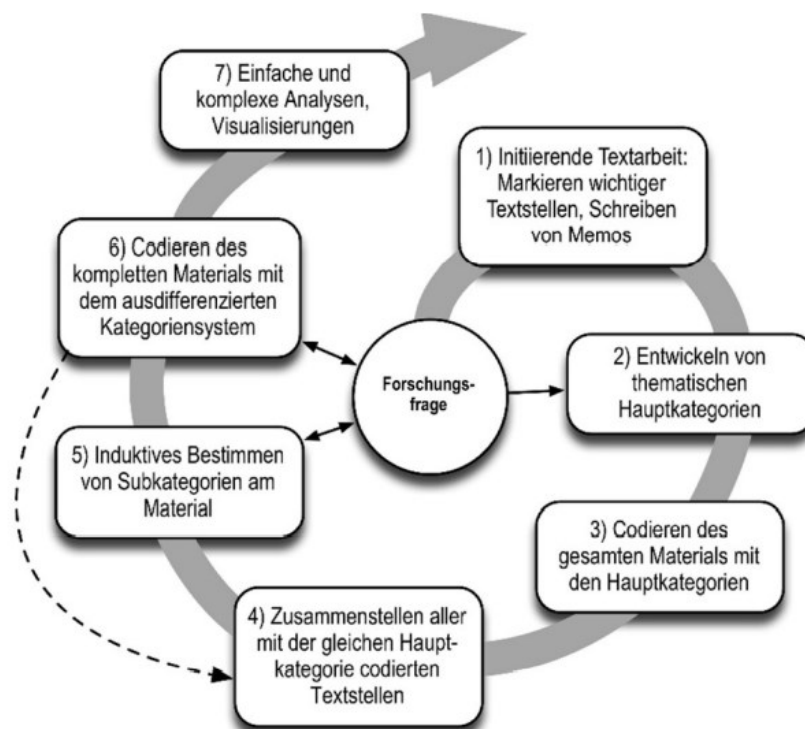
Wie eingangs erwähnt, existieren verschiedene Verfahren zur qualitativen Inhaltsanalyse. Für die vorliegende Studie wurde sich für das Verfahren nach Kuckartz entschieden, denn das Verfahren überzeugt – trotz festgelegter Abläufe und Phasen – mit einer gewissen Offenheit, leichten Zugänglichkeit und Handhabung (vgl. Pehl 2021). Die qualitative Inhaltsanalyse (QIA) nach Kuckartz (2018) ist ein vorrangig qualitativ ausgerichtetes Verfahren, welches sich bei der Textinterpretation an der klassischen Hermeneutik orientiert (vgl. Kuckartz 2018: 16ff.). Kernpunkt der QIA nach Kuckartz ist, dass es sich um ein systematisches und methodisch kontrolliertes Verfahren handelt, welches den Anspruch der Intersubjektivität verfolgt (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 39). Dabei wird das gesamte Material berücksichtigt und auf der Basis von Kategorien werden manifeste sowie latente Inhalte analysiert (vgl. ebd.). Bedingt durch das systematische und regelgeleitete Vorgehen werden Gütekriterien sowie entsprechend formalisierte Überprüfungen mitgedacht und reflektiert (Kuckartz & Rädiker 2022: 236; Schreier 2014: 3). Mit Blick auf die QIA empfehlen Kuckartz & Rädiker (2022) zwischen interner und externer Studiengüte zu unterscheiden. Sie gehen außerdem davon aus, dass interne Studiengüte eine Voraussetzung für externe Studiengüte ist. Zu den Kriterien für interne Studiengüte zählen z. B. Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit, Regelgeleitetheit und intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Kriterien der externen Studiengüte sind beispielsweise Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit (vgl. ebd. 236). Viele dieser Gütekriterien betreffen nicht nur die QIA im Speziellen, sondern können grundlegend für Forschungsprojekte berücksichtigt werden und sind nicht getrennt von den allgemeinen Standards für qualitative Forschung zu

verwenden (vgl. ebd.: 234ff.). Allerdings besteht für die qualitative Forschung – anders als bei der quantitativen Forschung – hinsichtlich der Güte- bzw. Bewertungskriterien wenig Konsens und die Debatte wird sehr kontrovers geführt (vgl. Döring & Bortz 2016: 106; Flick 2010: 487; Kuckartz 2018: 202; Steinke 2005: 9).

Kuckartz (2018) unterscheidet drei Hauptformen: inhaltlich strukturierende, evaluativ und typenbildende qualitative Inhaltsanalyse. Im Folgenden wird die inhaltlich strukturierende Form genauer betrachtet, weil diese Form „als Kernmethode der qualitativen inhaltsanalytischen Verfahren betrachtet werden kann“ (Kuckartz & Rädiker 2022: 104) und bei der Auswertung der Interviews angewandt wurde.

Die inhaltlich strukturierende QIA nach Kuckartz (2018) verläuft in sieben Phasen wie Abbildung 5-2 zeigt. Anhand dieser Phasen wird deutlich, dass bei der inhaltlich strukturierenden QIA das Arbeiten mit Kategorien im Mittelpunkt steht und die Analyse auf diesen Kategorien bzw. Subkategorien basiert (vgl. Flick 2010: 409; Kuckartz 2018: 47).

Abbildung 5-2: Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018)



Quelle: Kuckartz 2018: 100

Die Kategorienbildung sowie die Codierung geschehen in einem mehrstufigen Verfahren. Dabei kann die Kategorienbildung auf unterschiedliche Weise erfolgen: Einerseits in Form einer konzeptgesteuerten oder deduktiven Kategorienbildung (*a-priori* Kategorienbildung) und andererseits in Form einer datengesteuerten oder induktiven Kategorienbildung am

5.3.3 Übereinstimmung zwischen den Codierenden

Wie im vorherigen Kapitel bereits erwähnt, werden an qualitative Forschung im Allgemeinen sowie auch an spezielle Verfahren qualitativer Forschung, vor allem von außen, immer wieder Fragen der Qualitätssicherung und der Bewertung herangetragen (vgl. Flick 2010: 509). In ähnlicher Weise interessiert bei kategorienbasierten Ansätzen die Frage, wie das Kategoriensystem entwickelt wurde. Darüber hinaus interessiert auch, inwiefern in den Phasen der Codierung die gleichen Themen, Aspekte und Phänomene im Datenmaterial identifiziert und übereinstimmend den Kategorien zugewiesen wurden (vgl. Kuckartz 2018: 205; Rädiker & Kuckartz 2019: 287). Für Kuckartz (2018) kann die Übereinstimmung zwischen den Codierenden auf zwei Wegen sichergestellt werden. Zum einen über den qualitativen Weg des konsensuellen Codierens (→ [Kap. 5.3.8.1](#)) und zum anderen über den quantitativen Weg mittels der Berechnung prozentualer Übereinstimmung sowie ggf. eines geeigneten Übereinstimmungskoeffizienten (vgl. ebd.: 211). Im Zusammenhang mit dem quantitativen Weg wird dann häufig die sogenannte Intercoder- bzw. Intracoder-Übereinstimmung thematisiert. Dieser Prozess wird zunächst von verschiedenen Personen getrennt voneinander vollzogen (*Intercoder*). Anschließend erfolgt die Zweitcodierung des Materials mit einem gewissen zeitlichen Abstand durch die gleiche Person (*Intracoder*). Am Ende wird überprüft, inwiefern die jeweiligen Textstellen übereinstimmend zugeordnet wurden (vgl. Kuckartz 2018: 207; Mayring 2015: 123). Im Einklang mit anderen Autor:innen wie Mayring (2015) und Schreier (2014) konstatieren Rädiker & Kuckartz (2019), dass die Überprüfung und Verbesserung der Intercoder- bzw. Intracoder-Übereinstimmung als ein zentrales Qualitätsmerkmal eng mit der Forschungstradition der qualitativen Inhaltsanalyse verbunden ist (vgl. ebd.: 288). In quantitativen inhaltsanalytischen Verfahren wird in dem Zusammenhang häufig der Begriff *Reliabilität* verwendet (z. B. Intercoder-Reliabilität). Jedoch schlägt Kuckartz (2018) vor, diesen Begriff, aufgrund seiner stärkeren Verbindung zur quantitativen Forschungsrichtung, für die QIA zu vermeiden (vgl. ebd.: 205; auch Rädiker & Kuckartz 2019: 289).

Das Verfahren der *gleichzeitigen unabhängigen Codierung* bildet die Grundlage für die Berechnung der prozentualen Übereinstimmung oder für zufallskorrigierte Übereinstimmungskoeffizienten (vgl. Rädiker & Kuckartz 2019: 289). Doch die Berechnung und Berichterstattung der prozentualen Übereinstimmung und Übereinstimmungskoeffizienten, die oft einer quantitativen Forschungslogik folgen, kann problematisch sein und wird nicht uneingeschränkt befürwortet (vgl. Kuckartz 2018: 210; Kuckartz & Rädiker 2022: 239; Mayring 2015: 124; Lisch & Kritz 1978: 89). Die Logik des Codierens und Segmentierens ist nicht ohne weiteres auf die QIA übertragbar, vor allem wenn das Material nicht vorab

segmentiert wird, sondern die Codierenden den Beginn und das Ende einer Codierung frei wählen können (vgl. Kuckartz 2018: 210f.).

Als Übereinstimmungskoeffizient schlagen Kuckartz & Rädiker den Kappa-Wert nach Brennan & Prediger (1981) vor (vgl. Kuckartz 2018: 215). Im Zusammenhang mit den Übereinstimmungswerten betonen Rädiker & Kuckartz (2019) weiter, dass es für die qualitative Forschung wichtig ist, über die reine Berichterstattung und Darstellung der Berechnung von Übereinstimmungswerten hinauszugehen. Sie schlagen vor, auch die Stellen zu betrachten, an denen Nicht-Übereinstimmungen aufgetreten sind. Diese können eine Grundlage bieten für Diskussionen über die Unstimmigkeiten, aus denen weitere Konsequenzen für das Kategoriensystem und die Codieranweisungen gezogen werden können (vgl. ebd.: 289). Ebenso ist bei der Berichterstattung zu berücksichtigen, welche Art von Codierungen erzeugt werden. Denn oft ist eine hohe Übereinstimmung zwischen verschiedenen Codierer:innen nur bei sehr einfachen Analysen oder Faktencodierungen möglich (vgl. Mayring 2015: 124). Umso umfangreicher und differenzierter das Kategoriensystem ist, desto schwieriger wird es, eine hohe Zuverlässigkeit zu erreichen (vgl. Rädiker & Kuckartz 2019: 291; Ritsert 1972: 70).

5.3.4 Einführung in die Typenbildung

Typenbildende Verfahren kommen in vielen unterschiedlichen Disziplinen und interdisziplinären Forschungsfeldern zur Anwendung (vgl. de Haan et al. 2001: 9; Kelle & Kluge 2010: 7; Kuckartz 2010a: 554; Kuckartz 2010b: 97; Sodeur 1974: 5). Im Bereich der qualitativen Sozialforschung erlebte die wissenschaftliche Typenbildung in den 1980er-Jahren einen deutlichen Aufschwung (vgl. Kluge 1999: 13; Kluge 2000: 1; Kuckartz 2006: 4050). Mittlerweile kann auf eine mindestens hundertjährige Tradition zurückgeblückt werden, in der verschiedene Verfahren zur Typenbildung⁵⁵ entstanden sind (vgl. Hempel & Oppenheim 1936: 120; Kluge 1999: 257; Kuckartz 2001: 17; Kuckartz 2020: 2).

Unter einer *Typologie* wird das „Ergebnis eines Gruppierungsprozesses“ (Kluge 1999: 26) verstanden und die darin enthaltenen Gruppen werden als *Typen* bezeichnet (vgl. Schmidt-Hertha & Tippelt 2011: 23; Sodeur 1974: 9). Bei der Gruppierung werden mehrere empirische Fälle, die sich untereinander ähnlich sind, zu Mustern oder Gruppen bzw. Typen zusammengefügt, sodass ein Typ/Typus aus mehreren Einzelfällen besteht. Dabei soll eine möglichst große Homogenität innerhalb eines Typus und eine möglichst große Heterogenität zwischen den Typen bestehen (vgl. Kluge 1999: 27; Kuckartz 2001: 20; Kuckartz 2010a: 556;

⁵⁵ Mit Blick auf die empirische Sozialforschung waren methodisch u. a. die früheren Arbeiten von Hempel & Oppenheim, Lazarsfeld oder Weber prägend und später die Arbeiten u. a. von Bohnsack, Gerhardt sowie Kluge (vgl. Kuckartz 2001: 20; Schmidt-Hertha & Tippelt 2011: 28).

Schmidt-Hertha & Tippelt 2011: 23; Tippelt 2010: 115). Die Gesamtheit aller Typen wird als *Typologie* und der Prozess der Entwicklung einer Typologie als *Typenbildung* oder *Typologisierung* bezeichnet (vgl. Sodeur 1974: 10). Für eine Typologie ist entscheidend, dass die Typen einen inhaltlichen und systematischen Bezug zueinander haben. Sie sollen sich auf den gleichen Merkmalsraum beziehen und anhand gleicher Merkmale charakterisiert werden. Durch unterschiedliche Merkmalsausprägungen entsteht eine Differenz zwischen den Typen, durch die sie voneinander abgegrenzt und miteinander verglichen werden können (vgl. Kluge 1999: 30; Sodeur 1974: 10).

In der Regel sind bei jeder Typologie zwei Ebenen zu erkennen: die *Ebene des Typus* und die *Ebene der Typologie* (vgl. Kluge 1999: 28; Kuckartz 2010b: 98). Auf der Ebene des Typus werden die einzelnen Typen separat betrachtet und es wird primär nach den Gemeinsamkeiten der Dimensionen und Merkmalen eines Typus gesucht (*interne Homogenität*). Dadurch können bestimmte Aspekte eines Typus herausgestellt und die Typen in ihren wesentlichen Zügen beschrieben und charakterisiert werden (vgl. Kluge 1999: 28). Auf der Ebene der Typologie geht es um die Unterschiede und die Abgrenzung zwischen den einzelnen Typen (*externe Heterogenität*), anhand dessen auch die Unterschiede und die Vielfältigkeit des untersuchten Gegenstandes ersichtlich werden (vgl. ebd.; Hempel & Oppenheim 1936: 85).

In der Literatur wird im Kontext der Typenbildung eine Vielzahl von verschiedenen Begriffen verwendet und in fast allen Texten gilt Weber als „die Standardbezugsgröße“ (de Haan et al. 2001: 10, H. i. O.), wenn es um die Differenzierung von dem sogenannten *Ideal-* und *Realtypus* geht⁵⁶ (vgl. Haas & Scheibelhofer 1998: 14; Kelle & Kluge 2010: 83; Kluge 1999: 61; Kuckartz 2010a: 556; Mommsen 1974: 224f.; Schmidt-Hertha & Tippelt 2011: 25; Tiryakian 1968/1972: 178). Die zentrale Kontroverse zwischen Ideal- und Realtypen kreist vor allem um die Frage, „wie sich Empirie und Theorie zueinander verhalten, und weist zahlreiche Parallelen zur Diskussion um Deduktion und Induktion auf“ (Kluge 1999: 24).

Realtypen werden über den Weg der Empirie gebildet, d. h. es handelt sich um empirisch auftretende Typen. Die Deskription und Explikation basieren auf eindeutigen empirischen Operationalisierungen (vgl. Tippelt 2010: 116). Auf dieser Basis werden die Realtypen von den Forschenden konstruiert, indem einzelne Aspekte hervorgehoben oder andere vernachlässigt werden und sie als mehr oder weniger relevant eingeschätzt werden (vgl. Kuckartz 2010a: 556). Dabei geht es um die Ermittlung von Regelmäßigkeiten sowie das

⁵⁶ Mommsen (1974) weist darauf hin, dass der Begriff des „Idealtypus“ bei Weber nicht eindeutig verwendet wird und in den früheren und späteren Schriften inhaltliche Verschiebungen feststellbar sind, die auch Weber selbst nicht systematisch aufgegriffen hat (vgl. ebd.: 224f.).

Erkennen von generellen Zusammenhängen zwischen diesen Typen (Kluge 1999: 58 mit Verweis auf Menger 1883). Im Gegensatz dazu dienen Idealtypen zwar auch der Erkenntnis und der Erklärung sozialer Phänomene sowie ihrer Zusammenhänge, sind aber in ihrer „begrifflichen Reinheit [...] nirgends in der Wirklichkeit empirisch vorfindbar, es ist eine Utopie“ (Weber 1988: 191; siehe auch Tippelt 2010: 116). Es wird auf den abstrakten Charakter von Idealtypen hingewiesen, dem – mit Bezug auf Weber – kein Realitätscharakter zukommt (vgl. Mommsen 1974: 225). Vielmehr ist er eine gedankliche Konstruktion, die durch einseitige Übertreibung bestimmter Aspekte der Wirklichkeit entsteht (vgl. Kuckartz 1991: 1f.). Weber (1988) beschreibt es wie folgt:

Er wird gewonnen durch einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte und durch den Zusammenschluß [sic] einer Fülle von diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht, vorhandenen Einzelercheinungen, die sich jenen einseitig herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem einheitlichen Gedankenbilde. (ebd.: 191, H. i. O.)

Idealtypen sind also „Resultate der Isolierung und Überspitzung bestimmter empirischer Phänomene“ (Kluge 1999: 62; vgl. weiterführend auch Hempel 1952/1993; Kuckartz 1991). Für Mommsen (1974) besteht die erkenntnisleitende Funktion des Idealtypus darin, „bestimmte signifikante Aspekte eines Phänomens in aller nur wünschenswerten begrifflichen Klarheit zum Ausdruck zu bringen“ (ebd.: 225), ohne dass diese bei allen zugeordneten empirischen Fällen immer vollständig ausgebildet sein müssen (vgl. ebd.). Die Bildung von Idealtypen geschieht über eine theoretische und empirische Konstruktion und lässt sich eher durch qualitative sowie induktive Forschungsmethoden erreichen (vgl. Tippelt 2010: 116).

Einige Autor:innen nehmen eine strikte Trennung zwischen den beiden Typen vor und favorisieren entweder heuristische oder empirische Typen. Wiederum andere Autor:innen, wie z. B. Kluge (1999), weisen darauf hin, „dass die gebildeten Typen *sowohl* heuristisch *als auch* empirisch sein sollten, damit die von ihnen aufgezeigten Zusammenhänge zum einen verständlich sind und zum anderen mit der empirischen Realität in Verbindung stehen“ (ebd.: 52; H. i. O.; vgl. auch Haas & Scheibelhofer 1998: 1f.). Nach Kluge (1999) ist es ratsam, dass die in der qualitativen Sozialforschung gebildeten Typen sowohl auf konzeptionellen bzw. heuristischen Überlegungen als auch auf empirischen Daten basieren, „weil die gebildeten Typen nur so den Anforderungen an Kausal- *und* Sinnadäquanz entsprechen und sowohl empirische Regelmäßigkeiten als auch inhaltliche Sinnzusammenhänge abbilden können“ (ebd.: 259; H. i. O.). Das unterstreicht auch Tippelt (2010), indem er darauf hinweist, dass die reinen Real- bzw. Idealtypen in der Forschungspraxis kaum auseinandergehalten

werden können, da beide Parallelen aufweisen und oft beide Anteile – heuristische sowie empirische – vorhanden sind (vgl. ebd.: 116; Schmidt-Hertha & Tippelt 2011: 26).

5.3.5 Ziele und Kriterien für Typenbildung

Die Bildung von Typen und Typologien ist mit unterschiedlichen Zielsetzungen verbunden. Nach Kluge (1999) lassen sich diese Ziele grob in zwei Bereiche einteilen. Erstens zur Strukturierung eines Untersuchungsbereiches: Hierbei werden komplexe soziale Realitäten strukturiert oder Informationen reduziert, um diesen Untersuchungsbereich besser überschauen zu können sowie komplexe Zusammenhänge verständlich und darstellbar zu machen (vgl. ebd.: 10f., 43; Hempel & Oppenheim 1936: 70). Die Auffassung von Honer (1993) unterstreicht dieses Ziel in pointierter Weise: „Typen, als (heuristische) Resultate von Typisierungen, reduzieren die Komplexität konkreter Phänomene nämlich immer im Hinblick auf bestimmte Relevanzen. Sie sind notwendige Mittel des pragmatischen Umgangs mit der Welt“ (ebd.: 111). Zweitens sind mit der Typenbildung heuristische und theoriebildende Funktionen verbunden, „um inhaltliche Sinnzusammenhänge zwischen und innerhalb der gebildeten Typen zu analysieren“ (Kluge 1999: 43). Diese oben erwähnte Verbindung zwischen Theorie und Empirie fokussieren auch Haas & Scheibelhofer (1998) und formulieren drei konkrete Ansprüche, die an eine Typenbildung gestellt werden können:

- 1) durch den Fallvergleich wird von der Spezifität des Einzelfalls abstrahiert und ein erhellender Vergleich mit anderen Fällen kann hergestellt werden,
- 2) über das Typische können verallgemeinerungsfähige Aussagen erzielt werden und
- 3) mittels Typenbildung können überindividuelle Muster erfasst werden (vgl. Haas & Scheibelhofer 1998: 1f.; auch Kuckartz 2006: 4056).

Für die Typenbildung als wissenschaftliches Verfahren ist es wichtig, Qualitätskriterien zu beachten. Tiryakian (1968/1972: 178) beschreibt einige Punkte als Grundlage für eine „gute“ Typologie, die Kuckartz (2001, 2010a, 2020) in sechs Kriterien zusammenfasst:

- Jedes Objekt (oder jede Untersuchungseinheit) wird einem und nur einem Typ zugeordnet, weshalb die typologische Klassifikation umfassend sein muss und sich gegenseitig ausschließen sollte.
- Die Merkmale und Dimensionen der Typenbildung werden explizit gemacht, mittels einer nachvollziehbaren Beschreibung des Merkmalsraumes.
- Die ausgewählten Dimensionen müssen für den Zweck der Forschung von zentraler Bedeutung sein und zeigen hinsichtlich Relevanz und Begründung eine enge Verbindung zur Fragestellung auf.

- Die Typenbildung folgt dem Prinzip der Sparsamkeit (so viele Typen wie nötig und so wenige wie möglich).
- Eine Typologie ist fruchtbar im Hinblick auf die Entdeckung neuer Phänomene und erweist sich in neuen Forschungsfeldern als heuristisch brauchbar.
- Eine Typologie geht über die bloße Beschreibung hinaus und ermöglicht, Beziehungen zwischen Phänomenen zu suchen und vorherzusagen. Sie besteht aus einer Ansammlung von Merkmalen, die in der Realität zusammenhängen und weist in sich eine erkennbare Gestalt auf (vgl. Kuckartz 2001: 22f.; Kuckartz 2010a: 564f.; Kuckartz 2020: 14f.).

Mit dem Einsatz wissenschaftlicher Verfahren ist auch die Forderung nach methodischer Kontrolliertheit eng verbunden. Es ist wichtig, transparent darzustellen, wie bei der methodischen Umsetzung vorgegangen wurde. Dazu zählt einerseits offenzulegen, wie die Typenbildung geschieht, sodass sie für Außenstehende nachvollziehbar ist und andererseits den Prozess zu reflektieren (vgl. Kuckartz 2006: 4056). Diesem Anspruch folgend wurde sich im Rahmen dieser Arbeit für ein Modell mit Regeln für eine Typenbildung entschieden. Anhand dessen kann die Typenbildung beschrieben und reflektiert werden. Dieses Modell ist Gegenstand des nächsten Kapitels und wird darin vorgestellt.

5.3.6 Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung nach Kluge

5.3.6.1 Begründung und Einführung

Es führten mehrere Gründe zu der Entscheidung für das "Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung" von Susanne Kluge (1999). Zunächst liegt mit der Arbeit von Kluge (1999) ein fundiertes Werk vor, in welchem sie sich auf sehr grundlegende Weise mit den methodologischen Grundlagen der Typenbildung sowie drei typenbildenden Verfahren⁵⁷ auseinandersetzt (vgl. Dunger 2016: 170). Darauf aufbauend setzt sich Kluge (1999) zum Ziel, Regeln für eine systematische und nachvollziehbare Typenbildung zu formulieren, bei der empirische und theoretische Anteile effektiv miteinander verknüpft werden (vgl. ebd.: 283). Diesem Ziel folgend, erarbeitet sie vier Stufen für den Prozess einer empirisch begründeten Typenbildung und bezieht die Überlegungen aus den vorher beschriebenen Verfahren in ihre Darstellung mit ein (vgl. ebd.: 260–283). Durch dieses regelgeleitete Vorgehen kann, aus Sicht der Forscherin, der methodischen Kontrolliertheit

⁵⁷ Kluge (1999) beschreibt und analysiert das Konzept des Merkmalsraums und die typologischen Operationen nach Barton & Lazarsfeld (entwickelt Mitte der 1950er-Jahre), das Verfahren der Prozessstrukturanalyse von Uta Gerhardt (entwickelt Mitte der 1980er-Jahre) sowie das Modell der typologischen Analyse von Udo Kuckartz (entwickelt Ende der 1980er-Jahre) (vgl. Kluge 1999).

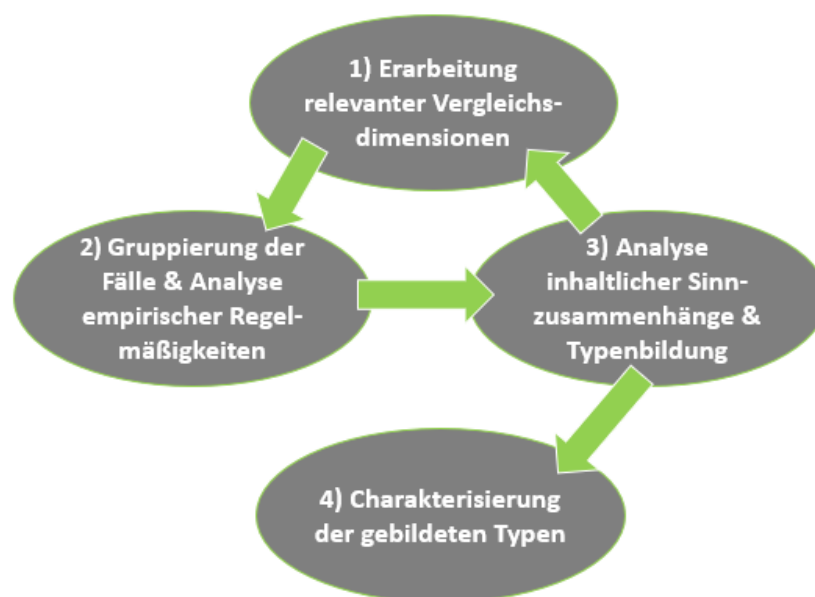
entsprochen werden, die für die Typenbildung im Speziellen sowie für wissenschaftliche Verfahren im Allgemeinen gefordert wird (vgl. Kuckartz 2006: 4048).

Des Weiteren betont Kluge (1999) die Offenheit und Flexibilität ihres Verfahrens, denn „das Stufenmodell [kommt] der Vielfalt qualitativer Fragestellungen und der unterschiedlichen Qualität des Datenmaterials sehr gut entgegen. Für jede Studie kann geprüft werden, mit welchen Auswertungsmethoden die Teilziele der einzelnen Auswertungsstufen am effektivsten erreicht werden können“ (ebd.: 282). Sie weist darüber hinaus explizit auf den Wunsch hin, ihre Auflistung von Auswertungsschritten und Auswertungsmethoden zu ergänzen, um eine systematische Analyse dieser Zusammenhänge zu unterstützen und zu ermöglichen (ebd.). Für de Haan et al. (2001) sind derartige Kombinationen „gerade bei der Typenbildung von ausschlaggebendem Gewicht“ (ebd.: 9). Dieser Logik folgend stellen auch die von ihr vorgeschlagenen vier Auswertungsstufen kein festes und lineares Ablaufschema dar. Vielmehr handelt es sich um einen zirkulären Prozess (vgl. Abbildung 5-3), der sich innerhalb dieser vier Stufen jeweils aus einer Vielzahl von einzelnen Auswertungsschritten zusammensetzt (vgl. Kluge 1999: 280ff.). Im Folgenden werden die vier Stufen skizziert und anschließend auf das vorliegende Forschungsprojekt bzw. konkret auf die Entwicklung einer IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte angewendet.

5.3.6.2 Beschreibung des Modells

Mit dem „Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung“ beschreibt Kluge (1999) vier Stufen, anhand derer auf der Basis von qualitativem Datenmaterial systematisch, transparent und nachvollziehbar Typen gebildet werden können (vgl. ebd.: 263; Abbildung 5-3).

Abbildung 5-3: Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung nach Kluge (1999)



Quelle: eig. Darstellung, in Anlehnung an Kluge 1999: 261

Das Modell besteht aus den folgenden vier Stufen, die auch als Regeln für eine empirisch begründete Typenbildung verstanden werden können (vgl. Kluge 2000: 4):

- 1) Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen
- 2) Gruppierung der Fälle und Analyse empirischer Regelmäßigkeiten
- 3) Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge und Typenbildung
- 4) Charakterisierung der gebildeten Typen

Bei der Beschreibung der vier Stufen geht Kluge (1999) auf eine Vielzahl von Methoden und Techniken, die innerhalb der einzelnen Stufen eingesetzt werden können. Verschiedene Methoden und Techniken, die ihrer Meinung nach bei der Bildung von Typen (Stufe 1 – 4) verwendet werden können; sind in Tabelle 5-5 aufgeführt:

Tabelle 5-5: Mögliche Auswertungsmethoden und -techniken im Rahmen des "Stufenmodells empirisch begründeter Typenbildung"

1. Erarbeitung von relevanten Vergleichsdimensionen

- (a) Forschungsfrage, theoretisches Vorwissen
- (b) Stichprobenziehung
- (c) Leitfadenthemen
- (d) Thematische Kodierung der Interviews
- (e) Dimensionalisierung, Bildung von Variablen ("Quantifizierung")
 - (thematische) Einzelfallanalyse
 - (thematischer) Fallvergleich

2. Gruppierung der Fälle und Analyse empirischer Regelmäßigkeiten

- (a) Fallvergleichende Kontrastierung (z. B. Gerhardt)
- (b) Rechnergestützte Gruppierungsverfahren (Clusteranalyse)
- (c) Konzept des Merkmalsraums
 - (1) Erstellen des gesamten Merkmalsraums (Kreuztabellierung)
 - (2) Zuordnung der Untersuchungselemente
 - (3) Analyse der empirischen Regelmäßigkeiten und ggf. Reduktion des Merkmalsraums

3. Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge und Typenbildung

- (a) Berücksichtigung weiterer Merkmale
- (b) Systematisierung durch EDV-gestützte Kodierung
- (c) Suche nach "widersprechenden" und "abweichenden" Fällen
- (d) Reduktion des Merkmalsraums auf Typen
- (e) Konfrontierung (der Einzelfälle mit ihrem Idealtypus)

4. Charakterisierung der gebildeten Typen

- (a) relevante Vergleichsdimensionen und weitere Merkmale
- (b) inhaltliche Sinnzusammenhänge
- (c) Erfassen des Typischen (Prototypen, Idealtypen, Extremtypen)

Auf eine detaillierte Wiedergabe dieser Methoden und Techniken wird an dieser Stelle verzichtet. Es würde einerseits den Rahmen der Arbeit sprengen und andererseits erscheint eine bloße Wiedergabe wenig zielführend. Stattdessen erfolgt eine kurze theoretische Einführung in die vier Stufen des Modells, die in einem späteren Kapitel mit dem konkreten Forschungsgegenstand in Beziehung gesetzt werden (→ [Kap. 5.3.8.3](#)).

Im ersten Schritt **Stufe 1) Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen** sind Dimensionen sowie Merkmale zu erarbeiten und zu definieren. Die Vergleichsdimensionen sind in der Regel komplexer als die „einfachen“ Merkmale und mehrere Merkmale können zu einer Dimension zusammengefasst werden. Das Erarbeiten von Merkmalen und Dimensionen ist ein sehr zentraler Auswertungsschritt, da nur definierte Merkmale mit ihren festgelegten Merkmalsausprägungen der Typenbildung zugrunde gelegt werden können (vgl. Kluge 1999: 41, 266). Sofern im Laufe des Auswertungsprozesses viele Merkmale entstanden sind, müssen diese anschließend komprimiert werden. Denn es wird empfohlen sich bei der Auswertung auf nur wenige Dimensionen zu konzentrieren, die für die jeweilige Forschungsfrage relevant sind. Die Gesamtheit der Merkmale, auf die sich das Forschungsinteresse konzentrieren soll, wird als Merkmalsraum bezeichnet (vgl. Hempel & Oppenheim 1936: 71; Sodeur 1974: 12). Mit dessen Hilfe können Ähnlichkeiten und Unterschiede erfasst werden, um damit die ermittelten Typen schließlich zu charakterisieren (Stufe 4). Jedoch können nur die Merkmalsräume untersucht werden, die vorher auch bestimmt wurden bzw. sich anhand der definierten und ausgewählten Dimensionen ergeben haben (vgl. Kluge 1999: 277). Es gilt dabei Dimensionen zu finden, in denen sich die Elemente *eines Typus nur wenig* unterscheiden (interne Homogenität) und in denen sich die Elemente *verschiedener Typen maximal* unterscheiden (externe Heterogenität). Dabei ist zu beachten, dass in möglichst allen Einzelfällen Informationen zu den Merkmalen vorliegen. Sonst können die Elemente nicht miteinander verglichen und es kann keine Typologie gebildet werden, bei der die Typen in einem systematischen und inhaltlichen Bezug zueinanderstehen (Ebene der Typologie) (vgl. ebd.: 264f.). Um Merkmale und Dimensionen zu erarbeiten, schlägt Kluge (1999: 266) verschiedene Möglichkeiten vor, wie Einzelfallanalyse oder Fallvergleich (vgl. Tabelle 5-5).

In **Stufe 2) Gruppierung der Fälle und Analyse empirischer Regelmäßigkeiten** werden die untersuchten Fälle nach der Erarbeitung der relevanten Dimensionen und Merkmale samt ihren Ausprägungen gruppiert. Für den Gruppierungsprozess werden zwei Richtungen unterschieden: *agglomeratives* und *divisives Verfahren* (vgl. Kluge 1999: 270) Beim agglomerativen Verfahren wird von Einzelfällen ausgegangen und möglichst ähnliche Fälle werden in einer Gruppe zusammengefasst. Beim divisiven Verfahren wird von der Gesamt-

gruppe ausgegangen, die in immer weitere Teilgruppen untergliedert wird (vgl. ebd.). Mit Blick auf die praktische Umsetzung kommen agglomerative Verfahren eher bei clusteranalytischen Methoden und divisive Verfahren eher bei der Analyse qualitativer Studien zum Einsatz (vgl. ebd.: 270f.).

Zur Analyse empirischer Regelmäßigkeiten kann der Merkmalsraum anhand tabellarischer Darstellungen (z. B. Mehrfeldertafel) erfasst werden. Somit können für die jeweiligen Fälle theoretisch-mögliche als auch empirisch-vorfindbare Gruppierungen entlang des Merkmalsraumes ermittelt und diese miteinander verglichen werden (vgl. ebd.: 277).

Die nächste **Stufe 3) Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge und Typenbildung** stellt einen zentralen Auswertungsschritt bei der Typenbildung dar. Jedoch ist sie auch am schwierigsten zu systematisieren (vgl. ebd.: 279). Um die untersuchten Phänomene zu verstehen, ist es sinnvoll die inhaltlichen Sinnzusammenhänge zu analysieren, „die den empirisch vorgefundenen Gruppen bzw. Merkmalsausprägungen zugrunde liegen“ (Kluge 2000: 5). Grundlage dieser Analyse ist die meist noch vorläufige Beschreibung der ermittelten Gruppen anhand der Merkmale sowie weiterer Eigenschaften, die auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Gruppen bzw. den Fällen hinweisen (vgl. ebd. 1999: 278). Die bisher ermittelten Gruppen werden zu Typen, wenn Sinnzusammenhänge zwischen den relevanten Merkmalen identifiziert werden können. Wenn sich die Typen in den Merkmalen nur geringfügig unterscheiden, kann es dabei entweder durch Zusammenlegungen zur Reduktion des Merkmalsraums kommen oder neue Merkmale können entstehen (Stufe 1) (vgl. ebd.: 279). Im letzteren Fall wäre der Merkmalsraum sowie die sich neu ergebende Gruppierung wiederholt auf empirische Regelmäßigkeiten (Stufe 2) und inhaltliche Sinnzusammenhänge (Stufe 3) zu überprüfen (vgl. ebd. 2000: 5).

Im letzten Schritt **Stufe 4)** findet die **Charakterisierung der gebildeten Typen** statt. Hier steht die umfassende und möglichst präzise Charakterisierung der gebildeten Typen im Mittelpunkt. Dabei benennen die Typen die Gegenstandsbereiche, über die etwas ausgesagt werden soll (vgl. Sodeur 1974: 27). Da sich die Fälle in einem Typus nicht in allen Merkmalen gleichen, sondern oft nur ähneln, ist bei der Darstellung des „Gemeinsamen“ viel Sorgfalt geboten (vgl. Kluge 1999: 280). In der Forschungspraxis werden oft reale Fälle, sogenannte Prototypen, ausgewählt, um daran die Charakteristika des Typs zu veranschaulichen. Diese Darstellung kann auch anhand konstruierter Idealtypen erfolgen, die die zentralen Merkmale in „reiner“ Form aufweisen. Dafür werden meist empirische Fälle hinzugezogen, die dem formulierten Ideal weitestgehend entsprechen (vgl. ebd.). Bei der Beschreibung der Typen ist eine wertende Formulierung zu vermeiden (vgl. Tippelt 2010: 124).

5.3.7 Beschreibung der Fallbewertung und Typisierung

Die Bewertung der Interviews respektive Interviewfälle findet anhand der entwickelten Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte statt. Dafür sind Dimensionen mit Merkmalen zu identifizieren und zu operationalisieren. Für die jeweiligen Merkmale sind fallbezogene Einschätzungen anhand verschiedener Ausprägungen (z. B. *schwach*, *mittel* oder *hoch*) vorzunehmen. Die Bewertungen der Interviewfälle finden zunächst durch die Forscherin selbst sowie anschließend durch externe unabhängige Rater:innen statt. Die erste Bewertung (*Rating*) wird als Primärrating (PR) bezeichnet. Zur Überprüfung und zur Kontrolle der Primärbewertung werden anschließend sogenannte Kontrollratings (KR) von externen Rater:innen hinzugezogen. Für diese Funktion werden Personen aus dem Graduiertenkolleg ILEGRA (Standort Osnabrück) angefragt.

Ziel dieses Interrater-Prozesses ist es, dass für jeden Fall insgesamt vier Bewertungen (eine Primärbewertung sowie drei Kontrollbewertungen) vorliegen. Aufgrund der eigenen Interviewdurchführung hat die Primärraterin ein umfangreicheres Verständnis für die Hintergründe und den Kontext des Interviews. Darüber hinaus hat sie, bedingt durch die intensive Auseinandersetzung der eigens vorgenommenen Interviewtranskription sowie der Auswertung, einen vergleichsweise tieferen Einblick in das Material als die Kontrollrater:innen. Aufgrund dieser Situation wird in der vorliegenden Arbeit die Beurteilung des Primärratings höher gewertet als das Kontrollrating. Gleichzeitig sind die Bewertungen der Kontrollrater:innen wichtig, da sie der Überprüfung und Absicherung dienen. Um die Beurteilung der Interviewfälle durch die Kontrollrater:innen methodisch zu sichern und eine hohe Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird eine Schulung sowie ein Pretest durchgeführt. Bei der Schulung wird auf das Vorgehen zur Fallbewertung eingegangen sowie die Struktur der Fallzusammenfassung, der Aufbau und der Inhalt der Typologie erläutert. Anschließend ist eine exemplarische Fallbewertung in Einzelarbeit geplant.

Bei der Vergabe der zu bewertenden Fälle ist von der Forscherin auf größtmögliche Unabhängigkeit und Austauschbarkeit bei den Kontrollrater:innen zu achten (vgl. Wirtz & Caspar 2002: 15, 244). Die Rater:innen verbindet das strukturierte Promotionsprogramm, der regelmäßige thematische Austausch sowie die zahlreichen Diskussionen und Impulse im Rahmen des Graduiertenkollegs ILEGRA. Deshalb wird hier von einem gewissen ähnlichen Gegenstandsverständnis hinsichtlich des interprofessionellen Lehrens und Lernens ausgegangen. Jedoch sind die beruflichen Hintergründe der einzelnen Personen heterogen. Demnach ist vor allem bei der Fallvergabe auf größtmögliche Unbefangenheit

der Kontrollrater:innen zu achten, damit keine wissentlichen Bezüge zu den interviewten Personen und den damit verbundenen Institutionen hergestellt werden können.⁵⁸

Für jeden Fall soll am Ende eine Gesamtbewertung über alle Merkmale hinweg gebildet werden. Diese Gesamtbewertung findet zunächst durch jeden/jede Rater:in statt und wird aus den Bewertungen der einzelnen Merkmale mittels des Modalwertes (Modus) gebildet. Anschließend wird aus den Gesamtbewertungen der vier Rater:innen (Primär- und Kontrollratings) eine Gesamtbewertung für den Fall ermittelt, ebenfalls anhand des Modalwertes. Durch diese Gesamtbewertung für den Fall ist eine Einordnung in die Typologie möglich. Um zu überprüfen, wie zuverlässig die Merkmale über die Fälle hinweg messen, können Berechnungen anhand des Reliabilitätskoeffizienten Krippendorffs Alpha (α) vorgenommen werden. Dieser wurde entwickelt, um Übereinstimmungen zwischen den Bewertungen von verschiedenen Personen zu messen (*Interrater-Reliabilität*). Dabei können beliebig viele Kategorien aufgenommen werden, ohne bestimmte Voraussetzungen eines Messniveaus zu erfüllen. Darüber hinaus stellen auch fehlende Werte kein Problem dar (vgl. Hayes & Krippendorff 2007: 82; Krippendorff 2011: 1). Nachdem nun die theoretischen Grundlagen zur qualitativen Datenanalyse und -auswertung skizziert wurden, wird im nächsten Kapitel die Anwendung und Umsetzung im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojektes beschrieben.

5.3.8 Auswertungskonzept – Befragung Studiengangverantwortliche

Im Folgenden wird das Auswertungskonzept für die qualitative Erhebung bei den Studiengangverantwortlichen dargelegt. Dabei werden zuerst die Auswertung der Interviews sowie die Übereinstimmung zwischen den Codierenden fokussiert. Anschließend wird die Entwicklung der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte sowie die Bewertung der Interviewfälle anhand der erstellten Typologie konkretisiert.

5.3.8.1 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Die Auswertung der Interviews mit den Studiengangverantwortlichen kann – in Anlehnung an das von Kuckartz (2018) vorgeschlagene Ablaufschema mit sieben Phasen sowie an das Werkzeugkastenmodell von Schreier (2014) mit acht Schritten⁵⁹ – in vier grobe Phasen unterteilt werden:

⁵⁸ Beispielsweise ist eine Person mit einer interviewten Person beruflich verbunden, weshalb darauf zu achten ist, dass diese Person den entsprechenden Fall nicht bewertet.

⁵⁹ Dazu zählen: 1) Festlegen der Forschungsfrage, 2) Auswahl des Materials, 3) Erstellen des Kategoriensystems, 4) Unterteilung des Materials in Einheiten, 5) Probecodierung, 6) Evaluation und Modifikation des Kategoriensystems, 7) Hauptcodierung und 8) Weitere Auswertung und Ergebnisdarstellung (vgl. Schreier 2014: 24f.).

- 1) Phase der Primär- oder Basiscodierung,
- 2) Phase der Zweit- oder Kontrollcodierung,
- 3) Phase der Konsensfindung,
- 4) Phase der Feincodierung und Auswertung.

Die Phasen werden im Folgenden unter Bezugnahme auf das vorliegende Forschungsprojekt genauer beschrieben, ohne jedoch auf Grundbegriffe der QIA wie Kategorie, Kategoriensystem oder codiertes Segment einzugehen (siehe hierzu Kuckartz 2018: 29–44). In allen Phasen erfolgte die Bearbeitung mit der MAXQDA-Software, Version 18.2.4. sowie stellenweise mit der Demoversion MAXQDA 2020.

In Vorbereitung auf **Phase 1** erfolgte zuerst die Bildung deduktiver Kategorien auf Basis des Interviewleitfadens. Da der Interviewleitfaden eine klare Struktur vorgibt, kann zu Beginn ein Kategoriensystem erstellt werden, welches Haupt- und Subkategorien beinhaltet. Die Gegenüberstellung der Fragen aus dem Leitfaden und den einzelnen Kategorien ist mittels einer Korrespondenztabelle festgehalten (→ Anhang C2). Daraufhin erfolgte die **Primär- bzw. Basiscodierung**, bei der die Verfasserin selbst alle 12 Interviews entlang des deduktiven Kategoriensystems codierte. In diesem Schritt wurde das Kategoriensystem um zwei weitere induktive Subkategorien (*Sonstiges_Curriculum* und *Austausch Lehrpersonal*) und zwei allgemeine Kategorien (*Blumen am Wegesrand* und *Sonstiges*) aus der Literatur ergänzt (vgl. Kuckartz & Rädiker 2020: 39). Zum Ende dieser Phase wird das Kategoriensystem beschrieben und ein Leitfaden zur Codierung mit entsprechenden Codieranweisungen entwickelt⁶⁰ (siehe *Codierleitfaden*, → Anhang C3) (vgl. Morgenstern-Einenkel & Rädiker 2021: 36; Rädiker & Kuckartz 2019: 288).

Die Übersicht im → Anhang C4 zeigt die Entwicklung des Kategoriensystems zu vier Zeitpunkten im Prozess der Auswertung von Januar bis Juli 2021.⁶¹ Tabelle 5-6 zeigt das im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit entwickelte finale Kategoriensystem mit sechs Hauptkategorien und 22 Subkategorien, welches inhaltlich auch der rechten Spalte in der Abbildung im → Anhang C4 entspricht.

⁶⁰ Im Rahmen kollegialer Beratungen innerhalb der Arbeitsgruppe des Graduiertenkollegs am Standort Osnabrück wurden das Kategoriensystem, die Kategoriendefinitionen sowie die Codieranweisungen einer Prüfung unterzogen und folglich entsprechend geschärft, angepasst bzw. weiterentwickelt (vgl. Morgenstern-Einenkel & Rädiker 2021: 36; Rädiker & Kuckartz 2019: 287f.; Schreier 2014: 24).

⁶¹ In der Abbildung im → Anhang C4 wird detailliert die Entwicklung des Kategoriensystem über den gesamten zeitlichen Verlauf dargestellt. Dabei wird deutlich, welche (Sub-)Kategorien induktiv entstanden sind, welche von Kontrollcodierer:innen eingebracht und welche sprachlichen Anpassungen vorgenommen wurden.

Tabelle 5-6: Deduktiv-induktiv entwickeltes Kategoriensystem

KATEGORIENSYSTEM

(*kursiv* = induktiv entwickelte (Sub-)Kategorien;
mit Stern (*) = Vorschlag einer Kontrollcodierer:in)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Studiengang <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Start_STG 1.2 Plätze_STG 2. IPE/IPLL <ol style="list-style-type: none"> 2.1 eig. Verständnis IPE 2.2 Einschätzung IPLL im STG 3. Curriculum <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Theoretische Bezüge 3.2 Überarbeitungen & Veränderungen 3.3 Lernziele IPLL 3.4 Einschätzung gesamtcurriculares Konzept 3.5 <i>Sonstiges_Curriculum</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Struktur, Inhalt & Umsetzung <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Einführungsveranstaltung 4.2 Schnittstellen zu and. BG 4.3 Studienverlauf_Module <ol style="list-style-type: none"> 4.3.1 Thema IP/IPE im Modul 4.3.2 <i>IP/IPE als Querschnittsthema*</i> 4.4 Formate & Methoden <ol style="list-style-type: none"> 4.4.1 <i>Austausch Lehrpersonal</i> 4.5 Selbststudium 4.6 Praxiseinsätze 4.7 Prüfung 5. Besonderheiten <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Besonderheiten_Studiengang 6. Weiteres <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Sonstiges 6.2 Blumen am Wegesrand
---	---

Quelle: eig. Darstellung

Im Anschluss an die Basiscodierung (Phase 1) erfolgte im nächsten Schritt eine **Zweit- bzw. Kontrollcodierung (Phase 2)** aller 12 Interviews. Zur Überprüfung, Sicherung und Verbesserung der Qualität von Codierprozessen wurde sich um externe Kontrollcodierer:innen bemüht (vgl. Rädiker & Kuckartz 2019: 288). Diese Personen kamen aus dem Forschungsumfeld der Forscherin (ILEGRA-Arbeitsgruppe am Standort Osnabrück). Diese Personen erhielten vorbereitend eine kurze inhaltliche Einführung zum Hintergrund, zum Codierleitfaden und den Codieranweisungen sowie eine technische Schulung zum Codieren⁶². Anschließend wurden fünf Interviews durch diese Kontrollcodierer:innen in einem Prozess des gleichzeitigen unabhängigen Codierens bearbeitet (vgl. Kuckartz 2018: 211; Rädiker & Kuckartz 2019: 289). Sieben Interviews bearbeitete die Verfasserin in diesem zweiten Codierprozess selbst.

Die externen Kontrollcodierer:innen schlugen sechs weitere induktive Kategorien vor (→ Anhang C4). Obwohl viele dieser (Sub-)Kategorien zwar inhaltlich interessant waren, waren sie mit Blick auf die Forschungsfrage wenig zielführend, sodass vier davon wieder verworfen wurden. Lediglich zwei Aspekte (*IPE als Querschnittsthema* und *Inhalt*) wurden übernommen. Die neu hinzugenommenen Kategorien wurden mit den Codierer:innen kommuniziert und es wurde um Überprüfung der Kategorien gebeten. Daran schloss sich

⁶² Drei der fünf Personen entschieden sich für eine softwarebasierte Codierung mittels MAXQDA. Zwei Personen wählten eine händische Codierung mit Markierungen am Text, die ebenfalls technisch besprochen wurde. Diese Codierungen wurden anschließend von der Forscherin in das Programm MAXQDA übertragen.

unmittelbar die Phase des konsensuellen Austausches/**Konsensfindung (Phase 3)** an, bei dem das Kategoriensystem in seiner Stringenz und Reihenfolge sowie die erfolgten Basis- und Kontrollcodierungen diskutiert wurden (vgl. Kuckartz 2018: 211f.). Für Kuckartz (2018) ist das gemeinsame Überprüfen von Codierungen (*konsensuelles Codieren*) in Form des gemeinsamen Austausches eine Möglichkeit, um die Übereinstimmung zwischen den Codierenden sicherzustellen (vgl. ebd.: 211). Bei den gebildeten Zweier-Teams, die ein Interview bearbeiten, sollte eine feste Paarbildung möglichst vermieden werden (vgl. ebd.). Für die beschriebenen fünf Interviewfälle, bei denen externe Kontrollcodierer:innen hinzugezogen wurden, konnte dieser Vorgabe Rechnung getragen werden. Der Prozess der Konsensfindung mit den inhaltlichen Veränderungen bei den Codierungen wurde dokumentiert und ist in einer Übersicht im Anhang zu finden (→ Anhang C5).

Als Ergebnis dieser vertieften inhaltlichen Auseinandersetzung wurden schließlich in der Phase der **Feincodierung und Auswertung (Phase 4)** inhaltliche Verfeinerungen am Kategoriensystem sowie konsensuelle Anpassungen am codierten Material vorgenommen. Es wurde pro Interviewfall eine Datei mit den konsensuellen Codierungen erstellt.⁶³ Auf der Basis dieser Konsens-Dateien wurde die kategorienbasierte Auswertung vorgenommen sowie die Erstellung der Fallzusammenfassungen⁶⁴, die die Forscherin für jedes Interview verfasste (vgl. Kuckartz 2018: 50) (vgl. Tabelle 5-4). Die kategorienbasierte Auswertung stellte dann die Grundlage für die Beschreibung der Dimensionen und Merkmale der entwickelten IPE-Typologie sowie die interne Bewertung und Zuordnung der jeweiligen Interviewfälle zur IPE-Typologie dar. Mit den Fallzusammenfassungen wurde im Rahmen der *externen Bewertung und Zuordnung* der Fälle zur IPE-Typologie weitergearbeitet (→ [Kap. 3.8.4](#)).

5.3.8.2 Intracoder-/Intercoder-Übereinstimmung

Die Darstellung der Ergebnisse der Intracoder-/Intercoder-Übereinstimmung bildet eine weitere Grundlage für die Typologie-Entwicklung. Denn mittels der codierten Aussagen der Interviews fand die inhaltliche Weiterarbeit an der Typologie statt. Deshalb werden die Ergebnisse der Intracoder/Intercoder-Übereinstimmung – im Sinne eines methodischen Zwischenschrittes – in diesem Kapitel vorgestellt und nicht im Kapitel 6, wenn die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt werden.

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde die 2. Phase der Kontrollcodierung mittels des Verfahrens der *gleichzeitigen unabhängigen Codierung* durchgeführt, welches die Grund-

⁶³ Bisher lagen für jedes der 12 Interviews zwei Dateien vor: Je eine Datei mit Basis- und Kontrollcodierung. Diese wurden zu einer Datei pro Interviewfall zusammengeführt.

⁶⁴ Ein Beispiel für eine Fallzusammenfassungen findet sich im → Anhang C6.

lage bildet für die Berechnung der prozentualen Übereinstimmung oder für zufalls-korrigierte Übereinstimmungskoeffizienten (vgl. Rädiker & Kuckartz 2019: 289). Allerdings wurde dem dafür erforderlichen Kriterium der Vorab-Segmentierung nicht vollständig entsprochen (vgl. Kuckartz 2018: 210f.). Für die Codierungen in Phase 1 (Primär- oder Basis-codierung) orientierte sich die Forscherin selbst an den Fragen aus dem Interviewleitfaden. Denn ihrer Meinung nach waren einige Segmente in inhaltlicher Weise den Fragen eindeutig zuzuordnen. In Phase 2 (Zweit- oder Kontrollcodierung) konnten die externen Kontrollcodierer:innen die Segmente zunächst frei wählen und codieren. Um jedoch der Vorab-Segmentierung näherzukommen, wurde von der Forscherin stellenweise eine Ex-post-Bestimmung von Codiereinheiten vorgenommen und den Kontrollcodierer:innen vorgelegt. Obwohl dieses Vorgehen streng genommen als unbefriedigend gilt (vgl. Kuckartz 2018: 214), wurde sich dennoch dafür entschieden, um den quantitativen Weg der Übereinstimmung auch mit zufallsbereinigten Koeffizienten abbilden zu können. In Tabelle 5-7 sind die prozentualen Übereinstimmungen und der Übereinstimmungskoeffizient dargestellt.

Zur Beurteilung der Übereinstimmungskoeffizienten ist, mit Bezug auf Rädiker & Kuckartz (2019), zu berücksichtigen, wie die Codierungen erzeugt wurden. Eine solche Betrachtung ist auch im Fall der vorliegenden Forschung notwendig, wenn beispielsweise Faktencodierungen, wie sie in der Kategorie 1) *Studiengang* vorgenommen wurden, schlussendlich zu 100 % übereinstimmen und schwierigere Codierungen geringere Werte erzielen, wie z. B. bei der Analyse von subjektiven Bedeutungen bei Kategorie 2.1) *eigenes Verständnis von IPE*.

Zur Dokumentation des Intercoder-/Intracoder-Prozesses wurde eine Übersicht (vgl. Tabelle 5-7) erstellt, die zu drei Zeitpunkten (März, Juli und August 2021) den Stand der Übereinstimmungen im Forschungsprojekt verdeutlicht. Daraus ist u. a. ersichtlich, dass bei der ersten Bestimmung der Intercoder- und Intracoder-Übereinstimmung (März 2021) die Übereinstimmung noch sehr gering war. Die Übereinstimmung lag bei den (Sub-)Kategorien, die in beiden Codierprozessen (Basis- und Kontrollcodierung) vergeben wurden, zwischen 21 % und 47 %. Anhand der prozentualen Übereinstimmung konnten problematische Kategorien, in denen die Codierer:innen nur gering übereinstimmten, leicht identifiziert werden (vgl. Kuckartz 2018: 261). Daraufhin wurden entweder die Kategoriendefinitionen geprüft und/oder die Nicht-Übereinstimmungen genauer betrachtet. Meist erfolgte ein diskursiver Austausch mit den Zweitcodierer:innen oder die Intracoder-Bewertung wurden gegeneinander abgewogen. Es wurden einvernehmliche Anpassungen oder Überarbeitungen an den jeweiligen Stellen durch die Forscherin durchgeführt, sodass das Kategoriensystem und die Codierungen einem stetigen Veränderungsprozess

unterlagen. Zum zweiten Zeitpunkt (Juli 2021) konnten die Werte bereits deutlich verbessert werden und zeigten eine Übereinstimmung zwischen 43 % und 97 %. Nach einer weiteren Überarbeitungs- und Anpassungsphase lagen die Werte für die Übereinstimmung im August 2021 dann zwischen 89 % und 100 %.

Die Werte für Kappa nach Brennan & Prediger (1981) nehmen verteilt über alle Kategorienblöcke Werte von 0.85 bis 1.0 an, die einer sehr guten Übereinstimmung entsprechen (vgl. Kuckartz 2018: 210). Diese Werte sind jedoch vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen methodischen Schwäche entsprechend mit Vorsicht zu bewerten.

Aufgrund der unspezifischen Systematik und inhaltlichen Breite von Kategorie 6) *Weiteres* wird empfohlen, diese bei der Berechnung der Gesamtbewertung nicht zu berücksichtigen, weshalb es keine Angabe dazu in Tabelle 5-7 gibt (vgl. Rädiker & Kuckartz 2019: 291). Ebenfalls in dieser Tabelle nicht dargestellt sind die zu Beginn (16.03.21) von Kontrollrater:innen vorgeschlagenen induktiven Subkategorien, die der Hauptkategorie 5) *Besonderheiten* zugeordnet wurden. Zu diesen fünf vorgeschlagenen Subkategorien zählten: a) *Charakterisierung des Studiengangs*, b) *Professionalisierung*, c) *Inhalt*, d) *Kommunikation des Konzeptes (gegenüber Studierenden)* sowie e) *Gesetze und Akkreditierungen*. Nach Ansicht der Forscherin sind einige Aspekte in anderen Subkategorien berücksichtigt (z. B. *Inhalt*) und andere sind nicht zielführend mit Blick auf die Forschungsfragen (z. B. *Professionalisierung*), weshalb diese im Verlauf der Überarbeitung verworfen und hier nicht aufgenommen wurden.

Wie bereits erwähnt, stellen die Ergebnisse der Intracoder-/Intercoder-Übereinstimmung eine Grundlage für die Typologie-Entwicklung dar. Im nächsten Kapitel wird deswegen das Stufenmodell von Kluge (1999) zur Entwicklung einer Typologie wieder aufgegriffen und mit dem vorliegenden Forschungsvorhaben in Beziehung gesetzt.

Tabelle 5-7: Übersicht zur Intercoder- und Intracoder-Übereinstimmung zu drei Zeitpunkten im Forschungsprozess

Kategorie/Code ↓ Übereinstimmung (ÜS) →	Datum: 25.03.2021				Datum: 21.07.2021				Datum: 20.08.2021				Kappa **
	ÜS	Nicht-ÜS	Gesamt	%	ÜS	Nicht-ÜS	Gesamt	%	ÜS	Nicht-ÜS	Gesamt	%	
1. Studiengang													
1.1 Start_STG	16	18	34	47.06	32	1	33	96.97	34	0	34	100.0	1.0
1.2 Plätze_STG	8	21	29	27.59	24	2	26	92.31	26	0	26	100.0	1.0
1. Kategorie zusammen:												100.0	1.0
2. IPE/IPLL													
2.1 eig. Verständnis IPE	10	37	47	21.28	32	18	50	64.0	46	3	49	93.88	0.92
2.2 Einschätzg. IPLL im STG	18	50	68	26.47	46	10	56	82.14	52	3	55	94.55	0.93
2. Kategorie zusammen:												94.23	0.93
3. Curriculum	0	1	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	
3.1 Theoretische Bezüge	16	23	39	41.03	28	9	37	75.68	38	1	39	97.44	0.97
3.2 Überarbeitungen und Veränderungen	42	69	111	37.84	78	28	106	73.58	100	8	108	92.59	0.90
3.3 Lernziele IPLL	20	32	52	38.46	38	9	47	80.85	40	3	43	93.02	0.91
3.4 Einschätzung gesamt-curriculares Konzept	18	26	44	40.91	40	5	45	88.89	40	2	42	95.24	0.94
3.5 Sonstiges_Curriculum	16	34	50	32.00	26	18	44	59.09	40	3	43	93.02	0.91
3. Kategorie zusammen:												93.82	0.93
4. Struktur, Inhalt, Umsetzung (vorher: Struktur, Umfang, Inhalt)	0	2	2	0.0	0	2	2	0.0	-	-	-	-	
4.1 Einführungsveranstaltg.	12	33	45	26.67	34	6	40	85.0	38	1	39	97.44	0.97
4.2 Schnittstellen zu and. Berufsgruppen	20	54	74	27.03	44	27	71	61.97	62	1	63	98.41	0.98
4.3 Studienverlauf_Module	30	88	118	25.42	62	42	104	59.62	86	9	95	90.53	0.87
4.3.1 IP/IPE als Thema im Modul	2	32	34	5.88	20	16	36	55.56	34	1	35	97.14	0.96
4.3.2 IP/IPE als Querschnittsthema	0	7	7	0.0	6	6	12	50.0	8	1	9	88.89	0.85
4.4 Formate/Methoden (vorher: Formen/Method.)	68	79	147	46.26	98	35	133	73.68	124	5	129	96.12	0.95
4.4.1 Austausch Lehrpers.	4	13	17	23.53	6	8	14	42.86	18	0	18	100.0	1.0
4.5 Selbststudium	14	18	32	43.75	16	8	24	66.67	26	0	26	100.0	1.0
4.6 Praxiseinsätze	16	32	48	33.33	38	8	46	82.61	46	2	48	95.83	0.94
4.7 Prüfung	18	20	38	47.37	34	3	37	91.89	38	0	38	100.0	1.0
4. Kategorie zusammen:												96.0	0.96
5. Besonderheiten													
5.1 Besonderheiten_STG	16	44	60	26.67	42	18	60	70.0	54	4	58	93.10	0.91
5. Kategorie zusammen:												93.10	0.91

Quelle: eig. Darstellung

Legende: * alle Kategorien inkl. *Weiteres, Sonstiges, Blumen am Wegesrand*

** Kappa nach Brennan & Prediger mit 90 % Codeüberlappung

5.3.8.3 Typenbildung nach Kluge zur Entwicklung einer IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte

Für die vorliegende Studie wurde, wie von Kluge (1999) vorgeschlagen, eine Auswahl der Techniken und Methoden getroffen bzw. abgewogen, welche Methoden mit Blick auf die Teilziele der einzelnen Auswertungsstufen sinnvoll und zielführend sind (vgl. ebd.: 282). Zunächst wurden Dimensionen und Merkmale anhand des theoretischen (Vor-)Wissens sowie des Datenmaterials erarbeitet (**Stufe 1 – Erarbeiten relevanter Vergleichsdimensionen**) (vgl. Kluge: 2000: 4). Erste Überlegungen basierten auf den leitenden Forschungsfragen, dem theoretischen Vorwissen sowie dem Interviewleitfaden (→ Anhang A1) (vgl. Kluge 1999: 267). Für die theoretischen Bezüge zum Thema IPE-Lehr-Lern-Konzepte wurden die Arbeiten von Harden (1998) mit den Entwicklungsschritten von uni- zu transprofessioneller Ausbildung, der Typologie interprofessioneller Lernmethoden von Sottas et al. (2016), die Studie von Huber et al. (2019) zu den Kompetenzen interprofessioneller Zusammenarbeit und geeigneten Unterrichtsformaten sowie die Analyse zu interprofessionellen Lehrformaten von Walkenhorst & Heinzelmann (2019) hinzugezogen. Auf Grundlage des bereits erarbeiteten Materials, wie z. B. dem Interviewleitfaden und den genannten theoretischen Bezügen, wurden erste Dimensionen und Merkmale spezifiziert, die folgendermaßen eingeteilt wurden (vgl. Kluge 1999: 267):

- Organisation (z. B. theoretisches Fundament, andere Studiengänge)
- curriculare Abbildung (z. B. Zeitpunkt, Wahlpflichtveranstaltung)
- Lernziele/Taxonomie (z. B. Wissen, Anwendung, Reflexion)
- Lernorte (z. B. Hochschule und Praxis)
- Durchführung/Umsetzung
 - Umfang (z. B. Stunden, Module, Zusatzangebote)
 - Formate und Interaktion (z. B. Vorlesungen, Rollenspiele)
 - Lehrperson/en (z. B. Lehrteam)

Im Anschluss daran wurde – ebenfalls mit Blick auf die Erstellung relevanter Dimensionen und Merkmale (Stufe 1) – das empirische Material betrachtet. Zur Vorbereitung wurde das Material inhaltsanalytisch ausgewertet. In Anlehnung an das von Kuckartz (2018) vorgeschlagene Ablaufschema zur inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse sowie das Werkzeugkastenmodell von Schreier (2014) wird die Auswertung der Interviews im vorliegenden Forschungsprojekt in vier Phasen unterteilt, die im → [Kap. 5.3.8.1](#) genauer beschrieben werden. Bei der inhaltlich strukturierenden QIA steht das Arbeiten mit Kategorien im Mittelpunkt und die Analyse der Interviews basiert auf diesen Kategorien bzw. Subkategorien (vgl. Flick 2010: 409; Kuckartz 2018: 47).

Wie bereits erwähnt, schlägt Kuckartz (2018) zur inhaltlichen Strukturierung des Materials zwei Dimensionen vor: Kategorien und Fälle (vgl. ebd.: 48f.; Tabelle 5-4). Für die Auswertung auf Kategorienebene werden die Aussagen einer Person zu einem bestimmten Thema bzw. einer Kategorie erfasst und eine themen- bzw. kategorienbasierte Auswertung für das gesamte Sample erstellt. Für die Auswertung auf Fallebene werden die Äußerungen der interviewten Person zu einem bestimmten Thema erfasst und daraus kann eine Fallzusammenfassung resultieren, die auf allen oder auf ausgewählten Themen bzw. Kategorien basiert (vgl. Kuckartz 2018: 50). Kluge (1999) geht dabei noch einen Schritt weiter ins Detail, indem sie darauf hinweist, dass durch die thematische Codierung des Datenmaterials Einzelfallanalyse und Fallvergleich „sehr effektiv miteinander verknüpft werden“ (ebd.: 269). Mit Blick auf bestimmte Themen können durch fallvergleichende Themenanalysen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen erarbeitet werden. Daraus können Merkmale und Vergleichsdimensionen für die Typologie entstehen. (vgl. ebd.)

Für die Betrachtung des empirischen Interviewmaterials wurden vor allem das deduktiv-induktive Kategoriensystem (vgl. Tabelle 5-6) aus der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und die Darstellung der Einzelfälle hinzugezogen. Anhand dieser Kriterien wurden drei Tatsachen ersichtlich:

- a) sich im Material nicht alle Dimensionen und Merkmale finden, die zuvor erarbeitet wurden,
- b) einige Dimensionen und Merkmale mit Blick auf die Forschungsfragen nicht ergiebig erscheinen und/oder
- c) zu bestimmten Merkmalen nicht in allen Fällen (verwertbare) Aussagen vorliegen.

Außerdem galt es Schwerpunkte zu setzen und Modifizierungen auf Dimensions- bzw. Merkmalsebene vorzunehmen (vgl. Kluge 1999: 269). Aus diesem Grund wurden die theoretischen Überlegungen mit den empirisch vorgefundenen Dimensionen und Merkmalen abgeglichen. Daraus ergab sich eine Fokussierung auf folgende Dimensionen und Merkmale, die in der Auflistung fett hervorgehoben sind:

- Organisation (z. B. theoretisches Fundament; **andere Studiengänge**)
- **curriculare Abbildung** (z. B. Zeitpunkt, Wahlpflichtveranstaltung)
- Lernziele/Taxonomie (z. B. Wissen, Anwendung, Reflexion)
- **Lernorte (z.B. Hochschule und Praxis)**
- Durchführung/Umsetzung
 - **Umfang (z. B. Stunden, Module, Zusatzangebote)**
 - **Formate und Interaktion (z. B. Vorlesungen, Rollenspiele)**
 - Lehrperson/en (z. B. Lehrteam)
 - *Prüfung* (z. B. Setting)

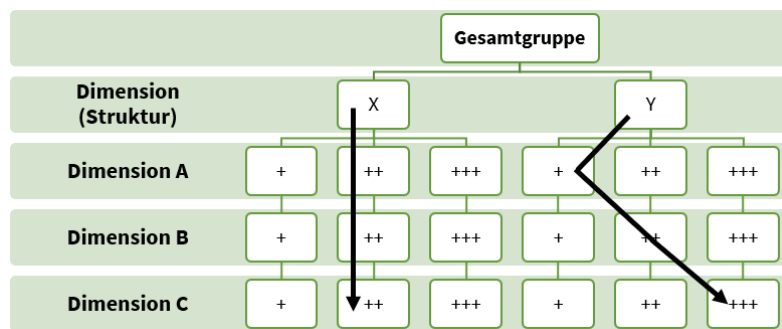
Der Aspekt der *Prüfung* ist kursiv gesetzt, weil er durch den Bezug zur Empirie in diesem Schritt neu hinzugenommen wurde. Dieser Aspekt wurde bei den ersten theoretischen Überlegungen zu den Dimensionen und Merkmalen nicht aufgenommen, weil *Prüfung* in den genannten theoretischen Bezügen keine explizite Rolle spielt. Jedoch wurde dieser Aspekt bereits im Interviewleitfaden von der Forscherin berücksichtigt und kam deshalb in den Interviews zum Tragen. In der Einzelfallanalyse sowie im thematischen Fallvergleich (vgl. Kluge 1999: 268) zeigten sich interessante Unterschiede bei dem Thema (externe Heterogenität), sodass *Prüfung* als Dimension mit aufgenommen wurde (vgl. Tabelle 5-7). Diese Entscheidung ist einerseits methodisch und andererseits inhaltlich zu begründen. Aus methodischer Sicht können „nur über diesen Fallvergleich [...] Merkmale erarbeitet werden, die für einen Großteil der Fälle und vor allem für die zu bildende Typologie von Bedeutung sind“ (ebd.). Die inhaltliche Legitimation ist die Entscheidung, und hierbei handelt es sich um den ausschlaggebenderen Punkt, die Dimension *Prüfung* mit aufzunehmen, denn Prüfungen sind ein wichtiger Aspekt im Lernprozess. Im Sinne des *Constructive Alignment*⁶⁵ (vgl. Biggs & Tang 2007) kann durch kohärente Prüfungen der Kompetenzerwerb effektiv unterstützt werden (vgl. Schaper et al. 2012: 62; Wildt & Wildt 2011: 9).

Der Aspekt der *Praxis* ist kursiv gesetzt, weil sie als Dimension ebenfalls erst später im Prozess der Typenbildung (Juni 2021) hinzugenommen wurde (vgl. Tabelle 5-7). Frühere Versuche, die *Praxis/Praxisphasen* mitaufzunehmen, scheiterten aufgrund der beabsichtigten vertikalen Zuordnung zu einem Typ über alle Merkmale hinweg. Anfangs wurde von einer ausschließlich vertikalen Typen-Zuordnung ausgegangen, wie sie in Abbildung 5-4 veranschaulicht ist. Aufgrund der sukzessiven Veränderung und Entwicklung von weiteren Dimensionen sowie Merkmalen konnte die vertikale Zuordnung jedoch nicht beibehalten werden und es ergaben sich neue Muster in den Zuordnungen, wie das gemischte Modell in Abbildung 5-4 zeigt.⁶⁶ Infolge dieser Veränderung bei den Zuordnungen konnte schließlich auch die Dimension *Praxis/Praxisphasen* berücksichtigt werden.

⁶⁵ Das Konzept des *Constructive Alignment* kann mit „konstruktiver Abstimmung“ übersetzt werden. Es geht um ein angemessenes Aufeinanderbeziehen von Lehr-Lern-Aktivitäten, Lernzielen und Leistungsüberprüfung (vgl. Biggs & Tang 2007). Mit Blick auf die Prüfung ist darauf zu achten, „dass die Prüfungssituation angemessen in den Lernkontext eingebettet ist, [...] um einen Lernprozess im Hinblick auf die zu erwerbende Kompetenz anzuregen“ (Schaper et al. 2012: 62).

⁶⁶ Beispielsweise wird ein Fall in zwei Merkmalen mit schwach (+), in fünf Merkmalen mit mittel (++) und in zwei weiteren Merkmalen mit hoch (+++) bewertet. Die Gesamtbewertung für die Zuordnung über alle Merkmale hinweg wird über die Bestimmung des Modus vorgenommen. D. h. für das Beispiel liegt ein mittlerer Gesamtwert (++) vor, da diese Bewertung am häufigsten vergeben wurde.

Abbildung 5-4: Varianten der Zuordnung zur Typologie: vertikales (links) und gemischtes Modell (rechts)



Quelle: eig. Darstellung

Zum Ende von Stufe 1 wurde sich mit der Dimensionalisierung und Bildung von Merkmalen sowie Variablen beschäftigt. Im Laufe der Erarbeitung entstanden so sukzessiv differenzierte Dimensionen und Merkmale. Begonnen wurde mit Vorüberlegungen auf Basis der theoretischen Bezüge (März 2021, linke Spalte in Tabelle 5-8). Beendet wurde der Prozess im Juni 2021 mit fünf Dimensionen und 10 Merkmalen, die auf Basis der theoretischen und empirischen Bezüge entstanden sind (rechte Spalte in Tabelle 5-8). Für die Dimensionen und Merkmale mit ihren Ausprägungen wurde sich um eine möglichst eindeutige und konstante Definition bemüht (→ Stufe 4) (vgl. Kluge 1999: 269). Diese Beschreibung bildet die Grundlage für die Bewertung der Interviewfälle innerhalb der Typologie.

Tabelle 5-8: Dimensionen und Merkmale im Prozess der Typologieentwicklung

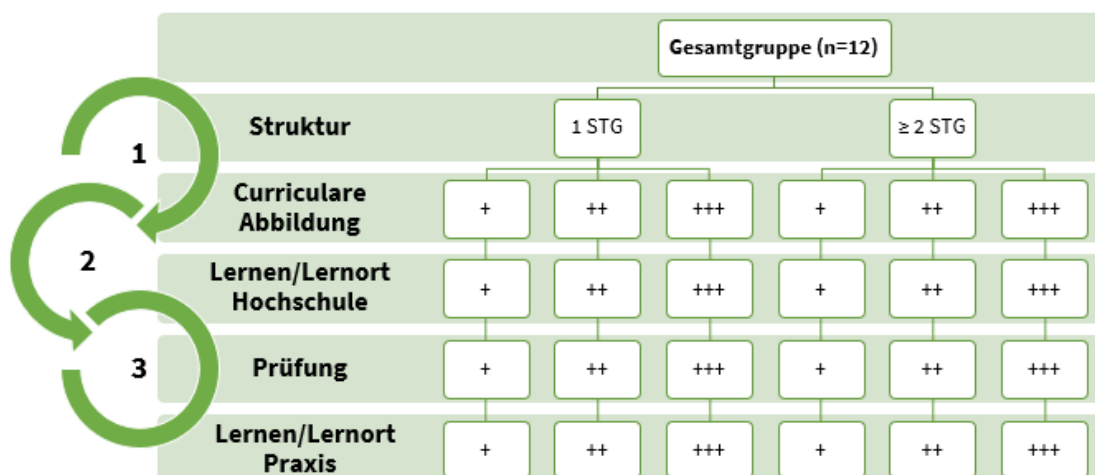
Darstellung der Dimensionen und Merkmale im Verlauf der Erarbeitung			
zu Beginn (März 2021)	im Verlauf (I) (Mai 2021)	im Verlauf (II) (Mai 2021)	am Ende (Juni 2021)
1) Strukturebene <ul style="list-style-type: none"> • STG/Standort 2) Currciulums-ebene <ul style="list-style-type: none"> • longitudinal • punktuelle Überschneidung 3) Modulebene	1) Struktur <ul style="list-style-type: none"> • STG/Standort 2) Curriculare Abbildung	1) Struktur <ul style="list-style-type: none"> • STG/Standort 2) Curriculare Abbildung <ul style="list-style-type: none"> • Setting • thematische Umsetzung • Kooperation ext. Einrichtung 3) Lernen (Lernort Hochschule) <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung • Lernen • Interaktion Lernende 4) Prüfung <ul style="list-style-type: none"> • Setting • thematische Berücksichtigung von IP 	1) Struktur <ul style="list-style-type: none"> • STG/Standort 2) Curriculare Abbildung <ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung (Setting) • thematische Berücksichtigung 3) Lernen am Lernort Hochschule <ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung • Lehr-Lern-Arrangements • Interaktion zw. Lernenden 4) Lernen am/durch Lernort Praxis <ul style="list-style-type: none"> • thematische Berücksichtigung • Reflexion der IP/ID-Praxis 5) Prüfung <ul style="list-style-type: none"> • Setting • Thematische Berücksichtigung

Quelle: eig. Darstellung

Mit Bezug auf **Stufe 2 (Gruppierung der Fälle und Analyse der empirischen Regelmäßigkeiten)** werden in diesem Forschungsprojekt die Fälle nach der divisiven Vorgehensweise zugeordnet. Die gesamte Gruppe der 12 Interviewfälle bildet dafür den Ausgangspunkt (vgl. Kluge 1999: 271). Alle Fälle wurden zuerst anhand der Dimension *Struktur* in zwei Gruppen aufgeteilt. Denn für das erste Merkmal *Studiengang pro Standort* konnten zwei Merkmalsausprägungen identifiziert werden und alle Fälle wurden zunächst gemäß ihrer Struktur entweder zur Ausprägung *Ein Studiengang pro Standort* oder *Mindestens zwei Studiengänge pro Standort* zugeordnet (vgl. Abbildung 6-6, → Anhang D3). Das Merkmal bildet insofern eine Ausnahme, weil es a) nur zwei Merkmalsausprägungen besitzt und b) anhand dieser Merkmalsausprägungen die Gesamtgruppe zweigeteilt wird. Alle weiteren Dimensionen bzw. deren Merkmale werden mittels einer dreigeteilten Merkmalsausprägung bewertet.

Sowohl Analyse und Gruppierung der Interviewfälle fanden in einem sich wiederholenden und aufeinander beziehenden Prozess statt, der sich aus mehreren Phasen der Er- und Bearbeitung zusammensetzte (vgl. Abbildung 5-5). An vielen Stellen fand ein Zusammenspiel mit anderen Stufen statt. Dabei wird der von Kluge (1999) beschriebene zirkuläre Prozess deutlich (vgl. ebd.: 280f.), weil dann ggf. die früheren Stufen 1 und 2 erneut durchlaufen werden müssen.

Abbildung 5-5: Prozess der Entwicklung einer Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte mit drei Erarbeitungsphasen



Quelle: eig. Darstellung

Dieser zirkuläre Prozess kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit in drei Phasen unterteilt werden (vgl. Abbildung 5-5). Verbunden mit dem Ziel, die Fälle bestimmten Typen in der Typologie zuzuordnen, wurden die Fälle wiederkehrend – jedoch unter verschiedenen Blickwinkeln – analysiert (Einzelfallanalyse), miteinander verglichen (Fallvergleich) und auf

bestimmte merkmals- bzw. kategorienbezogene Unterschiede und Gemeinsamkeiten (kategorienbasierte Auswertung) untersucht. Durch diesen Prozess entstand ein verfeinertes System verschiedener Dimensionen und Merkmale (→ Stufe 1). Die Merkmale mit ihren Ausprägungen wurden von der Forscherin direkt angewendet, indem die Zuordnung der Fälle (Gruppierung) immer wieder geprüft wurde. Diese Prüfung bezog sich darauf, ob für ein Merkmal ausreichend (verwertbare) Aussagen über mehrere Fälle hinweg vorlagen oder ob ein Merkmal ggf. verworfen werden muss, weil es im Material nicht (genügend) abgebildet ist (Analyse von empirischen Regelmäßigkeiten).

Nach der ersten, bereits erwähnten Dimension *Struktur* folgte die Ebene *des Curriculums* sowie die Ebene des konkreteren *Lernens am Lernort Hochschule* mit drei Merkmalsausprägungen. Alle Fälle in **Stufe 3** wurden auf **inhaltliche Sinnzusammenhänge analysiert** und entsprechende **Typen** wurden **gebildet**. Im weiteren Verlauf fand eine genaue Betrachtung weiterer Merkmale statt. Dabei wurde analysiert, ob und inwieweit das jeweilige Merkmal von den Interviewten aufgegriffen und mit entsprechenden Hinweisen bedacht wurde (Analyse von empirischen Regelmäßigkeiten). Der Prozess der kontinuierlichen Überarbeitungen führte zu Änderungen und inhaltlichen Anpassungen bei den Dimensionen und Merkmalen, die im Überblick in Tabelle 5-8 dargestellt sind. Beispielsweise wurde die *Ebene des Curriculums* in zwei Merkmale untergliedert: *Ausrichtung* und *Thematische Berücksichtigung*. Die Dimension *Lernen am Lernort Hochschule* wurde schrittweise durch die drei Merkmale *Zusammensetzung*, *Lehr-Lern-Arrangements* und *Interaktion zwischen Lernenden* verfeinert (vgl. Abbildung 6-6, → Anhang D3). Wie bereits erwähnt, konnte die Dimension *Praxis/Praxisphasen* erst gegen Ende im späteren Verlauf als weitere Dimensionen berücksichtigt werden (vgl. Tabelle 5-8). Auch hierfür wurden alle Fälle analysiert und es wurde überprüft, ob die thematische Differenz im Sample groß genug ist, um die dreigeteilte Merkmalsausprägung entsprechend beschreiben zu können (→ Stufe 2). Dabei wurde deutlich, dass die Merkmalsausprägung (+ | ++ | +++) der anderen Dimensionen auch für die hinzugenommene Dimensionen *Praxis/Praxisphasen* angewendet und beschrieben werden konnte (externe Heterogenität). Anschließend wurden alle Fälle hinsichtlich der Dimension *Praxis/Praxisphasen* analysiert. Dabei war eine Differenzierung anhand der beiden Merkmale *thematische Berücksichtigung* und *Reflexion der IP/ID-Praxis* möglich und die Dimension wurde in *Lernen am/durch Lernort Praxis* umbenannt, in Anlehnung an die andere Dimension zum *Lernen am Lernort Hochschule*. Alle Fälle wurden anhand dieser beiden Merkmale analysiert und in der Typologie entsprechend verortet (→ Stufe 3). Diese Zuordnungen/Bewertungen wurden von Seiten der Forscherin vorgenommen und sind als Primärrating zu verstehen, wie unter → [Kap. 5.3.7](#) beschrieben.

Abschließend erfolgte in **Stufe 4**) die **Charakterisierung der gebildeten Typen**. Eine Typologie beinhaltet zwei Ebenen: die *Ebene der Typologie* und die *Ebene des Typus* (vgl. Kluge 1999: 28; Kuckartz 2010b: 98). Diese beiden Ebenen sind auch bei der vorliegenden IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte zu erkennen. Anhand der Ebene der Typologie werden die Differenzen und die Vielfältigkeit des untersuchten Gegenstandes deutlich. Mittels der Ebene des Typus können die einzelnen Typen separat betrachtet, bestimmte Aspekte eines Typus herausgestellt und die Typen in ihren wesentlichen Zügen beschrieben bzw. charakterisiert werden (vgl. ebd.; Hempel & Oppenheim 1936: 85). Nachdem nun die Entwicklung der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte vorgestellt wurde, wird im nächsten Abschnitt die Bewertung der Interviewfälle anhand der Typologie beschrieben.

5.3.8.4 Bewertung der Interviewfälle anhand der Typologie


Für die Fallbewertung wurde ein mehrstufiges Vorgehen gewählt. Dieses Vorgehen kann in sechs Phasen eingeteilt werden und wird in Tabelle 5-9 dargestellt. Für jeden Fall werden die 10 entwickelten Merkmale anhand der jeweiligen Ausprägungen bewertet. Zunächst wurde der gesamte Interviewfall von der Forscherin selbst bewertet (Primärrating, PR) (vgl. Tabelle 5-9, Phase 1). Im Anschluss gaben geschulte Kontrollrater:innen (KR) ihre Bewertungen für mehrere Fälle ab. Dies geschah auf der Basis von Fallzusammenfassungen⁶⁷ (FZF) (→ Anhang C6) und diente der Absicherung der eigenen Bewertung (vgl. Tabelle 5-9, Phase 2 – 5). Zum Ende dieses Prozesses lagen pro Interviewfall insgesamt vier Bewertungen (eine Primärbewertung sowie drei Kontrollbewertungen) vor.

Für die Fallbewertungen durch die externen Rater:innen wurde zunächst ein Pretest durchgeführt (vgl. Tabelle 5-9, Phase 2). Dabei standen die Überprüfung der Verständlichkeit des Arbeitsauftrags, die vorbereiteten Dokumente sowie die methodische Umsetzung im Vordergrund. Für den Pretest wurde das kürzeste Interview (Fall 10) ausgewählt und die dafür verfasste Fallzusammenfassung vier Kollegiat:innen vom Standort Osnabrück⁶⁸ vorgelegt. Die Forscherin stellte bei einem Arbeitstreffen (online) das Vorgehen zur Fallbewertung, den Aufbau und den Inhalt der Typologie sowie den ausgewählten Fall vor. Die Fallzusammenfassung war einerseits in Textform (PDF) sowie andererseits als eingesprochene Audio-Datei (MP3) auf einem Padlet für die Kollegiat:innen hinterlegt. Die Entscheidung, wie die Informationen zum Fall erfasst werden, also ob der visuelle und/oder der auditive Zugang sowie welche Reihenfolge gewählt wird, oblag der jeweiligen Person.

⁶⁷ Die Fallzusammenfassungen wurden von der Forscherin nach der Interviewauswertung verfasst.

⁶⁸ Dieser Pretest wurde mit der gleichen Personengruppe durchgeführt, die auch für die Kontrollbewertung angefragt wurde. Für die Fallbewertung wurden insgesamt sechs Personen angefragt, die alle auch zusagten. Am Tag der Pretestung waren einige verhindert, sodass nur vier von sechs Personen daran teilnahmen.

Tabelle 5-9: Darstellung des mehrstufigen Vorgehens der Fallbewertungen

Ziele:	Ergebnisse:	
Phase 1) Primärbewertung – Zeitraum: April 2021		 fortlaufende Anpassung und Überarbeitung der Typologie
<ul style="list-style-type: none"> erstmalige Bewertung von 12 Fällen durch Forscherin (Primärrating) 	<ul style="list-style-type: none"> Primärratings (PR) für alle 12 Fälle 	
Phase 2) Pretestung Kontrollbewertung – Zeitraum: 17. – 21.05.2021		
<ul style="list-style-type: none"> Pretestung mit Kollegiat:innen 	<ul style="list-style-type: none"> Erprobung der Methode Hinweise zur optimierten Umsetzung 	
Phase 3) Kontrollbewertung – Zeitraum: 26.05. – 07.06.2021		
<ul style="list-style-type: none"> Bewertung von 12 Fällen durch Kollegiat:innen (Kontrollrating) 	<ul style="list-style-type: none"> Kontrollratings (KR) für alle 12 Fälle 	
Phase 4) Überprüfung und Abgleich aller Bewertungen – Zeitraum: Juni 2021		
<ul style="list-style-type: none"> Überprüfung der gegebenen Kontrollbewertungen auf Stimmigkeit untereinander (KR1 – KR3) Abgleich mit Primärbewertung und ggf. Anpassungen bei PR 	<ul style="list-style-type: none"> Klärung von Rückfragen mit Kontrollrater:innen konsensuelle Anpassungen 	
Phase 5) Überprüfung und Neubewertung – Zeitraum: 30.06. – 19.07.2021		
<ul style="list-style-type: none"> Überprüfung der durchgeführten Bewertungen aus Phase 3 durch KR und ggf. Anpassungen Erstbewertung von zwei neu hinzugekommenen Merkmalen durch PR und KR 	<ul style="list-style-type: none"> überprüfte und ggf. korrigierte Fallbewertungen Neubewertung der zwei Praxismerkmale (Dimension Lernen am/durch Lernort Praxis) 	
Phase 6) Finalisierung – Zeitraum: 23.09. – 28.09.2021		
<ul style="list-style-type: none"> Überprüfung auf Stimmigkeit aller Bewertungen (Primär- und Kontrollbewertung) 	<ul style="list-style-type: none"> Rückfragen und konsensuelle Anpassungen Identifikation von Schwachstellen/ Begrenzungen der Typologie Verfeinerungen und (vorläufige) Finalisierung der Typologie 	

Quelle: eig. Darstellung

Die anschließende Fallbewertung fand über die Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey (Version 2.64) statt, sodass der Forscherin, unmittelbar nach Absenden der eingegebenen Bewertungen, die Ergebnisse vorlagen. Hinsichtlich der Rückmeldungen bestand weitestgehend Einigkeit bei den Pretester:innen. Alle Personen gaben an, dass die Einführung hilfreich und verständlich war, sie sich jedoch nicht genügend auf die mündliche Kurzvorstellung des Falls durch die Forscherin konzentrieren konnten. Des Weiteren wählten alle zur Erfassung des Falls die Textform und bewerteten dieses Vorgehen zur Fallerfassung als ausreichend. Eine Person arbeitete außerdem mit der Audio-Datei, brach dieses Vorgehen allerdings nach einiger Zeit ab. Aufgrund der Rückmeldungen aus dem Pretest wurde für die Durchführung der Kontrollbewertung (vgl. Phase 3 in Abbildung 5-5) entschieden, dass die

Einführung sowie die methodische Umsetzung mit Padlet und LimeSurvey beibehalten wird. Die mündlichen Fallvorstellungen wurden nicht übernommen und stattdessen die Fallzusammenfassungen in Textform hinsichtlich der Struktur optimiert. Bevor mit der Beurteilung der Interviewfälle durch die Kontrollrater:innen (n = 6) begonnen wurde, fand eine Online-Schulung⁶⁹ statt. Dabei wurden das Vorgehen zur Fallbewertung, die Struktur der Fallzusammenfassung sowie der Aufbau und der Inhalt der Typologie erläutert. Danach bewertete jede Person in Einzelarbeit mehrere Fälle, unter Berücksichtigung der größtmöglichen Unabhängigkeit und Unbefangenheit⁷⁰ (→ [Kap. 5.3.7](#) und [Kap. 5.3.8.2](#)).

Im nächsten Schritt wurden von der Forscherin die abgegebenen Kontrollbewertungen auf Stimmigkeit untereinander überprüft. In einigen Fällen waren Nachfragen bei den externen Bewerter:innen notwendig. Durch die Beseitigung von Unklarheiten konnten konsensuelle Anpassungen aufseiten der Primär- und Kontrollbewertungen vorgenommen werden (Phase 4). Während des gesamten Prozesses wurde auch kontinuierlich an der Verfeinerung der Typologie gearbeitet, sodass diese in einer aktualisierten Form nochmals überprüft wurde. Zur Überprüfung wurden alle Fälle den jeweiligen Primär- und Kontrollrater:innen vorgelegt. In dieser Phase 5 konnten, basierend auf der aktualisierten Typologie, Korrekturen und Veränderungen bei den Bewertungen durch alle Bewerter:innen vorgenommen werden. Des Weiteren wurde die Typologie zwischenzeitlich um zwei weitere Merkmale⁷¹ erweitert, die es neu zu bewerten galt (vgl. Phase 5 in Tabelle 5-9). Es folgte eine letzte Phase (Phase 6), in der noch einmal die Bewertungen der Primär- und Kontrollrater:innen auf Stimmigkeit bzw. Unstimmigkeiten überprüft wurden, um ähnlich wie in Phase 4, erneut in den Austausch und konsensuellen Klärungsprozess zu gehen.

Die Typologie wurde entsprechend der zur Verfügung stehenden Ressourcen verfeinert und finalisiert, sodass im September 2021 der Entwicklungsprozess an der Typologie vorläufig abgeschlossen wurde (vgl. Tabelle 5-9). Im Sinne des Forschungsziels ist damit eine Grundlage für die vorliegende Untersuchung geschaffen worden. Trotz der Bemühungen alle Unstimmigkeiten bestmöglich zu klären und weitestgehende Trennschärfe in den Merkmalsausprägungen der Typologie herzustellen, sind am Ende dennoch Schwachstellen und Begrenzungen der Typologie festzustellen, die im Abschnitt zu den methodischen Limitationen (→ [Kap. 5.6](#)) detaillierter beschrieben werden. Insofern ist auch das Ergebnis

⁶⁹ Eine Person war zu dem Zeitpunkt verhindert. Für diese Person wurde ein Audiomitschnitt von der Einführung inklusive Schulung angefertigt und samt aller benötigten Unterlagen an sie weitergeleitet.

⁷⁰ Wie bereits erwähnt, war eine Person mit einer interviewten Person beruflich verbunden. Hier wurde darauf geachtet, dass diese Person den entsprechenden Fall nicht bewertet (→ Fußnote 58).

⁷¹ Dabei handelt es sich um die Merkmale 07) *thematische Berücksichtigung* und 08) *Reflexion der IP/ID-Praxis*, beide in der Dimension Lernen am/durch Lernort Praxis.

als vorläufig anzusehen und eine Weiterarbeit in diesem Bereich wird unbedingt befürwortet.

5.4 Quantitative Erhebung: Instrumentenwahl und Datenerhebung

Im Rahmen dieses Kapitels wird die Planung und der Aufbau des quantitativen Untersuchungsteils dargestellt. Zunächst wird die Art der Erhebung (schriftliche Online-Befragung) sowie das zentrale Erhebungsinstrument ISVS-21-D vorgestellt. Im Anschluss wird die Vorgehensweise für die Datenerhebung – nacheinander für die beiden Zielgruppen Studierende und Berufseinsteiger:innen – beschrieben.

5.4.1 Schriftliche Befragung

Die schriftliche Befragung ist eine Methode mit hoher praktischer Relevanz und vielfältigen Einsatzmöglichkeiten. Die vollstrukturierte schriftliche Befragung, die auf standardisierten Fragebögen basiert, zählt zu den typischen Untersuchungsmethoden in den empirischen Sozialwissenschaften (vgl. Döring & Bortz 2016: 398; Steiner & Benesch 2018: 47). Döring & Bortz (2016) definieren diese Methode als eine:

zielgerichtete, systematische und regelgeleitete Generierung und Erfassung von verbalen und numerischen Selbstausskünften von Befragungspersonen zu ausgewählten Aspekten ihres Erlebens und Verhaltens in schriftlicher Form. Als Erhebungsinstrument fungiert ein wissenschaftlicher Fragebogen (...), der von den Befragungspersonen eigenständig bzw. selbstadministriert ausgefüllt wird (...). Der Fragebogen kann in einer Face-to-Face-Situation, postalisch, per Internet oder mobilem Endgerät zur Verfügung gestellt werden. Die Antworten werden dokumentiert und systematisch analysiert. (ebd.: 398)

Zu den Vorteilen dieser Methode zählen z. B. hohe Effizienz und hoher Grad an Anonymität, leichte Erreichbarkeit der Befragten sowie die fehlende Beeinflussung durch eine/n Interviewer:in. Als Nachteile sind u. a. die damit verbundenen Voraussetzungen (Lesen, Schreiben, technische Ausrüstung), geringe Kontrollierbarkeit, geringe Rücklaufquoten und kaum transparente Umstände der Datenerhebung zu nennen (vgl. Bortz 1984: 180; Döring & Bortz 2016: 398f.; Sedlmeier & Renkewitz 2018: 94f.). Hinsichtlich des Rücklaufs von Fragebögen geben Döring & Bortz (2016) eine Quote zwischen 5 % und 40 % an, die abhängig ist von verschiedenen Faktoren, wie dem Distributionsweg, der Zielpopulation, der Thematik und der Länge des Fragebogens, dem Zeitpunkt der Versendung sowie der Incentivierung (vgl. ebd.: 412).

Ähnlich wie für mündliche Befragungen benennen Döring & Bortz (2016) auch zentrale Elemente für schriftliche Befragungen. Dazu zählen die drei Aspekte: a) die Situation, in der

der Fragebogen beantwortet wird, b) der Fragebogen sowie c) die Befragungspersonen (vgl. ebd.: 398). Auf diese Elemente wird nun im weiteren Verlauf des Kapitels eingegangen.

Bei schriftlichen Befragungen werden zwei Varianten unterschieden: Paper-Pencil-Fragebogen und elektronischer Fragebogen (vgl. Döring & Bortz 2016: 400). Da der Erhebungszeitraum der vorliegenden Studie in die Zeit der Covid-19-Pandemie fiel, wurde sich für eine elektronische Befragung (Online-Befragung) entschieden. Dieses Verfahren wird im Folgenden genauer beschrieben.

5.4.2 Online-Befragung

Elektronische Befragungen sind aus dem Forschungsalltag nicht mehr wegzudenken und erfreuen sich zunehmender Beliebtheit (vgl. Evans & Mathur 2018: 854; Pötschke 2009: 75). Dabei zählt der schriftliche Online-Fragebogen mittlerweile zu den wichtigsten vollstrukturierten Befragungstechniken in der Sozialforschung (vgl. Döring & Bortz 2016: 414; Kuckartz et al. 2009: 11f.). Bei dieser Technik wird ein elektronischer Fragebogen per Internet verbreitet und meist an Computern oder mobilen Endgeräten beantwortet. Die gegebenen Antworten werden auf einem Befragungsserver gespeichert und stehen als digitale Datensätze den Forscher:innen zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung (Döring & Bortz 2016: 414).

Vor allem in Zeiten von Kontaktbeschränkungen wie durch SARS-CoV-2 überwogen die Vorteile von internetbasierten Erhebungsinstrumenten gegenüber den papierbasierten Fragebögen. Als Vorteile gelten die orts- und zeitunabhängige Bearbeitung durch die Proband:innen sowie die unkomplizierte und kostengünstige Datenerhebung inkl. der Zusammensetzung großer Stichproben aufseiten der Forscher:innen. Allerdings bergen auch die elektronischen Befragungen den Nachteil geringer Antwortquoten (vgl. Döring & Bortz 2016: 415; Evans & Mathur 2018: 858; Kuckartz et al. 2009, 11f.; Manfreda et al. 2008; Pötschke 2009: 87). Vor allem die Nichtbeantwortung ist bei webbasierten Befragungen nachweislich höher und kann damit problematisch werden, besonders hinsichtlich von Nichtbeantwortungsverzerrungen (*non-response bias*) (vgl. Kuckartz et al. 2009: 13; Manfreda et al. 2008: 10). In einer Metaanalyse zu Rücklaufquoten zeigten Manfreda et al. (2008), dass der durchschnittliche Rücklauf bei Online-Umfragen um 11 % niedriger ist als bei anderen Befragungsmodi (vgl. ebd.: 10). Auch Evans & Mathur (2018) bestätigen eine sinkende Tendenz bei den Rückläufen (vgl. ebd.: 859). Obwohl einige Autor:innen von hohen Rücklaufquoten von 50 bis 80 % bei studentischen Befragungen berichten, räumen sie ein, dass die Ausschöpfungsquoten bei webbasierten Befragungen von einer Reihe unterschiedlicher Faktoren abhängen (vgl. Maurer & Jandura 2009: 66f.). Die grundsätzliche

Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren beschreiben Döring & Bortz (2016) auch im Zusammenhang mit klassischen standardisierten Fragebogenerhebungen (→ [Kap. 5.4.1](#)). Als ein Faktor gilt beispielsweise die Länge eines Fragebogens. Für Online-Befragung besteht in der Literatur weitestgehend Einigkeit darüber, dass diese nicht länger als 15 Minuten dauern sollten, da mit zunehmender Länge die Quantität und Qualität der Antworten sinkt (vgl. Döring & Bortz 2016: 415; Kuckartz et al. 2009: 37).

Hinsichtlich der Incentivierungen liegen keine eindeutigen Befunde vor (vgl. Pötschke 2009: 87). Obwohl sie häufig als Mittel zur Steigerung der Teilnahmemotivation empfohlen werden, verweisen Baur & Florian (2009) darauf, dass Gutscheine entweder keinen oder nur einen sehr geringen Effekt haben (vgl. ebd.: 122; Döring & Bortz 2016: 415; Manfreda et al. 2008: 10). Aufgrund der uneindeutigen Befunde wurde bei der Studierendenbefragung auf eine Incentivierung verzichtet. Bei der Befragung der Berufseinsteiger:innen wurde eine Incentivierung aufgenommen. Ausschlaggebend für diese Entscheidung waren zwei Gründe. Erstens die zeitlich umfangreiche Befragung zu zwei Erhebungszeitpunkten. Zweitens bringen die Verdichtung am Arbeitsplatz der Zielgruppe schwierige Rahmenbedingungen für derartige Umfragen mit sich sowie die zusätzlich hohe berufliche Belastung und Einbindung von Therapie- und Pflegepersonal in Zeiten einer Pandemie. Sofern im Rahmen von Incentivierungen Angaben zu Kontaktdaten der teilnehmenden Person erforderlich sind, sind diese aus datenschutzrechtlichen Gründen getrennt vom Fragebogen zu verwalten (vgl. Döring & Bortz 2016: 406).

5.4.3 Erhebungsinstrument: ISVS-21-D

Bevor ein eigener Fragebogen konstruiert wird, wird geraten auf ein bereits bestehendes Instrument zurückzugreifen – sofern dieses inhaltlich für die geplante Untersuchung geeignet ist und hinsichtlich verschiedener Testgütekriterien empfohlen wird (vgl. Bortz 1984: 181; Döring & Bortz 2016: 407). Da dies für die vorliegende Forschungsarbeit zutrifft und in beiden Untersuchungsgruppen – Studierende und Berufseinsteiger:innen – das Instrument (ISVS-21-D) bereits verwendet wird, erfolgt in diesem Kapitel eine genauere Vorstellung des Instruments.

Die *Interprofessionelle Sozialisations- und Bewertungsskala* (Interprofessional **S**ocialization and **V**aluing **S**cale; ISVS) wurde Anfang der 2000er-Jahre in Kanada von King et al. (2010) entwickelt, „um das Ausmaß des transformativen Lernens zu messen, welches sich in veränderten Annahmen und Weltanschauungen sowie erweiterten Kenntnissen und Fähigkeiten in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit im Team und veränderten Werten und Identitäten zeigt“ (ebd.: 77; Übersetzung durch Verfasserin). King et al. (2010) weisen

darauf hin, dass Instrumente benötigt werden, mit denen eingeschätzt werden kann, inwieweit Überzeugungen, Verhaltensweisen und Einstellungen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit übernommen wurden und die damit die Sozialisierung widerspiegeln. Denn mittels eines solchen Instruments, welches die Sozialisation misst, ist es nach King et al. (2010) möglich, den Erfolg von Bildungsmaßnahmen zu bewerten und die interprofessionelle Teamarbeit am Arbeitsplatz zu beurteilen (vgl. ebd.: 78).

Die konzeptionelle Grundlage der ISVS bildet eine humanistische und konstruktivistische Perspektive, die interprofessionelle Sozialisation als eine Erfahrung betrachtet, die Annahmen in Frage stellt und Selbstreflexion fördert (vgl. ebd.: 80). Basierend auf Literatur sowie auf der eigenen Expertise zu IPE und kollaborativer Teamarbeit entwickelten King et al. (2010) zunächst einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit 34 Items. Diesen unterzogen sie einer Hauptkomponentenanalyse, die eine 3-Faktoren-Lösung⁷² sowie einen Ausschluss von 10 Items (= ISVS-24) ergab (vgl. ebd.: 80). Entsprechend der Hauptkomponentenanalyse wurden die drei Faktoren folgenden Schwerpunkten (Skalen) zugeordnet: (1) Selbsterkannte Fähigkeit, mit anderen zu arbeiten, (2) Wert beim Arbeiten mit anderen und (3) Komfort beim Arbeiten mit anderen (vgl. ebd.: 77f.). Trotz der sonst guten Messeigenschaft der ISVS-24 (Cronbachs Alpha = 0.90) zeigten drei Items geringe Faktorenladungen, die in weiteren Arbeiten untersucht wurden (vgl. King et al. 2010: 82; King et al. 2016: 172; Oates & Davidson 2015: 396). Daraus entstand 2016 eine Verfeinerung des Instrumentes mit 21 Items (ISVS-21; Cronbachs Alpha = 0.988, 95 % Konfidenzintervall 0.984 – 0.991) und einer eindimensionalen Skala (vgl. King et al. 2016: 174; Shustack et al. 2021: 2). Außerdem wurden gleichzeitig zwei kürzere äquivalente Skalen (ISVS-9) zur Prä-Post-Befragung entwickelt (ISVS-9A und ISVS-9B) (vgl. ebd.).

Die ISVS ist mit einer 7-stufigen Likert-Skala zur Selbsteinschätzung konzipiert, wobei 1 = ‚trifft überhaupt nicht zu‘ und 7 = ‚trifft sehr zu‘ bedeutet (vgl. Tabelle 5-10). Außerdem kann die Antwortoption ‚keine-Antwort‘ gewählt werden, wenn eine Aussage nicht zutrifft oder nicht beantwortet werden kann (vgl. Einleitungstext der ISVS-21-D in → Anhang A3; King et al. 2010: 81).

⁷² In der Studie von De Vries et al. (2016) kam die ISVS-24 mit Berufstätigen zum Einsatz und es wurde ebenfalls eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Diese wiederum ergab insgesamt fünf Faktoren (Skalen), also zwei mehr als durch die Analyse von King et al. (2010). De Vries et al. (2016: 629) bestätigen mit ihrer Studie den Einsatz der ISVS bei praktizierenden Therapeut:innen.

Tabelle 5-10: Darstellung der Ausprägungen der Items der ISVS

7	6	5	4	3	2	1	0
‚trifft sehr zu‘	‚trifft zu‘	‚trifft eher zu‘	‚teils, teils‘	‚trifft eher nicht zu‘	‚trifft nicht zu‘	‚trifft überhaupt nicht zu‘	‚keine Antwort‘

Quelle: eig. Darstellung

Grundsätzlich ist für den Bereich IPE festzuhalten, dass es „(noch) nicht viele Instrumente [gibt], die als reliabel und valide erachtet werden können.“ (Ehlers et al. 2017: 16). Die Forscher:innengruppe um Ehlers et al. (2017) untersuchte sechs Reviews, die die Qualität von Evaluationsinstrumenten zur Beurteilung von IPE bewerteten und kamen zu dem Schluss, dass nur drei der sechs Reviews (Havyer et al. 2013; Havyer 2016; Oates & Davidson 2015) von hoher Qualität waren (vgl. Ehlers et al. 2017: 14f.). Für die englischsprachige Version der ISVS-21 konstatieren Oates & Davidson (2015) im Rahmen ihrer kritischen Instrumentenanalyse, dass die ISVS die Standards der Instrumentenentwicklung als einziges Instrument erfüllt. In ihrer Untersuchung waren insgesamt neun Instrumente eingeschlossen, von denen fünf Instrumente diese Standards teilweise und drei Instrumente diese Standards nicht erfüllten (vgl. ebd.: 389). Ebenfalls gute Werte erhielt die ISVS-21 in dem Vier-Stufen-Modell zur Evaluation interprofessioneller Ausbildung von Barr et al. (2000) (→ [Kap. 4.2.4](#); vgl. Tabelle 5-11). Oates & Davidson (2015) ordneten die ISVS-24 den drei folgenden Kompetenzstufen zu: 2a, 2b und 3 (vgl. ebd.: 390). In ihrem Review (mit neun eingeschlossenen Instrumenten) war Kompetenzstufe 3 die höchste Stufe, die vergeben wurde. Sie ordneten nur noch ein anderes Instrument der 3. Kompetenzstufe zu. Alle anderen Instrumente verteilten sich innerhalb der Stufen 1 bis 2b. Eine Zuordnung zu gleichzeitig drei Kompetenzstufen fand ebenfalls nur bei einem weiteren Instrument statt (vgl. ebd.: 390f.). Für Ehlers et al. (2017) stellen diese Kompetenzstufen eine gute Orientierung für die praxisorientierte Auswahl von vergleichbaren Evaluationsinstrumenten dar (vgl. ebd.: 11).

Tabelle 5-11: Verortung der ISVS-24 im Vier-Stufen-Modell zur Evaluation interprofessioneller Ausbildung nach Barr et al. 2000

Stufe		ISVS-24
1	Reaktion	
2a	Einstellungen/Vorstellung zur Zusammenarbeit	x
2b	Wissen und Fertigkeiten	x
3	Verhalten	x
4a	Organisationsbezogene Veränderungen	
4b	Patient:innen-Nutzen	

Quelle: vgl. Barr et al. 2000: 10f.; Ehlers et al. 2017: 12; Oates & Davidson 2015: 390

Die mit Vertreter:innen aus Deutschland und der Schweiz zusammengesetzte Arbeitsgruppe um Ehlers et al. (2017) kommt zu dem Schluss, dass aus testtheoretischer Sicht bisher einzig die ISVS-21 empfohlen werden kann (vgl. ebd.: 16), weshalb sie 2015 veranlassten das Instrument ins Deutsche zu übersetzen. In den letzten Jahren befasste sich die Arbeitsgruppe um Mahler et al. (2022) mit der Validierung der deutschen Version. Sie konstatieren, dass auch mit der ISVS-21-D ein zuverlässiges Instrument vorliegt, um die interprofessionelle Sozialisation von Gesundheitsberufen sowohl im Studium als auch in der Praxis zu untersuchen (vgl. ebd.: 5f.). In die Auswertung wurden insgesamt 494 Datensätze einbezogen – davon 403 von Studierenden und 91 von Berufstätigen. Die ISVS-21-D zeigt eine gute interne Konsistenz mit Cronbachs Alpha = 0.90 (Studierende: $\alpha = 0.89$ und Berufstätige: $\alpha = 0.92$) (vgl. ebd.: 3). Außerdem bestätigen Mahler et al. (2022) die Verwendung als eindimensionale Skala, wie von King et al. (2016) vorgeschlagen (vgl. ebd.: 4).

Von Seiten der Entwickler:innen des Instrumentes gibt es – weder für die englisch- noch für die deutschsprachige Version – keinerlei Empfehlungen hinsichtlich des Umgangs mit fehlenden Werten. Deshalb wurde sich an der Untersuchung der deutschen Forscher:innen-Gruppe von Mink et al. (2020)⁷³ orientiert, die den Einfluss einer interprofessionellen Ausbildungsstation auf die interprofessionelle Kompetenzentwicklung fokussieren. Sie nutzen für ihre Untersuchung u. a. die deutsche Version der ISVS-21 und ließen eine 30 %-Rate für fehlende Werte zu (vgl. ebd.: 3). Insofern wurde für die vorliegende Arbeit eine Akzeptanz für fehlende Werte (missing values) von bis zu einem Drittel festgelegt. Das heißt für mindestens zwei Drittel aller ISVS-Items (14 von 21 Items) muss eine statistisch gültige Bewertung vorliegen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ISVS verwendet werden kann, um die Überzeugungen, Verhaltensweisen und Einstellungen von Personen in Bezug auf die interprofessionelle Praxis während der Ausbildung oder der klinischen Praxis zu bewerten. Des Weiteren kann die ISVS auch im Prä-Post-Vergleich eingesetzt werden, um Veränderungen in der Sozialisation zu bewerten, die auf Maßnahmen in der Ausbildung oder am Arbeitsplatz zurückzuführen sind (vgl. De Vries 2016; King et al. 2010: 81; King et al. 2016: 172).

⁷³ Die Arbeitsgruppe um Mink et al. (2020) ist an den Universitäten Heidelberg und Tübingen angesiedelt und teilweise beteiligt an der Übersetzung sowie der Validierung der deutschen Version der ISVS-21 (vgl. Mahler et al. 2022). Nach Einschätzungen der Verfasserin ist diese Gruppe im deutschsprachigen Raum am stärksten mit dem Einsatz und der Nutzung des Instrumentes vertraut, weshalb eine Orientierung an deren methodischen Vorgehen gerechtfertigt erscheint.

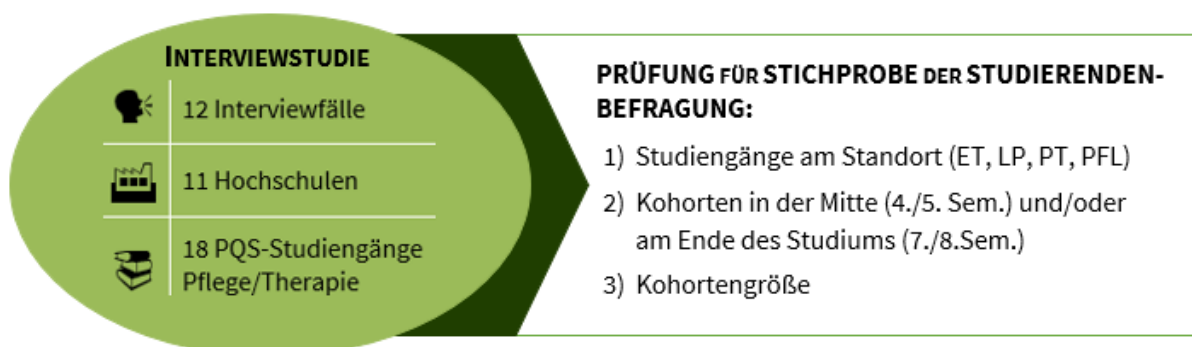
5.4.4 Befragung Studierende

Im nächsten Abschnitt wird die schriftliche Befragung der Studierenden vorgestellt. Dabei werden zunächst Planung und Rekrutierung der Stichprobe anhand der beschriebenen Methoden sowie die praktische Umsetzung der Befragung beschrieben. Die Befragung zielt darauf ab, dass sich die Studierenden anhand des Instrumentes ISVS-21-D selbst einschätzen bezüglich ihrer Denk- und Arbeitsweisen sowie ihrer Haltungen zu Interprofessionalität. Die Ergebnisse sollen mit der entwickelten Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte in Verbindung gebracht werden, um zu untersuchen, ob Zusammenhänge zwischen den Selbsteinschätzungen der Studierenden und den identifizierten Typen erkennbar sind.

5.4.4.1 Stichprobenplanung und Rekrutierung der Befragten

In diese Teilstudie wurden ausschließlich Studierende einbezogen, die in primärqualifizierenden Pflege- und Therapiestudiengängen studierten und deren Studiengänge bereits durch die Interviews mit den Studiengangsverantwortlichen einbezogen waren (→ [Kap. 3.3](#)). Eingeladen wurden Studierende, die sich zum Erhebungszeitpunkt (Juni 2020 bis April 2021) in der Mitte (4./5. Semester) oder am Ende ihres Studiums (7./8. Semester) befanden. Diese Befragung wird als Querschnittsdesign konzipiert, bei dem für eine Stichprobe eine einmalige Erhebung von Eigenschaften zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einer kurzen Zeitspanne vorgenommen wird (vgl. Diekmann 2018: 304; Döring & Bortz 2016: 210). Die Stichprobe wurde systematisch anhand vorher festgelegter Merkmale zusammengesetzt, um eine merkmalspezifische Repräsentativität zu gewährleisten. Merkmalspezifisch-repräsentative Stichproben werden meist über nicht-probabilistische Quotenstichproben erreicht (vgl. ebd.: 298). Abbildung 5-6 zeigt die Stichprobenplanung für die Befragung der beschriebenen Gruppe von Studierenden.

Abbildung 5-6: Stichprobenplanung für die Studierendenbefragung



Quelle. eig. Darstellung

Der Rekrutierung der Studierenden erfolgte über die Interviewpartner:innen oder über stellvertretende Kolleg:innen aus den inkludierten Hochschulen (→ [Kap. 3.3](#)). Diese Personen

leiteten die Einladung zur Umfrage inklusive Umfragelink per E-Mail an die Verteiler der gewünschten Semester weiter. Der Zeitraum für die Teilnahme an der Umfrage wurde individuell mit den jeweiligen Vertreter:innen der Hochschulen abgesprochen und richtete sich u. a. nach den Vorlesungs- und Prüfungszeiträumen sowie den Praxisphasen. Dadurch ergaben sich für jede Kohorte unterschiedliche Erhebungszeiträume, jeweils mit einer Zeitspanne von 3 bis 6 Wochen. Ebenfalls in Absprache mit den Hochschulvertreter:innen wurde die Weiterleitung von mindestens einer Erinnerung per E-Mail (*Reminder*) vereinbart (vgl. Maurer & Jandura 2009: 66). Insgesamt wurden bei der Erhebung 11 Hochschulen mit 18 primärqualifizierenden Studiengängen im Bereich Therapie und Pflege einbezogen. Innerhalb dieser wurde die Einladung zur Umfrage an 36 Kohorten mit insgesamt 988 Studierenden verschickt (siehe Tabelle 5-12). Die Rückmeldung zur Kohortengröße erfolgte über die jeweilige Vertretung aus dem Studiengang bzw. der Hochschule. Entsprechend dieser Rückmeldungen setzt sich die Grundgesamtheit zusammen.

Tabelle 5-12: Grundgesamtheit der Studierenden pro Kohorte

	Größe der jeweiligen Kohorte													
	1 – 10		11 – 20		21 – 30		31 – 40		41 – 50		51 – 60			
	UF-N	N	UF-N	n	UF-N	n	UF-N	n	UF-N	n	UF-N	n		
Mitte	01	10	07	11	15	21	21	40	26	41	34	52	= 569	
	02	5	08	17	16	21	22	39	27	44	35	56		
			08	17	17	24	23	33	28	42				
			10	15					29	44				
								30	37					
Ende	03	5	11	17	18	28	24	40	31	47	36	53		= 419
	04	9	12	13	19	26	25	32	32	42				
	05	9	13	11	20	30			33	43				
	06	8	14	6										
Σ (n)		46		107		150		184		340		161		= 988

Legende: UF-N = Umfrage Nummer (fortlaufende Nummern von 1 bis 36), n = Anzahl der Studierenden pro Kohorte; Σ = Summe

Quelle. eig. Darstellung

Tabelle 5-12 zeigt eine Einteilung der inkludierten Kohorten. Die Einteilung erfolgt in sechs Spalten, je nach Größe der jeweiligen Kohorte (n). Mittels dieser Übersicht wird die Anzahl der Studierenden in den einzelnen Umfragen (UF-N, insgesamt 36 Umfragen) dargestellt. Des Weiteren verdeutlicht Tabelle 5-12 wie heterogen die Kohorten hinsichtlich ihrer Größe sind. Es gibt Kohorten mit weniger als 10 Studierenden als auch Kohorten mit über 50 Studierenden.

Zum Rücklauf von Online-Befragungen gibt es keine einheitlichen Befunde und der Rücklauf ist zudem schlecht planbar (vgl. Kuckartz et al. 2009: 13). In Anlehnung an Döring & Bortz

(2016), die von einer Rücklaufquote von 5 % bis 40 % bei standardisierten Fragebögen ausgehen und Manfreda et al. (2008), die in ihrer Metaanalyse nachweisen, dass der Rücklauf bei Online-Umfragen um 11 % niedriger ist, wurde ein Rücklauf von 25 % angenommen. Bezugnehmend auf die Grundgesamtheit (n = 988) entspricht das 247 Studienteilnehmer:innen.

5.4.4.2 Erhebungsinstrument

Zu Beginn der Online-Umfrage wurden – im organisatorischen Teil – Informationen zur Studie sowie zur Datenerhebung und -verarbeitung gegeben. Anschließend wurde die Einwilligung zur Studienteilnahme erfragt. Diese Einverständniserklärung stand den Teilnehmenden zum Download bereit. Die Zustimmung zur Studienteilnahme war erforderlich, um zum inhaltlichen Befragungsteil zu gelangen. Die für die Studierenden konzipierte standardisierte Befragung (vgl. Döring & Bortz 2016: 405) besteht aus Frageblock 1 und Frageblock 2 (→ Anhang A3). Im 1. Frageblock bilden die soziodemografischen Angaben den Schwerpunkt. Diese setzen sich aus Fragen zum Alter, zur Studienrichtung, zum Semester und zu den Vorerfahrungen zusammen. Für die Erhebung der Vorerfahrungen werden bisherige Ausbildungen (Berufsausbildung und Studium) sowie der jeweilige Ausbildungsbereich erfragt. Der 2. Frageblock beinhaltet die 21 Fragen des standardisierten Fragebogens zur interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung in der deutschen Version (ISVS-21-D, → [Kap. 5.4.3](#)).

5.4.4.3 Pretest

Zur Testung und Evaluation der entwickelten Online-Befragung wurde ein Pretest durchgeführt. Ein Pretest ist ein wichtiges Hilfsmittel zur Vorbereitung der Hauptbefragung und wird mit dem Ziel eingesetzt, möglichst viele Fehlerquellen im Vorfeld zu eliminieren (vgl. Porst 2014: 190; Schnell 2019: 127). Mit dem Pretest sollen für die geplante Studierendenbefragung vordergründig Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Zeitdauer geprüft werden (vgl. Porst 2014: 191; Schnell 2019: 123). Hinsichtlich der Verständlichkeit standen der einleitende Text, die Hinweise zur ISVS-21-D sowie die Fragen mit ihren Antwortmöglichkeiten im Fokus. Mit Blick auf die Handhabbarkeit interessierten die technische Umsetzung, die korrekte Filterführung sowie die Nutzung und Bedienung auf verschiedenen Endgeräten. Abschließend sollte der Pretest Aufschluss geben über sonstige Probleme bei der Bearbeitung sowie die durchschnittliche Bearbeitungsdauer. Es wurde ein klassischer Feldpretest gewählt, bei dem eine stark verkleinerte Stichprobe unter möglichst realistischen Bedingungen der Haupterhebung die Online-Befragung durchführt (vgl. Faulbaum et al. 2009: 98; Porst 2014: 191f.).

Die Online-Befragung wurde zunächst hinsichtlich der technischen Handhabbarkeit mit Kolleg:innen (n = 6) im Rahmen einer Arbeitssitzung des Graduiertenkollegs getestet. Dabei war mündliches Feedback sowie Austausch zur Vorgehensweise und Umsetzung direkt im Anschluss möglich. Ein Teil der Rückmeldung bezog sich auf die technische Nutzung und Filterführung, die unmittelbar angepasst werden konnten. Der andere Teil der Rückmeldungen zeigte Unklarheiten bei einzelnen Fragen der ISVS-21-D. Da es sich bei der ISVS-21 um ein standardisiertes Erhebungsinstrument handelt, ist von Seiten der Forscherin keine Änderung am Instrument möglich. Demnach konnten die Rückmeldungen zu den Fragen aus der ISVS nicht aktiv verändert, sondern lediglich zur Kenntnis genommen und dokumentiert werden.

Anschließend wurde die Online-Befragung unter möglichst realistischen Bedingungen an einer vergleichbaren Zielgruppe getestet. Gesucht wurden dafür Studierende, die:

- a) das berufliche Feld bereits kennen, eine Ausbildung in einem Pflege- oder Therapieberuf absolviert haben und
- b) mit ihrem Bachelor-Studium fortgeschritten sind oder sich im Masterstudium befinden.

Da die Zielgruppe der Studierenden in primärqualifizierenden Studiengängen für die Hauptbefragung vorgesehen ist, wurden für den Pretest Studierende aus anderen Studienformaten kontaktiert. Masterstudierende wurden angefragt mit der Idee, dass sie, aufgrund ihres bereits abgeschlossenen Studiums, Fragebögen hinsichtlich des Aufbaus, der Struktur und des Inhalts möglicherweise differenzierter beurteilen können als Bachelorstudierende in der Mitte ihres Studiums.

Über das berufliche Netzwerk der Forscherin wurden Lehrende, die Zugang zu Studierenden der Therapie- und Pflegeberufe hatten, um Unterstützung gebeten. Die Einladungen zur Teilnahme am Pretest wurden von den Lehrenden an insgesamt acht Kohorten weitergeleitet (→ Anhang B4). Darin enthalten waren zwei Kohorten aus Masterstudiengängen (Berufspädagogik für Therapieberufe und Palliative Care) sowie sechs Kohorten aus dualen Studiengängen der Ergotherapie, Logopädie und Pflege (vgl. Tabelle 5-13).

Beteiligt haben sich insgesamt 21 Studierende, wovon zwei die Befragung vorzeitig beendeten (n = 19). Eine Person beendete die Umfrage, ohne Feedback zur Befragung zu geben, sodass hier Angaben von 18 Studierenden vorlagen. Das Feedback wurde hinsichtlich Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Zeitdauer erbeten. Die Studierenden, die am Pretest teilnahmen, kamen zu 57.1 % aus den Therapieberufen (n = 12) und zu 42.9 % aus der Pflege (n = 9). Hinsichtlich des Alters zeigte sich eine Verteilung über die gesamte

Altersspanne hinweg, jedoch war die Altersgruppe der 20 bis 29-Jährigen deutlich in der Überzahl (n = 15) (vgl. Tabelle 5-13).

Tabelle 5-13: Übersicht zur Rekrutierung von Studierenden – Pretest

Studiengang	Semester	Kohortengröße	Beteiligung (Rücklauf)	Berufsgruppe				Alter			
				ET	LP	PFL	PT	20-29	30-39	40-49	50-59
Berufspädagogik/Therapie (M.A.)	2.	7	3				3	2	1		
Palliative Care (M.A.)	1.	15	4		1	3		2			2
Ergotherapie dual (B.A.)	6.	16	2	2				1		1	
Klinische Pflege dual (B.A.)	6./8.	34	6			6		6			
Logopädie dual (B.A.)	4./6./8.	43	6		6			4	2		
Summe		115	21	2	7	9	3	15	3	1	2

Quelle: eig. Darstellung

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer lag bei 8 Minuten. Von den Studierenden nahm ein Drittel über ein Smartphone und zwei Drittel über ein Notebook oder Netbook an der Umfrage teil. Probleme bei der Darstellung wurden von einer Person angegeben, ohne diese weiter zu spezifizieren. Probleme hinsichtlich der Verständlichkeit der Fragen aus dem Erhebungsinstrument ISVS-21-D gaben sechs Personen an. Im → Anhang D1 sind die Rückmeldungen dazu im Wortlaut dargestellt.

Als Ergebnis des Pretests ist festzustellen, dass die Online-Umfrage in der vorliegenden Fassung eingesetzt werden kann. Hinsichtlich der Handhabung und Nutzbarkeit gab es keinen Veränderungsbedarf. Ähnlich wie die Hinweise der Kolleg:innen, gaben auch die Studierenden kritische Rückmeldungen zur Verständlichkeit einiger Fragen aus der ISVS (→ Anhang D1). Allerdings sind aufgrund der Standardisierung des Erhebungsinstruments keine Anpassungen oder Veränderungen der Fragen möglich. Diese Rückmeldungen können deshalb nur zur Erklärung bei auftretenden Schwierigkeiten mit Antworten im Rahmen der Hauptbefragung genutzt und ggf. bei der Diskussion der Ergebnisse einbezogen werden. Darüber hinaus können sie zur Weiterentwicklung der deutschen Version der ISVS-21 bereitgestellt werden.

5.4.4.4 Durchführung der Befragung

Die Befragung der Studierenden wurde als geschlossene Online-Umfrage mittels LimeSurvey, Version 2.64 durchgeführt⁷⁴ und erstreckte sich über einen Zeitraum von 10 Monaten (Durchführung von 06/2020 bis 04/2021). Die Beantwortung der Umfrage nimmt circa 10 Minuten in Anspruch. Im Rahmen der Online-Befragung werden die soziodemografischen Merkmale der teilnehmenden Personen sowie Angaben zu ihren Vorerfahrungen (Ausbildung/Studium) erhoben. Des Weiteren werden sie gebeten, die Fragen der deutschen Version der ISVS-21 zu beantworten.

5.4.5 Befragung Berufseinsteiger:innen

Im Folgenden wird die schriftliche Befragung der Berufseinsteiger:innen vorgestellt. Zum besseren Verständnis werden ebenfalls die Planung und Rekrutierung der Stichprobe sowie die praktische Umsetzung der Befragung beschrieben. Die Befragung der Berufseinsteiger:innen zielt darauf ab, sie zu ihren Erfahrungen mit IPLL im Studium sowie zu den Erfahrungen mit der (interprofessionellen) Zusammenarbeit am aktuellen Arbeitsplatz zu befragen. Damit soll untersucht werden, ob interprofessionelles Lernen im Studium die berufliche Sozialisation beeinflusst und auf interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis vorbereitet. Der Rückbezug zum Studium ist für die vorliegende Arbeit wichtig, da er ein zentraler Untersuchungsgegenstand dieser Studie ist. Deswegen soll der Studienabschluss nicht länger als 18 Monate zurückliegen. Damit ist die Annahme verknüpft, dass Erfahrungen zum interprofessionellen Lernen noch unmittelbarer und Rückschlüsse leichter möglich sind, wenn das Studium erst vor kurzem abgeschlossen wurde. Wenn das Studium länger zurückliegt, sind Bezüge dahingehend nicht mehr eindeutig herzustellen und es ist außerdem wahrscheinlicher, dass die Einflüsse aus der beruflichen Praxis überwiegen. Es wird ferner angenommen, dass die im Studium erworbenen Einstellung und Haltungen die praktischen Erfahrungen beeinflussen und im Berufsalltag verändern können.

Diese Befragung wird als Querschnittsdesign mit einem teilweisen Panel- oder Längsschnittsdesign konzipiert. Bei der Stichprobe werden zu einem bestimmten Zeitpunkt Eigenschaften einmalig erhoben (*Querschnittsdesign*). Ergänzend dazu soll die gleiche Stichprobe (= Panel) zu zwei Zeitpunkten mit demselben Instrument untersucht werden (*Längsschnitt- oder Paneldesign*) (vgl. Diekmann 2018: 305; Döring & Bortz 2016: 210). Als wiederkehrendes

⁷⁴ LimeSurvey ist eine Online-Umfrage-Applikation, die von der EDV-Betreuung des Fachbereichs Kultur- und Sozialwissenschaften der Universität Osnabrück für Angehörige der Universität kostenlos bereitgestellt wird unter: <https://www.survey.uni-osnabrueck.de/faq/> (Abruf 11.08.2021).

Instrument wird die ISVS-21-D eingesetzt. Insofern ist dieser Untersuchungsteil mit einem kleinen Längsschnitt konzipiert.

5.4.5.1 Stichprobenplanung und Rekrutierung der Befragten

In dieser Teilstudie wurden akademisierte Berufseinsteiger:innen befragt, die sich im ersten Jahr ihres Berufseinstiegs befinden. Als Voraussetzung für die Studienteilnahme wurden die folgenden drei Einschlusskriterien formuliert:

- 1) primärqualifizierendes Studium im Bereich Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie oder Pflege,
- 2) Abschluss des Studiums zwischen Mai 2019 und November 2020 und
- 3) aktuelle Tätigkeit im erlernten Gesundheitsberuf mit mindestens 6 Monaten Berufserfahrung.

Die Rekrutierung der Berufseinsteiger:innen erfolgte passiv, da sich die Teilnehmer:innen willkürlich und freiwillig zur Umfrage entschieden haben. Der Link zur Umfrage wurde über E-Mail-Verteiler, in Online-Foren und in sozialen Netzwerken veröffentlicht (vgl. Döring & Bortz 2016: 415). Diese vorgestellte Strategie der Rekrutierung kommt der Form eines selbstrekrutierten Freiwilligen-Panels (*Volunteer panels of internet users*)⁷⁵ nahe (vgl. Bandilla 2015: 3f.; Couper 2000: 482). Dabei ist festzuhalten, dass bei dieser Form der Rekrutierung keine Aussage über die Grundgesamtheit getroffen werden kann, da nicht ermittelbar ist, wie hoch der Anteil der Berufseinsteiger:innen ist, die die vorgegebenen Einschlusskriterien erfüllen. Studien zum Verbleib der Absolvent:innen in den gesundheitsbezogenen Studiengängen liegen nur sporadisch vor, d. h. von einzelnen Hochschulen oder über bestimmte Zeitspannen (vgl. Blümke et al. 2019; Dieterich et al. 2019). Ebenso kann auch keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit die Einladung zur Studienteilnahme die Zielgruppe erreicht hat. Das ist ein deutlicher Nachteil des zugrunde liegenden Stichprobenansatzes und stellt eine methodische Herausforderung dar (vgl. Bandilla 2015: 4). Für Couper (2000) sind damit verbundene Erfassungsfehler (*coverage error*) eine große Bedrohung für die Repräsentativität einer Stichprobe (vgl. ebd.: 467; Döring & Bortz 2016: 416). Außerdem können an Online-Befragungen nur Personen teilnehmen, die über die entsprechende Hardware sowie einen Internetzugang verfügen (vgl. Bandilla 2015: 2; Döring & Bortz 2016: 415). Für die Zielgruppe der Befragung (akademisierte Berufseinsteiger:innen) ist davon auszugehen – vor allem vor dem Hintergrund der digitalen Transformation durch die Covid-19-Pandemie – dass die technischen Gegebenheiten kein

⁷⁵ In der Form wie sie Couper (2000) beschreibt, registrieren sich die Personen in entsprechenden Portalen und stehen für ggf. mehrere Online-Befragungen zur Verfügung (vgl. ebd.: 482). Der Unterschied für das hier beschriebene Vorgehen bestand darin, dass die Interessierten ihre E-Mail-Adresse ausschließlich für diese spezielle Folgebefragung bzw. für das Forschungsprojekt bekanntgaben.

Hindernis darstellen, sondern eher vorausgesetzt werden können (vgl. Hofmann et al. 2020: 9; Langlois et al. 2020: 587).

Aufgrund des 2-teiligen Untersuchungsdesigns war die Angabe einer E-Mail-Adresse erforderlich. Deshalb wurden die Studienteilnehmer:innen gebeten, ihre E-Mail-Adresse in einem vorgegebenen Umfrage-Tool einzutragen. Die Angabe der E-Mail-Adresse war nötig, um die Teilnehmer:innen nach 6 Monaten zur Folgebefragung einzuladen. Die E-Mail-Adresse wurde gesondert von der eigentlichen Befragung eingegeben und nicht mit den eingegebenen Daten in Verbindung gebracht.

Die Rekrutierung der Berufseinsteiger:innen erfolgte über die folgenden vier Wege:

- Einladung der Alumni aus den inkludierten Hochschulen über die Interviewpartner:innen,
- Weiterleitung des Aufrufs über die Berufsverbände sowie die Studierendenvertretungen der jeweiligen Berufsgruppen (→ Anhang B6),
- (wiederholte) Platzierung der Anfrage in berufsbezogenen Foren, Netzwerken und Social-Media-Kanälen (Twitter, Facebook),
- Verbreitung der Anfrage über das berufliche Netzwerk der Forscherin.

Die Übersicht (→ Anhang B7) zeigt, an welche beruflichen Interessenvertretungen die Einladung zur Studienteilnahme versendet wurde.

5.4.5.2 Erhebungsinstrument

Für die Befragung der Berufseinsteiger:innen wurden von der Forscherin zwei standardisierte Online-Befragungen konzipiert, die sich aufeinander beziehen und mit einem Abstand von 6 Monaten durchgeführt wurden. Die 1. Teilbefragung (UF_BT_t1) thematisierte Fragen zum Studium allgemein. Mit Blick auf IPE sind Angaben zur beruflichen Tätigkeit sowie die Fragen der ISVS-21-D⁷⁶ enthalten (→ [Kap. 5.4.3](#)). Beim 2. Befragungsteil (UF_BT_t2) stehen, neben Veränderungen am Arbeitsplatz (vergangene 6 Monate), auch Fragen zu den Erfahrungen mit mono- und interprofessioneller Zusammenarbeit, Interesse an Fortbildungen sowie erneut die Fragen aus der ISVS-21-D im Fokus. Tabelle 5-14 zeigt die einzelnen Themenfelder sowie die inhaltliche Struktur der beiden Befragungsteile.

⁷⁶ Dieser standardisierte Fragebogen kam ebenfalls bei der Studierenden-Befragung zum Einsatz (→ [Kap. 5.4.4](#)).

Tabelle 5-14: Inhaltliche Struktur der beiden Teilbefragungen für die Berufseinsteiger:innen

Struktur der 1. Teilbefragung	Struktur der 2. Teilbefragung
1.1 Individueller Code	2.1 Individueller Code
1.2 Angaben zum Studium (z. B. Studienrichtung/ Hochschule/Abschluss)	2.2 Bezug zur Umfrage 1 (z. B. wiederholte Angaben zum Studium und zur beruflichen Tätigkeit siehe UF_BT_t1)
1.3 Vorerfahrungen (Ausbildung/Studium)	2.3 Veränderungen während der letzten 6 Monate an der Arbeitsstelle (z. B. Arbeitsbereich, Arbeitszeit)
1.4 Berufliche Tätigkeit (z. B. andere Arbeits- verhältnisse, Tätigkeitsbeginn, wöchentliche Arbeitszeit, Arbeitsbereich)	2.4 Zusammenarbeit (Status quo) und Erfahrungen mit der Zusammenarbeit mit anderen GHB
1.5 Zusammenarbeit (mit anderen GHB, mit eigener Berufsgruppe)	2.5 Bewertung der Zusammenarbeit (z. B. mono- professionell oder interprofessionell)
1.6 Rückbezug zum Studium (z. B. Interaktion mit anderen Studienrichtungen)	2.6 Anlässe und Lernerfahrungen hinsichtlich der Zusammenarbeit
1.7 Methoden zum interprofessionellen Lernen (z. B. Fallbasiertes Lernen am Lernort Hoch- schule, Hospitationen während den Praxis- phasen)	2.7 ISVS-21-D
1.8 ISVS-21-D	2.8 Austausch und Fortbildung zum Thema Interprofessionelle Zusammenarbeit
1.9 Alter	

Quelle: eig. Darstellung

5.4.5.3 Pretest

Für die Befragung der Berufseinsteiger:innen wurde ein 2-teiliger Fragebogen entwickelt. Da hier nur im letzten Teil auf das standardisierte Instrument (ISVS-21-D) zurückgegriffen wird und der erste Teil bezüglich des Inhalts und der Struktur der Befragung selbst von der Forscherin entwickelt wurde, stellt der Pretest eine unabdingbare Voraussetzung für die Hauptbefragung dar. Damit wird neben der Fragebogenentwicklung auch die Qualität der in der Befragung erhobenen Daten abgesichert (vgl. Lenzner et al. 2015).

Zunächst wurde im Prozess der Fragebogenkonstruktion zu mehreren Zeitpunkten der kollegiale Austausch im Rahmen der Arbeitstreffen des Graduiertenkollegs gesucht. Das Frage-Bewertungs-System (FBS) von Faulbaum et al. (2009) ist ein Instrument zur systematischen Mängelminimierung und zur Qualitätsüberprüfung einzelner Fragen eines Fragebogens (vgl. Faulbaum et al. 2009: 109). Anhand des FBS⁷⁷ wurden Fragen inhaltlich diskutiert und präzisiert sowie Antwortoptionen und die Reihenfolge der Fragen einer kritischen Prüfung unterzogen. Die Rückmeldungen hierzu sind unmittelbar in die Weiterentwicklung des Erhebungsinstrumentes eingeflossen.

Anhand des Pretests sollen beide Teilbefragungen (UF_BT_t1 und UF_BT_t2) hinsichtlich Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Zeitdauer geprüft werden (vgl. Porst 2014: 191;

⁷⁷ Das Bewertungssystem umfasst 40 Items zur Bewertung aus 12 verschiedenen Themengebieten, die umfassend beschrieben und mit Beispielen unterlegt sind (vgl. Faulbaum et al. 2009: 114-245).

Schnell 2019: 123). In Bezug auf die Verständlichkeit standen die Einleitung, die Fragen mit ihren Antwortoptionen sowie die Reihenfolge der Fragen, vor allem bei Fragenblöcken im Fokus. Mit Blick auf die Handhabbarkeit interessierten vor allem die Effekte der Fragenanordnung und die technische Umsetzung inklusive der Filterführung. Abschließend dient der Pretest dazu, Hinweise zu sonstigen Problemen bei der Bearbeitung sowie zur durchschnittlichen Bearbeitungsdauer der beiden Teilbefragungen zu geben. Da die Umfrage mit dem gleichen Software-Tool (LimeSurvey Version 2.64) wie die Studierendenbefragung umgesetzt wurde, konnte auf die Erfahrungswerte hinsichtlich der Hinweise zur ISVS-21-D sowie zur Nutzbarkeit auf verschiedenen Endgeräten zurückgegriffen werden.

Für den Pretest zur Befragung der Berufseinsteiger:innen wurde sich für ein 2-stufiges Verfahren entschieden: 1. kognitiver Pretest und 2. Feldpretest (vgl. Faulbaum et al. 2009: 99; → Anhang B5). Im Folgenden wird zunächst die Zielgruppe beschrieben und anschließend das Vorgehen beim kognitiven Pretest sowie dem Feldpretest. Die Beschreibung der beiden Verfahren erfolgt jeweils zu den Aspekten Planung, Durchführung, Ergebnisse und Schlussfolgerung.

Pretests sollen mit einer möglichst vergleichbaren Zielgruppe und in einem möglichst vergleichbaren Setting wie die Haupterhebung stattfinden (vgl. Faulbaum et al. 2009: 98; Porst 2014: 191f.). Dieser Idee folgend, wurden für die Pretestung akademisierte Berufsangehörige aus den Gesundheitsberufen (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Pflege) gesucht, die die folgenden Kriterien erfüllen:

- abgeschlossenes Studium in einem der genannten Gesundheitsberufe (vorzugsweise in einem primärqualifizierenden Studiengang),
- Abschluss idealerweise zwischen 2017 – 2018 und
- aktuelle Berufstätigkeit im erlernten Gesundheitsberuf (mindestens 6 Monate).

Kognitiver Pretest

Bei dem kognitiven Pretest (oder kognitives Interview) handelt es sich um ein aktives Pretestverfahren, bei dem ein Einblick in die kognitiven Prozesse der Befragten gewonnen werden soll (vgl. Lenzner et al. 2015: 2; Prüfer & Rexroth 2005: 3). Anhand verschiedener Techniken, wie z. B. durch lautes Denken der Befragten (*Think Aloud*) oder gezieltes Nachfragen (*Probing*) wird das Vorgehen bei der Beantwortung von Fragen aktiv hinterfragt und untersucht. Damit können die Verständlichkeit und das Verständnis von Fragen geprüft, Schwierigkeiten der Befragten bei der Beantwortung von Fragen sowie zugrunde liegende Ursachen aufgedeckt werden (vgl. Bethmann et al. 2019: 159; Faulbaum et al. 2009: 98; Lenzner et al. 2015: 3).

Im Rahmen des kognitiven Pretests wurden Telefoninterviews mit fünf Personen⁷⁸ geplant, die vorher an mindestens einer Befragung (UF_BT_t1 oder UF_BT_t2) teilgenommen haben (Gruppe A, → Anhang B5). Bei den Interviews standen die Verständlichkeit einzelner Fragen, Probleme bei der Beantwortung sowie die Funktionsfähigkeit des Fragebogens im Fokus. Hierbei wurde besonderes Augenmerk auf die neu entwickelten Bestandteile des Fragebogens (Befragungsteil 1 und 2) gelegt. Die 21 Fragen der ISVS wurden in den Fragebogen sowie als Thema in den Interviews nicht berücksichtigt. Einerseits weil Rückmeldungen hierzu bereits aus der Pretestung mit den Studierenden vorlagen (→ [Kap. 5.4.4.3](#)) und andererseits, weil es sich um ein standardisiertes Instrument handelt, was an dieser Stelle keine inhaltlichen Veränderungen erlaubt.

Wie bereits beschrieben, konnten aufgrund der hohen Unterstützungsbereitschaft aufseiten der Pretester:innen, schließlich sechs Telefoninterviews durchgeführt werden (vgl. Tabelle 5-15). Die Interviews wurden als Telefon- oder Videointerview⁷⁹ in der Zeit vom 05.11.2020 bis 17.11.2020 durchgeführt. Im Vorfeld wurde den Pretester:innen eine Beschreibung des Arbeitsauftrages mit möglichen Beurteilungskriterien (→ Anhang C7) sowie eine Einverständniserklärung zur Interviewdurchführung und -aufzeichnung (→ Anhang B3) zugesandt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, damit die Rückmeldungen im Verlauf der Überarbeitung des Erhebungsinstruments verfügbar waren.

Die folgende Tabelle 5-15 enthält Angaben zu den unter [Kap. 5.4.5.3](#) formulierten Einschlusskriterien für die Teilnehmer:innen der kognitiven Interviews.

Tabelle 5-15: Übersicht zu den Einschlusskriterien der Teilnehmer:innen am kognitiven Pretest

Int.	Studiengang	Abschluss	weiteres Studium	Berufserfahrung	Berufsgruppe			
					ET	LP	PFL	PT
1	Therapie- und Gesundheitsmanagement (B.A.)	2018	nein	2 Jahre		x		
2	Therapie- und Gesundheitsmanagement (B.A.)	2018	ja	2 Jahre		x		
3	Berufspädagogik (M.A.)	2018	ja	1 Jahr			x	
4	Berufspädagogik (B.A.)	2018	nein	2 Jahre				x
5	Physiotherapie dual (B.A.)	2017	ja	3 Jahre				x
6	Physiotherapie (B.A.)	2018	ja	2 Jahre				x

Quelle: eig. Darstellung

⁷⁸ Aufgrund der hohen Bereitschaft der Pretester:innen konnten sechs Telefoninterviews durchgeführt werden.

⁷⁹ Für die Videointerviews wurde das Webkonferenzsystem BigBlueButton von der Universität Osnabrück genutzt. <https://www.rz.uni-osnabrueck.de/homeoffice/bigbluebutton.html> (Abruf 29.01.2022).

Alle interviewten Personen haben im Jahr 2017 oder 2018 ein Studium abgeschlossen⁸⁰ und verfügten über eine Berufserfahrung von mindestens 6 Monaten. Zum Testzeitpunkt absolvierten vier Personen ein weiteres Studium (Masterstudium). Hinsichtlich der Berufsgruppen waren – bis auf die Ergotherapie – die gewünschten Berufsgruppen vertreten.

Im Anhang D2_1 sind Aspekte und Fragen aufgeführt, die im Interview fokussiert und anhand derer das Erhebungsinstrument (→ Anhang A4) beurteilt wurde. Die Rückmeldungen aus den Interviews wurden gesammelt und entsprechend der thematischen Schwerpunkte kategorisiert (→ Anhang D2_1). Aus den Rückmeldungen der kognitiven Interviews haben sich stellenweise Modifizierungen am Erhebungsinstrument (→ Anhang A5_1 und A5_2) ergeben, die ebenfalls im Anhang aufgeführt sind (→ Anhang D2_2). Diese Hinweise wurden schrittweise umgesetzt. Ein Teil der Rückmeldung, wie z. B. Reihenfolge von Fragen, Überprüfung von Antwortoptionen wurden unmittelbar in das Erhebungsinstrument eingebaut, sodass ein überarbeitetes Erhebungsinstrument für den Feldpretest genutzt wurde. Das Vorgehen bei diesem Feldpretest wird nachfolgend beschrieben.

Feldpretest

Der Feldpretest wurde mit 30 Personen geplant (Gruppe B, → Anhang B4). Zur Testung sollten je 15 Personen einen Befragungsteil online ausfüllen. Es wurde um Rückmeldung zur Zeitdauer, zur Verständlichkeit und zur Funktionsfähigkeit des Fragebogens sowie zu technischen Problemen gebeten.⁸¹ Auch dieser Gruppe von Pretester:innen wurden vorab Bewertungskriterien zugesandt (→ Anhang C8).

Der Feldpretest fand – dem kognitiven Pretest nachgeschaltet – im Zeitraum von 24.11.2020 bis 30.11.2020 statt. Die beiden Umfrageteile (UF_BT_t1 und UF_BT_t2) wurden separat durchgeführt (vgl. Tabelle 5-16). Den 1. Umfrageteil haben 29 Personen begonnen und 23 Personen beendet. Diese 23 Personen haben sich auch an der Rückmeldung zur Befragung (Feedback) beteiligt. Den 2. Umfrageteil haben 15 Personen begonnen und 14 beendet. Rückmeldungen zur Umfrage lagen von 13 Personen vor. An der Pretestung waren Vertreter:innen aller vier Berufsgruppen beteiligt. Zwei Personen gaben ‚Sonstiges‘ als

⁸⁰ Das Kriterium, dass die Pretester:innen ein reines fachspezifisches Studium in einem Therapie- oder Pflegeberuf absolviert hatten, konnte nicht erfüllt werden. Vier von sechs Teilnehmer:innen absolvierten ein Studium mit Schwerpunkt Management oder Berufspädagogik im Gesundheitswesen (vgl. Tabelle 5-15).

⁸¹ Den Pretester:innen wurden drei Möglichkeiten zur Rückmeldung vorgeschlagen: 1.) schriftlich, über in die Umfrage eingebaute Fragen, am Ende der Online-Befragung, 2.) schriftliches Feedback per E-Mail an die Forscherin oder 3.) mündliche Rückmeldung durch Aufnahme mit einem (mobilen) Endgerät und Versand per E-Mail an die Forscherin.

Berufsfeld an. Bei sechs Personen, die am 2. Umfrageteil teilgenommen haben, konnte die Berufsgruppe nicht erhoben werden.⁸²

Tabelle 5-16: Übersicht der Teilnehmer:innen am Feldpretest

UF-Teil	UF begonnen (n)	UF beendet (n)	Feedback von (n)	Berufsgruppe					
				ET	LP	PFL	PT	Son.	k.A.
Teil 1	29	23	23	4	1	8	14	2	
Teil 2	15	14	13	–	1	4	3	–	6
Summe	44	37	36	4	2	12	17	2	6

Quelle: eig. Darstellung

Die Pretester:innen benötigten für die Bearbeitung des 1. Umfrageteils durchschnittlich 24 und für den 2. Befragungsteil 28 Minuten. Die Befragung lief technisch in beiden Teilen weitestgehend reibungslos. Dennoch gab es Rückmeldungen zu technischen Problemen sowie zur Verständlichkeit und Handhabbarkeit der Online-Befragung. Im → Anhang D2_2 sind Rückmeldungen zu den einzelnen Schwerpunkten zusammengefasst und mit den entsprechenden Resultaten dargestellt.

Zusammenfassend für beide Pretest-Verfahren ist festzuhalten, dass die Rückmeldungen zur technischen Umsetzung geprüft und, sofern technisch möglich, behoben wurden. Nachvollziehbare Rückmeldungen⁸³ zur besseren Verständlichkeit (z. B. präzisere Einleitung) und zur Vermeidung von Redundanzen wurden entsprechend eingearbeitet, ebenso wie die Rückmeldungen zur Handhabbarkeit. Die freien Textfelder wurden aus technischen Gründen und die einseitige Vorwärts-Navigation⁸⁴ aus Konsistenzgründen beibehalten. Hinsichtlich des Umfangs und der Länge wurden Reduzierungen vorgenommen. Beispielsweise wurden die Frage 8.1 zur Einrichtung, in der die Berufstätigkeit stattfindet und Frage 12 zu den Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit entfernt (→ Anhang A4).

Als Fazit ist festzuhalten, dass nach einer Prüfung die inhaltlichen Rückmeldungen weitestgehend und die technischen Hinweise, je nach Möglichkeiten oder Abwägungen, umgesetzt wurden. Beide Befragungsteile sind aufgrund der Ergebnisse aus der Pretestung – nach

⁸² Diese Frage ist nur im 1. Umfrageteil und nicht im 2. Umfrageteil enthalten. Außerdem bestand bei dieser Gruppe kein direkter Kontakt zur Forscherin, da diese Personen über Dritte zum Pretest eingeladen wurden.

⁸³ Es gab auch Rückmeldungen, in denen moniert wurde, dass bestimmte Antwortoptionen nicht berücksichtigt wurden (wie z. B. erst Abschluss der Ausbildung und dann Aufnahme eines dualen Studiums). Derartige Hinweise wurden geprüft. Sofern die Passung zur Zielgruppe der Hauptbefragung (primärqualifizierende Studierende) fehlte, wurden diese nicht umgesetzt.

⁸⁴ Es wurde sich gegen eine Rückwärts-Navigation bei dieser Befragung der Berufseinsteiger:innen entschieden. Die Gründe liegen in der gewünschten Vergleichbarkeit der Bedingungen zum Ausfüllen der Umfrage, vor allem mit Blick die Angaben zum ISVS-21-D (Befragung der Studierenden und Berufseinsteiger:innen).

einigen inhaltlichen Anpassungen und Schärfungen – für den Einsatz in der Hauptbefragung geeignet. Diese Feststellung kann auch durch positive Rückmeldungen aus den Pretests belegt werden, wie das folgende Beispiel exemplarisch verdeutlicht:

Die Umfrage ist übersichtlich strukturiert sowie klar verständlich. Es ist einfach, sie zu bedienen und auch der Aufbau macht es simpel, diesen Fragebogen auszufüllen. Während des Ausfüllens wird einem selbst noch einmal vor Augen geführt, wie viel interdisziplinäre Zusammenarbeit wert ist und wie einfach es sein kann, auf diesem Wege neues Fachwissen aus den anderen Professionen für sich nutzbar zu machen.
(AN28H; Feldpretest 2. Teilbefragung, 27.11.2020)

5.4.5.4 Durchführung der Befragung

Die vorherige Angabe der E-Mail-Adresse sowie die Befragung der Berufseinsteiger:innen wurden als geschlossene Online-Umfragen mittels LimeSurvey, Version 2.64 konzipiert. Die beiden Befragungen bauen aufeinander auf und fanden zweigeteilt in einem Abstand von 6 Monaten statt. Der 1. Befragungsteil (UF_BT_t1) wurde im Dezember 2020 (01.12. – 31.12.2020) und der 2. Befragungsteil (UF_BT_t2) im Juni 2021 (01.06. – 30.06.2021) durchgeführt. Die Beantwortung der beiden Teilbefragungen nimmt jeweils circa 25 bis 30 Minuten in Anspruch. Der 1. Teil beinhaltet Fragen zum zurückliegenden Studium, Angaben zur aktuellen beruflichen Tätigkeit und die Fragen der ISVS-21-D. Der 2. Teil umfasst Fragen zu zwischenzeitlichen Veränderungen am Arbeitsplatz, zu Erfahrungen mit mono- und interprofessioneller Zusammenarbeit und zum Fortbildungsinteresse in dem Bereich sowie nochmals die 21 Fragen der ISVS (vgl. Tabelle 5-14). Diese Befragung wurde aus verschiedenen Gründen (zwei Befragungsteile, hohe Arbeitsbelastung und -verdichtung, → [Kap. 5.4.2](#)) mit einer Incentivierung versehen. Um die Motivation der Teilnehmer:innen zu erhöhen, an beiden Befragungen teilzunehmen, wurden am Ende des 2. Befragungsteils 10 Gutscheine im Wert von jeweils 25 € verlost.

5.5 Quantitative Erhebung: Datenanalyse und Datenauswertung

In diesem Abschnitt wird der Aufbau der methodischen Durchführung des quantitativen Untersuchungsteils dargelegt. Zunächst erfolgt die Beschreibung der Datenaufbereitung des quantitativ erhobenen Rohdatenmaterials. Anschließend wird das Auswertungskonzept für die jeweiligen Datensätze der Studierenden- und Berufseinsteiger:innenbefragungen in getrennten Kapiteln vorgestellt.

5.5.1 Computergestützte quantitative Datenanalyse

Die Erhebung der quantitativen Daten fand mittels der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey statt. Für die standardisierte Befragung bei den Studierenden wurden

verschiedene Umfragelinks mit gleichen Inhalten generiert. Die unterschiedlichen Links wurden für jede Hochschule bzw. auch für verschiedene Kohorten eines Studiengangs vergeben. Mit Unterstützung einer Korrespondenztabelle ist es der Forscherin nachträglich möglich, eine Verbindung zwischen den Umfragedaten und den einzelnen Studiengängen an den verschiedenen Hochschulstandorten herzustellen. Dies ist erforderlich, um die einzelnen Studiengänge in die Typologie der IPE-Lehr-Lern-Konzepte zuzuordnen. Für die standardisierte Befragung der Berufseinsteiger:innen war ein Umfragelink für alle Teilnehmer:innen ausreichend.

Da die Rohdaten bereits in elektronischer Form vorliegen (LimeSurvey), können sie entsprechend elektronisch weiterverarbeitet bzw. exportiert werden. Die quantitative Datenanalyse erfolgt computergestützt mittels SPSS, einem Programm zum Datenmanagement und zur statistischen Datenanalyse (vgl. Steiner & Benesch 2018: 70). Dadurch können die mit LimeSurvey erhobenen Daten zu IBM® SPSS Statistics exportiert und stellenweise händisch nachbearbeitet werden, wobei die Überprüfung von Eingabefehlern dringend empfohlen wird (vgl. ebd.: 82). Für die notwendigen Arbeitsschritte wurde sich an der Checkliste von Trixa et al. (2019) zur Bereitstellung quantitativer Daten orientiert (vgl. ebd.: 5). Die wesentlichen Arbeitsschritte werden im Folgenden detaillierter beschrieben. Vor Eingabe bzw. Übertragung der Daten wird ein Codeplan erstellt, in dem alle verwendeten Variablen mit den wesentlichen Informationen für die statistische Auswertung aufgelistet sind. Die Variablen ergeben sich aus den einzelnen Fragen und Aussagen, denen bestimmte Variablennamen, meist in Form von numerischen Codes zugeordnet werden. Ergänzend werden die Merkmalsausprägungen der Variablen – ebenfalls in numerischer Form – sowie der Umgang mit fehlenden Werten und das Messniveau festgelegt. Dadurch wird eine maschinelle quantitative Analyse ermöglicht (vgl. Ebermann 2010: 16; Steiner & Benesch 2018: 74). Die Codepläne für die Erhebung bei den Studierenden sowie den Berufseinsteiger:innen befinden sich im Anhang (→ Anhang C9 und C10). Im nächsten Schritt erfolgt die Datenaufbereitung, mit dem Ziel die Datenqualität zu steigern. Dazu gehören, nach Döring & Bortz (2016):

all jene begründeten und dokumentierten Bearbeitungen bzw. Veränderungen des Rohdatenmaterials, welche die Aussagekraft und die (Wieder-)Verwendbarkeit der Daten steigern und die inhaltliche Datenanalyse vorbereiten. Dazu zählen u. a. die Erstellung strukturierter Datensätze aus dem Rohdatenmaterial, die Kommentierung und die Anonymisierung der Datensätze sowie Datenbereinigung und Datentransformation. (ebd.: 580)

Zur Anonymisierung der Daten wurde bereits bei der Umfrageerstellung darauf geachtet, dass die Daten so erhoben werden, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich

sind.⁸⁵ Im Zuge der Datenaufbereitung fand eine erneute Prüfung statt, ob entsprechend weitere Informationen zu entfernen oder zu ersetzen sind. Des Weiteren wurde auf die Erfassung rechnerbezogener IP-Adressen verzichtet (vgl. Döring & Bortz 2016: 580). Für die beiden Teilerhebungen der Berufseinsteiger:innen wurden von den Teilnehmenden individuelle Identifizierungscode erstellt, damit die Daten aus beiden Erhebungen miteinander in Verbindung gebracht werden können (vgl. ebd.: 581).

Hinsichtlich der Erstellung von strukturierten Datensätzen für die SPSS-Anwendung findet eine Sortierung, Zuordnung und Formatierung des Rohdatenmaterials statt (vgl. Döring & Bortz 2016: 580). Dabei spielen Codierung (→ Codepläne Anhang C9 und C10), Bereinigung und Transformation von numerischen Variablen eine zentrale Rolle (vgl. ebd.: 584). In diesem Zusammenhang sind auch Fragen zum Umgang mit fehlenden Werten (*missing data*) zu klären. Denn bei empirischen Arbeiten sind fehlende Daten allgegenwärtig und oft wird aber nur unzulänglich darüber berichtet (vgl. Göthlich 2009: 113; McKnight et al. 2007: 3; Messingschlager 2012: 1; Rubin 1976: 581). Dabei gelten einzelne fehlende Werte in einem Datensatz als unproblematisch (vgl. Döring & Bortz 2016: 591) und ein Umfang von bis zu 10 % fehlender Werte gilt als üblich (vgl. Göthlich 2009: 132; Schnell et al. 2018: 427). Die Gründe, warum Daten fehlen, sind ganz verschieden. McKnight et al. (2007) unterscheiden dabei, ob die Datenausfälle auf die Studienteilnehmer:innen, das Studiendesign oder auf die Interaktion zwischen Teilnehmer:innen und Studiendesign zurückzuführen sind (vgl. ebd.: 5). Beispielsweise entscheiden sich Proband:innen bewusst zur Nichtbeantwortung einzelner Fragen (*item-nonresponse*) oder beenden die Umfrage aus zeitlichen Gründen. Daten können auch aufgrund der eingesetzten Filterführung fehlen, wenn z. B. dadurch bestimmte Fragen nicht angezeigt werden (Studiendesign). Bedingt durch Abbruch oder Filterführung können sogar Angaben zu ganzen Frageblöcken fehlen (*unit-nonresponse*) (vgl. Döring & Bortz 2016: 590f.; Göthlich 2009: 119; Schnell et al. 2018: 420f.). Bei Erhebungen, die zu mehreren Zeitpunkten stattfinden (wie z. B. Längsschnittstudien), können zusätzlich sogenannte *missing waves* auftreten. Damit werden in längsschnittlichen Untersuchungen Daten beschrieben, die zu einem bestimmten Messzeitpunkt fehlen (vgl. McKnight et al. 2007: 5). Grundsätzlich ist für fehlende Daten die Frage zu klären, ob diese zufällig fehlen oder ob das Fehlen in einem Zusammenhang mit dem Untersuchungsinhalt steht (vgl. Göthlich 2009: 120). Eine traditionelle Kategorisierung fehlender Daten, die sich in Forschungskontexten etabliert hat, geht auf Rubin (1976) zurück. Dabei wird unterschieden, ob der Datenausfall vollkommen zufällig (**Missing Completely At Random**,

⁸⁵ Hier sei der Hinweis gegeben, dass v. a. bei kleinen Kohorten und/oder stark unterrepräsentierten Gruppen, oftmals bereits die Angabe von Alter und/oder Geschlecht ausreicht, um bestimmte Personen zu identifizieren.

MCAR), bedingt zufällig (**Missing At Random**, MAR) oder ob er nicht zufällig stattgefunden hat (**Missing Not At Random**, MNAR) (vgl. Göthlich 2009: 121; Little & Rubin 2020: 14; McKnight et al. 2007: 9; Sedlmeier & Renkewitz 2018: 908f.). Für Forschungsberichte wird empfohlen, über die Art und das Ausmaß der fehlenden Daten zu berichten (vgl. Göthlich 2009: 132; McKnight et al. 2007: 3). Bezüglich des Umgangs mit fehlenden Daten hat sich noch kein einheitliches Verfahren oder keine Best Practice etabliert, zumal auch jede/r Forscher:in unterschiedliche Prioritäten hat. Insofern gilt es, immer den Einzelfall zu prüfen (vgl. Göthlich 2009: 132; McKnight et al. 2007: 9). Wenn die Daten durch einen Zufallsprozess fehlen, werden in der Literatur traditionelle Verfahren für den Umgang mit fehlenden Daten beschrieben, wenngleich dieses Prozedere als suboptimal verstanden wird. Bei einem nicht zufälligen Datenausfall (MNAR) können auch durch moderne Verfahren fehlende Werte nicht sinnvoll ersetzt werden (vgl. Sedlmeier & Renkewitz 2009: 909).

Mit Blick auf das verwendete Erhebungsinstrument (ISVS-21-D) kann, wie unter → [Kap. 5.4.3](#) beschrieben, neben der 7-stufigen Likert-Skala auch die Option ‚keine-Antwort‘ ausgewählt werden, wenn eine Aussage nicht zutrifft oder nicht beantwortet werden kann. In diesem Fall kann es für die Analyse von Bedeutung zu sein, ob für ein Item bewusst die Option ‚keine Angabe‘ gewählt wurde oder ob keine Angabe aufgrund von Abbruch oder Antwortverweigerung vorlag (vgl. Baur & Florian 2009: 122; Engel & Schmidt 2014: 341). Zur Unterscheidung wird für die vorliegende Arbeit deshalb die folgende Codierung fehlender Werte vorgeschlagen: Label 997 für die bewusst gewählte Antwortoption ‚keine Angabe‘ und Label 998 für keine bzw. eine fehlende Angabe (vgl. Döring & Bortz 2016: 591). Diese Codierung wird in dieser Studie auch auf andere Items, außerhalb der ISVS-21-D, angewendet.

5.5.2 Auswertungskonzept

Im Folgenden wird das Auswertungskonzept für die quantitativen Erhebungen dargelegt. Dabei wird zuerst auf die Auswertung der Studierendendaten, danach auf die erhobenen Daten der Berufseinsteiger:innen und abschließend auf beide Zielgruppen zusammen eingegangen.

5.5.2.1 Befragung Studierende

Für die Studierendenbefragung steht zunächst die deskriptivstatistische Auswertung der Querschnittsdaten im Fokus. Mit Blick auf die Stichprobe interessiert dabei die Altersverteilung, die Verteilung der vier verschiedenen Studienrichtungen, die Vorerfahrungen der Studierenden sowie die Zuordnung zu der entwickelten Typologie für IPE-Lehr-Lern-

Konzepte. Im letzteren Fall geschieht die Zuordnung durch Primär- und Kontrollratings (→ [Kap. 5.3.8.4](#)) anhand der vorliegenden Fallzusammenfassungen.

Durch eine anschließende inferenzstatistische Auswertung ist die Überprüfung von Hypothesen möglich (vgl. Bortz & Schuster 2010: 3). In der quantitativen Sozialforschung werden Hypothesen mittels Signifikanztests geprüft, die aus einem Hypothesenpaar – der Forschungs- bzw. Alternativhypothese (H_1) sowie der Nullhypothese (H_0) – bestehen. Dabei postuliert die Forschungs- bzw. Alternativhypothese einen bestimmten Effekt und die Nullhypothese widerspricht dieser bzw. dem Effekt und behauptet, dass entweder gar kein oder ein gegenläufiger Effekt auftritt (vgl. Döring & Bortz 2016: 614, 659f.). Dementsprechend werden auf der folgenden Seite die Hypothesen für die Befragung der Studierenden mitsamt den Variablen dargestellt (vgl. Tabelle 5-17).

Alle inferenzstatistischen Untersuchungen der Studierendenbefragung beziehen sich auf die Selbsteinschätzung aus der ISVS-21-D. Um zu untersuchen, wie stark die Items des Testinstruments ISVS-21-D miteinander zusammenhängen, ist zunächst die Bestimmung der Reliabilität vorzunehmen. Aus den Zusammenhangsstrukturen der Items kann auf die interne Konsistenz geschlossen werden. Dies kann rechnerisch mit dem Koeffizienten α von Cronbach (Cronbachs Alpha) bestimmt werden, welcher zu den häufig verwendeten Methoden zur Bestimmung der internen Konsistenz zählt (vgl. Blanz 2015: 156; Budischewski & Günther 2020: 155; Danner 2015: 6; Schermelleh-Engel & Werner 2012: 130).

Die Angaben der ISVS-21-D sollen anhand von Mittelwertvergleichen analysiert werden. Für die Untersuchungen der Mittelwertunterschiede von zwei Gruppen werden t -Tests und bei Untersuchungen von mehr als zwei Gruppen werden Varianzanalysen verwendet (vgl. Schnell et al. 2018: 417). Für die Tests auf Mittelwertunterschiede, wie t -Test oder Varianzanalysen, sind bestimmte Testvoraussetzungen zu erfüllen. Dazu zählt die Prüfung auf Normalverteilung, die einerseits grafisch (Histogramm, Q-Q-Diagramm) sowie analytisch (Kolmogorov-Smirnov-Test, Shapiro-Wilk-Test) geschehen kann (vgl. Budischewski & Günther 2020: 151ff.). Allerdings weisen u. a. Kubinger et al. (2009) daraufhin, dass unter Berufung auf den *Zentralen Grenzwertsatz* bei Stichprobenumfängen von gleich oder größer 30 auf die Voraussetzungsprüfung normalverteilter Zufallsvariablen verzichtet werden kann. Als weitere Voraussetzungen gelten außerdem, dass die abhängige Variable intervallskaliert ist und dass für die untersuchten Populationen Varianzhomogenität vorliegt, welche durch den Levene-Test geprüft werden kann (vgl. Bortz & Schuster 2010: 128; Kuckartz et al. 2010: 180; Sedlmeier & Renkewitz 2018: 452).

Tabelle 5-17: Darstellung der Hypothesen für die Studierendenbefragung

Bezeichnung und Beschreibung der Hypothesen (inkl. Variablen)	Hypothesenpaar
<p>Hypothese H 01</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV: ISVS_Mean - UV: Zeitpunkt (Studierende Mitte und Studierende Ende) 	<p>H₁: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert)⁸⁶ ist bei den Studierenden am Ende des Studiums höher als bei den Studierenden in der Mitte des Studiums.</p> <p>H₀: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) ist bei den Studierenden am Ende des Studiums gleich oder niedriger als bei den Studierenden in der Mitte des Studiums.</p>
<p>Hypothese H 02</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV: ISVS_Mean - UV: StudRichtg (vier Studienrichtungen ET, LP, PFL, PT) 	<p>H₁: Die Studierenden der vier Studienrichtungen unterscheiden sich in der Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwerte).</p> <p>H₀: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwerte) unterscheidet sich nicht innerhalb der vier Studienrichtungen.</p>
<p>Hypothese H 03</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV: ISVS_Mean - UV: ZSF_Vorerfahrungen (keine Vorerfahrung, Vorerfahrung im Bereich GH, Vorerfahrung in einem anderen Bereich) 	<p>H₁: Es besteht ein Unterschied in der Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwerte) aufgrund der (beruflichen) Vorerfahrungen der Studierenden. Studierende mit Vorerfahrungen im Gesundheitsbereich zeigen höhere Werte als Studierende ohne Vorerfahrungen und als Studierende mit Vorerfahrungen in anderen Bereichen.</p> <p>H₀: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) unterscheidet sich nicht aufgrund der Vorerfahrungen der Studierenden.</p>
<p>Hypothese H 04</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV: ISVS_Mean - UV: Typ_Typologie (Typ A – D) 	<p>H₁: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) der Studierenden unterscheidet sich je nach Einteilung in der Typologie (Typ A – D). Dabei zeigen Studierende im Typ D höhere ISVS-Mittelwerte als Studierende im Typ A.</p> <p>H₀: Es besteht kein Unterschied zwischen der Typenzuordnung (Typ A – D) der Studierenden und deren Selbsteinschätzung in der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert).</p>

Quelle: eig. Darstellung

⁸⁶ Die Verwendung des ISVS-Mittelwertes bezieht sich auf den Mittelwert aus dem eingesetzten Instrument ISVS-21-D. Anstatt die vollständige Bezeichnung zu verwenden, wird hier in gekürzter Weise von interprofessioneller Sozialisation gesprochen. Mit Blick auf den vollständigen Titel des Instrumentes „Interprofessional Socialization and Valuing Scale“ schließt die Bezeichnung die interprofessionelle Wertschätzung mit ein.

Die Angaben der ISVS-21-D hinsichtlich des Studienzeitpunktes werden mittels eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben auf Unterschiede untersucht. Dafür wird die Stichprobe in zwei Gruppen eingeteilt: ‚Mitte Studium‘ und ‚Ende Studium‘. Die Studierenden im 4. und 5. Semester bilden dabei die Gruppe ‚Mitte Studium‘ und die Studierenden im 7. und 8. Semester die Gruppe ‚Ende Studium‘.

Bei den Intergruppenvergleichen zur Überprüfung von bestehenden Unterschieden zwischen dem mittleren Wert der ISVS-21-D, der Studienrichtung, den Vorerfahrungen sowie den Typen gemäß der Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte werden Varianzanalysen durchgeführt, da es sich um einen Vergleich von drei (Vorerfahrungen) oder vier Gruppen (Studienrichtung und Typologie) handelt. Bei Varianzanalysen wird die Varianz innerhalb der Gruppe (*within*) mit der Varianz zwischen den Gruppen (*between*) verglichen. Dabei wird die Nullhypothese getestet, die annimmt, dass die Mittelwerte aller Gruppen identisch sind (vgl. Dempster & Hanna 2015/2019: 590; Schnell et al. 2018: 417)

Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine einfaktorielle Varianzanalyse (**AN**alysis **O**f **VA**riance = ANOVA), weil es neben der abhängigen Variablen (AV), dem Mittelwert der ISVS-21-D (ISVS_MEAN) jeweils nur eine unabhängige Variable (UV) gibt (vgl. Dempster & Hanna 2015/2019: 585). Dabei wird der quasimetrisch-skalierte Wert der ISVS_MEAN, als abhängige Variable (AV), den nominal-skalierten Daten der unabhängigen Variablen (UV) Studienrichtung (StudRichtg) und Vorerfahrung (ZSF_Vorerfahrung) bzw. den ordinal-skalierten Daten der Typologie (Typ_Typologie) zugeordnet (→ Codeplan Anhang C9). Eine ANOVA zeigt lediglich, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht. Um genauere Aussagen darüber vornehmen zu können, welche Gruppen sich wie unterscheiden, sind Post-hoc Tests (Mehrfachvergleiche) durchzuführen (vgl. Dempster & Hanna 2015/2019: 595; Sedlmeier & Renkewitz 2018: 453f.). Um Aussagen hinsichtlich der Effekte für die signifikanten Unterschiede oder Zusammenhänge vornehmen zu können, ist die jeweilige Effektstärke zu bestimmen. Für einfaktorielle Varianzanalysen wird Eta-Quadrat (η^2) und für *t*-Tests für unabhängige Stichproben die Effektstärke nach Cohen (Cohens *d*) berechnet (vgl. Döring & Bortz 2016: 816f.; Kuckartz et al. 2010: 153, 177).

5.5.2.2 Befragung Berufseinsteiger:innen

Für die Auswertung der Daten der Berufseinsteiger:innen sind zunächst die drei vorab festgelegten Einschlusskriterien zu überprüfen und das Datenset ist entsprechend zu bereinigen. Ferner ist die Beteiligung an der Befragung zu beiden Erhebungszeitpunkten (Dezember 2020 und Juni 2021) zu überprüfen. Denn mit Blick auf die Entwicklung im ersten Jahr des Berufseinstieges sind für diese Untersuchung beide Erhebungszeitpunkte von

besonderem Interesse. Deshalb werden nur Fälle eingeschlossen, von denen Daten zu beiden Zeitpunkten vorliegen, die also folglich miteinander verbunden sind. Datensätze von Personen, die nur zu einem Erhebungszeitraum an der Befragung teilgenommen haben, finden in diesem Teil der Untersuchung keine Berücksichtigung. Diese beiden Aspekte sind wichtige Grundlagen, um die Datensätze für die statistische Auswertung entsprechend zu strukturieren. Danach wird eine deskriptivstatistische Auswertung vorgenommen. Mit Blick auf diese Stichprobe interessieren die Altersverteilung, die Fach- bzw. Studienrichtung mit Zeitpunkt des Studienabschlusses, die Vorerfahrungen sowie die aktuelle Berufstätigkeit.

Hypothesen

Wie bereits bei der Studierendenbefragung beschrieben (→ [Kap. 5.5.2.1](#)), geschieht die Überprüfung von Hypothesen mittels der inferenzstatistischen Auswertung (vgl. Bortz & Schuster 2010: 3). Für die Befragung der Berufseinsteiger:innen wurden die folgenden Hypothesen formuliert, die in Tabelle 5-18 mitsamt den Variablen dargestellt sind. An das erhobene Datenmaterial wird zudem explorativ herangegangen, um weitere mögliche Zusammenhänge im Datenmaterial zu identifizieren.

Für die Befragung der Berufseinsteiger:innen wird ebenfalls – wie bei Studierendenbefragung – das standardisierte Instrument ISVS-21-D eingesetzt. Dieses Mal in beiden Befragungsteilen (UF_BT_t1 und UF_BT_t2). Hierbei sollen Längsschnitt- oder Paneldaten zur Selbsteinschätzung der ISVS-21-D gewonnen werden, um individuelle Veränderungen nachvollziehen zu können (vgl. Diekmann 2018: 305ff.). Darüber hinaus wurden – mit Blick auf die Forschungsfrage – weitere Themenbereiche identifiziert und dazugehörige Fragen mit Items entwickelt (vgl. Tabelle 5-14). Diese selbstentwickelten Fragen respektive Items wurden zu Skalen zusammengefasst (Multi-Item-Skalen) und werden querschnittlich in einem der beiden Befragungsteile erhoben.

Multi-Item-Skalen

Anhand von Multi-Item-Skalen kann die Ausprägung von latenten Merkmalen erfasst werden (vgl. Börger 2020). Als latente Merkmale oder Variablen werden Konstrukte beschrieben, die nicht direkt messbar sind, wie beispielsweise Werthaltungen, Einstellungen und Fähigkeiten (vgl. ebd.; Döring & Bortz 2016: 483)⁸⁷. Tabelle 5-19 zeigt die Multi-Item-Skalen für die Themenbereiche mit den von der Forscherin selbst entwickelten Fragen.

⁸⁷ Im Gegensatz dazu existieren auch manifeste Merkmale, wie Alter oder Studiengang. Diese Merkmale sind direkt messbar und meist durch das jeweilige Item zu ermitteln, weshalb die Messungen einfacher durchzuführen sind (vgl. Börger 2020).

Darin werden außerdem die Items mit den jeweiligen Antwortoptionen und Variablen aus dem Codeplan dargestellt.

Tabelle 5-18: Darstellung der Hypothesen für die Befragung der Berufseinsteiger:innen

Bezeichnung und Beschreibung der Hypothesen (inkl. Variablen]	Hypothesenpaar
<p>Hypothese H 05</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV: ISVS_Mean - UV: t1, t2 	<p>H₁: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) der Berufseinsteiger:innen verbessert sich im Verlauf der beiden Erhebungen (nach 6 und 12 Monaten).</p> <p>H₀: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) der Berufseinsteiger:innen bleibt unverändert oder nimmt im Verlauf der beiden Erhebungen (nach 6 und 12 Monaten) ab.</p>
<p>Hypothese H 06</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV: ISVS_Mean - UV: between: Bereich_Sektor; within: t1, t2 	<p>H₁: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) der Berufseinsteiger:innen unterscheidet sich in innerhalb der verschiedenen beruflichen Umfeldler/Sektoren (höhere Werte im stationären als im ambulanten Bereich) und nimmt im zeitlichen Verlauf zu.</p> <p>H₀: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) der Berufseinsteiger:innen unterscheidet sich nicht innerhalb der verschiedenen beruflichen Umfeldler/Sektoren und verändert sich nicht im zeitlichen Verlauf.</p>
<p>Hypothese H 07</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV: EZ (Skala) - UV: Bereich_Sektor 	<p>H₁: Die Selbsteinschätzung hinsichtlich der Erfahrungen mit der Zusammenarbeit (EZ) ist im stationären Bereich höher als im ambulanten Bereich.</p> <p>H₀: Es besteht kein Unterschied in der Selbsteinschätzung bezüglich den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit (EZ) in den verschiedenen beruflichen Umfeldern/Sektoren</p>
<p>Hypothese H 08</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV: ZUS (Skala) - UV: Bereich_Sektor 	<p>H₁: Die Selbsteinschätzung hinsichtlich der Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS) ist im stationären Bereich höher als im ambulanten Bereich.</p> <p>H₀: Es besteht kein Unterschied in der Selbsteinschätzung zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS) in den verschiedenen beruflichen Umfeldern/Sektoren.</p>

Quelle: eig. Darstellung

Tabelle 5-19: Themenbereiche mit Items (in Stichpunkten) mit Antwortoptionen und Bezug zum Codeplan (dargestellte Reihenfolge entspricht der Reihenfolge in beiden Umfragen)

Fragen/Items	Antwortmöglichkeiten/ Operationalisierung	Variable/n im Codeplan
Thema/Skala: Rückbezug zum Studium – RS		
9 Fragen: <ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen anderer Studierenden aus verschiedenen GHB • Aufgaben und Tätigkeiten anderer GHB • Austausch über berufsspezifische Perspektiven • gemeinsame Problemlösung • Förderung der Zusammenarbeit mit anderen Studierenden • Leitung der LV durch unterschiedliche Lehrende • IPZ im Rahmen von Prüfungen • thematische Berücksichtigung von IP in Prüfungen • Vorbereitung auf IPZ durch Studium 	1 = nein, trifft gar nicht zu 2 = nein, trifft eher nicht zu 3 = ja, trifft bedingt zu 4 = ja, trifft voll zu 997 = keine Angabe 998 = fehlende Angabe klassierte Skala RS: dichotom 1 = niedrig 2 = hoch	Rück_Stud01 bis Rück_Stud09
Thema/Skala: Methoden und Formen (Häufigkeit) – MF_H		
10 Fragen: Hochschule a) innerhalb eigener Studienrichtung <ul style="list-style-type: none"> • theoretische LV + praktische LV mit Inhalten zu IPZ b) mit anderen Studienrichtungen <ul style="list-style-type: none"> • theoretische LV zu gemeinsamen Grundlagen • praktische LV mit Inhalten zu IPZ • LV zum gemeinsamen Austausch • Fallbasiertes Lernen • Lernen durch Simulationen Praxisphasen <ul style="list-style-type: none"> • Hospitationen • ip-Praxiseinsatz • ip-Ausbildungsstation 	1 = nie 2 = selten 3 = gelegentlich 4 = oft 5 = sehr oft 997 = keine Angabe 998 = fehlende Angabe klassierte Skala MF_H: dichotom 1 = niedrig 2 = hoch	MF_01_Häufigkeit (MF1) bis MF_10_Häufigkeit (MF10)
Thema/Skala: Methoden und Formen (Eignung) – MF_E		
10 Fragen: Hochschule a) innerhalb eigener Studienrichtung <ul style="list-style-type: none"> • theoretische LV + praktische LV mit Inhalten zu IPZ b) mit anderen Studienrichtungen <ul style="list-style-type: none"> • theoretische LV zu gemeinsamen Grundlagen • praktische LV mit Inhalten zu IPZ • LV zum gemeinsamen Austausch • Fallbasiertes Lernen • Lernen durch Simulationen Praxisphasen <ul style="list-style-type: none"> • Hospitationen • ip-Praxiseinsatz • ip-Ausbildungsstation 	1= gar nicht geeignet 2 = wenig geeignet 3 = teilweise geeignet 4 = ziemlich geeignet 5 = sehr geeignet 998 = fehlende Angabe klassierte Skala MF_E: dichotom 1 = niedrig 2 = hoch	MF_01_Eignung (MF1) bis MF_10_Eignung (MF10)

Thema/Skala: Erfahrung mit der Zusammenarbeit – EZ		
13 Fragen: <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit anderen GHB erforderlich; • Zusammenarbeit findet gleichwertig statt • kollegiales und wertschätzendes Arbeitsklima • respektvoller Umgang unter den Kolleg:innen • berufsgruppenübergreifende Teambesprechungen • Zeit zum fachlichen Austausch • viel Kommunikation zum Wohle des/der Patient:in • Festlegung der Ziele gemeinsam mit Patient:in und Angehörigen • ausreichend Personal für anfallende Arbeit vorhanden Vorgesetzte unterstützen berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit • Abgrenzungen von Tätigkeiten der verschiedenen GHB • Austausch über Rollen und Kompetenzen • gleichverteiltes Verhältnis von Macht und Status zwischen GHB 	1 = trifft nicht zu 2 = trifft eher nicht zu 3 = teils, teils 4 = trifft eher zu 5 = trifft zu 997 = keine Angabe 998 = fehlende Angabe klassierte Skala EZ: dichotom 1 = niedrig 2 = hoch	II_Erfahr_Zus01 bis II_Erfahr_Zus13
Thema/Skala: Zusammenarbeit der Berufsgruppen – ZUS		
7 Fragen: <ul style="list-style-type: none"> • Erarbeiten von Aufgaben und Prozessen • Festlegung der Behandlungsziele • Klärung der therapeutischen/pflegerischen Vorgehensweise • Abstimmungen bezüglich Patient:innen-behandlungen • Austausch relevanter Informationen über Patient:innen • Austausch der Erfahrungen mit Behandlungen • gegenseitige Unterstützung von Kolleg:innen 	1 = gar nicht 2 = eher monoprofessionell 3 = sowohl als auch 4 = eher interprofessionell 997 = keine Angabe 998 = fehlende Angabe klassierte Skala ZUS: dichotom 1 = niedrig 2 = hoch	II_ZUS_BG_01 bis II_ZUS_BG_07

Quelle: eig. Darstellung

In der 1. Teilbefragung werden die Berufseinsteiger:innen gebeten, sich an ihr Studium für Pflege- oder Therapieberufe zu erinnern. Dabei soll einerseits auf stattgefundene Interaktionen mit Studierenden aus anderen Gesundheitsberufen/Studienrichtungen zurückgeblickt werden. Die entsprechenden neun Fragen dazu finden sich im Themenblock *Rückbezug zum Studium* (Skala RS). Andererseits soll ein Bezug zum Studium durch die Bewertung der *Häufigkeit und der Eignung* der im Studium eingesetzten *Methoden und Formen des interprofessionellen Lernens* hergestellt werden. Dafür werden insgesamt 10 Methoden/Formen für das Lernen an der Hochschule (z. B. Fallbasiertes Lernen) und das Lernen in den Praxisphasen (z. B. Hospitationen) vorgegeben. Beim Lernen an der Hochschule wird unterschieden, ob das Lernen innerhalb der eigenen Studienrichtung oder mit anderen Studienrichtungen stattfindet (vgl. Tabelle 5-19). Dabei soll zum einen bewertet werden, wie oft die jeweilige Lernmethode/-form während des Studiums zum Einsatz kam (Häufigkeit;

Skala MF_H) und zum anderen, inwiefern die Teilnehmer:innen die Lernmethoden/-formen – aus ihrer aktuellen Perspektive (Phase des Berufseinstiegs) – für geeignet halten, um sich auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorzubereiten (Eignung; Skala MF_E). Die Ergebnisdarstellung erfolgt hierfür zunächst deskriptiv und kann je nach Datenlage explorativ erweitert werden.

In der 2. Teilbefragung werden Fragen zur Zusammenarbeit in der Berufspraxis thematisiert. Dazu werden einerseits 13 Fragen zu den Erfahrungen mit der Zusammenarbeit (Skala EZ) mit anderen Gesundheitsberufen an der jetzigen Arbeitsstelle der Teilnehmer:innen gestellt und andererseits sieben Items, die sich auf konkrete Beispiele für mono- und interprofessionelle Zusammenarbeit (Skala ZUS) beziehen (vgl. Tabelle 5-19). Für die Beantwortung der jeweiligen Items stehen mehrere Antworten zur Verfügung. Für die Skala ZUS stehen die vier Optionen ‚eher monoprofessionell‘, ‚eher interprofessionell‘, ‚sowohl als auch‘ oder ‚gar nicht‘ zur Auswahl. Alle anderen Skalen (EZ, RS, MF_H, MF_E) verwenden mehrstufige Likert-Skalen (vgl. Tabelle 5-19). Bei diesen fünf Skalen steht, sofern Fragen nicht beantwortet werden, außerdem die Option ‚keine Angabe‘ zur Verfügung. Die 2. Teilbefragung endet mit einer Interessenabfrage zum Austausch und zu Fortbildungen zu dem Thema der inter-professionellen Zusammenarbeit. Anhand der fünf Antwortoptionen soll ein erster Eindruck über das potenzielle Fort- und Weiterbildungsinteresse der Berufseinsteiger:innen zu diesem Thema gewonnen werden. Die Darstellung der Ergebnisse aus der 2. Teilerhebung ist ebenfalls zunächst deskriptiv geplant und je nach Datenlage ggf. inferenzstatistisch zu untermauern.

Messverfahren

Die vorgestellten Multi-Item-Skalen werden zunächst einer Reliabilitätsprüfung unterzogen. Diese wird anhand des Alpha-Koeffizienten nach Cronbach (1951) ermittelt, welcher ein häufig verwendetes Maß für die Beurteilung einer Skalenkonsistenz darstellt (vgl. Rammstedt 2004: 15; Schermelleh-Engel & Werner 2012: 130; Streiner 2003: 99). Sofern die Reliabilitätsprüfung unauffällig ist, können die Skalen für die weitere Auswertung verwendet werden. Andernfalls ist eine Anpassung der Skalen vorzunehmen.

In beiden Teilbefragungen der Berufseinsteiger:innen wird das standardisierte Erhebungsinstrument ISVS-21-D eingesetzt. Um zu untersuchen, ob zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten⁸⁸ (t1 und t2) unterschiedliche Bewertungen für die ISVS vorliegen, werden Mittelwertvergleiche anhand eines *t*-Tests für verbundene Stichproben durchgeführt.

⁸⁸ Für die 1. Erhebung (t1) im Dezember 2020 wird die Abkürzung ISVS_1 und für die 2. Erhebung (t2), die 6 Monate später im Juni 2021 erfolgte, wird die Abkürzung ISVS_2 verwendet.

Neben dieser Untersuchung werden ferner durch vergleichende Tests der Mittelwerte untersucht, ob sich die Proband:innen, je nach beruflichem Umfeld (Tätigkeitsbereich/Sektor) in ihren Erfahrungen mit der Zusammenarbeit (EZ) sowie der Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS) unterscheiden. Des Weiteren wird der Einfluss der Arbeitszeit untersucht. Dafür werden aus den eingegebenen Antworten (Arbeitszeit in Stunden pro Woche) Gruppen gebildet, die miteinander verglichen werden. Die Gruppen sollten inhaltlich Sinn ergeben (z. B. Vollzeit- versus Teilzeitstelle) und aus statistischer Sicht möglichst gleich oder zumindest ähnlich groß sein (vgl. Sedlmeier & Renkewitz 2018: 458). Mittels einer ANOVA ist es möglich, mehr als zwei Ausprägungen einer Variablen in die Analyse einzubeziehen und miteinander zu vergleichen (vgl. Kuckartz et al. 2010: 167; Sedlmeier & Renkewitz 2018: 431). Für die unabhängigen Variablen werden kategoriale Variablen benötigt, weshalb für die metrischen Variablen zunächst Klassierungen gebildet werden (vgl. Kuckartz et al. 2010: 180).

Mit Hilfe einer gemischten ANOVA (*mixed ANOVA*) ist es möglich, Mittelwertunterschiede für eine oder mehrere Gruppenvariablen und meist für eine Zeitvariable zu testen. Sie hat mindestens zwei unabhängige Variablen (UV) und eine abhängige Variable (AV). Mit einer der UVs können Unterschiede zwischen separaten Gruppen verglichen werden (Zwischen-subjektfaktor). Die andere UV ist eine Variable mit wiederholten Messungen innerhalb der einzelnen Personen, um zu verdeutlichen, wie sich die Bewertungen im zeitlichen Verlauf verändert haben (Innersubjektfaktor) (vgl. Dempster & Hanna 2015/2019: 685f.). Da für die ANOVA kategoriale Variablen benötigt werden, sind die metrischen Variablen aus dem Datensatz der Berufseinsteiger:innen zunächst in Klassen zu transformieren (Klassierung). Insgesamt werden verschiedene mixed ANOVAs mit Blick auf den Rückbezug zum Studium der Befragungsteilnehmer:innen sowie deren Angaben zur aktuellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis gerechnet und je nach Daten- und Ergebnislage weiter exploriert.

Für die Tests auf Mittelwertunterschiede (*t*-Tests, Varianzanalysen) sind bestimmte Testvoraussetzungen zu erfüllen, wie z. B. Normalverteilungsprüfung und Varianzhomogenität. Diese sind anhand von grafischen und/oder analytischen Tests vorab zu überprüfen (vgl. Bortz & Schuster 2010: 128; Budischewski & Günther 2020: 151ff.; Kuckartz et al. 2010: 180; Sedlmeier & Renkewitz 2018: 452).

Außerdem wird unter Anwendung einer bivariaten Korrelationsanalyse für alle metrischen Skalen (ISVS_1, ISVS_2, EZ, ZUS, RS, MF_E, MF_H) überprüft, ob Zusammenhänge zwischen den Variablen vorliegen. Grundsätzlich interessiert – allgemein mit Blick auf die Hypothesen – ob die Variablen, die sich auf das Studium beziehen (Prädiktorvariablen RS, MF_E, MF_H), einen Einfluss auf die Kernvariablen der ISVS (Kriteriumsvariablen ISVS_1, ISVS_2) sowie die

Variablen zur Zusammenarbeit in der Berufspraxis (EZ, ZUS) haben. Mittels einer Regressionsanalyse ist es möglich, ausgehend von einer Variablen (einfache lineare Regression) oder mehreren Variablen (multiple lineare Regression), auf eine weitere Variable zu schließen bzw. diese vorherzusagen (vgl. Sedlmeier & Renkewitz 2018: 247, 276). Zu den Testvoraussetzungen der einfachen linearen Regressionsanalyse zählen Intervallskalenniveau, Normalverteilung, Homoskedastizität, Linearität sowie keine Verzerrung durch Ausreißer und keine Multikollinearität (vgl. Bortz & Schuster 2010: 192; Walther 2020). Für die multiple Regressionsanalyse ist noch zu überprüfen, dass keine Multikollinearität vorliegt (vgl. Hemmerich 2022; Walther 2022). Um Aussagen bezüglich der in der Regression gefundenen Ergebnisse zu treffen, sind die jeweiligen Effektstärken in Form von f^2 zu bestimmen (vgl. Cohen 1988: 410ff.).

Abschließend soll nun noch der Umgang mit den Freitextantworten vorgestellt werden. Diese sind in der 2. Teilbefragung zu *Anlässen der Zusammenarbeit* und zu *Lernerfahrungen mit Blick auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen* enthalten. Bezüglich der Lernanlässe werden die Teilnehmenden gebeten, drei häufige Anlässe aus ihrem aktuellen Arbeitsbereich (Arbeitsstelle) zu nennen. Für die Frage nach den Lernerfahrungen wird keine Anzahl vorgegeben, sondern Stichpunkte können angegeben werden. Für die Freitextantworten wird empfohlen, diese bezogen auf die jeweilige Frage auszuwerten und die Antworten zu systematisieren. Dafür eignen sich thematische Kategorien, die aus dem Material abgeleitet werden. Denn die Antworten der Befragten dienen als Ausgangspunkt und haben einen explorativen Charakter, weshalb keine Vorab-Kategorisierung stattfindet (vgl. Kuckartz et al. 2009: 78f.; Rädiker & Kuckartz 2019: 243). Nach Abschluss der Analyse können dann Aussagen zu häufig und weniger häufig genannten Themen getroffen werden (ebd.).

5.5.2.3 Befragung Studierende und Berufseinsteiger:innen

Abschließend sollen die Einschätzungen der ISVS-21-D zwischen den beiden Zielgruppen (Studierende und Berufseinsteiger:innen) miteinander verglichen werden. Dafür werden alle vollständigen ISVS-Datensätze aus vier Gruppen hinzugezogen und miteinander verglichen. Zu diesen Gruppen zählen 1) Studierende in der Mitte sowie 2) Studierende am Ende des Studiums und 3) Berufseinsteiger:innen zum 1. Erhebungszeitpunkt (t1) und 4) Berufseinsteiger:innen zum 2. Erhebungszeitpunkt (t2).

Um inferenzstatistisch zu überprüfen, ob sich die Selbsteinschätzung der ISVS-21-D im zeitlichen Verlauf innerhalb der Gruppen unterscheiden, wurde die in Tabelle 5-20

dargestellte Hypothese formuliert. Wie bereits erwähnt, erfolgt die Überprüfung von Hypothesen mittels der inferenzstatistischen Auswertung.

Tabelle 5-20: Darstellung der Hypothese für das zusammengelegte Sample von Studierenden und Berufseinsteiger:innen

Bezeichnung und Beschreibung der Hypothesen (inkl. Variablen]	Hypothesenpaar
<p>Hypothese H 09</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV: ISVS_Mean - UV: Gruppe (Studierende Mitte, Studierende Ende, Berufseinsteiger:innen t1, Berufseinsteiger:innen t2) 	<p>H₁: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) verbessert sich im zeitlichen Verlauf, sodass die Berufseinsteiger:innen signifikant höhere ISVS-Werte zeigen als die Studierenden.</p> <p>H₀: Die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) verändert sich im zeitlichen Verlauf nicht, sodass die ISVS-Werte der Studierenden und Berufseinsteiger:innen keinen Unterschied zeigen.</p>

Quelle: eig. Darstellung

Im Rahmen der Überprüfung werden die beiden inkludierten Datensätze zunächst kurz beschrieben. Anschließend findet die inferenzstatistische Auswertung anhand eines Mittelwertvergleiches (ANOVA) statt. Für diese Befragung liegt ein sogenanntes Trenddesign vor (vgl. Diekmann 2018: 304f.). Dabei werden dieselben Variablen zu mehreren Zeitpunkten mit jeweils unterschiedlichen Stichproben erhoben (vgl. ebd.; Döring & Bortz 2016: 210). Um zu unterstreichen, dass es sich um Messungen an unterschiedlichen Personen handelt, wird die Darstellung der Ergebnisse in Form von Balkendiagrammen empfohlen (vgl. ebd.: 211).

5.6 Methodische Limitationen der Untersuchung

In diesem Kapitel werden zuerst die Limitationen für die qualitative Erhebung und die darauf basierende Entwicklung der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte vorgestellt. Danach werden Limitationen für die quantitative Erhebung dargelegt, zunächst für die Studierendenbefragung und anschließend für die Berufseinsteiger:innenbefragung. Am Ende wird mit Blick auf den Mixed-Methods-Ansatz auf die Limitationen bei der Integration der beiden Datenarten eingegangen.

Zur Durchführung der qualitativen Erhebung wurden Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengängen aus dem Bereich der Pflege und der Therapie ausgewählt. Grundsätzlich könnten auch andere Studienformate, wie z. B. berufsbegleitende Formate, in die Untersuchung eingebunden werden. Allerdings wäre dann – aufgrund der unterschiedlichen Formate – die Vergleichbarkeit der Konzepte erschwert. Des Weiteren könnten aus dem Bereich der Gesundheits- und Humandienstleistungsberufe andere Studien-

richtungen oder berufsfachschulische Ausbildungen aufgenommen werden. Für die vorliegende Untersuchung wurde sich explizit für das primärqualifizierende Studienformat und die ausgewählten vier Berufe entschieden. Die Begründungen dafür werden im → [Kap. 3.2](#) vorgestellt.

Bereits innerhalb der primärqualifizierenden Studiengänge wurde schnell deutlich, dass sich die Pflege- und Therapiestudiengänge in einigen Punkten unterscheiden. Beispielsweise unterscheiden sie sich in ihrer Angebotsstruktur. Es gibt Hochschulen mit nur *einem* primärqualifizierenden Studiengang im Bereich Pflege/Therapie und Hochschulen *mit mehreren* solcher Studiengänge. Da insgesamt die Auswahl primärqualifizierender Pflege- und Therapiestudiengänge in Deutschland recht überschaubar ist, konnte diese Unterscheidung kein vorab festgelegtes Selektionskriterium werden, da dies die Auswahl weiter reduziert hätte. Außerdem bildet die Tatsache, dass die Angebotsstruktur der Studiengänge in dem Bereich heterogen ist, die aktuelle Situation gut ab und ist forschungsmethodisch beabsichtigt. Der Aspekt der Struktur hat Auswirkungen auf das Angebot und die Möglichkeiten von IPLL an einem Studienstandort. Deswegen wurde dieser Aspekt zu einem späteren Zeitpunkt bei der Entwicklung der Typologie als Dimension berücksichtigt.

Wenn mehrere Personen interviewt werden, ist das per se mit einer Heterogenität innerhalb der Gruppe der Interviewten verbunden. Wie im → [Kap. 5.2.2](#) beschrieben, ist neben einer inhaltlichen Repräsentativität, auch eine gewisse Heterogenität gewollt, um maximalen Kontrast in den Informationen zu erhalten. Die inhaltliche Repräsentativität wurde einerseits durch den vorgegebenen thematischen Bezug zum IPLL sichergestellt sowie durch den gewählten Samplingansatz (*Sampling durch Gatekeeper*). Bei der Kontaktaufnahme mit den Hochschulen von Seiten der Forscherin wurde nach Studiengangsleitungen und/oder Studiengangskoordinator:innen gefragt (→ Anhang B1), um etwas über die Struktur und Organisation von IPLL zu erfahren. Aufgrund der inhaltlichen Eignung wurden von den Gatekeepern jedoch auch Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen und Lehrpersonen für das Interview vorgeschlagen. Folglich wurden Personen in unterschiedlichen Positionen interviewt. Diese hatten entweder eine unterstützende bzw. koordinierende Rolle für IPLL inne oder waren konkret in die Umsetzung eingebunden (vgl. Tabelle 6-1). Allein durch die verschiedenen Positionen der Interviewteiler:innen ist eine Heterogenität gegeben, die methodische Herausforderungen bei der Auswertung mit sich bringt. Denn es werden für die Entwicklung der IPE-Typologie und für die Zuordnung zur Typologie Aussagen von Interviewpartner:innen verwendet, die das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten (z. B. Steuerung, Koordination oder Lehrplanung). Zu diesen Perspektiven kommt ergänzend hinzu, dass die interviewten Personen – aufgrund ihrer

verschiedenen Strukturen und Positionen an den Hochschulen – ihre Aussagen entweder für einen Studiengang (z. B. Studiengangsleitung) oder für mehrere Studiengänge (z. B. IPE-Koordinator:in oder Lehrperson) treffen. So kann mit einem Interviewfall mehr als ein Studiengang verbunden sein. Diese Ausgangslage ist ebenfalls bei der Auswertung und bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigen.

Bei der Interviewdurchführung wurde ersichtlich, dass die Befragten unterschiedliche Auffassungen von Interprofessionalität, Interdisziplinarität und IPLL haben. Allerdings wurde bei der Konstruktion des Interviewleitfadens (→ [Kap. 5.2.3](#)) eine solche begriffliche Klärung eingangs nicht konsequent berücksichtigt. Das wäre für anschließende Untersuchungen unbedingt aufzunehmen.

Für die qualitative Auswertung der Interviews wurde sich für das Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) entschieden. Kuckartz (2018) unterscheidet drei Hauptformen (→ [Kap. 5.3.2](#)). Die Form der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse wäre auch für das, sich an die Interviewauswertung anschließende, Verfahren zur Entwicklung einer Typologie geeignet. Es wurde sich jedoch für das Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung nach Kluge (1999) entschieden, weil darin die grundsätzliche Auseinandersetzung mit Typenbildung sowie die Ansätze zur Entwicklung einer Typologie anhand eines Stufenmodells geeigneter erschienen.

Hinsichtlich der Zuordnung der Interviewfälle zur Typologie ist als methodische Limitation die Fremdzuschreibung durch die Primär- und Kontrollrater:innen zu nennen. Eine Zuordnung der Studiengänge durch die interviewten Personen oder eine Rückkopplung mit diesen Personen würde den Aspekt der kommunikativen Validierung der Interviews stärker berücksichtigen. Darüber hinaus ist vorstellbar, dass die Befragten nach dem Interview sowie einer kurzen Vorstellung der Typologie ihre interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepte selbst in der entwickelten Typologie verorten. Dadurch könnten eine genauere Einschätzung und Verortung bezüglich der Dimensionen und Merkmale durch die Interviewten erreicht werden. Die Verortung durch Kontrollrater:innen könnte ergänzend hinzugezogen werden. Andererseits sind durch Fremdzuschreibungen eher objektivere Zuordnungen erwartbar als durch Selbsteinschätzungen der interviewten Personen, da diese der erhöhten Neigung zu sozial erwünschtem Antwortverhalten unterliegen (vgl. Trautwein et al. 2019: 100).

Für die Zuordnung der Interviewfälle zur Typologie (Fremdzuschreibungen) haben die Primär- und Kontrollrater:innen ungleiche Voraussetzungen, weshalb Fehlableitungen nicht ausgeschlossen werden können. Denn die Primärraterin hat beispielsweise eine doppelte Funktion: sie ist Interviewerin und Raterin zugleich. Die Kontrollrater:innen

bewerteten hingegen die Interviews ausschließlich auf Basis der angefertigten Fallzusammenfassungen. Hierfür ist es wichtig, dass sie „möglichst exakt gleiche, standardisierte Informationen über die Objekte“ (Wirtz & Casper 2002: 31) zur Beurteilung vorliegen haben. Darüber hinaus können sich Verzerrungen bei den Bewertungen ergeben, die auf Mängel in der Interviewdurchführung sowie der -transkription zurückzuführen sind.

Bei der Befragung der Studierenden zeigen sich – auch nach der Datenbereinigung – zum Ende des Fragebogens häufiger fehlende Angaben (Item 16 bis 21 der ISVS, vgl. Tabelle 6-5). Nachlassende Aufmerksamkeit und Antwortbereitschaft am Ende von schriftlichen Befragungen sind durch die Literatur belegt (vgl. Döring & Bortz 2016: 415). Ebenso zeigen andere Befunde, dass der Umfang an Nicht-Antworten (Nonresponse) mit dem kognitiven Aufwand sowie dem Grad an Sensitivität zunehmen (vgl. Engel & Schmidt 2014: 342). Da das eingesetzte Erhebungsinstrument (ISVS-21) eine Selbsteinschätzung und die thematische Ausrichtung eine persönliche Positionierung von den Studierenden verlangt wird, sind diese Gründe auch für die vorliegende Untersuchung nicht auszuschließen.

Mit Blick auf die quantitative Befragung der Studierenden wurden bereits die kleinen Studienkohorten in den gesundheitsbezogenen Studiengängen erwähnt. Dieser Aspekt ist bei der Bewertung der Stichprobengröße ($n = 222$) zu berücksichtigen, die sich immerhin aus einer hohen Anzahl von Studiengängen ($n = 18$) zusammensetzt (vgl. Abbildung 5-6).

Die methodische Planung der Studierendenbefragung beinhaltet keine Kontrollgruppe sowie keine Erhebung zu Beginn des Studiums zu den Überzeugungen, Verhaltensweisen und Einstellungen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit. Beides (Kontrollgruppe und Befragung zu Studienbeginn) könnte in anderen Untersuchungen ergänzt oder fortgeführt werden. Vor allem der Einbezug einer studentischen Kontrollgruppe, die keine explizit ausgewiesenen und/oder konzipierten interprofessionellen Lehr-Lern-Gelegenheiten erfahren, kann von Interesse sein, um zu untersuchen, inwiefern sich Unterschiede zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe zeigen und ob interprofessionell organisierte Bildung zum gewünschten Erfolg führt und tatsächlich besser ist (vgl. O'Brien et al. 2013: 86; Sottas, Brügger et al. 2013: 10).

Die Befragung der Berufseinsteiger:innen besteht aus zwei Befragungsteilen, die jeweils 25 bis 30 Minuten beanspruchen. Der zeitliche Aufwand für diese Zielgruppe ist als hoch einzuschätzen, denn die teilnehmenden Personen müssen sich die Zeit zur Beantwortung der Fragen entweder im Laufe ihres oft eng getakteten Arbeitstages nehmen oder ggf. im Anschluss. Außerdem war das Gesundheitswesen zum Zeitpunkt der beiden Befragungszeiträume (12/2020 und 06/2021) stark durch die Herausforderung der SARS-CoV-2-Pandemie geprägt (vgl. Langlois et al. 2020: 587). Aus den genannten Gründen wurde von

einem eher geringen Rücklauf ausgegangen. Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Herausforderungen ist die grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme an der Umfrage allerdings durchaus mit gut zu bewerten.⁸⁹ Eine weitere methodische Herausforderung stellt jedoch die Teilnahme an zwei aufeinanderfolgenden Befragungen dar. Lediglich 17 Personen nahmen an beiden Umfragen teil und ein Großteil der Befragten hat nur an einer der beiden Befragungen teilgenommen (vgl. Tabelle 6-12). Das Problem der Teilnehmer:innenbindung an beide Umfragen wurde im Vorfeld antizipiert. Deshalb wurde sich für eine Gutscheiverlosung (Incentivierung) am Ende der 2. Befragung entschieden. Aufgrund der geringen Anzahl sind nur bedingt inferenzstatistische Auswertungen mitsamt entsprechenden Ableitungen möglich. Für die Auswertung stellt die nicht-konsequente Teilnahme an beiden Befragungsteilen insofern ein weiteres Problem dar, weil dadurch die anvisierte längsschnittliche Auswertung kaum durchführbar ist. Die geplanten Rückschlüsse sind demnach nur in Ansätzen möglich.

Bei den 17 Personen, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, wurden Personen einbezogen, die nicht in primärqualifizierenden Studiengängen studiert haben. An dieser Stelle wurde das Einschlusskriterium „primärqualifizierendes Studium im Bereich Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie oder Pflege“ (→ [Kap. 6.3.2.1](#)) erweitert und es wurden auch Datensätze von Absolvent:innen anderer Studienformen (z. B. ausbildungsintegriert oder additiv, vgl. Tabelle 2-2) berücksichtigt. Ohne diese Erweiterung wäre der Datensatz mit $n = 9$ zu klein gewesen für die inferenzstatistische Auswertung.

Insgesamt war im Rahmen der Auswertung der Datensätze der Berufseinsteiger:innen, aufgrund der geringen Rücklaufquote sowie dem teilweise fehlenden Bezug zum primärqualifizierenden Studium, keine Zuordnung zur entwickelten IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte möglich. Deswegen konnte der ursprünglich geplante und im Designdiagramm dargestellte Bezug zur Typologie (vgl. Abbildung 3-1) bei dieser Zielgruppe nicht hergestellt werden.

Abschließend ist festzuhalten, dass bei der forschungsmethodischen Planung (→ [Design-diagramm](#)) dieser Mixed-Methods-Studie grundsätzlich eine deutlich stärkere Verbindung zwischen den beiden Gruppen der quantitativen Befragung – Studierende und der Berufseinsteiger:innen – geplant war. Der Bezug sollte über die jeweiligen Hochschulen hergestellt werden, an denen die Studierenden zum Zeitpunkt der Befragung bzw. die Alumni zuletzt eingeschrieben waren. Allerdings signalisierte nur ein Teil der inkludierten Hochschulen Unterstützung bei der Weiterleitung der Einladung zur Umfrage an deren Alumni. An einigen

⁸⁹ Der 1. Teil der Berufseinsteiger:innenbefragung (t1) wurde 65-mal und der 2. Teil (t2) 54-mal geöffnet wurde.

Hochschulen traf die Hochschulleitung die grundsätzliche Festlegung, dass die begrenzten Ressourcen der Alumni vordergründig oder ausschließlich für hochschuleigene Befragungen und nicht für externe Befragungen genutzt werden. Ergänzend verfügten wiederum andere Hochschulen zum Zeitpunkt der Anfrage (Frühjahr/Sommer 2020) über noch keine oder nur wenige Alumni. Des Weiteren konnten durch die Form der Rekrutierung (selbstrekrutierte Freiwilligen-Panels, → [Kap. 5.4.5.1](#)) nicht genügend Berufseinsteiger:innen gewonnen werden, die in einem primärqualifizierenden Studiengang an einer der inkludierten Hochschulen studiert haben *und* an beiden Befragungen teilnahmen. Diese Kriterien erfüllten nur neun Personen und damit ist die Stichprobe zu gering, um fundierte Aussagen abzuleiten und einen Bezug zur Typologie herzustellen.

6 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der zentralen Ergebnisse. Dabei werden zuerst jene der qualitativen und anschließend der quantitativen Erhebung vorgestellt.

6.1 Qualitative Erhebung – Befragung der Studiengangsverantwortlichen

Die qualitativen Ergebnisse werden aus den Befragungen mit den Studiengangsverantwortlichen gewonnen. Dabei steht nicht die explizite Vorstellung einzelner Interviewpassagen im Fokus, sondern vielmehr werden aus den Interviews, zusätzlich zu den deduktiv erarbeiteten Dimensionen und Merkmalen (→ [Kap. 5.3.8.3](#)), auch induktive Kriterien für die Entwicklung einer Typologie abgeleitet. Daraus wurden innerhalb der Typologie sechs potenzielle Typen konstruiert. Die Interviews wurden entsprechend der Dimensionen und Merkmale untersucht und es erfolgte die Zuordnung zu der entwickelten IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte. Dabei konnten vier Typen durch das empirische Material bestätigt werden. Entsprechend diesem Vorgehen wird zunächst die Stichprobe beschrieben und des Weiteren werden die Dimensionen und Merkmale der entwickelten Typologie erläutert. Die Bezüge zum empirischen Material (z. B. Interviewfall F 01 bis F 13) werden in Klammern aufgeführt. Anschließend werden die vier empirisch begründeten Typen vorgestellt und die Fallbewertung sowie die Typisierung beschrieben.

6.1.1 Stichprobe und Datenbereinigung

Es wurden 18 Interviewanfragen an Vertreter:innen primärqualifizierender Pflege- und Therapiestudiengänge versendet (→ [Kap. 5.2.2](#)). Da an einigen Standorten mehrere Studiengänge angeboten werden, deckte die Anfrage insgesamt 25 Studiengänge ab (ET = 4; LP = 2; PFL = 8; PT = 11). Drei der angeschriebenen Personen haben die Studienteilnahme abgelehnt (ein Studiengang für PT und zwei für PFL) und zwei weitere Anfragen für insgesamt drei Studiengänge blieben, auch nach mehrmaliger Kontaktaufnahme, unbeantwortet (ein Studiengang für ET und zwei für PT). Insgesamt lagen 13 positive Rückmeldungen für Interviews vor, die auch durchgeführt wurden. Allerdings nimmt ein Fall eine Sonderstellung ein, da sich erst zu Beginn des Interviews herausstellte, dass es sich zwar um einen Modellstudiengang im Bereich Pflege handelt, dieser aber noch nicht als primärqualifizierender Studiengang vollzogen wird (vgl. Int. 8: Z 4–7). Dieses Interview (Int. 8) wurde im gemeinsamen Einverständnis vollständig durchgeführt. Es kann, aufgrund der nicht erfüllten Einschlusskriterien, bei der weiteren Auswertung jedoch nicht berücksichtigt werden. Insofern standen 12 Interviews für die Auswertung zur Verfügung, was einer Ausschöpfungsrate von 66.67 % entspricht, gemessen an den 18 institutionellen Anfragen (vgl. Schnell et al. 2018: 281f.).

6.1.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Interviews wurden mit Personen durchgeführt, die einen umfassenden Einblick in die interprofessionelle Lehre am Hochschulstandort bzw. konkret in primärqualifizierende Pflege- und/oder Therapiestudiengänge haben (→ [Kap. 5.2.2](#)). Die Zusammensetzung der Stichprobe für die qualitative Erhebung, wird in Tabelle 6-1 anhand des Interviewfalls, dem Bereich und der Funktion der interviewten Person sowie evtl. Besonderheiten mit Blick auf IPE dargestellt.

Tabelle 6-1: Übersicht der Stichprobe mit Funktion der interviewten Person

Interview-Fall ⁹⁰	Bereich (TH = Therapie; PFL = Pflege)	Funktion interviewte Person	Besonderheiten (mit Blick auf IPE)
Nr. 01	TH	Professur und Studiengangsleitung	
Nr. 02	PFL	Lehrperson	Dozentur u. a. für IPE
Nr. 03	TH	Professur	
Nr. 04	TH	Studiengangsleitung	
Nr. 05	TH	Vertretungsprofessur	
Nr. 06	PFL	Lehrperson	Dozentur u. a. für IPE
Nr. 07	PFL	Professur und Studiengangsleitung	Leitung für mehrere STG
Nr. 09	TH	Professur und Studiengangsleitung	
Nr. 10	TH	Studiengangsleitung	
Nr. 11	PFL	Wissenschaftliche Mitarbeit	Promotion Bereich IPZ
Nr. 12	PFL	Wissenschaftliche Mitarbeit	
Nr. 13	TH/PFL	Wissenschaftliche Mitarbeit	IPE-Koordination

Quelle: eig. Darstellung

Wie Tabelle 6-1 zeigt, bilden 12 Interviews die Basis für die qualitative Interviewauswertung. Davon bezogen sich fünf Interviews auf den Bereich Pflege und sechs auf den Bereich Therapie und ein Interview deckte beide Bereiche ab. Es wurden insgesamt 18 Studiengänge⁹¹ eingeschlossen, die sich wie folgt auf die jeweiligen Studienrichtung verteilen: Ergotherapie (n = 3), Logopädie (n = 2), Pflege (n = 5) und Physiotherapie (n = 8).

⁹⁰ Interview-Fall Nr. 8 fehlt in der Übersicht, weil die Einschlusskriterien nicht erfüllt sind und deshalb fand dieser Fall bei der Auswertung keine Berücksichtigung.

⁹¹ Darin enthalten ist ein Sonderfall: nämlich ein Studiengang, der formal als ein Studiengang angeboten wird, aber zwei inhaltliche Schwerpunkte inkl. zwei Abschlüsse (B. Sc.) bietet. Insofern werden die zwei Studienschwerpunkte jeweils für den einen sowie für den anderen Studiengang mitgezählt.

6.1.3 Darstellung der Dimensionen und Merkmale der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte

Die erstellte theorie- und empiriegestützte IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte (vgl. Abbildung 6-6) umfasst fünf Dimensionen mit 10 Merkmalen. Die folgende Darstellung zeigt diese Dimensionen mit den dazugehörigen Merkmalen:

Tabelle 6-2: Dimensionen und Merkmale der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte

Dimensionen	Merkmale
1) Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Studiengänge am Standort
2) Curriculare Abbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung (Setting) • Thematische Berücksichtigung
3) Lernen am Lernort Hochschule	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammensetzung • Lehr-Lern-Arrangements • Interaktion zwischen Lernenden
4) Lernen am/durch Lernort Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Thematische Berücksichtigung • Reflexion der IP/ID-Praxis
5) Prüfung	<ul style="list-style-type: none"> • Setting • Thematische Berücksichtigung

Quelle: eig. Darstellung (Stand: Juni 2021)

In den nächsten fünf Abschnitten wird jeweils eine Dimension einschließlich ihrer Merkmale sowie der empirischen Bezüge vorgestellt. Es wird dabei auf die konkrete Umsetzung in der entwickelten Typologie eingegangen und am Ende eines jeden Abschnitts wird die beschriebene Dimension in einer Übersicht dargestellt. Diese Übersichten stellen den jeweiligen Auszug aus der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte dar (vgl. Abbildung 6-6).

6.1.3.1 Dimension: Struktur

Die erste Dimension *Struktur* besitzt eine übergeordnete Funktion, denn sie bezieht sich auf die Voraussetzungen am Standort des jeweiligen Falls bzw. Studiengangs (vgl. Abbildung 6-6). Anhand der Struktur der Studiengänge werden die betrachteten 12 Interviewfälle in zwei Gruppen aufgeteilt. Diese Einteilung ist aus Sicht der Forscherin sinnvoll, weil durch die Interviews deutlich wurde, dass die Studiengänge unterschiedliche Voraussetzungen für IPE aufzeigen. Ein einzelner Studiengang, der ohne weitere gesundheitsbezogene Studiengänge an einem Standort besteht, benötigt andere Vorkehrungen zur Umsetzung für IPE als ein Studiengang, der am gleichen Standort, ggf. sogar im gleichen Haus oder in gleichen Räumlichkeiten, Berührungspunkte zu anderen gesundheitsbezogenen Studiengängen hat (vgl. F 01, F 10 versus F 07, F 13). Insofern verfügen die Studiengänge, je nach Struktur am Standort, über unterschiedliche Voraussetzungen für IPE. Demnach wurde auf Basis der vorliegenden 12 Fälle eine Unterscheidung auf struktureller Ebene anhand des **Merkmals**

Standort erarbeitet. Dabei nimmt eine zentrale Rolle ein, wie viele Studiengänge und welche Studienrichtungen am Standort vertreten sind (vgl. Abbildung 6-1).

Abbildung 6-1: Dimension Struktur

STRUKTUR →	1 STG/Standort	≥ 2 STG/Standort
01: Standort	<ul style="list-style-type: none"> • Befragungszeitpunkt: am Standort = ein Studiengang (STG) der Pflege- oder Therapieberufe, kein weiterer Studiengang aus den Gesundheitsberufen (GHB) • weitere STG aus dem Bereich Humandienstleistungen (HDL) möglich • für IPE sind Kooperationen mit externen Bildungseinrichtungen erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Befragungszeitpunkt: am Standort = mindestens zwei STG aus den Gesundheitsberufen (GHB; z.B. Pflege, Therapie, Medizin, Notfallversorgung) vorhanden • davon mindestens 1 STG aus der ET, PT, LP oder Pflege

Quelle: eig. Darstellung

Ein Studiengang (STG) ist der linken Seite „1 Studiengang am Standort“ zuzuordnen, wenn nur ein Studiengang aus dem Bereich der Pflege- oder Therapieberufe (ET, LP, PT) und auch kein weiterer Studiengang für einen anderen Gesundheitsberuf⁹² (GHB, → [Kap. 4.1.1](#)) vorhanden ist. Jedoch können am Standort weitere Studiengänge aus dem Bereich der Humandienstleistungen (HDL, → [Kap. 4.1.2](#)) vertreten sein, wie bspw. ein Studiengang für Soziale Arbeit (vgl. F 06, F 10). Wenn Studiengänge mit „1 Studiengang am Standort“ ihren Studierenden Angebote zum IPLL anbieten, sind sie stellenweise Kooperationen mit anderen (externen) Bildungseinrichtungen eingegangen, z. B. einer Berufsfachschule mit entsprechenden Gesundheitsberufen oder mit anderen Hochschulen, die Studiengänge im Bereich Medizin, Pflege oder Therapie anbieten (vgl. F 01, F 06). Ein Studiengang ist auf der rechten Seite bei „mindestens 2 Studiengängen am Standort“ einzuordnen, wenn aktuell mindestens zwei Studiengänge (≥ 2 STG/Standort) der Gesundheitsberufe (z. B. Pflege, Therapie, Medizin oder Notfallversorgung) am Standort vorhanden sind und davon mindestens ein Studiengang aus den in der Studie fokussierten Studiengängen der Therapie (ET, PT, LP) oder Pflege vorhanden ist.

Dieses erste Merkmal hebt sich mit seiner dichotomen Unterscheidung in „1 oder *mindestens 2 Studiengänge am Standort*“ von den anderen Merkmalen ab und ist darüber hinaus richtunggebend für die grundsätzliche Verortung und weitere Einteilung innerhalb der Typologie (rechte oder linke Seite, vgl. Abbildung 6-6). Alle folgenden Merkmale können anhand eines Kontinuums mit drei Ausprägungen *schwach* (+), *mittel* (++) und *hoch* (+++) auf der jeweiligen Seite beschrieben werden.

6.1.3.2 Dimension: Curriculare Abbildung

Mit der zweiten Dimension wird die „*curriculare Abbildung*“ von IPE in den Studiengängen beschrieben (vgl. Abbildung 6-2). Dafür konnten zwei Merkmale identifiziert und in je drei Abstufungen beschrieben werden. Anhand des **Merkmals Ausrichtung** kann das curriculare

⁹² Dazu können z. B.: Hebammenkunde, Medizin oder Notfallversorgung zählen.

Setting eines Studiengangs verortet werden. Auf der einen Seite steht die monoprofessionelle Ausrichtung (schwache Ausprägung) und auf der anderen Seite die teilweise studiengangübergreifende Ausrichtung eines Studiengangs (hohe Ausprägung). Wenn mehrere Studiengänge mit Gesundheitsbezug am Standort sind (rechte Seite der Typologie), findet mit Blick auf IPE eine studiengangübergreifende Zusammensetzung bestenfalls zwischen den Gesundheitsberufen statt (vgl. F 07, F 13). Wenn nur ein gesundheitsbezogener Studiengang am Standort ist (linke Seite der Typologie), kann dennoch eine studiengangübergreifende Zusammensetzung stattfinden – jedoch nicht zwischen Gesundheitsberufen, sondern zwischen den Studiengängen, die vor Ort vorhanden sind (z. B. HDL). Eine teilweise gemeinsame curriculare Ausrichtung bzw. curriculare Schnittstellen, z. B. zwischen einem Studiengang für Ergotherapie und einem Studiengang für Soziale Arbeit, wären rein theoretisch an einigen Stellen möglich.⁹³ Jedoch stoßen solche Modelle in der praktischen Umsetzung oft an Grenzen (vgl. Gierach et al. 2020: 1063). Auch im zugrunde liegenden empirischen Material gibt es keine Hinweise auf die Umsetzung eines solchen Konzeptes in der Praxis. Die mittlere Ausprägung dieses Merkmals ‚Ausrichtung‘ beschreibt eine überwiegend monoprofessionelle Ausrichtung, jedoch mit Ansätzen von IPE-Bausteinen, vorhandenen Einzelinitiativen (z. B. Projekte) oder zusätzlichen IPE-Angeboten (z. B. Tutorien) (vgl. F 01, F 06).

Abbildung 6-2: Dimension Curriculare Abbildung

CURRICULARE ABBILDUNG (+)		(++)	(+++)	(+)	(++)	(+++)
02: Ausrichtung (Setting)	<ul style="list-style-type: none"> • monoprofessionell 	<ul style="list-style-type: none"> • überwiegend monoprofessionell mit Ansätzen von IPE-Bausteinen • Einzelinitiativen u./o. zusätzliche/fakultative IPE-Angebote (Projekte, Tutorien) 	<ul style="list-style-type: none"> • teilweise studiengangübergreifend 	<ul style="list-style-type: none"> • monoprofessionell 	<ul style="list-style-type: none"> • überwiegend monoprofessionell mit Ansätzen von IPE-Bausteinen • Einzelinitiativen o. zusätzliche/fakultative IPE-Angebote (Projekte, Tutorien) 	<ul style="list-style-type: none"> • teilweise studiengangübergreifend (GHB)
03: thematische Berücksichtigung	<ul style="list-style-type: none"> • theoriebasierte Instruktionen zu IP/ID 	<ul style="list-style-type: none"> • IP als Querschnittsthema an verschiedenen Stellen 	<ul style="list-style-type: none"> • auf unterschiedlichen Taxonomiestufen (Grundlagen → Anwendung) 	<ul style="list-style-type: none"> • theoriebasierte Instruktionen zu IP/ID, vereinzelt Praxisbezug möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • IP als Querschnittsthema an verschiedenen Stellen 	<ul style="list-style-type: none"> • auf unterschiedlichen Taxonomiestufen (Grundlagen → Anwendung)

Quelle: eig. Darstellung

⁹³ Ein anderes, konkretes Beispiel findet sich an der Universität Augsburg. Dort wurde zum Wintersemester 2021/2022 ein Wahlpflichtmodul für Studierende der Medizin und der Erziehungswissenschaft neu entwickelt. Das Modul verfolgt das Ziel, die Studierenden für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung zu sensibilisieren. Das Forschungsprojekt G. i. S. (Gesundheitsförderung im Studium. Interdisziplinär studieren, interprofessionell handeln) wird im Zeitraum von Frühjahr 2021 bis Ende 2023 von der AOK Bayern finanziell gefördert (vgl. <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medizindidaktik/gesundheitsforderung-im-studium-interdisziplinär-studieren-inter/> (Abruf 16.11.21)). Die beiden Studienrichtungen Medizin und Erziehungswissenschaft sind nicht Bestandteil der vorliegenden Studie, aber gute Beispiele für mögliche studiengangübergreifende Zusammensetzungen und Kooperationen.

Das nächste **Merkmal** innerhalb der curricularen Dimension betrachtet die **Thematische Berücksichtigung** von Interprofessionalität (IP) und Interdisziplinarität (ID)⁹⁴ in den jeweiligen Studiengängen. Auf der einen Seite des Kontinuums zeigt sich, dass IP/ID in Form einer theoretischen Auseinandersetzung berücksichtigt werden. In Studiengängen mit „*mindestens 2 STG/Standort*“ (rechte Spalte) wird das auch vereinzelt durch einen Praxisbezug, z. B. durch Übungen ergänzt (vgl. F 09, F 12). Der Praxisbezug wäre rein theoretisch auch in der linken Spalte denkbar (1 STG/Standort). Er konnte aber empirisch nicht abgebildet werden und fehlt deshalb in der Beschreibung der Typologie. In der *mittleren Ausprägung* wird IP/ID als Querschnittsthema an verschiedenen Stellen mitgedacht (vgl. F 01). In der *hohen Ausprägung* wird IP/ID auf unterschiedlichen Taxonomiestufen curricular abgebildet – beispielsweise von der Wissensvermittlung über Wissensanwendung bis zum Wissenstransfer (vgl. F 03, F 04, F 07, F 13).

6.1.3.3 Dimension: Lernen am Lernort Hochschule

Als weitere Dimension wird das ‚Lernen am Lernort Hochschule‘ anhand von drei Merkmalen betrachtet (vgl. Abbildung 6-3). Das erste **Merkmal** nimmt die **Zusammensetzung** der Lernenden in den Blick und es wird in drei Abstufungen beschrieben. Auf der einen Seite des Kontinuums (*schwach*) zeigt sich eine vereinzelte Zusammensetzung mit anderen Studiengängen im Bereich theoretische Grundlagen, wie z. B. in Modulen des Wissenschaftlichen Arbeitens. Für die linke Seite der Typologie (1 STG/Standort) kann diese Zusammensetzung innerhalb der HDL stattfinden (vgl. F 10) und für die rechte Seite (≥ 2 STG/Standort) zwischen verschiedenen GHB (vgl. F 05, F 09, F 12). In der jeweils *mittleren Ausprägung* finden sich in einem Studiengang bis zu drei Angebote oder Projekte mit Praxis-/Umsetzungsbezug. Diese Zusammensetzung kann mit anderen Studiengängen aus dem Bereich der HDL oder anderen GHB stattfinden, sofern diese am Standort vorhanden sind (≥ 2 STG/Standort) oder der jeweilige Studiengang die Zusammensetzung durch eine Kooperation mit einem externen Bildungsträger ermöglicht (vgl. F 01, F 06). Bei der jeweils *hohen Ausprägung* finden mindestens vier Module⁹⁵ (Theorie + Praxis) gemeinsam mit anderen Studiengängen statt. Es zeigt sich, dass zumindest auf der rechten Seite der Typologie (≥ 2 STG/Standort)

⁹⁴ Hier sind beide Aspekte – IP und ID – berücksichtigt, weil sich u. a. im empirischen Material zeigt, dass die Begriffe nicht immer eindeutig verwendet werden. Interviewte sprechen von z. B. Interprofessionalität, erklären jedoch (inter-)disziplinäre Bezüge (vgl. Int. 10: Z 31 – 39). Oder es finden Lehrveranstaltungen mit verschiedenen Therapierichtungen (ET, LP, PT) statt, die als interdisziplinäre Module betitelt werden (vgl. Int. 7: Z 42 – 46).

⁹⁵ Der Hintergrund für die Festlegung dieser Zahl ist die Annahme, dass bei curricularer Verankerung von Interprofessionalität in einem 6-semestrigen Studiengang eine Berücksichtigung von entsprechenden Modulen in vier Semestern (pro Semester ein Modul) als adäquat einzustufen ist. Zur Überprüfung der Annahme wurden von der Forscherin verschiedene Studienverlaufspläne für primärqualifizierende Pflege- und Therapiestudiengänge gesichtet und diese Annahme für realistisch befunden.

Module mit Theorie- und Praxisbezug zusammen absolviert werden, was auf ein hohes Verständnis von IPE im jeweiligen Studiengang schließen lässt (vgl. F 04, F 11, F 13). Für die linke Seite der Typologie (1 STG/Standort) ist eine interprofessionelle Zusammensetzung in mindestens vier Modulen theoretisch möglich. In der praktischen Umsetzung jedoch, aufgrund der Struktur am Standort, ist es sehr herausfordernd. Im empirischen Material zeigt sich keine interprofessionelle Zusammensetzung in mindestens vier Modulen. Deshalb wird davon ausgegangen, dass diese Form in der Praxis schwer zu realisieren ist.

Abbildung 6-3: Dimension Lernen am Lernort Hochschule

LERNEN am LERNORT HOCHSCHULE	(++)	(+++)	(+)	(++)	(+++)	
04: Zusammen- setzung	<ul style="list-style-type: none"> • vereinzelte Zusammensetzung mit anderen Studiengängen (Bereich HDL) im Bereich theoret. Grundlagen (z. B. Wiss. Arbeiten) 	<ul style="list-style-type: none"> • bis zu 3 Angebote/ Projekte mit anderen Studiengängen (HDL) oder GHB (in Kooperation) mit Praxis-/ Umsetzungsbezug 	<ul style="list-style-type: none"> • mind. 4 Module (Theorie + Praxis) gemeinsam mit anderen Studiengängen 	<ul style="list-style-type: none"> • vereinzelte Zusammensetzung mit anderen GHB im Bereich theoretische Grundlagen (z. B. Wiss. Arbeiten) 	<ul style="list-style-type: none"> • bis zu 3 Module/ Projekte (Theorie + Praxis) gemeinsam mit anderen GHB 	<ul style="list-style-type: none"> • mind. 4 Module (Theorie + Praxis) gemeinsam mit anderen GHB
05: Lehr-Lern- Arrangements	<ul style="list-style-type: none"> • meist innerhalb des eigenen Studiengangs 	<ul style="list-style-type: none"> • nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander Lernen an gemeinsamen Gegenständen/Themen oder in gemeinsamen Projekten 	<ul style="list-style-type: none"> • nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander Lernen • handlungsorientierte Didaktik, z. B. durch problem- u./o. fallbasierte Methoden 	<ul style="list-style-type: none"> • meist innerhalb des eigenen Studiengangs, teilweise nebeneinander Lernen mit anderer Studienrichtung 	<ul style="list-style-type: none"> • nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander Lernen an gemeinsamen Gegenständen/Themen oder in gemeinsamen Projekten 	<ul style="list-style-type: none"> • nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander Lernen • handlungsorientierte Didaktik, z. B. durch problem- u./o. fallbasierte Methoden
06: Interaktion zw. Lernenden	<ul style="list-style-type: none"> • kaum intendierte Interaktion mit anderen Studiengängen 	<ul style="list-style-type: none"> • mittlere ip-Interaktion (Zeit und Intensität) 	<ul style="list-style-type: none"> • intendierte und hohe ip-Interaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • vereinzelt intendierte Interaktion mit anderen Studiengängen, z. B. gem. Einführung/Begrüßung 	<ul style="list-style-type: none"> • mittlere ip-Interaktion (Zeit und Intensität) 	<ul style="list-style-type: none"> • intendierte und hohe ip-Interaktion

Quelle: eig. Darstellung

Das zweite **Merkmal** in der curricularen Dimension betrachtet die **Lehr-Lern-Arrangements**, die im Rahmen von IPLL zum Einsatz kommen und wird ebenfalls anhand von drei Ausprägungen unterschieden. In der *geringen Ausprägung*, die im Material gefunden wurde, wird meist innerhalb des eigenen Studiengangs gelernt (vgl. F 10). Wenn mehrere Studiengänge am gleichen Standort sind (rechte Seite der Typologie), kann teilweise auch ein Nebeneinander-Lernen mit einer anderen Studienrichtung stattfinden (vgl. F 12). In der *mittleren* und *hohen Ausprägung* finden sich Arrangements, in denen nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander gelernt wird, z. B. an gemeinsamen Gegenständen/Themen oder in gemeinsamen Projekten. Werden diese Arrangements durch eine handlungsorientierte Didaktik unterstrichen und z. B. problem- und/oder fallbasierte Methoden eingesetzt, wird von einer *hohen Ausprägung* ausgegangen (vgl. F 01, F 03, F 04, F 07; F 13).

Das dritte **Merkmal** in der curricularen Dimension nimmt die **Interaktion zwischen den Lernenden** in den Blick und steht in engem Zusammenhang mit dem vorherigen Merkmal ‚Lehr-Lern-Arrangements‘. Denn die Wahl der Lehr-Lern-Arrangements beeinflusst die Interaktion zwischen den Lernenden. Beispielsweise erfordert ein Rollenspiel eine stärkere Interaktion zwischen den Studierenden als ein Vortrag. Dieses Merkmal lässt sich für die

vorliegende Typologie ebenfalls anhand von drei Ausprägungen beschreiben. Bei Studiengängen, die nur mit ‚1 Studiengang am Standort‘ vertreten sind (linke Seite), ist die Ausprägung mit *schwach* einzuschätzen, wenn kaum Interaktionen mit Studierenden aus anderen Studiengängen (HDL) beschrieben werden und es auch von Seiten der Verantwortlichen (Studiengangsentwickler:innen, Lehrende) wenig intendierte Interaktionen gibt (vgl. F 10). Bei Studiengängen mit ‚mindestens 2 Studiengänge am Standort‘ (rechte Seite der Typologie) ist die Ausprägung als *schwach* zu bewerten, wenn vereinzelt Interaktionen mit anderen Studiengängen beschrieben und z. B. gemeinsame Einführungsveranstaltungen angeboten werden (vgl. F 09, F 12). Die *mittlere Ausprägung* ist zu wählen, wenn die Interaktionen zwischen den verschiedenen Studienrichtungen eher formal, temporär und mit mittlerer Intensität stattfinden (beide Seiten der Typologie). Hierzu zählen Formate, in denen beispielsweise in gleichen Räumlichkeiten nebeneinander gelernt wird, der Grad der Vernetzung miteinander aber noch ausbaufähig ist (vgl. F 05). Sobald die Interaktionen zwischen den Studierenden von Seiten der Lehrenden regelmäßig und intendiert sind sowie aufgrund der gewählten Methoden (Merkmal Zusammensetzung) eine hohe Interaktion zwischen den Lernenden stattfindet, ist das Merkmal für beide Seiten *hoch* zu bewerten (vgl. F 03, F 04, F 13).

6.1.3.4 Dimension: Lernen am Lernort Praxis

Ergänzend zum Lernort Hochschule wird auch die Dimension ‚Lernen am/durch den Lernort Praxis‘ aufgenommen und anhand von zwei Merkmalen betrachtet (vgl. Abbildung 6-4). Das erste **Merkmal** ist die **Thematische Berücksichtigung** von IP/ID⁹⁶ am Lernort Praxis. Es zielt darauf ab, inwiefern IP/ID als Thema von den Verantwortlichen entweder am Lernort Hochschule oder am Lernort Praxis aufgegriffen wird. Wenn im Rahmen der praktischen Ausbildung das Thema IP/ID von Seiten der Verantwortlichen nicht explizit berücksichtigt wird, ist das Merkmal *gering* zu bewerten. Dennoch wurden in den Interviews Situationen beschrieben, in denen die Studierenden es von sich aus thematisierten und daraufhin die Lehrenden das Thema aufgegriffen haben (vgl. F 02, F 04). Das Merkmal ist *mittel* zu bewerten, wenn das Thema IP/ID von Seiten der Verantwortlichen bewusst platziert wird, indem beispielsweise den Studierenden entsprechende Beobachtungs- und/oder Arbeitsaufträge mit in die Praxisphase gegeben werden (vgl. F 05, F 12). Wenn zusätzlich das Thema IP/ID von Seiten der Studiengangsverantwortlichen auch in den Seminaren für Praxisanleiter:innen explizit aufgegriffen wird, ist die Ausprägung *hoch* zu bewerten (vgl. F 01, F 11). In diesem Fall werden die Praxisanleiter:innen für das Thema sensibilisiert und ggf.

⁹⁶ Hier sind beide Aspekte – IP und ID – genannt, da sie in der praktischen Zusammenarbeit, je nach Praxisfeld, ineinander übergehen und miteinander verbunden sein können.

ermutigt, interprofessionelle Schnittstellen in der Praxisanleitung zu berücksichtigen, einzubauen und mit den Studierenden zu thematisieren.

Abbildung 6-4: Dimension Lernen am/durch Lernort Praxis

LERNEN am/durch LERNORT PRAXIS	(++)	(+++)	(+)	(++)	(+++)
07: thematische Berücksichtigung	<ul style="list-style-type: none"> keine explizite Berücksichtigung möglich, wenn von Studierenden gewünscht 	<ul style="list-style-type: none"> intendiertes Lernen, z. B. durch Beobachtungs- u./o. Arbeitsaufträge 	<ul style="list-style-type: none"> intendiertes Lernen durch bestimmte Arbeitsaufträge Seminare für Praxisanleiter:innen 		<ul style="list-style-type: none"> intendiertes Lernen, z. B. durch Beobachtungs- u./o. Arbeitsaufträge intendiertes Lernen durch bestimmte Arbeitsaufträge Seminare für Praxisanleiter:innen
08: Reflexion der IP/ID-Praxis	<ul style="list-style-type: none"> vereinzelt Reflexion innerhalb des eigenen Studiengangs 	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Reflexion innerhalb des eigenen Studiengangs (Begleitseminare/Reflexionstage) 	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Reflexion gemeinsam mit anderen Studiengängen (Begleitseminare/Reflexionstage) 	<ul style="list-style-type: none"> vereinzelt Reflexion innerhalb des eigenen Studiengangs 	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Reflexion innerhalb des eigenen Studiengangs (Begleitseminare/Reflexionstage) regelmäßige Reflexion gemeinsam mit anderen Studiengängen (GHB) (Begleitseminare/Reflexionstage)

Quelle: eig. Darstellung

Das zweite **Merkmal** dieser Dimension bildet die **Reflexion der IP/ID-Praxis**. Diese Reflexion kann sowohl am Lernort Praxis als auch am Lernort Hochschule stattfinden. In jedem Fall stehen die Beobachtungen und Erfahrungen, die in der Praxis hinsichtlich IP/ID gemacht werden, im Mittelpunkt. Diese Reflexionen können von den verantwortlichen Personen an den jeweiligen Lernorten (z. B. Lehrende und/oder Praxisanleiter:innen) unterstützt und begleitet werden. Die Ausprägung dieses Merkmals ist *gering* zu bewerten, wenn die Reflexion nur vereinzelt (vgl. F 04) und mit *mittel* zu bewerten, wenn die Reflexion regelmäßig innerhalb des eigenen Studiengangs stattfindet, z. B. im Rahmen von Begleitseminaren oder Reflexionstagen (vgl. F 01, F 11, F 12). Wenn die regelmäßige Reflexion der Praxis zusätzlich mit Studierenden aus anderen Studiengängen geschieht, also diese Reflexion im interprofessionellen Setting stattfindet, kann von einer *hohen Ausprägung* ausgegangen werden. Diese Form ist aus organisatorischen Gründen nicht einfach umzusetzen, dennoch wurden in einem Fall von sogenannten „interdisziplinären Reflexionstagen“⁹⁷ (Int. 3: Z 209) berichtet. In zwei Interviews ist eine Sensibilität sowie eine Bereitschaft hinsichtlich des Potenzials gemeinsamer Reflexionseinheiten erkennbar (vgl. F 03, F 09).

6.1.3.5 Dimension: Prüfung

Als letzte Dimension wurde das Thema ‚*Prüfung*‘ in die Typologie mit zwei Merkmalen aufgenommen (vgl. Abbildung 6-5). Anhand der Merkmale werden das Setting für die Prüfungen sowie die thematische Berücksichtigung von IP in Prüfungen betrachtet. Beim **Merkmal Setting** bildet eine monoprofessionelle Ausrichtung der Prüfung die eine Seite des

⁹⁷ Nach dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Verständnis von Interdisziplinarität und Interprofessionalität handelt es sich in diesem Fall, nach Auffassung der Forscherin, um interprofessionelle Reflexionstage. In anderen Interviews wurden interprofessionelle Settings benannt, jedoch mit interdisziplinären Merkmalen beschrieben (vgl. F 03, F 07).

Kontinuums (*geringe Ausprägung*, vgl. F 02, F 12) und eine multi- bzw. interprofessionelle Ausrichtung die andere Seite des Kontinuums (*hoch*). In der *mittleren Ausprägung* können bereits Prüfungen im einem multi- und/oder interprofessionellen Setting vollzogen werden, jedoch liegt diese Entscheidung im Ermessen der Dozierenden (vgl. F 03). Im Fall der *hohen Ausprägung* ist dieses Setting nicht mehr im Ermessen der Lehrenden, sondern als curriculare Vorgabe im Studienverlaufsplan berücksichtigt und mindestens für ein Modul⁹⁸ ist eine derartige Prüfung vorgesehen (vgl. F 04, F 13). Für Studiengänge mit nur ‚1 Studiengang am Standort‘ (linke Seite der Typologie) stellen diese Formen von Prüfungen besondere Herausforderungen dar, weil dafür Kooperationen mit anderen Ausbildungs- oder Studiengängen erforderlich sind.

Abbildung 6-5: Dimension Prüfung

PRÜFUNG	(+)	(++)	(+++)	(+)	(++)	(+++)
09: Setting	• monoprofessionell	• multi-/interprofessionell – im Ermessen der Dozierenden	• multi-/interprofessionell (ggf. in Kooperation)	• monoprofessionell	• multi-/interprofessionell – im Ermessen der Dozierenden	• multi-/interprofessionell – vorgegeben
10: thematische Berücksichtigung	• nicht intendiert	• IP kann Bestandteil sein – im Ermessen der Dozierenden	• mind. 1 Prüfung mit Handlungs- u./o. Fallbezug (z. B. ipOSCE-Prüfung)	• nicht intendiert • möglich, bei Interesse der Studierenden	• IP kann Bestandteil sein – im Ermessen der Dozierenden	• mind. 1 Prüfung mit Handlungs- u./o. Fallbezug (z. B. ipOSCE-Prüfung)

Quelle: eig. Darstellung

Die **thematische Berücksichtigung** von IP kann auf dem Kontinuum von nicht intendiert (*geringe Ausprägung*, vgl. F 12) bis zur curricularen Berücksichtigung von mindestens einer Prüfung mit Handlungs- und/oder Fallbezug, wie z. B. einer OSCE-Prüfung (*hohe Ausprägung*, vgl. F 04, F 11, F 13), reichen. In einem Fall, bei dem die thematische Berücksichtigung von Seiten der Lehrenden nicht intendiert ist, wird berichtet, dass es dennoch in Prüfungsleistungen berücksichtigt werden kann, wenn die Studierenden den Wunsch einbringen (vgl. F 09). Allerdings muss hierfür die strukturelle Voraussetzung erfüllt sein, insofern dass ‚mindestens 2 Studiengänge am Standort‘ vorhanden sind. Die *mittlere Ausprägung* ist zutreffend, wenn IP als thematischer Bestandteil in Prüfungen möglich ist, die Entscheidung darüber jedoch im Ermessen und Engagement der Dozierenden liegt.

⁹⁸ Diese Festlegung wurde von der Forscherin getroffen. Ausschlaggebend dafür war das vorliegende Interviewmaterial.

Abbildung 6-6: Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte

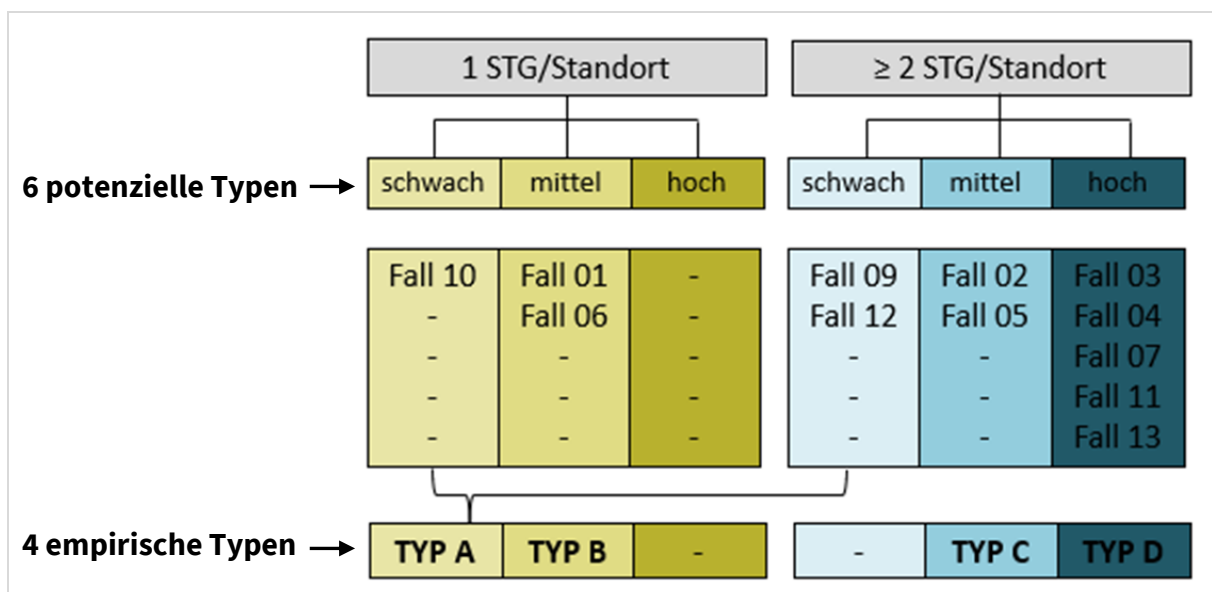
STRUKTUR →	1 STG/Standort			≥ 2 STG/Standort		
01: Standort	<ul style="list-style-type: none"> Befragungszeitpunkt: am Standort = ein Studiengang (STG) der Pflege- oder Therapieberufe, kein weiterer Studiengang aus den Gesundheitsberufen (GHB) weitere STG aus dem Bereich Humandienstleistungen (HDL) möglich für IPE sind Kooperationen mit externen Bildungseinrichtungen erforderlich 			<ul style="list-style-type: none"> Befragungszeitpunkt: am Standort = mindestens zwei STG aus den Gesundheitsberufen (GHB; z.B. Pflege, Therapie, Medizin, Notfallversorgung) vorhanden davon mindestens 1 STG aus der ET, PT, LP oder Pflege 		
CURRICULARE ABBILDUNG (+)	(++)	(+++)	(+++)	(+)	(++)	(+++)
02: Ausrichtung (Setting)	<ul style="list-style-type: none"> monoprofessionell 	<ul style="list-style-type: none"> überwiegend monoprofessionell mit Ansätzen von IPE-Bausteinen Einzelinitiativen u./o. zusätzliche/fakultative IPE-Angebote (Projekte, Tutor.) 	<ul style="list-style-type: none"> teilweise studiengangsübergreifend 	<ul style="list-style-type: none"> monoprofessionell 	<ul style="list-style-type: none"> überwiegend monoprofessionell mit Ansätzen von IPE-Bausteinen Einzelinitiativen o. zusätzliche/fakultative IPE-Angebote (Projekte, Tutorien) 	<ul style="list-style-type: none"> teilweise studiengangsübergreifend (GHB)
03: thematische Berücksichtigung	<ul style="list-style-type: none"> theoriebasierte Instruktionen zu IP/ID 	<ul style="list-style-type: none"> IP als Querschnittsthema an verschiedenen Stellen 	<ul style="list-style-type: none"> auf unterschiedlichen Taxonomiestufen (Grundlagen → Anwendung) 	<ul style="list-style-type: none"> theoriebasierte Instruktionen zu IP/ID, vereinzelt Praxisbezug möglich 	<ul style="list-style-type: none"> IP als Querschnittsthema an verschiedenen Stellen 	<ul style="list-style-type: none"> auf unterschiedlichen Taxonomiestufen (Grundlagen → Anwendung)
LERNEN am LERNORT HOCHSCHULE	(++)	(+++)	(+++)	(+)	(++)	(+++)
04: Zusammensetzung	<ul style="list-style-type: none"> vereinzelte Zusammensetzung mit and. Studiengängen (Bereich HDL) im Bereich theor. Grundlagen (z.B. Wiss. Arb.) 	<ul style="list-style-type: none"> bis zu 3 Angebote/Projekte mit anderen Studiengängen (HDL) oder GHB (in Kooperation) mit Praxis-/Umsetzungsbezug 	<ul style="list-style-type: none"> mind. 4 Module (Theorie + Praxis) gemeinsam mit anderen Studiengängen 	<ul style="list-style-type: none"> vereinzelte Zusammensetzung mit anderen GHB im Bereich theoretische Grundlagen (z.B. Wiss. Arb.) 	<ul style="list-style-type: none"> bis zu 3 Module/Projekte (Theorie + Praxis) gemeinsam mit anderen GHB 	<ul style="list-style-type: none"> mind. 4 Module (Theorie + Praxis) gemeinsam mit anderen GHB
05: Lehr-Lern-Arrangements	<ul style="list-style-type: none"> meist innerhalb des eigenen Studiengangs 	<ul style="list-style-type: none"> nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander Lernen an gemeinsamen Gegenständen/Themen oder in gemeinsamen Projekten 	<ul style="list-style-type: none"> nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander Lernen handlungsorientierte Didaktik, z.B. durch problem- u./o. fallbasierte Methoden 	<ul style="list-style-type: none"> meist innerhalb des eigenen Studiengangs, teilweise nebeneinander Lernen mit anderer Studienrichtung 	<ul style="list-style-type: none"> nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander Lernen an gemeinsamen Gegenständen/Themen oder in gemeinsamen Projekten 	<ul style="list-style-type: none"> nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander Lernen handlungsorientierte Didaktik, z.B. durch problem- u./o. fallbasierte Met.
06: Interaktion zw. Lernenden	<ul style="list-style-type: none"> kaum intendierte Interaktion mit anderen Studiengängen 	<ul style="list-style-type: none"> mittlere ip-Interaktion (Zeit und Intensität) 	<ul style="list-style-type: none"> intendierte und hohe ip-Interaktion 	<ul style="list-style-type: none"> vereinzelt intendierte Interaktion mit anderen Studiengängen, z.B. gem. Einführung/Begrüßung 	<ul style="list-style-type: none"> mittlere ip-Interaktion (Zeit und Intensität) 	<ul style="list-style-type: none"> intendierte und hohe ip-Interaktion
LERNEN am/durch LERNORT PRAXIS	(++)	(+++)	(+++)	(+)	(++)	(+++)
07: thematische Berücksichtigung	<ul style="list-style-type: none"> keine explizite Berücksichtigung möglich, wenn von Studierenden gewünscht 	<ul style="list-style-type: none"> intendiertes Lernen, z.B. durch Beobachtungs- u./o. Arbeitsaufträge 	<ul style="list-style-type: none"> intendiertes Lernen durch bestimmte Arbeitsaufträge Seminare für Praxisanleiter:innen 	<ul style="list-style-type: none"> keine explizite Berücksichtigung möglich, wenn von Studierenden gewünscht 	<ul style="list-style-type: none"> intendiertes Lernen, z.B. durch Beobachtungs- u./o. Arbeitsaufträge 	<ul style="list-style-type: none"> intendiertes Lernen durch bestimmte Arbeitsaufträge Seminare für Praxisanleiter:innen
08: Reflexion der IP/ID-Praxis	<ul style="list-style-type: none"> vereinzelt Reflexion innerhalb des eigenen Studiengangs 	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Reflexion innerhalb des eigenen Studiengangs (Begleitseminare /Reflexionstage) 	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Reflexion gemeinsam mit anderen Studiengängen (Begleitseminare/Reflexionstage) 	<ul style="list-style-type: none"> vereinzelt Reflexion innerhalb des eigenen Studiengangs 	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Reflexion innerhalb des eigenen Studiengangs (Begleitseminare/Reflexionstage) 	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Reflexion gemeinsam mit anderen Studiengängen (GHB) (Begleitseminare/Reflexionstage)
PRÜFUNG	(+)	(++)	(+++)	(+)	(++)	(+++)
09: Setting	<ul style="list-style-type: none"> monoprofessionell 	<ul style="list-style-type: none"> multi-/interprofessionell – im Ermessen der Dozierend. 	<ul style="list-style-type: none"> multi-/interprofessionell (ggf. in Kooperation) 	<ul style="list-style-type: none"> monoprofessionell 	<ul style="list-style-type: none"> multi-/interprofessionell – im Ermessen d. Dozierend. 	<ul style="list-style-type: none"> multi-/interprofessionell – vorgegeben
10: thematische Berücksichtigung	<ul style="list-style-type: none"> nicht intendiert 	<ul style="list-style-type: none"> IP kann Bestandteil sein – im Ermessen der Dozierend. 	<ul style="list-style-type: none"> mind. 1 Prüfung mit Handlungs- u./o. Fallbezug (z.B. ipOSCE-Prüf.) 	<ul style="list-style-type: none"> nicht intendiert möglich, bei Interesse der Studierenden 	<ul style="list-style-type: none"> IP kann Bestandteil sein – im Ermessen der Dozierenden 	<ul style="list-style-type: none"> mind. 1 Prüfung mit Handlungs- u./o. Fallbezug (z.B. ipOSCE-Prüf.)
IPE-GESAMT-BEWERTUNG:	(+)	(++)	(+++)	(+)	(++)	(+++)

Quelle: eig. Darstellung

6.1.4 Darstellung und Beschreibung der Typen

Die Entwicklung der Typologie fand vor dem Hintergrund der theoretischen Vorüberlegungen und des empirischen Materials statt. Daraus wurden sechs potenzielle Typen abgeleitet, die als idealtypische Konstruktion zu verstehen sind (vgl. Tippelt 2010: 116ff. sowie → [Kap. 5.3.4](#)). Abbildung 6-7 zeigt die Typologie in vereinfachter Form anhand von sechs farblich verschiedenen Säulen (= Gruppen). Jede dieser Säulen könnte potenziell ein Typ sein. Aufgrund des vorliegenden Materials wurden im Ergebnis vier empirisch begründete Typen identifiziert (Typ A – D), die somit als sogenannte „empirisch auftretende Realtypen“ (Tippelt 2010: 116) bezeichnet werden können.

Abbildung 6-7: vereinfachte Darstellung der Typologie



Quelle: eig. Darstellung

Bei der Typenbildung sind inhaltliche Sinnzusammenhänge zu analysieren. Dabei können im Prozess der Gruppierung Fälle zusammengefasst werden, die sich sehr ähnlich sind (vgl. Kelle & Kluge 2010: 102). Außerdem empfiehlt Kluge (1999) mit Verweis auf Barton & Lazarsfeld, die Anzahl der Typen überschaubar zu halten (vgl. ebd.: 100). Insofern wurden mehrere Fälle zu Gruppen zusammengefasst. Diese sind in Abbildung 6-7 als Säulen dargestellt. Für Typ A ist dabei die Gruppierung noch zu spezifizieren, denn dieser Typ besteht aus Fällen aus zwei Gruppen/Säulen, die aus zwei Gründen zusammengelegt wurden. Erstens zeigen die Fälle in beiden Gruppen/Säulen eine inhaltliche Nähe bei den Merkmalen 02 – 10. Lediglich beim Merkmal ‚Standort‘ (01) besteht eine große Unter-

scheidung. Zweitens führen methodische Gründe⁹⁹ zur Zusammenlegung zu einem gemeinsamen Typ. Ohne diese Zusammenlegung hätte es zwei Typen gegeben, die sich einerseits inhaltlich nur geringfügig unterscheiden und andererseits mit sehr kleinen Fallzahlen belegt wären. Außerdem wird damit gewährleistet, dass sich jeder Typ (A – D) aus mehreren Einzelfällen zusammensetzt sowie, dass sich die später angestrebte quantitative Vergleichbarkeit der Typen untereinander erhöht (methodische Gründe). Für die quantitative Vergleichbarkeit der vier Typen werden in jedem Fall Studierende zugeordnet, die an der Befragung (→ [Kap. 5.4.4.1](#)) teilgenommen haben. Dadurch sollen, im Rahmen der statistischen Auswertung, die Typen miteinander in Beziehung gesetzt werden. Die Zuordnung der Studierenden ist möglich, weil mit jedem Fall jeweils ein Interview verbunden ist und darüber die Studierenden den Hochschulen bzw. dem Interviewfall zugeordnet werden können. In den folgenden Abschnitten werden die vier empirisch begründeten Typen vorgestellt.

6.1.4.1 Typ A: Punktuelle Integration

In diesem Typ werden Studiengänge aus beiden Strukturen (entweder ‚1 Studiengang am Standort‘ oder ‚mindestens 2 Studiengänge am Standort‘) integriert. D. h. Studiengänge können enthalten sein, die am jeweiligen Standort nur mit einem Studiengang für Pflege- oder Therapieberufe (ET, LP oder PT) vertreten sind und sich auch kein weiterer Studiengang aus den GHB (z. B. Medizin) findet. Allerdings können an dem Standort weitere Studiengänge aus dem Bereich der Humandienstleistungen (HDL) vorhanden sein (z. B. Soziale Arbeit). Des Weiteren können in diesem Typ Studiengänge enthalten sein, die am jeweiligen Standort mit mindestens zwei Studiengängen aus den GHB (z. B. Pflege, Therapie, Medizin oder Notfallversorgung) verortet sind. Dabei ist mindestens ein Pflege- oder ein Therapiestudiengang (ET, LP, PT) vorhanden.

Studiengänge, die diesem Typ zugeordnet werden arbeiten mit Curricula, die vorrangig monoprofessionell ausgerichtet sind. Die thematische Berücksichtigung von interprofessionellen oder interdisziplinären Themen findet punktuell und überwiegend theoriebasiert in entsprechenden Lehrveranstaltungen, als theoriebasierte Instruktion statt, z. B. zum Thema interprofessionelle Schnittstellen oder Betrachtungen des interprofessionellen Versorgungssystems (Int. 10: Z 145–147; Z 174–179).

⁹⁹ Im quantitativen Forschungsteil sollen die Typen miteinander verglichen werden und die Studierenden, die an der Befragung teilgenommen haben, werden den Typen zugeordnet. Die Studierendenzahlen, die mit den Fällen in Verbindung gebracht werden, sind in allen drei Fällen sehr niedrig (Fall 10: n = 8; Fall 09: n = 7 und Fall 12: n = 3).

Die Studierenden sind hauptsächlich monoprofessionell zusammengesetzt. Vereinzelt findet eine Zusammensetzung mit Studierenden aus anderen Studiengängen der Humandienstleistung statt, beispielsweise im Rahmen von Lehrveranstaltungen zu gemeinsamen theoretischen Grundlagen, wie Wissenschaftliches Arbeiten. Insofern finden die Lehr-Lern-Arrangements in einem Studiengang dieses Typs fast ausschließlich innerhalb des eigenen Studiengangs statt und es gibt kaum methodisch-didaktisch intendierte Interaktionen mit anderen Studiengängen.

Am Lernort Praxis wird das Thema Interprofessionalität von Seiten der Studiengangsverantwortlichen nicht explizit berücksichtigt. Es kann thematisiert werden, wenn es von den Studierenden gewünscht wird. Reflexionen über interprofessionelle und/oder interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis finden punktuell innerhalb des eigenen Studiengangs statt.

Die Prüfungen sind in einem solchen Studiengang ausschließlich monoprofessionell konzipiert und eine thematische Berücksichtigung von Interprofessionalität in den Prüfungen ist bisher nicht vorgesehen.

Das Merkmal ‚Standort‘ spielte bei der Beschreibung der vorhandenen Konzepte zum Befragungszeitpunkt keine tragende Rolle. Die drei zugeordneten Fälle zeigen hinsichtlich der anderen Merkmale (02 – 10) große Ähnlichkeiten, sodass diese Fälle – wie bereits begründet – unabhängig von deren strukturellen Voraussetzungen zusammengelegt wurden. Insgesamt überwiegt bei diesem Typ das monoprofessionelle Setting. IPLL wird bisher eher punktuell und vorwiegend in theoretischen Veranstaltungen integriert. Es sind Ideen vorhanden, Interprofessionalität an verschiedenen Stellen noch stärker zu berücksichtigen, was folgende Zitate unterstreichen:

“Da werden genau diese interprofessionellen Schnittstellen, die vorher punktuell erarbeitet worden sind, noch mal zusammengeführt.” (Int. 10: Z 178–179)

„[...] gab es erstmal viele Entwicklungen, die auch einfacher dringender waren als IPE.“ (Int 9: 623–624)

„Da gibt es glaub ich viel Verbesserungspotenzial und das ist aber eigentlich was ich gut finde, weil [...] wir haben die Möglichkeit das jetzt zu verändern. Und hoffen auch damit entsprechend, mit den Personen [z. B. neu ausgeschriebene Professuren mit Schwerpunkt IPE, Anm. d. A.] sozusagen uns in eine Position zu bringen, dass wir das gut können.“ (Int. 9: 610–613)

“[...] was Interprofessionalität angeht [...] [ist] unser Ziel [...] eigentlich noch so die Semester dazwischen noch, dezidierter zu füllen, dass sich das so übers gesamte Studium hinweg stringenter durchzieht.” (Int. 12: Z: 693–696)

6.1.4.2 Typ B: Strategische Integration

Zu diesem Typ zählen Studiengänge, die an dem jeweiligen Standort nur mit einem Studiengang für Pflege- oder Therapieberufe (ET, LP oder PT) vertreten sind und sich auch kein weiterer Studiengang aus den Gesundheitsberufen (z. B. Medizin) findet. Es können jedoch weitere Studiengänge aus dem Bereich der Humandienstleistungen (HDL) vorhanden sein (z. B. Soziale Arbeit). Aufgrund dieser strukturellen Voraussetzung sind für interprofessionelle Lehr-Lern-Arrangements Kooperationen mit anderen, externen Bildungseinrichtungen (z. B. Hochschulen oder Berufsfachschulen) erforderlich. Mittels diesen strategischen und standortübergreifenden Kooperationen können interprofessionelle Lehr-Lern-Arrangements gestaltet werden, die Begegnungen und Interaktionen mit anderen GHB umfassen.

Das Curriculum ist überwiegend monoprofessionell ausgerichtet, enthält jedoch in Ansätzen IPE-Bausteine. Es finden sich in diesen Studiengängen Einzelinitiativen sowie zusätzliche oder fakultative Angebote, wie IPE-Projekte oder Tutorien mit dem Fokus auf Interprofessionalität. Interprofessionalität wird als Querschnittsthema an verschiedenen Schnittstellen in den Modulen mitgedacht.

In den Studiengängen finden sich bis zu drei Angebote/Projekte zum interprofessionellen Lernen. Diese werden gemeinsam mit standortinternen Studiengängen aus dem Bereich der HDL oder standortübergreifenden Studiengängen der GHB umgesetzt und weisen einen Bezug zur Praxis oder konkreten Anwendungen/Umsetzungen bezüglich Interprofessionalität auf. Es wird darauf abgezielt, dass sowohl ein nebeneinander wie ein mit-, von- und übereinander Lernen an gemeinsamen Gegenständen oder Themen stattfindet. Die interprofessionellen Interaktionen zwischen den Studierenden sind hinsichtlich der Intensität und Zeit als mittel einzuschätzen.

Am Lernort Praxis wird Interprofessionalität als Thema berücksichtigt und in Form von Arbeits- und/oder Beobachtungsaufträgen einbezogen. Es finden dazu regelmäßige Reflexionen innerhalb des eigenen Studiengangs in Begleitseminaren oder bei Reflexionstagen statt, die die erlebte und beobachtete interprofessionelle sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis thematisieren.

In Prüfungen kann – je nach Ermessen und Engagement der Dozierenden – Interprofessionalität thematisiert und dafür ein multi- oder interprofessionelles Setting gewählt werden.

Für diesen Typ ist besonders die kooperative Strategie hervorzuheben. Diese wird von den Studiengangsverantwortlichen aktiv initiiert und fokussiert, um Interprofessionalität auf

einem Niveau anzubieten, durch das Begegnungen und Interaktionen möglich sind und IPL in das Curriculum integriert werden kann. Die folgenden Zitate geben dafür einen Einblick:

„wir [arbeiten] gerade daran [...], dass wir noch Studiengänge in Hebammenwissenschaften und Ergotherapie [...] hier implementieren. [...]. Das heißt hier auch am Standort werden wir zunehmend interprofessionelle Möglichkeiten haben, Ergotherapie, Physiotherapie zusammenzubringen. [...]. Und von daher hoffen wir [...] diese Sachen auch in der Fakultät unserer Hochschule selber noch verstärkt implementieren zu können über die Kooperation mit den Gesundheitswissenschaftlern hinaus“ (Int. 1: Z 298–304).

„wenn nur Studierende der Ergotherapie, Physiotherapie und der Logopädie in einem Raum sitzen und dieselbe Lehrveranstaltung besuchen, entsteht daraus nicht zwangsläufig interprofessionelle Kompetenz.“ (Int. 1: Z 643–646)

„[...] haben wir jetzt als ein gemeinsames Thema auserkoren, indem wir jetzt sogar die Studierenden von der (Name einer Hochschule) und die Auszubildenden zum Notfallsanitäter der (Name einer Institution) zusammen unterrichten. [...] Und auch hier gemeinsam ein Austausch stattfindet, ganz konkret ein interprofessioneller Austausch, ja. Dass hier wirklich die beiden Gedanken richtig gut zusammengefügt werden können, dass man hier auch wirklich [...] nicht nur auf der Mikroebene bei den Tätigkeiten sich gegenseitig helfen kann, sondern dass hier auch viel, viel mehr sich eine Haltung prägt. Ein berufsübergreifendes Verständnis prägt, das gerade in diesen beiden Berufsgruppen nicht unbedingt das Beste ist.“ (Int. 6: Z 383–392)

6.1.4.3 Typ C: Partielle Integration

Studiengänge, die zu diesem Typ zählen, sind am jeweiligen Standort mit mindestens zwei Studiengängen aus den Gesundheitsberufen (z. B. Pflege, Therapie, Medizin oder Notfallversorgung) verortet. Davon ist mindestens ein Studiengang der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie oder Pflege vorhanden.

Das Curriculum ist überwiegend monoprofessionell ausgerichtet, enthält allerdings in Ansätzen IPE-Bausteine. Es finden sich in diesen Studiengängen Einzelinitiativen und/oder zusätzliche und/oder fakultative Angebote, wie Projekte oder Tutorien mit dem Fokus auf Interprofessionalität. Interprofessionalität wird als Querschnittsthema an verschiedenen Schnittstellen im Studienverlaufsplan sowie in den Modulen berücksichtigt.

Es finden bis zu drei Module oder Projekte zum interprofessionellen Lernen im Bereich der Theorie und Praxis – gemeinsam mit anderen GHB – statt. Darin findet ein nebeneinander sowie ein mit-, von- und übereinander Lernen an gemeinsamen Gegenständen/Themen oder in gemeinsamen studiengangsübergreifenden Projekten statt. Die interprofessio-

nellen Interaktionen zwischen den Studierenden sind hinsichtlich der Intensität und Zeit als mittel einzuschätzen.

Am Lernort Praxis wird Interprofessionalität als Thema berücksichtigt und anhand von Arbeits- und/oder Beobachtungsaufträgen einbezogen. Es finden dazu regelmäßige Reflexionen innerhalb des eigenen Studiengangs in Begleitseminaren oder bei Reflexionstagen statt, die die erlebte und beobachtete interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis fokussieren.

In Prüfungen kann – je nach Ermessen und Engagement der Dozierenden – Interprofessionalität thematisiert sowie dafür ein multi- oder interprofessionelles Setting gewählt werden.

In den Studiengängen dieses Typus wird interprofessionelles Lehren und Lernen partiell an verschiedenen Stellen integriert. Die Interviewten beschreiben die vorhandenen IPE-Konzepte mit einem differenzierten Verständnis und leiten davon Möglichkeiten für einen Ausbau oder eine Intensivierung der interprofessionellen Lehr-Lern-Arrangements ab. Die folgenden Zitate veranschaulichen das:

„Und aber letztlich ist es so von dem miteinander Arbeiten und miteinander Lernen also relativ wenig. Es gibt aber halt, wie gesagt, in allen Modulen auch immer wieder einzelne Themen, die dieses interprofessionelle Lehren und Lernen und Zusammenarbeiten aufgreifen. Aber dann halt eben, wie gesagt, ja nur unter sich.“ (Int. 2: Z 97–101).

„[...] ich finde das toll, dass man sich auf den Weg macht und überhaupt die Möglichkeit schafft, dass sich die jungen Studierenden damit auseinandersetzen. Dass man versucht wirklich auch immer wieder Themen anzubieten. Und dass trotz großer organisatorischer Herausforderungen [...]. Und also es gibt viel, was [...] sich auch schon zum Positiven verändert hat. Also wenn ich so jetzt so zurückblicke, merke ich, dass das Denken und das Miteinander schon anders geworden ist als am Anfang. Also, dieses stereotype Denken, was doch am Anfang, ja sehr noch präsent war [...] Das schwimmt mehr und mehr, und auch die jungen Leute erzählen auch auf den Stationen, also gerade so die jungen Mediziner [...] sind viel offener und lockerer als das noch so die alten Generationen sind. Und ich glaube, da ist schon, ist schon so manches Eis gebrochen, und es ist schon doch auch ein anderes Miteinander.“ (Int. 2: Z 528–540).

„Und Sie merken sicherlich im Interview, wir haben jede Menge noch was wir noch an Platz nach oben haben im Ausbau interprofessioneller Lehrmodule, weil wir ja im Moment tatsächlich noch relativ am Anfang stehen.“ (Int. 5: Z 18–20).

„[...] wir haben [...] unterschiedliche Abstufungen an Möglichkeiten. Ähm, es besteht [...] der Konsens, dass interprofessionelles Lernen heißt wir lernen gemeinsam, unterschiedliche Profession, unterschiedliche Berufsgruppen an und mit einem gemeinsamen Gegenstand und voneinander. Also es gibt bei uns Veranstaltungen, da lernt man nur

nebeneinander. [...] Also Veranstaltungen, bei denen sozusagen die Gesundheitsberufe zwar gleiche Inhalte, wie sozialwissenschaftliche, naturwissenschaftliche bekommen. Allerdings das nicht im Austausch miteinander bearbeiten. Es gibt aber auch Veranstaltungen, in denen Studierende wirklich in einer Gruppe miteinander im beruflichen Austausch lernen und berufliche Kompetenzen auch voneinander abgrenzen und Schnittstellen wahrnehmen im Austausch. [...] für uns sind das [...] interprofessionelle Lerneinheiten.” (Int. 5: Z 153–166).

6.1.4.4 Typ D: Systematische Integration

Dieser Typ bezieht sich auf Studiengänge, die am jeweiligen Standort mit mindestens zwei Studiengängen aus den Gesundheitsberufen (z. B. Pflege, Therapie, Medizin oder Notfallversorgung) vertreten sind. Dabei ist mindestens ein Studiengang der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie oder Pflege vorhanden.

Das Curriculum wird teilweise studiengangsübergreifend, d. h. mit anderen Studiengängen der GHB, umgesetzt. Interprofessionalität wird in Grundlagen-Modulen ebenso thematisiert wie in Modulen mit konkretem Anwendungsbezug. Demnach wird es auf verschiedenen Taxonomiestufen systematisch berücksichtigt.

Dabei wird in mindestens vier Modulen gemeinsam mit anderen GHB zusammengelernt und das sowohl in theorie- als auch in praxisbezogenen Modulen. Es wird – je nach Zielsetzung – nebeneinander sowie mit-, von- und übereinander gelernt. Einige Lehr-Lern-Arrangements basieren auf einer handlungsorientierten Didaktik, in denen z. B. fall- und/oder problembasierte Methoden zum Einsatz kommen, weshalb auch die Interaktionen hinsichtlich der Interprofessionalität intendiert sind.

Am Lernort Praxis wird Interprofessionalität als Thema berücksichtigt und in Form bestimmter Arbeitsaufträge integriert. Von Seiten des Studiengangs werden auch die Lernbegleiter:innen in der Praxis einbezogen und in Seminaren für Praxisanleiter:innen wird Interprofessionalität als Thema aufgegriffen. Mit den Studierenden finden regelmäßige Reflexionen über die erlebte und beobachtete interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis statt. Diese wird in Begleitseminaren oder bei Reflexionstagen, auch gemeinsam mit anderen Studiengängen der GHB, thematisiert.

Einzelne Prüfungen finden in einem multi- oder interprofessionellen Setting statt und mindestens eine Prüfung weist einen interprofessionellen Handlungs- und/oder Fallbezug auf (z. B. als interprofessionelle OSCE-Prüfung¹⁰⁰).

¹⁰⁰ OSCE = **O**bjective **S**tructured **C**linical **E**xamination bezeichnet eine standardisierte Prüfungsform, bei der Studierende definierte praktische Fertigkeiten vorzeigen.

Studiengänge dieses Typus haben interprofessionelles Lehren und Lernen an verschiedenen Stellen und auf verschiedenen Stufen integriert. Interprofessionalität wird bereits in verschiedenen Modulen sowohl inhaltlich als auch methodisch berücksichtigt und stellenweise mit entsprechend konzipierten Prüfungen ergänzt. Die Konzepte sind oft mehrjährig gewachsen und gleichzeitig zeigen sich Strukturen, z. B. bei Prüfungen und Praxiseinsätzen, die hinsichtlich der weiteren Potenziale für IPE zu prüfen sind.

„[...] wir brauchen überhaupt keine Diskussionen mehr führen [...]. Dass es notwendig ist, dass es eine Bereicherung ist, dass uns voranbringt, dass wir uns bemühen, dass wir es umsetzen wollen. Das ist keine Diskussion in unserem Studiengang. Diese Selbstverständlichkeit [...] finde ich prima.“ (Int. 3: Z 570–575)

“Es hat ja in der Zwischenzeit noch mal eine Reakkreditierung stattgefunden und damit auch, [...] eine Umstrukturierung [...] des kompletten IPE-Curriculums.“ (Int. 13: Z 24–26)

„Und da noch mal genau [...] zu gucken ist es tatsächlich interprofessionelles Lernen, [...] was wir natürlich auch definieren, arbeiten die an einem gemeinsamen Ziel, an gemeinsamen Inhalten?“ (Int. 7: Z 4–749)

„[...] ist es [...] den Lehrenden offengelassen, welche Prüfungsformen sie wählen und ob sie die interprofessionell wählen. [...] Das ist im Ermessen der Lehrenden. Das ist nicht fixiert.“ (Int. 3: Z 558–564).

“[...] war letztes Jahr die Prüfungsaufgabe, dass sie ein Poster entwickeln sollten in interprofessionell zusammengesetzten Kleingruppen. Und das auch präsentieren sollten in einer Postergalerie. Das war eine interprofessionelle Leistung.“ (Int 4: Z 420–422)

„Interprofessionalität „ist dann schon Bestandteil in der Abschlussprüfung in dem Modul, [...], wo das ja auch das explizite Thema ist. Da ist die Abschlussprüfung halt ein OSCE, [...]. Also da haben die eine Beratungskonstellation, die sie leisten müssen aktiv.“ (Int. 11: Z 835–839)

“[...] es gibt die Reflexion der Praxiseinsätze, ja. Aber das [Interprofessionalität, Anm. d. A.] wäre nur Thema, wenn es von den Studierenden kommt.“ (Int. 4: Z 447–448)

„[...] zum Beispiel Reflexionstage haben wir nicht gemeinsam. Die sind in jedem Studiengang extra. Was wir schon angefangen haben, es gibt ja diese Praktikumsaufgaben für den Praktikumsordner. Dass wir dort schon mal mit formuliert haben, dass das dort wie so eine Aufgabe zur interprofessionellen Zusammenarbeit zum Beispiel gestellt wird oder reflektiert wird. Weil das ist natürlich auch wieder einrichtungsabhängig. Und das sind wieder einfach auch Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen.“ (Int. 7: Z 501–507)

“[...] es ist schon so, [...] dass die einzelnen Studienbereiche das machen. Und wenn es jetzt um eine praktische Studienphase geht, [...] da muss man auch sagen das kommt

immer auf dem Praxispartner an. Man schon auch einmal, [...] bei den Physios mal mitlaufen soll, also hospitieren darf oder soll oder im Bereich der Ergotherapie. Das schon, aber es ist nicht so, dass es verpflichtend ist. Ja. Da muss man, glaube ich schon so ein bisschen realitätsnah drangehen. Und ich glaube, dass es nicht immer stattfindet. Es ist gewünscht, aber es ist nicht so fest integriert.” (Int. 13: Z 776–785)

6.1.5 Fallbewertung und Typisierung anhand der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte

Die Bewertung der 12 Interviewfälle zwecks Typisierung fand anhand der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte (vgl. Abbildung 6-6) statt. Für die Typologie wurden fünf Dimensionen mit insgesamt 10 Merkmalen identifiziert und operationalisiert. Für das erste Merkmal (Merkmal 01) *Standort* kann – je nach Anzahl der vor Ort vorhandenen gesundheitsbezogenen Studiengänge – zwischen den zwei nominalen Optionen ‚1 Studiengang am Standort‘ oder ‚mindestens 2 Studiengänge am Standort‘ gewählt werden. In Tabelle 6-4 wird dabei der Buchstabe A für ‚1 Studiengang am Standort‘ und der Buchstabe B für ‚mindestens 2 Studiengänge am Standort‘ verwendet.

Bei den weiteren neun Merkmalen (Merkmal 02 – 10) sind fallbezogene Einschätzungen anhand der 3-stufigen Ordinalskala *schwach*, *mittel* oder *hoch* abzugeben. Wenn im Interview bzw. der Fallzusammenfassung zu einem Punkt keine ausreichenden Hinweise gegeben wurden, fand keine Bewertung des Merkmals statt. Der Fall wurde hinsichtlich dieses Merkmals in der Typologie nicht verortet und solche Stellen wurden mit ‚keine Angabe‘ (k. A.) vermerkt (vgl. F 06).

Wie in → [Kap. 5.3.8.4](#) beschrieben, wurden bei den Bewertungen der Interviewfälle auch externe unabhängige Rater:innen einbezogen (*Kontrollratings*). Tabelle 6-4 zeigt als Übereinstimmungsmatrix die Bewertungen für 12 Fälle¹⁰¹ von insgesamt vier Rater:innen. Dabei wurde jeder Fall – anhand der Dimensionen und Merkmale der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte – zunächst von der Forscherin selbst bewertet. Dieses Primärrating (PR) ist in der oberen Zeile (Fettdruck) dargestellt. Zur Überprüfung und Absicherung der eigenen Bewertung wurden pro Fall drei weitere Bewertungen von Personen aus dem beruflichen Umfeld der Forscherin eingeholt. Diese Kontrollratings (KR) finden sich ebenfalls in Tabelle 6-4 unter den Abkürzungen KR 1 bis KR 3.

Es wurde für jedes Rating am Ende eine fallbezogene Gesamtwertung anhand des Modalwertes gebildet (siehe Spalte Gesamtbewertung in Tabelle 6-4). Demnach liegen für jeden Fall vier Bewertungen von vier verschiedenen Rater:innen vor. Aus diesen vier Bewertungen

¹⁰¹ Ein Interviewfall 08 wurde entfernt (→ [Kap. 5.2.2](#)).

wurde, ebenfalls über den Modus, eine abschließende Gesamtbewertung für den Fall vorgenommen. Mittels dieser Gesamtbewertung wird der jeweilige Fall der Typologie zugeordnet. Insgesamt konnten drei Fälle identifiziert werden, die *schwach*, vier Fälle, die *mittel* und fünf Fälle, die *hoch* eingeschätzt wurden (vgl. Tabelle 6-4). Zur Überprüfung, wie zuverlässig die Merkmale über die Fälle hinweg messen, wurde für alle 10 Merkmale Krippendorffs Alpha bestimmt. Dieser Wert bewegt sich zwischen 0.47 und 1.0. Für die Gesamtbewertungen beträgt Krippendorffs $\alpha = 0.76$ und ist damit als noch akzeptabel zu bewerten (vgl. Krippendorff 2018: 356f.). Da fehlende Werte, wie sie beispielsweise bei der Merkmalsausprägung mit ‚keine Angabe‘ vorkommen, bei Krippendorffs Alpha kein Problem darstellen, konnte dieser Reliabilitätskoeffizient berechnet werden (vgl. ebd. 2011: 1).

Die Bewertung und Einordnung des Merkmals *Standort* fiel absolut übereinstimmend mit Krippendorffs $\alpha = 1.00$ aus. Allerdings ist diese Zuordnung vergleichsweise einfach zu bestimmen (vgl. De Swert 2012: 5). Für die restlichen neun Merkmale (Merkmal 02 – 10) liegen die Werte zwischen 0.47 – 0.77 und sind nur bedingt akzeptabel, um vorläufige Schlussfolgerungen zu ziehen¹⁰² (vgl. Krippendorff 2018: 356f.). Drei Merkmale liegen mit ihrem Reliabilitätskoeffizienten von $\alpha = 0.66$ bis $\alpha = 0.63$ noch nah an der Grenze zum akzeptablen Wert von $\alpha = 0.67$. Zwei weitere Merkmale zeigen sehr niedrige Werte: Merkmal 02 – *Ausrichtung bei der curricularen Abbildung* mit einem Krippendorffs $\alpha = 0.53$ und Merkmal 08 – *Reflexion der IP/ID-Praxis* mit Krippendorffs $\alpha = 0.47$. Damit liegen diese Werte deutlich unter der Grenze von $\alpha \geq 0.67$ für akzeptable Werte (vgl. ebd.: 357). Trotz der beiden niedrigen Reliabilitätswerte, werden diese Merkmale in der Typologie beibehalten. Auf die möglichen Gründe der geringen Werte sowie die eingeschränkte Interpretation wird im Kapitel 7 im Rahmen der Ergebnisdiskussion und -interpretation eingegangen.

Wie bereits erwähnt, wurden vier empirisch begründete Typen identifiziert (→ [Kap. 6.1.4](#)). Von den 12 Interviewfällen werden insgesamt drei Fälle als schwach (Typ A), vier Fälle als mittel (Typ B und C) und fünf Fälle als hoch (Typ D) eingeschätzt. Die Bewertung geschah anhand der 10 Merkmale. Bei den Fällen mit mittlerer Ausprägung entscheidet das Merkmal 01 – *Standort* über die Zuordnung. Entweder zählt der Fall zu Typ B, wenn nur ein Pflege- oder Therapiestudiengang am Standort ist oder zu Typ C, wenn mindestens zwei Studiengänge aus den GHB am Standort sind. In Tabelle 6-3 ist die Zuordnung zu den vier Typen in einer Übersicht dargestellt.

¹⁰² Reliabilitätswerte zwischen $\alpha = 0.67$ bis $\alpha = 0.80$ sollten nur für vorläufige Schlussfolgerungen verwendet werden. Werte von $\alpha \geq 0.80$ gelten als gut und verlässlich (vgl. Krippendorff 2018: 356f.).

Tabelle 6-3: Übersicht Typenzuordnung

Typ	Gesamtanzahl Fälle	Fallnummer
Typ A: Punktuelle Integration	3	F 09, F 10, F 12
Typ B: Strategische Integration	2	F 01, F 06
Typ C: Partielle Integration	2	F 02, F 05
Typ D: Systematische Integration	5	F 03, F 04, F 07, F 11, F 13

Quelle: eig. Darstellung

Tabelle 6-4: Übereinstimmungsmatrix der Fallbewertungen

Fall-Nr	Rating	Merkmale →										Gesamtbewertung		
		01: Star	02: Ausrichtu	03: Thematis	04: Zusamr	05: Lehr-Le	06: Interakt	07: themati	08: Reflexio	09: Setting	10: Berücks			
1	PR	A	mittel	mittel	mittel	hoch	hoch	hoch	mittel	(+) mittel	mittel	mittel	mittel	mittel
	KR1	A	mittel	mittel	mittel	hoch	(-) hoch	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel
	KR2	A	mittel	mittel	mittel	hoch	hoch	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel
	KR3	A	mittel	mittel	mittel	hoch	hoch	hoch	schwach	schwach	mittel	mittel	mittel	mittel
2	PR	B	mittel	schwach	mittel	mittel	mittel	schwach	mittel	schwach	schwach	mittel	mittel	mittel
	KR1	B	(+) schwach	schwach	(-) mittel	mittel	mittel	mittel	schwach	schwach	schwach	mittel	(-) mittel	mittel
	KR2	B	mittel	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	k.A.	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach
	KR3	B	hoch	hoch	(+) mittel	hoch	hoch	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	mittel	mittel
3	PR	B	hoch	hoch	mittel	hoch	hoch	k.A.	hoch	mittel	mittel	hoch	hoch	hoch
	KR1	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	schwach	hoch	(+) mittel	(-) schwach	hoch	hoch	hoch
	KR2	B	mittel	hoch	mittel	hoch	hoch	schwach	mittel	(+) mittel	mittel	(+) mittel	hoch	hoch
	KR3	B	hoch	(-) hoch	(-) hoch	(-) hoch	(-) hoch	k.A.	hoch	mittel	mittel	(-) hoch	hoch	hoch
4	PR	B	hoch	hoch	hoch	(-) hoch	hoch	schwach	schwach	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch
	KR1	B	mittel	(-) hoch	(-) hoch	(-) hoch	mittel	schwach	k.A.	(-) hoch	(-) hoch	(-) hoch	hoch	hoch
	KR2	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	schwach	schwach	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch
	KR3	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	schwach	schwach	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch
5	PR	B	mittel	schwach	mittel	mittel	mittel	mittel	schwach	hoch	mittel	mittel	mittel	mittel
	KR1	B	mittel	mittel	schwach	hoch	mittel	mittel	schwach	hoch	hoch	mittel	mittel	mittel
	KR2	B	mittel	schwach	schwach	mittel	mittel	mittel	k.A. schwach	mittel	(k.A.) mittel	mittel	mittel	mittel
	KR3	B	schwach	schwach	schwach	mittel	schwach	mittel	schwach	mittel	mittel	schwach	schwach	schwach
6	PR	A	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	k.A.	schwach	mittel	mittel	mittel	mittel
	KR1	A	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	schwach	k.A.	(+) schwach	mittel	mittel	mittel	mittel
	KR2	A	mittel	mittel	mittel	schwach	mittel	schwach	k.A.	schwach	mittel	mittel	mittel	mittel
	KR3	A	mittel	schwach	mittel	mittel	schwach	mittel	k.A.	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel
7	PR	B	hoch	hoch	hoch	hoch	mittel	mittel	mittel	hoch	(+) mittel	hoch	hoch	hoch
	KR1	B	hoch	hoch	hoch	hoch	(+) mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	(+) mittel	hoch	hoch
	KR2	B	hoch	hoch	mittel	hoch	hoch	schwach	schwach	(-) hoch	mittel	hoch	hoch	hoch
	KR3	B	(-) hoch	hoch	(-) hoch	hoch	hoch	schwach	k.A.	mittel	mittel	(-) hoch	hoch	hoch
9	PR	B	mittel	schwach	schwach	mittel	schwach	schwach	mittel	mittel	schwach	schwach	schwach	schwach
	KR1	B	mittel	schwach	schwach	mittel	schwach	mittel	mittel	schwach	mittel	mittel	mittel	mittel
	KR2	B	schwach	schwach	schwach	mittel	mittel	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach
	KR3	B	mittel	schwach	(-) mittel	schwach	schwach	schwach	schwach	mittel	(+) schwach	schwach	schwach	schwach
10	PR	A	mittel	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	mittel	schwach	schwach	schwach
	KR1	A	(++) schwach	(+) schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach	mittel	schwach	schwach	schwach
	KR2	A	mittel	mittel	(+) schwach	(+) schwach	(+) schwach	schwach	k.A.	mittel	mittel	(+) schwach	schwach	schwach
	KR3	A	mittel	schwach	mittel	schwach	schwach	schwach	mittel	mittel	schwach	schwach	schwach	schwach
11	PR	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	mittel	schwach	hoch	hoch	hoch	hoch
	KR1	B	mittel	mittel	(-) hoch	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	(-) hoch	mittel	hoch	hoch
	KR2	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	mittel	schwach	hoch	hoch	hoch	hoch
	KR3	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	mittel	schwach	hoch	hoch	hoch	hoch
12	PR	B	mittel	schwach	schwach	schwach	mittel	mittel	mittel	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach
	KR1	B	mittel	schwach	schwach	schwach	mittel	mittel	mittel	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach
	KR2	B	(-) hoch	(-) mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	mittel	schwach	schwach	mittel	mittel	mittel
	KR3	B	mittel	schwach	schwach	schwach	(+) schwach	mittel	mittel	schwach	schwach	schwach	schwach	schwach
13	PR	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	mittel	k.A.	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch
	KR1	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	schwach	k.A.	mittel	hoch	hoch	hoch	hoch
	KR2	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	schwach	schwach	mittel	hoch	hoch	hoch	hoch
	KR3	B	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	schwach	mittel	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch
	K-alpha		1.0	0.530	0.766	0.766	0.757	0.659	0.629	0.471	0.641	0.775	0.763	

Anmerkungen:

In Tabelle 6-4 sind alle Kontrollbewertungen (KR1 bis KR3), die von der Primärbewertung (PR) abweichen, farbig hervorgehoben. In Feldern, die blau hervorgehoben sind, weicht die Bewertung – immer ausgehend von dem Primärrating – nach unten und in Feldern, die grün hervorgehoben sind, nach oben ab. Bewertungen, die kursiv gesetzt sind, zeigen an, dass es im Verlauf der Fallbewertung Änderungen bzw. Anpassungen gegeben hat (Phasen 1 oder 3 – 6, vgl. Tabelle 5-9). In den kursiv gesetzten Feldern sind vor den Bewertungen verschiedene Zeichen (+ | ++ | – | -- | k.A.) angegeben. Diese zeigen die Richtung der Veränderungen an. Die Richtung wird gemessen von „schwach“ über „mittel“ zu „hoch“ oder der Option „keine Angabe“. Ein (+) zeigt an, dass die vorherige Bewertung um einen Wert höher oder bei einem (–) um einen Wert niedriger war. Zwei Vorzeichen geben an, dass die vorherige Bewertung zwei Werte höher oder niedriger war. Der Hinweis (k. A.) verdeutlicht, dass als vorherige Einschätzung „keine Angabe“ gewählt wurde.

Quelle: eig. Darstellung (Stand: 29.09.2021)

6.2 Quantitative Erhebung – Befragung der Studierenden

Der folgende quantitative Ergebnisteil wird in einer Dreiteilung präsentiert: Eingangs die Ergebnisse der Studierendenbefragung, gefolgt von den Ergebnissen der Berufseinsteiger:innenbefragung und schließlich werden Ergebnisse der kombinierten Datensätzen von beiden Zielgruppen dargelegt. Das Kapitel endet mit einer Zusammenführung und Betrachtung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse.

6.2.1 Stichprobe und Datenbereinigung

Die Online-Umfrage wurde 264-mal geöffnet. Davon haben 11 Personen die Umfrage direkt und fünf Personen unmittelbar nach der Einverständniserklärung¹⁰³ beendet. 248 Personen haben die Umfrage begonnen. Gemessen an der Grundgesamtheit (N = 988, → [Kap. 5.4.4.1](#)) beträgt die Rücklaufquote 25.1 % bei einer Bruttostichprobe von n = 248.

In der nachfolgenden Tabelle 6-5 ist erkennbar, dass auf Fallebene (n = 248) zwei Drittel der Fälle fehlende Werte aufweisen. Um Informationen zu den Gründen dafür zu erhalten, wurde der Datensatz einer genaueren Prüfung unterzogen (vgl. Döring & Bortz 2016: 385; Lück & Landrock 2014: 402).

Von den 248 Fällen haben 15 Personen die Befragung nach dem Frageblock 1 abgebrochen (Schwerpunkt: soziodemografische Angaben und Vorerfahrung hinsichtlich Ausbildung/Studium; insgesamt fünf Fragen). Da der Fokus der Befragung auf dem 2. Frageblock – der Skala zur Messung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS-21-D) – liegt und bei diesen 15 Fällen keine Angaben dazu vorliegen, sind diese bei der weiteren Auswertung nicht berücksichtigt worden. Demnach liegen bei 233 Fällen Angaben zum ISVS-21-D vor, allerdings mit einem partiellen Antwortausfall (*item-nonresponse*), da nicht in allen Fällen die Umfrage vollständig beantwortet wurde bzw. gültige Antworten vorliegen (vgl. Engel & Schmidt 2014: 341).

Wie in → [Kap. 5.4.3](#) beschrieben, wurde für die Auswertung der ISVS-21-D von der Forscherin eine Akzeptanz für fehlende Werte (*missing values*) von bis zu einem Drittel festgelegt. Demnach muss für mindestens zwei Drittel aller ISVS-Items (14 von 21 Items) eine statistisch gültige Bewertung vorliegen. Auch wenn die Akzeptanzquote von 33.3 % durchaus als hoch einzuschätzen ist (vgl. Schnell et al. 2018: 427), führten folgende Gründe zu dieser Quote. Einerseits zeigt die Analyse der fehlenden Werte bei der vorliegenden Stichprobe, dass im

¹⁰³ Es ist möglich, dass eine Person mehrfach die Umfrage geöffnet hat. Beispielsweise, wenn sie sich zunächst einen ersten Eindruck verschafft und dann zu einem späteren Zeitpunkt die Umfrage erneut geöffnet hat, um daran teilzunehmen. Aus Datenschutzgründen wurden weitere Angaben, wie z. B. IP-Adresse, die hier ggf. Aufschluss geben, nicht erfasst.

ISVS-21-D allein sechs Items als MNAR-Werte (*missing not at random*) eingeschätzt werden können, bei denen es inhaltlich nachvollziehbar erscheint, dass diese Fragen für Studierende (noch) nicht einfach zu beantworten sind, sodass allein aus diesem Grund fehlende Werte erwartbar bzw. zu erklären sind (vgl. Little & Rubin 2020: XI; Sedlmeier & Renkewitz 2018: 907f.).

Gemessen an dieser Vorgabe liegen aufgrund von Umfrageabbrüchen [Label 998] im Laufe des 2. Frageblocks (ISVS-21-D) in sieben Fällen weniger als zwei Drittel gültiger Angaben zur ISVS-21-D vor. In vier weiteren Fällen (221_12; 221_26; 211_35 sowie 011_04) liegen keine ausreichenden Angaben zur ISVS-21-D vor, d. h. bei mehr als sieben Items wurde die Antwortoption ‚keine Angabe‘ [Label 997] gewählt, weshalb diese bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten. Aufgrund der festgelegten Quote für fehlende Werte von maximal 33.33 % lagen in diesen 11 Fällen nicht ausreichend verwertbare Daten vor, sodass die jeweiligen Datensätze für weitere Berechnungen ausgeschlossen wurden.

Bei genauer Betrachtung des Datensatzes wird außerdem ersichtlich, dass für insgesamt 22 Variablen die Daten unvollständig sind. Die Prüfung des Datensatzes zeigt, dass es sich dabei um alle 21 Variablen des ISVS sowie in einem Fall um die Variable ‚Semester‘ handelt (vgl. Tabelle 6-5). Für die Variable ‚Semester‘ konnte die Angabe nachkorrigiert werden, da der Forscherin das Semester der Person bekannt war.¹⁰⁴ Die Variablen zu den soziodemografischen Daten sowie zur Vorerfahrung zeigen nach der Datenbereinigung ausschließlich gültige Werte. Die Variablen der ISVS-21-D konnten durch die Datenbereinigung auf maximal 7.7 % fehlende Werte reduziert werden (Item Nr. 06). Bei genauer Betrachtung der Items der ISVS-21-D zeigt sich an vier Stellen eine Häufung von fehlenden Werten (Item 01, 06, 10, 20). Tabelle 6-5 zeigt die prozentuale Verteilung der fehlenden Werte für alle Variablen sowohl vor als auch nach der Datenbereinigung (n = 248 vs. n = 222).

Insgesamt stand nach der Datenbereinigung eine Nettostichprobe von 222 Datensätzen für die Auswertung zur Verfügung. Die Ausschöpfungsrate beträgt 89.52 %, gemessen an der Bruttostichprobe von n = 248 (vgl. Porst 1996: 4f.; Schnell et al. 2018: 288f.).

¹⁰⁴ Für die Online-Befragung wurden insgesamt 25 Umfrage-Gruppen erstellt, anhand derer die Verfasserin mittels einer Zuordnungstabelle Hochschule und Semester der jeweiligen Gruppe zurückverfolgen kann (vgl. z. B. Tabelle 5-12).

Tabelle 6-5: Darstellung der fehlenden Werte innerhalb der Studierendenbefragung (vor- und nach der Datenbereinigung, Brutto- und Nettostichprobe)

Items ↓	n = 248				n = 222			
	Gültige Werte (%)	Keine Angabe (%)	Fehlende Angabe (%)	Gesamt fehl. Werte (%)	Gültige Werte (%)	Keine Angabe (%) (Label 997)	Fehlende Angabe (%) (Label 998)	Gesamt fehl. Werte (%)
Alter	100.0	-	-	-	100.0	-	-	-
Studienrichtung	100.0	-	-	-	100.0	-	-	-
Semester	99.6	-	0.4	0.4	100.0	-	-	-
Ausbildung_GH	100.0	-	-	-	100.0	-	-	-
Ausbildung_and. Bereich	100.0	-	-	-	100.0	-	-	-
Studium_GH	100.0	-	-	-	100.0	-	-	-
Studium_and. Bereich	100.0	-	-	-	100.0	-	-	-
ISVS-21-D								
01) ... bin ich mir meiner vorgefassten Meinungen bewusst, wenn ich zu einer Diskussion im Team dazu stoße	87.1	6.85	6.05	12.9	92.79	7.21	-	7.21
02) ... verstehe ich den Sinn besser, eine einheitliche Sprache unter allen Gesundheitsfachpersonen in einem Team anzuwenden	91.53	2.42	6.05	8.47	97.75	2.25	-	2.25
03) ... habe ich ein klareres Verständnis für meine eigene Rolle in einem Team gewonnen	91.53	2.42	6.05	8.47	98.2	1.8	-	1.8
04) ... bin ich in der Lage in einer Teamdiskussion Ideen zu teilen und auszutauschen	91.13	1.21	7.66	8.87	99.1	0.9	-	0.9
05) ... habe ich mich verstärkt als Person wahrgenommen, die sich in der interprofessionellen Praxis einsetzt	88.71	3.63	7.66	11.29	96.85	3.15	-	3.15
06) ... fühle ich mich in einer leitenden Rolle in einer Teamsituation wohl	83.87	8.47	7.66	16.13	92.34	7.66	-	7.66
07) ... fühle ich mich wohl dabei, meinen Standpunkt zu äußern, wenn andere nicht im besten Interesse des Klienten handeln	87.9	4.03	8.06	12.1	97.3	2.7	-	2.7
08) ... fühle ich mich wohl dabei, meine berufliche Rolle einem anderen Teammitglied zu beschreiben	88.71	3.23	8.06	11.29	97.75	2.25	-	2.25
09) ... schätze ich noch mehr den Wert, Forschungsergebnisse mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen im Team auszutauschen	89.11	2.82	8.06	10.89	97.75	2.25	-	2.25
10) ... bin ich besser in der Lage, offen in einem Team zu verhandeln	85.99	6.05	8.06	14.11	94.59	5.41	-	5.41
11) ... habe ich ein tieferes Verständnis über die Rollen der anderen Professionen in einem Team	90.73	1.21	8.06	9.27	100.0	-	-	-
12) ... fühle ich mich wohl, mich auf die gemeinsame Entscheidungsfindung mit Klienten einzulassen	89.11	2.82	8.06	10.89	98.65	1.35	-	1.35
13) ... fühle ich mich wohl darin, die mir übertragene Verantwortung in einem Team anzunehmen	89.11	2.02	8.87	10.89	99.1	0.9	-	0.9
14) ... habe ich ein besseres Verständnis für das Einbeziehen von Klienten in Entscheidungsfindungen bezüglich ihrer Behandlung	88.71	2.42	8.87	11.29	98.2	1.8	-	1.8
15) ... fühle ich mich wohl dabei, falsche Vorstellungen bezüglich der Rolle von Fachpersonen meines Berufes anderen Teammitgliedern gegenüber richtig zu stellen	88.31	2.82	8.87	11.69	98.2	1.8	-	1.8
16) ... sehe ich den Sinn eines Team-Ansatzes besser	88.71	1.61	9.68	11.29	97.75	1.35	0.9	2.25
17) ... fühle ich mich in der Lage, als vollwertiges Mitglied eines Teams zu handeln	89.11	1.21	9.68	10.89	99.1	-	0.9	1,8
18) ... fühle ich mich wohl, Diskussionen über das Teilen der Verantwortung bezüglich der Versorgung der Klienten anzustoßen	86.69	3.63	9.68	13.31	96.4	2.7	0.9	3.6

19) ... fühle ich mich wohl, Entscheidungen mit anderen Fachpersonen in einem Team gemeinsam zu treffen	88.31	2.02	9.68	11.69	98.2	0.9	0.9	1.8
20) ... habe ich realistischere Erwartungen an andere Fachpersonen in einem Team	85.08	5.24	9.68	14.92	95.05	4.05	0.9	4.95
21) ... habe ich den Sinn bezüglich der Vorteile interprofessioneller Teamarbeit erkannt	89.52	0.81	9.68	10.48	99.1	-	0.9	0.9

Quelle: eig. Darstellung

6.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Nach der Datenbereinigung lag ein Datensatz von $n = 222$ vor, auf den sich die folgende Deskription bezieht. Die statistische Auswertung der Studierendenbefragung wurde mit SPSS Statistics Version 26 (2019) begonnen und mit Version 27 (2020) fortgesetzt.

Alter:

Für die Altersverteilung konnte zwischen sechs Gruppen ausgewählt werden (,unter 20 Jahre', ,zwischen 20 – 29 Jahre', ,30 – 39 Jahre', ,40 – 49 Jahre', ,50 – 59 Jahre' und ,über 60 Jahre'). Die größte Gruppe der teilnehmenden Studierenden (87.39 %) ist im Alter zwischen 20 – 29 Jahren. Weitere 5.41 % sind unter 20 Jahren und 4.95 % in der Spanne zwischen 30 – 39 Jahren. Damit sind 97.75 % der Stichprobe maximal 39 Jahre und nur 2.25 % verteilen sich auf die obere Altersspanne zwischen 40 – 59 Jahren.

Studienrichtung:

Zur Umfrage eingeladen wurden Studierende aus den drei therapeutischen Studienrichtungen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) sowie der Studienrichtung Pflege. Davon absolvierten 58.11 % einen Studiengang für Physiotherapie, 16.22 % für Pflege, 14.41 % für Logopädie und 11.26 % für Ergotherapie (vgl. Tabelle 6-9).

Semester/Zeitpunkt im Studium:

In die Erhebung eingeschlossen wurden Kohorten, die sich in der Mitte und am Ende ihres Studiums befinden. Das Sample setzt sich zusammen aus dem 4. Semester (29.28 %), dem 5. Semester (30.18 %) sowie dem 7. Semester (35.59 %) und 8. Semester (4.95 %). Wie unter Zielsetzung (→ [Kap. 5.4.4.1](#)) beschrieben, wird das 4. und 5. Semester zur Gruppe ,Studierende Mitte' zusammengefasst und bilden zusammen 59.46 %. Das 7. und 8. Semester wird zur Gruppe ,Studierende Ende' zusammengefasst und diese Gruppe bildet 40.54 % des Samples (vgl. Tabelle 6-6).¹⁰⁵

¹⁰⁵ Bei der Verteilung der Semester ist auf zwei Ausnahmefälle hinzuweisen. Bei einem Studiengang wurde die Einladung zur Umfrage von der vermittelnden Person versehentlich auch an das 6. Semester verschickt. Aus dieser Kohorte hat sich eine Person an der Umfrage beteiligt (ID 04-2_75). Da es sich um einen Einzelfall handelt und der Teilnahmezeitpunkt (10.07.2020) in das Ende des Sommersemesters fällt, wurde dieser Datensatz in der weiteren Auswertung zur Gruppe 7. Semester hinzugenommen. Bei einem anderen Studien-

Tabelle 6-6: Semesterverteilung bei den Studierenden

Verteilung über die Semester/Zeitraum des Studiums						
	Häufigkeit	Prozent			Häufigkeit	Prozent
4. Semester	65	29.28	}	Studierende Mitte	132	59.46
5. Semester	67	30.18				
7. Semester	79	35.59	}	Studierende Ende	90	40.54
8. Semester	11	4.95				
Gesamt	222	100.0			222	100.0

Quelle: eig. Darstellung

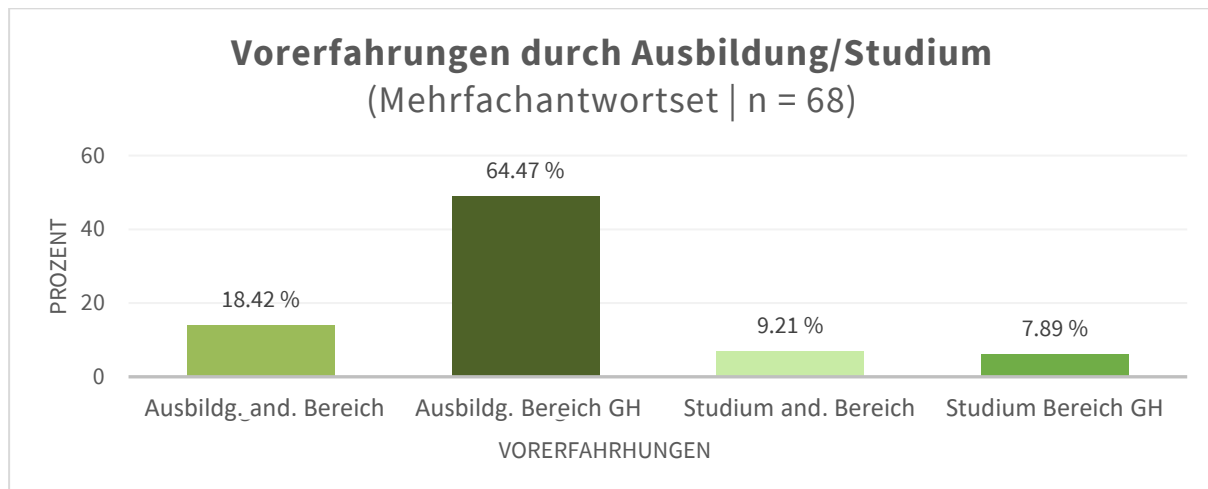
Vorerfahrungen:

Hier wurde erfragt, ob es Vorerfahrungen in Form einer abgeschlossenen Ausbildung und/oder eines abgeschlossenen Studiums gibt (Mehrfachantworten möglich). Für die Vorerfahrungen konnten zwei Bereiche ausgewählt werden: ‚Bereich Gesundheitswesen‘ und ‚anderer Bereich‘. Mit knapp 70 % gab der größere Teil an (69.37 %, n = 154) im Vorfeld keine andere Berufsausbildung oder kein anderes Studium absolviert zu haben. 68 Personen (30.63 %) haben derartige Vorerfahrungen gesammelt. Von diesen 68 Personen haben 82.89 % eine Ausbildung abgeschlossen (49 Personen davon im Bereich des Gesundheitswesens (64.47 %) und 14 Personen in einem anderen Bereich (18.42 %)). Über ein abgeschlossenes Studium verfügen bereits 17.1 % (sechs Personen studierten davon im Bereich des Gesundheitswesens (7.89 %) und sieben Personen in einem anderen Bereich (9.21 %)) (vgl. Abbildung 6-8). In Tabelle 6-9 finden sich ebenfalls Angaben zu den Vorerfahrungen des Studierenden-Samples. Allerdings werden die Vorerfahrungen nur in die beiden Bereiche *Gesundheit* (GH-Bereich) und *anderer Bereich* (and. B.) unterteilt und dabei nicht mehr unterschieden, ob es sich um eine Ausbildung oder ein Studium handelt.¹⁰⁶

gang wurde die Einladung zur Umfrage von der vermittelnden Person, wie vereinbart, an das 8. Semester verschickt. In dieser Kohorte gab eine Person an, im 10. Semester zu studieren (ID 08_06). Da dieser Studiengang 8 Fachsemester umfasst, ist zu vermuten, dass sich die Angabe der Person auf die absolvierten Hochschulsemester bezieht. Hier wurde entschieden, diesen Datensatz bei der weiteren Auswertung in der Gruppe der 8. Semester zu belassen und sich an den Fachsemestern zu orientieren. Diese beiden Ausnahmefälle (6. und 10. Semester) sind in der Tabelle entsprechend berücksichtigt.

¹⁰⁶ Wenn eine Person Nennungen in beiden Bereichen (*Gesundheit* und *anderer Bereich*) angegeben hat, wie z. B. *abgeschlossene Ausbildung im Bereich Gesundheit* und *abgeschlossenes Studium in einem anderen Bereich*, wurde die Person in dieser Darstellung ausschließlich der Gruppe *Gesundheit* zugeordnet. D. h. die Nennungen im Gesundheitsbereich wurden stärker gewichtet und waren dominant.

Abbildung 6-8: Vorerfahrungen durch abgeschlossene Ausbildung und/oder Studium bei den Studierenden (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: eig. Darstellung

6.2.3 Statistische Auswertung

Die Verwendung der deutschen Version der ISVS-21 bei der unabhängigen Studierenden-Stichprobe ($n = 222$) zeigte eine sehr gute interne Konsistenz mit Cronbachs Alpha von $\alpha = .92$. Es wurde der Mittelwert der gültigen Items über alle 21 Antwortoptionen hinweg berechnet ($M = 5.46$, $SD = 0.67$). Dabei wurde für die Angaben zur ISVS-21-D eine Akzeptanz für fehlende Werte von bis zu einem Drittel festgelegt ([→ Kap. 5.4.3](#)).

6.2.3.1 Mittelwertvergleiche ISVS-21-D

Tabelle 6-7 zeigt die Ergebnisse der Mittelwertberechnungen für die 21 Items aus der ISVS. In der mittleren (grau hinterlegten) Spalte werden die Mittelwerte als Gesamtergebnis für alle studentischen Studienteilnehmer:innen dargestellt. Die Spanne der Mittelwerte über alle 21 Items erstreckt sich bei dem Studierenden-Sample von 4.24 bis 6.41. In Tabelle 6-8 zeigen die ersten drei Items die höchsten Werte und die unteren drei Items die geringsten Werte.

Tabelle 6-7: Vergleich der Mittelwerte der ISVS-21-D – Studierende (n = 222)

Items ISVS-21-D	Gesamt (n = 222)			Mitte (4. – 5.Sem.) (n = 132)			Ende (7. – 8.Sem.) (n = 90)		
	n	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
01... bin ich mir meiner vorgefassten Meinungen bewusst, wenn ich zu einer Diskussion im Team dazustoße	206	4.91	0.95	119	4.83	0.97	87	5.01	0.92
02... verstehe ich den Sinn besser, eine einheitliche Sprache unter allen Gesundheitsfachpersonen in einem Team anzuwenden	217	6.07	0.89	128	6.10	0.81	89	6.02	0.99
03... habe ich ein klareres Verständnis für meine eigene Rolle in einem Team gewonnen	218	5.44	1.12	128	5.31	1.14	90	5.63	1.05
04... bin ich in der Lage in einer Teamdiskussion Ideen zu teilen und auszutauschen	220	5.52	1.09	130	5.30	1.08	90	5.84	1.03
05... habe ich mich verstärkt als Person wahrgenommen, die sich in der interprofessionellen Praxis einsetzt	215	4.99	1.31	125	4.76	1.27	90	5.31	1.30
06... fühle ich mich in einer leitenden Rolle in einer Teamsituation wohl	205	4.24	1.63	119	4.00	1.65	86	4.57	1.55
07... fühle ich mich wohl dabei, meinen Standpunkt zu äußern, wenn andere nicht im besten Interesse des Klienten handeln	216	5.12	1.24	128	4.98	1.22	88	5.32	1.26
08... fühle ich mich wohl dabei, meine berufliche Rolle einem anderen Teammitglied zu beschreiben	217	5.43	1.10	127	5.34	1.10	90	5.56	1.10
09... schätze ich noch mehr den Wert, Forschungsergebnisse mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen im Team auszutauschen	217	5.59	1.25	129	5.39	1.26	88	5.88	1.19
10... bin ich besser in der Lage, offen in einem Team zu verhandeln	210	4.90	1.21	122	4.77	1.16	88	5.07	1.25
11... habe ich ein tieferes Verständnis über die Rollen der anderen Professionen in einem Team	222	5.46	1.15	132	5.40	1.15	90	5.56	1.14
12... fühle ich mich wohl, mich auf die gemeinsame Entscheidungsfindung mit Klienten einzulassen	219	5.94	0.89	129	5.91	0.87	90	5.98	0.91
13... fühle ich mich wohl darin, die mir übertragene Verantwortung in einem Team anzunehmen	220	5.39	1.08	130	5.23	1.08	90	5.62	1.05
14... habe ich ein besseres Verständnis für das Einbeziehen von Klienten in Entscheidungsfindungen bzgl. ihrer Behandlung	218	5.84	1.05	131	5.76	1.11	87	5.97	0.95
15... fühle ich mich wohl dabei, falsche Vorstellungen bezüglich der Rolle von Fachpersonen meines Berufes anderen Teammitgliedern gegenüber richtig zu stellen	218	5.20	1.38	128	5.02	1.42	90	5.46	1.28
16... sehe ich den Sinn eines Team-Ansatzes besser	217	6.14	0.92	130	5.96	0.95	87	6.41	0.80
17... fühle ich mich in der Lage, als vollwertiges Mitglied eines Teams zu handeln	220	5.57	1.16	131	5.38	1.24	89	5.84	0.99
18... fühle ich mich wohl, Diskussionen über das Teilen der Verantwortung bezüglich der Versorgung der Klienten anzustoßen	214	5.12	1.24	126	4.95	1.30	88	5.36	1.13
19... fühle ich mich wohl, Entscheidungen mit anderen Fachpersonen in einem Team gemeinsam zu treffen	218	5.90	0.97	129	5.84	0.93	89	5.99	1.04
20... habe ich realistischere Erwartungen an andere Fachpersonen in einem Team	211	5.47	0.95	123	5.44	0.97	88	5.52	0.92
21... habe ich den Sinn bezüglich der Vorteile interprofessioneller Teamarbeit erkannt	220	6.41	0.83	131	6.31	0.86	89	6.56	0.75
Gesamt	222	5.46	0.67	132	5.34	0.64	90	5.65	0.68

Quelle: eig. Darstellung

Tabelle 6-8: Items aus der ISVS mit höchsten und niedrigsten Mittelwerten

Nr.	Inhalt des Items	M
21	... habe ich den Sinn bezüglich der Vorteile interprofessioneller Teamarbeit erkannt	6.41
16	... sehe ich den Sinn eines Team-Ansatzes besser	6.14
02	... verstehe ich den Sinn besser, eine einheitliche Sprache unter allen Gesundheitsfachpersonen in einem Team anzuwenden	6.07
06	... fühle ich mich in einer leitenden Rolle in einer Teamsituation wohl	4.24
01	... bin ich mir meiner vorgefassten Meinungen bewusst, wenn ich zu einer Diskussion im Team dazustoße	4.91
10	... bin ich besser in der Lage, offen in einem Team zu verhandeln	4.90

Quelle: eig. Darstellung

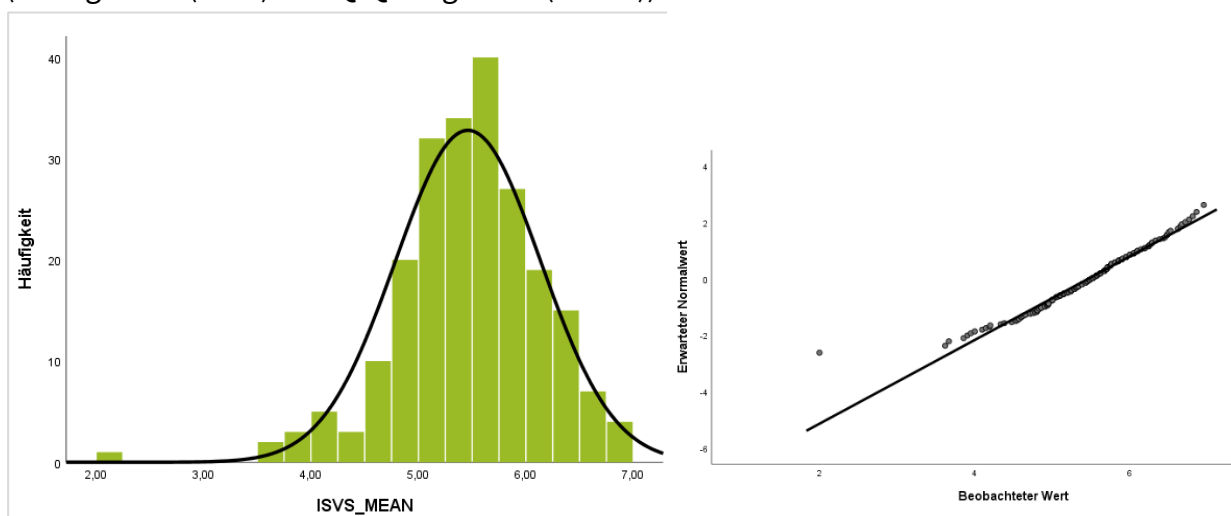
In der mittleren und rechten Spalte von Tabelle 6-7 sind die Ergebnisse für die Studierenden in der Mitte und am Ende des Studiums gegenübergestellt. Dabei ist zu erkennen, dass sich die Mittelwerte von 20 Items im Verlauf des Studiums leicht verbessern. Die stärksten positiven Veränderungen um circa 0.5 Punkte zeigen sich bei Item 04 „...*ich bin in der Lage in einer Teamdiskussion Ideen zu teilen und auszutauschen*“ (von 5.30 auf 5.84) und bei Item 05 „...*habe ich mich verstärkt als Person wahrgenommen, die sich in der interprofessionellen Praxis einsetzt*“ (von 4.76 auf 5.31). Eine Abnahme der Werte findet sich beim Item 02 „...*verstehe den Sinn besser, eine einheitliche Sprache unter allen Gesundheitsfachpersonen in einem Team anzuwenden*“. Hierbei verringern sich die Werte marginal um 0.08 Punkte (von 6.10 auf 6.02).

6.2.3.2 Mittelwertvergleiche verschiedener Gruppen

Es wurden vier verschiedene Intergruppenvergleiche durchgeführt, um zu überprüfen, ob ein Unterschied zwischen den Werten der ISVS-21-D und der Studienrichtung, dem Zeitpunkt im Studium, den Vorerfahrungen sowie den identifizierten Typen der Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte besteht (→ [Kap. 5.5.2.1](#)).

Bei der Prüfung der Testvoraussetzungen zeigt das Histogramm (vgl. Abbildung 6-9) eine linkssteile-rechtsschiefe Verteilung der Mittelwerte der ISVS (ISVS_MEAN: Schiefe -0.78 und Kurtosis 2.67). Die Prüfung auf Normalverteilung wurde anhand des Q-Q-Diagramms durchgeführt (vgl. Abbildung 6-9) und durch den Kolmogorov-Smirnov-Test bestätigt ($p > .200$, $df = 222$), obwohl mit Verweis auf den Zentralen Grenzwertsatz, bei einer Stichprobe von ≥ 30 auf eine Prüfung der Voraussetzungen verzichtet werden kann (vgl. Kubinger et al. 2009: 26).

Abbildung 6-9: Überprüfung der Voraussetzungen für Mittelwertberechnung ISVS-21-D (Histogramm (links) und Q-Q-Diagramm (rechts))



Quelle: eig. Darstellung

Eine weitere Voraussetzung ist, dass für die untersuchten Populationen Varianzhomogenität vorliegt (vgl. Sedlmeier & Renkewitz 2018: 453). Diese ist ebenfalls erfüllt und die Ergebnisse (Levene-Test) werden nachfolgend aufgeführt.

Für die Mittelwertvergleiche hinsichtlich a) der Studienrichtung, b) den Vorerfahrungen sowie c) der IPE-Typologie wurden ANOVAs durchgeführt. Für alle drei Untersuchungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 6-9).

Tabelle 6-9: Soziodemografische Struktur der Studierenden (n = 222) mit Mittelwerten vom ISVS-21-D sowie Testergebnissen

	Häufigkeit	Prozentsatz	M	SD	Testung und Ergebnisse
Studienrichtung					
Ergotherapie	25	11.26	5.43	0.72	Levene: $F = 2.56, p = .056$ ANOVA $F(3,218) = 1.37, p = .253$
Logopädie	32	14.41	5.26	0.94	
Pflege	36	16.22	5.57	0.66	
Physiotherapie	129	58.11	5.49	0.58	
Vorerfahrungen (Ausbildung und/oder Studium)					
ja, im GH-Bereich	52	23.42	5.62	0.66	Levene: $F = 0.07, p = .934$ ANOVA $F(2,219) = 2.13, p = .121$
ja, im and. Bereich	16	7.21	5.51	0.70	
keine Vorerfahrung	154	69.37	5.40	0.67	
Typologie					
Typ A	18	8.11	5.44	0.13	Levene: $F = 1.21, p = .308$ ANOVA $F(3,218) = 0.06, p = .982$
Typ B	30	13.51	5.42	0.10	
Typ C	33	14.86	5.47	0.09	
Typ D	141	63.51	5.47	0.06	
Zeitpunkt im Studium					
Mitte (4.- 5. Sem.)	132	59.46	5.33	0.56	Levene: $F = 1.99, p = .160$ t-Test: $t(220) = -3.44, p = .001,$ $d = 0.47$
Ende (7.- 8. Sem.)	90	40.54	5.65	0.72	

Quelle: eig. Darstellung

Die einzelnen Ergebnisse werden im Folgenden detaillierter vorgestellt:

a) Studienrichtung

Für die verschiedenen Studienrichtungen sind die Mittelwerte annähernd gleich (Ergotherapie $M = 5.43, SD = 0.72$; Logopädie $M = 5.26, SD = 0.94$; Pflege $M = 5.57, SD = 0.66$ und Physiotherapie $M = 5.49, SD = 0.58$). Varianzhomogenität ist gegeben und wurde mittels des Levene-Tests ($F = 1.99, p = .160$) bestätigt. Mittels der ANOVA ist kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Studienrichtungen und der Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation feststellbar ($F(3,218) = 1.37, p = .253$). Damit ist für Hypothese 02 die Nullhypothese (H_0) anzunehmen und die Forschungshypothese (H_1) zu verwerfen (vgl. Tabelle 5-17).

b) Vorerfahrungen

Hinsichtlich der Vorerfahrungen zeigen die Mittelwerte ebenfalls eine große Ähnlichkeit (*Keine Vorerfahrungen*: $M = 5.40$, $SD = 0.67$; *Vorerfahrungen im Bereich Gesundheit*: $M = 5.62$, $SD = 0.66$ und *Vorerfahrungen in einem anderen Bereich*: $M = 5.51$, $SD = 0.70$). Die Levene-Statistik ($F = 0.07$, $p = .934$) bestätigt eine Varianzhomogenität. Zwischen diesen Gruppen zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede ($F(2,219) = 2.13$, $p = .121$). Insofern ist für Hypothese 03 ebenfalls die Nullhypothese (H_0) anzunehmen und die Forschungshypothese (H_1) zu verwerfen (vgl. Tabelle 5-17).

c) Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte

Die Verteilung der teilnehmenden Studierenden in den einzelnen Gruppen zeigt sich wie folgt: Typ A = 18, Typ B = 30, Typ C = 33 und Typ D = 141. Der Levene-Test bestätigt auch für diese Variablen die Varianzhomogenität ($F = 1.21$, $p = .308$). Die Ergebnisse der Varianzanalyse ($F(3,218) = 0.06$, $p = .982$) zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Typen A – D mit Blick auf die Selbsteinschätzungen zur interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwerte). Demnach ist auch für Hypothese 04 die Nullhypothese (H_0) anzunehmen und die Forschungshypothese (H_1) zu verwerfen (vgl. Tabelle 5-17).

d) Zeitpunkt im Studium

Um die Angaben der ISVS-21-D von den Studierenden hinsichtlich des Studienzeitpunktes auf Unterschiede untersuchen, wurde ein t -Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Dabei fand ein Vergleich der beiden Gruppen ‚*Mitte Studium*‘ und ‚*Ende Studium*‘ statt. Beim Levene-Test zeigt sich kein signifikanter p -Wert, sodass die Varianzhomogenität gegeben ist: $F = 1.99$, $p = .160$. Obwohl sich die Standardabweichungen deskriptiv betrachtet deutlich unterscheiden, sind sie nicht signifikant unterschiedlich. Insofern ist hier von Varianzhomogenität auszugehen.

Bei diesem Gruppenvergleich ($t(220) = -3.44$, $p < .001$) ist ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen zu verzeichnen (vgl. Tabelle 6-9). Die Studierenden am Ende des Studiums ($M = 5.65$, $SD = 0.72$) hatten einen durchschnittlich um 0.3 Punkte höheren ISVS-Mittelwert als die Studierenden in der Mitte des Studiums ($M = 5.33$, $SD = 0.56$). Der Effekt¹⁰⁷ ist mit $d = 0.47$ als kleiner bis mittlerer Effekt einzuschätzen (vgl. Cohen 1988: 25f.; Döring &

¹⁰⁷ Die Berechnung der Effektstärke Cohens d erfolgte mittels *Psychometrica*, einem Online-Rechner zur Berechnung verschiedener Effektstärken (vgl. Lenhard & Lenhard 2016). Zur Interpretation der Effektstärke kann auf die Standarderteilung (small, medium und large) nach Cohen (1988: 25ff.) zurückgegriffen werden. Sawilowsky (2009) hat diese Einteilung erweitert (very small, very large, huge). Demnach wird in der vorliegenden Arbeit die erweiterte Einteilung nach Sawilowsky (2009) zugrunde gelegt: 0.01 = sehr klein, 0.2 = klein, 0.5 = mittel, 0.8 = groß, 1.2 = sehr groß, 2.0 = riesig (ebd.: 599).

Bortz 2016: 816; Sawilowsky 2009: 599). Für Hypothese 01 ist folglich die Forschungshypothese (H_1) anzunehmen und die Nullhypothese (H_0) zu verwerfen (vgl. Tabelle 5-17).

6.3 Quantitative Erhebung – Befragung der Berufseinsteiger:innen

6.3.1 Stichprobe und Datenbereinigung

An der Online-Befragung der Berufseinsteiger:innen haben sich 73 Personen beteiligt. Jedoch nahmen nicht alle Personen an beiden Befragungen teil (vgl. Tabelle 6-12) oder sie erfüllten die Einschlusskriterien nicht. Deshalb wird im Folgenden zunächst die Stichprobe beschrieben. Anschließend wird die Datenbereinigung genauer beleuchtet, die einerseits anhand der Einschlusskriterien sowie andererseits anhand der Überprüfung der vollständigen Datensätze stattfand.

Im Zuge der Stichprobenüberprüfung war bereits nach der 1. Befragung ersichtlich, dass sich Personen an der Umfrage beteiligt haben, die das Kriterium ‚primärqualifizierendes Studium‘ nicht erfüllen.¹⁰⁸ Die Stichprobe wäre jedoch um ein Vielfaches reduziert worden, wenn dieses Einschlusskriterium direkt zum Ausschluss geführt hätte. Insofern wurde entschieden, am Ende des 2. Erhebungszeitraumes für beide Umfragen zu prüfen, inwiefern die Einschlusskriterien erfüllt und die Datensätze vollständig sind. Dieses Vorgehen erschien sinnvoll, um aufgrund der kleinen Stichprobe, vorerst möglichst viele Fälle einzuschließen und später einer weiteren Prüfung zu unterziehen.

Der 1. Teil der Online-Umfrage (t1) wurde 65-mal geöffnet wurde. Davon haben acht Personen die Umfrage direkt beendet und 11 Personen nach Eingabe des *individuellen Codes (1.1)* oder während der *Angaben zum Studium (1.2)* (verbleibend $n = 46$). Die Befragung beendete eine Person während der *Angaben zur Berufstätigkeit (1.4)* und drei weitere Personen zur *Zusammenarbeit (1.5)* (verbleibend $n = 42$). Im Themengebiet *Bezug zum Studium/Interaktion (1.6)* haben zwei Personen die Umfrage nicht fortgesetzt, vier Personen im Themengebiet *Methoden IPE (1.7)* und zwei Personen während der Fragen aus dem *ISVS-21 (1.8)*. Abzüglich dieser 31 Umfrageabbrüche verbleibt ein Datensatz von $n = 34$.

Der 2. Teil der Online-Umfrage (t2) wurde 54-mal geöffnet, wobei es in drei Fällen zu einer zweifachen Teilnahme kam (Ausgangsbasis $n = 51$). Die Umfrage direkt beendet haben vier Personen (verbleibend $n = 47$). Eine Person hat mit dem *Bezug zum 1. Umfrageteil (2.2)* abgebrochen und zwei weitere Personen während oder nach den *Fragen zur Veränderung am Arbeitsplatz (2.3)*. Insgesamt vier Abbrüche sind während oder nach dem Block *Zusammenarbeit und Erfahrungen (2.4)* und *Bewertung der Zusammenarbeit (2.5)* zu

¹⁰⁸ Anhand der eingegebenen Hochschulstandorte konnte ermittelt werden, ob dort primärqualifizierende Studiengänge vorhanden sind.

verzeichnen. Weitere drei Personen beendeten die Teilbefragung vor oder während den offenen Fragen zu den *Anlässen und Lernerfahrungen* (2.6) sowie eine Person während der Angaben zum *ISVS-21* (2.7). Abzüglich der 15 Abbrüche verbleibt für den 2. Umfrageteil ein Datensatz von $n = 36$. Die Tabellen Tabelle 6-10 und Tabelle 6-11 geben einen Überblick an welchen Stellen bzw. Themengebieten die teilnehmenden Personen die Umfrage abgebrochen haben.

Tabelle 6-10: Teilnahme an der 1. Teilbefragung mit Abbrüchen

Teilnahme an der 1. Teilbefragung mit Abbrüchen																				
Öffng. UF	Direktabbruch		1.1 Individueller Code		1.2 Angaben Studium		1.3 Vorerfahrungen		1.4 Berufliche Tätigkeit		1.5 Zusammenarbeit		1.6 Rückbezug Studium		1.7 Methoden IPE		1.8 ISVS-21		1.9 Alter	
	n	x	n	X	n	x	n	x	N	x	n	x	n	x	n	x	n	x	n	
65	8	57	0	57	9	46	0	46	1	45	3	42	2	40	4	36	2	34	0	34
ID-Nr.	BT-1_15 BT-1_27 BT-1_36 BT-1_48 BT-1_55 BT-1_66 BT-1_71 BT-1_135				BT-1_20 BT-1_25 BT-1_31 BT-1_46 BT-1_52 BT-1_84 BT-1_85 BT-1_110 BT-1_132 BT-1_136 BT-1_139					BT-1_83	BT-1_16 BT-1_22 BT-1_76	BT-1_88 BT-1_91	BT-1_28 BT-1_77 BT-1_97 BT-1_115	BT-1_34 BT-1_129						

Legende: x = Anzahl der Abbrüche; n = verbleibende Fälle; IDNr = Identifikationsnummer der teilnehmenden Personen

Quelle: eig. Darstellung

Tabelle 6-11: Teilnahme an der 2. Teilbefragung mit Abbrüchen

Teilnahme an der 2. Teilbefragung mit Abbrüchen																		
Öffng. UF	Direktabbruch		2.1 Individueller Code		2.2 Bezug UF 1		2.3 Veränderung		2.4 Zusammenarbeit & Erfahrg.		2.5 Bewertung Zusammenarbeit		2.6 Anlässe & Lernerfahrungen		2.7 ISVS-21		2.8 Austausch & Fortbildung	
	n	x	n	X	n	x	n	x	N	x	n	x	n	x	n	x	n	x
51*	4	47	0	47	1	46	2	44	2	42	2	40	3	37	1	36	0	36
ID-Nr	BT-2_60 BT-2_93 BT-2_102 BT-2_109				BT_2_64	BT-2_58 BT-2_107	BT-2_19 BT-2_63			BT-2_47 BT-2_82	BT-2_44 BT-2_85 BT-2_101	BT-2_103						

Legende: x = Anzahl der Abbrüche; n = verbleibende Fälle; IDNr. = Identifikationsnummer der teilnehmenden Personen

Quelle: eig. Darstellung

Für beide Teilbefragungen ist ersichtlich, dass die meisten Abbrüche vor allem im ersten Drittel und auch im letzten Drittel stattgefunden haben. Entweder wurde die Umfrage direkt

abgebrochen, d. h. gar nicht inhaltlich begonnen oder bei den *Angaben zum Studium (1.2)* beendet. Im letzten Drittel waren kritische Stellen die Fragen zu den *Methoden im Studium (1.7)* in der 1. Teilbefragung und die offenen Fragen zu den *Anlässen und Lernerfahrungen (2.6)* in der 2. Teilbefragung (vgl. Tabelle 6-10, Tabelle 6-11).

Im nächsten Schritt stand nun die Überprüfung der Einschlusskriterien an. Dabei wurden sieben kritische Fälle identifiziert¹⁰⁹, die für die weitere Bearbeitung ausgeschlossen wurden. Ausschlaggebend war in allen sieben Fällen, dass das Kriterium ‚*Studienabschluss zwischen Mai 2019 und November 2020*‘ nicht erfüllt war. Davon haben vier Fälle ihr Studium weit vor der angegebenen Zeitspanne absolviert¹¹⁰ und bei drei Fällen war das Studium zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht abgeschlossen¹¹¹. Für diese sieben Fälle ist der Rückbezug zum Studium, wie er in der Studie vorgesehen ist, nicht möglich, weshalb diese Fälle ausgeschlossen wurden. Zwei von sieben Fälle erfüllten auch jeweils ein anderes Kriterium nicht, die aber vor dem Hintergrund des härteren Kriteriums des Zeitraums (Kriterium 1) zu vernachlässigen sind¹¹². Nach Abzug dieser kritischen Fälle¹¹³, die die gewünschte Zeitspanne nicht erfüllen, verbleiben 27 vollständige Datensätze für die 1. Teilbefragung und 33 vollständige Datensätze für die 2. Teilbefragung.

Im Folgenden wird nun betrachtet, wie viele Personen an beiden Teilbefragungen teilgenommen haben, denn diese Gruppe ist hinsichtlich der Forschungsfragen interessant und bildet deshalb die Grundlage für die statistische Auswertung. Über beide Messzeitpunkte der Online-Umfrage hinweg haben sich insgesamt 73 Personen an der Umfrage beteiligt, jedoch haben nur wenige Personen an beiden Erhebungen teilgenommen. Die tabellarische Übersicht (vgl. Tabelle 6-12) zeigt die Teilnahme der Berufseinsteiger:innen an der Befragung über die zwei Messzeitpunkte hinweg. Die sieben Fälle, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten, wurden in Tabelle 6-12 exkludiert (verbleibend n = 66). Davon

¹⁰⁹ Es gab drei weitere Fälle (AN14A; SI21B; FR29T), bei denen fehlte die Angabe des Monats, in dem das Studium abgeschlossen wurde. Angegeben wurde nur das Jahr, in zwei Fällen war das 2020 und in einem Fall 2019. Diese drei Datensätze wurden beibehalten, vor allem um die Stichprobe nicht weiter zu reduzieren. Allerdings mit dem Hinweis, dass die Erfüllung des Einschlusskriterium (Studienabschluss zwischen Mai 2019 bis November 2020) für das Jahr 2019 nicht gesichert ist. Für das Jahr 2020 jedoch sehr wahrscheinlich ist.

¹¹⁰ LI16H beendete das Studium im Jahr 1995, LI21B im Jahr 2004. AN03L sowie AN14A gaben 2014 als Studienabschluss an.

¹¹¹ SU26D gab an im Februar 2021 das Studium zu beenden, KE29G im Juli 2021 und BR10B im September 2022.

¹¹² Der Vollständigkeit halber werden beide Aspekte dennoch erwähnt: Ein Fall (KE29G) studierte offensichtlich in einem berufsbegleitenden Format und erfüllte damit nicht das Kriterium des primärqualifizierenden Studiums. Eine andere Person (LI26H) absolvierte den Studienabschluss 1995 im Ausland. Im Nachgang ist kritisch zu resümieren, dass das Kriterium ‚*Studium an einer Hochschule in Deutschland*‘ in der Einladung zur Studienteilnahme nicht explizit benannt war. Dieser Fall wird dennoch ausgeschlossen, allen voran wegen dem lang zurückliegenden Studienabschluss (Kriterium 1).

¹¹³ Alle sieben Fälle haben am 1. Befragungsteil teilgenommen und drei davon auch am 2. Teil der Befragung.

haben 28 Personen beide Teilbefragungen (UF_BT_t1 + UF_BT_t2) begonnen und 16 Personen diese auch beendet, sodass 16 gültige Fälle über beide Messzeitpunkte hinweg vorliegen.

Zehn Personen haben beide Teilbefragungen begonnen, jedoch nur einen der beiden Befragungsteile vollständig beendet. Beide Befragungsteile begonnen und vorzeitig beendet haben zwei Personen. In 18 Fällen liegen nur für einen Befragungsteil gültige Angaben vor (entweder UF_BT_t1 oder UF_BT_t2). Weitere 20 Personen begannen nur einen Befragungsteil und beendeten diesen vorzeitig. Die Anzahl der Personen, die nur die 1. Teilbefragung begonnen und nicht beendet haben liegt bei 14 und für den 2. Befragungsteil bei sechs Personen. Aus der Übersicht geht hervor, inwieweit Angaben für die einzelnen Themengebiete vorliegen und wie weitläufig das Antwortverhalten der jeweiligen Teilnehmenden ist (vgl. Tabelle 6-12).

Aufgrund der geringen Stichprobe ($n = 16$), die an beiden Befragungen vollständig teilgenommen haben, wurde versucht, möglichst viele Fälle bei der Auswertung zu berücksichtigen. Das führte zu der Entscheidung einen weiteren Datensatz (IV23F) in die Auswertung zu inkludieren, weil es sich bei diesem Fall um einen fast vollständigen Datensatz handelt. Bei diesem Fall (IV23F) wurde der 1. Befragungsteil früher beendet, sodass 50 % der Angaben in der ISVS-21-D sowie die Angaben zum Alter fehlen. Der 2. Befragungsteil wurde jedoch vollständig beantwortet¹¹⁴ (vgl. Tabelle 6-12). Außerdem wurde entschieden – entgegen der, bei der Studierenden-Stichprobe angesetzten 30 %-Rate für fehlende Werte in der ISVS-21-D (→ [Kap. 5.4.3](#)) – diesen Fall (IV23F) im Datensatz aufzunehmen, da die Befragung der Berufseinsteiger:innen umfangreicher ist und nicht nur aus den Angaben zur ISVS-21-D besteht. Insofern verfügt dieser Datensatz (IV23F) über ausreichend verwertbare Informationen.

Hinsichtlich der Forschungsfragen ist besonders die Gruppe interessant, die zu beiden Erhebungszeitpunkten an der Befragung teilgenommen hat. Dazu zählen die eingangs erwähnten 16 Fälle sowie der eben beschriebene Fall IV23F, sodass 17 Datensätze die Grundlage für die statistischen Berechnungen bilden und die folgende Stichprobenbeschreibung sich darauf bezieht. Gemessen an der Grundgesamtheit ($n = 73$) beträgt die Ausschöpfungsrate für 17 Fälle 23.29 %.

¹¹⁴ Darin enthalten waren u. a. Angaben zum Alter, weshalb diese Angabe bei dem 1. Befragungsteil manuell hinzugefügt wurde.

Tabelle 6-12: Übersicht zur Beteiligung an der Befragung für beide Erhebungszeitpunkte

Indiv. Code	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	1.6.	1.7.	1.8.	1.9.	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	2.6.	2.7.	2.8.	Anzahl	Gesamt	
AN08K																				
AN09P																				
AN14N																				
CH28L																				
CLO6E																				
DO21H																				
FR29T																				
HE23D																				
KA06B																				
LU16K																				
MI27W																				
PE14S																				
SI21B																				
UL08B																				
UT08S																				
VI22M																		16	16	
HE30A																				
KE16F																				
PH06B																		3	19	
IV23F																				
UL08S																				
ST24H																				
KI27H																				
FR06S																				
KA25K																				
SI23E																				
MA29C																				
EV14O																				
AL13B																				
BR27F																				
JU04H																				
JU09W																				
JU16P																				
MO19Ö																				
PE25E																				
ZU03B																				
AL25M																				
AN28A																				
AR31D																				
CH24A																				
HE01H																				
HE13B																				
HE23B																				
MA29R																				
UR19K																				
X																				
HE06H																				
CH30B																				
CL31K																				
RE17E																				
AN15A																				
RI28GE																				
MA07S																				
BI29L																				
BI06S																				
ME03B																				
RA30R																				
RE04B																				
SI16A																				
UT02F																				
MA19R																				
IN16F																				
JUG4M																				
AL06																				
CL19S																				
BR16B																				
Summe:	50	39	39	38	35	33	29	27	27	44	43	41	39	37	34	33	33	6	66	

Legende: Die Abbildung zeigt das Antwortverhalten der 66 Studienteilnehmer:innen, die die Einschlusskriterien erfüllten und mindestens eine Teilbefragung begonnen haben. Diese Personen sind mittels des individuellen Codes gelistet. Jede Person ist aufgrund ihres Antwortverhaltens einer Gruppe zugeordnet. Die Gruppen sind durch Striche voneinander getrennt und wurden, der Übersicht wegen, farblich voneinander abgegrenzt. Zwischen den Farben besteht kein Unterschied hinsichtlich der Bewertung, weshalb die Farben mehrfach verwendet wurden.

Quelle: eig. Darstellung

6.3.2 Beschreibung der Stichprobe

Mit Blick auf die Forschungsfragen sind die Fälle interessant, für die zu beiden Erhebungszeitpunkten die Daten weitestgehend vollständig vorliegen.¹¹⁵ Nach der Datenbereinigung lag ein Datensatz von $n = 17$ vor, auf den sich die nachfolgende Deskription bezieht. Die statistische Auswertung der Befragung der Berufseinsteiger:innen fand mit SPSS Statistics Version 27 (2020) statt.

Die Beschreibung der Stichprobe erfolgt zunächst anhand eines Abgleichs bezüglich der vorab formulierten Einschlusskriterien. Daran anschließend wird die Stichprobe anhand soziodemografischer Daten wie Alter, Studienrichtung, Studienabschluss und Vorerfahrungen vorgestellt. Abgerundet wird die Deskription mit verschiedenen Aspekten der aktuellen Berufstätigkeit mit Blick auf mono- und interprofessionelle Zusammenarbeit.

6.3.2.1 Einschlusskriterien

Zu Beginn wird die Stichprobe ($n = 17$) mit Bezug auf die drei vorab festgelegten Einschlusskriterien (\rightarrow [Kap. 5.4.5.1](#)) beschrieben.

- 1) primärqualifizierendes Studium im Bereich Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie oder Pflege

Hinsichtlich dieses Kriteriums ist festzuhalten, dass neun Personen (52.94 %) in Studiengängen studierten, welche bei der qualitativen Erhebung berücksichtigt werden konnten und die Personen demnach das Kriterium eines primärqualifizierenden Studiums in den Pflege- und Therapieberufen erfüllten. Die verbleibenden acht Fälle (47.06 %) erfüllen das Kriterium streng genommen nicht, denn sieben dieser Personen (41.18 %) studierten entweder an Hochschulen mit ausbildungsintegrierten oder additiven Pflege- bzw. Therapiestudiengängen und eine Person (5.88 %) absolvierte ein Ergotherapie-Studium im benachbarten Ausland¹¹⁶. Davon absolvierte eine dieser Personen (5.88 %) nach ihrer

¹¹⁵ Siehe hierzu die Ausführungen im \rightarrow [Kap. 6.1.3](#) zu Sonderfall IV23F.

¹¹⁶ Auf den Aspekt des Studiums im Ausland wurde bereits im Kapitel 6.3.1 bei Fußnote 112 anlässlich eines anderen Falls eingegangen. Es ist kritisch anzumerken, dass das Einschlusskriterium unscharf war, da in der Einladung zur Studienteilnahme der Hinweis ‚Studium an einer Hochschule in Deutschland‘ nicht explizit benannt war. Des Weiteren zeigen die primärqualifizierenden Studienformate in Deutschland eine Ähnlichkeit zu den ausschließlich akademischen Ausbildungen im Ausland. Demnach können in diesem Fall – für ein

Pflegeausbildung ein Studium im Bereich Gesundheitswissenschaften¹¹⁷ und nahm aus dieser Position heraus an der Befragung teil.

2) Abschluss des Studiums zwischen Mai 2019 und November 2020

Mit Blick auf das Kriterium lagen vollständige Angaben von 14 Personen (82.35 %) vor, die das Kriterium auch erfüllten. Bei drei Personen (17.65 %) fehlen die Angaben zum Monat, hier lagen lediglich die Jahresangaben (2019/2020) vor.

3) aktuelle Tätigkeit im erlernten Gesundheitsberuf mit mindestens 6 Monaten Berufserfahrung

Das 3. Kriterium ist bei zwei (11.76 %) von 17 Fällen nicht erfüllt. Eine Person begann offensichtlich parallel zum Erhebungszeitpunkt (12/2020) erst ihre Berufstätigkeit und eine weitere Person verfügte erst über eine Berufserfahrung von zwei Monaten im erlernten Beruf (10/2020). Die verbleibenden 15 Personen (88.24 %) erfüllten das Kriterium der Berufserfahrung von mindestens sechs Monaten. Davon gaben drei Personen (17.65 %) eine Berufserfahrung von 11 bis 13 Monaten, 11 Personen (64.71 %) von 14 bis 15 Monaten und eine Person (5.88 %) von 26 Monaten an (vgl. Tabelle 6-14).

Für alle drei Kriterien wurde entschieden, aufgrund des sehr geringen Samples, auch die beschriebenen kritischen Fälle in die Auswertung zu inkludieren und lediglich von den Abweichungen bei den Kriterien zu berichten. Andernfalls könnte keine inferenzstatistische Auswertung erfolgen. Des Weiteren hätten – vor allem bei dem 1. Kriterium, bei dem nicht alle Teilnehmer:innen primärqualifizierende Studiengänge absolvierten – fast 50 % der vorliegenden Daten ausgeschlossen werden müssen, was ebenfalls nicht zu empfehlen ist (vgl. Sedlmeier & Renkewitz 2018: 907). Insofern wird an entsprechenden Stellen darauf hinzuweisen, dass die Einschlusskriterien nur bedingt erfüllt und die folgenden Ergebnisse vor dem Hintergrund mit Vorsicht zu betrachten sind.

6.3.2.2 Soziodemografische Struktur

Im nächsten Abschnitt erfolgt die Beschreibung der Stichprobe anhand einiger soziodemografischer Merkmale.

primärqualifizierendes Studium – vermutlich mehr strukturelle Parallelen zu einem solchen ausländischen Studienformat gezogen werden als zu einem ausbildungsintegrierten Studienformat in Deutschland. Aufgrund der geringen Stichprobe wurde entschieden, diesen Fall für die Auswertung beizubehalten. Sonst werden inferenzstatistische Berechnungen kaum möglich sein.

¹¹⁷ Bei der Befragung wurde um Angabe der Hochschule gebeten, weshalb dieser Studiengang recherchiert werden konnte. Die Sichtung des Studienplans zeigte einen deutlichen Pflegebezug, weshalb die thematische Nähe des ersten Einschlusskriteriums aus Sicht der Forscherin gegeben ist.

Alter:

Alle 17 Personen sind der Altersgruppe 'zwischen 20 – 29 Jahren' (100.0 %) zuzuordnen (vgl. Tabelle 6-13).

Studienrichtung:

In diesem Sample vertreten sind fünf Absolvent:innen aus der Physiotherapie (29.41 %), drei aus der Ergotherapie (17.65 %) und jeweils vier aus der Logopädie (23.53 %) und der Pflege (23.53 %). Eine Person wählte unter den Angaben 'Sonstiges' (5.88 %) aus. Diese Person (FR29T) absolvierte eine Pflegeausbildung und ergänzte ein Studium der Gesundheitswissenschaften (vgl. Tabelle 6-13).

Semester und Abschluss des Studiums:

Von den 17 Personen, die in die Auswertung eingeschlossen wurden, absolvierten vier Personen in 6 Semestern (23.53 %), sieben Personen in 7 Semestern (41.18 %) und sechs weitere Personen in 8 Semestern (53.29 %) ihr Studium. Das Studium abgeschlossen haben zwei dieser Person im Jahr 2019 und 15 Personen im Jahr 2020. Bei einer Person (5.88 %) lag der Studienabschluss zum Zeitpunkt der Befragung (t1 im Dezember 2020) 15 Monate, bei sieben Personen (41.18 %) zwischen 8 bis 10 Monaten und bei sechs Personen (35.29 %) zwischen 2 und 5 Monaten zurück. In drei Fällen (17.65 %) fehlten die Angaben zum Monat und es war nur das Jahr des Abschlusses bekannt (zwei Fälle im Jahr 2020, ein Fall im Jahr 2019) (vgl. Tabelle 6-13).

Tabelle 6-13: Soziodemografische Struktur der Berufseinsteiger:innen (n = 17)

	Häufigkeit	Prozent
Alter		
20 bis 29 Jahre	17	100.0
Studienrichtung		
Ergotherapie	3	17.65
Logopädie	4	23.53
Pflege	4	23.53
Physiotherapie	5	29.41
Sonstiges	1	5.88
Studienabschluss (zum 1. Erhebungszeitpunkt Dez. 2020)		
2 – 5 Mon.	6	35.29
8 – 10 Mon.	7	41.18
15 Mon.	1	5.88
2020 ohne Angabe d. Mon.	2	11.76
2019 ohne Angabe d. Mon.	1	5.88
Vorerfahrungen (Ausbildung oder Studium)		
ja, vorhanden	10	58.82
keine Vorerfahrung	7	41.18

Quelle: eig. Darstellung

Vorerfahrungen/Ausbildungen:

Bereits vor ihrem Studium für Pflege- und Therapieberufe haben 10 Personen (58.82 %) eine Berufsausbildung und/oder ein anderes Studium aufgenommen. Davon haben sechs Personen die Ausbildung bzw. das Studium beendet und vier Personen erlangten keinen Abschluss (z. B. durch vorherigen Abbruch). Von diesen 10 Personen absolvierten fünf eine Ausbildung oder ein Studium im Gesundheitsbereich (Pflege (3), Ergotherapie (1) und Rehabilitationspädagogik (1)) und die andere Hälfte in einem anderen Bereich (z. B. Linguistik, Politikwissenschaft oder Lebensmittelchemie). Die verbleibenden sieben Personen (41.18 %) gaben an keine vorherige Ausbildung oder Studium aufgenommen zu haben (vgl. Tabelle 6-13).

6.3.2.3 Angaben zur beruflichen Situation

In diesem Abschnitt wird die Stichprobe hinsichtlich der beruflichen Situation beschrieben. Dabei wird im Einzelnen auf den Arbeitsbereich, die Arbeitszeit, die mono- und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Berufspraxis sowie auf das Fortbildungsinteresse zu diesem Thema eingegangen.

Arbeitsbereich und Arbeitszeit:

Die Studienteilnehmer:innen wurden um Informationen zu ihrer Berufstätigkeit gebeten. Dabei wurden Tätigkeitsbereich und Arbeitszeit erfasst. Für die Abgaben zum Arbeitsbereich konnten die Proband:innen zwischen den fünf Antwortoptionen '*stationärer, ambulanter, teilstationärer, komplementärer Bereich*' oder der Angabe '*Sonstiges*' wählen. Die Antworten der 17 Proband:innen verteilten sich ausschließlich auf den stationären und ambulanten Bereich. Zum Zeitpunkt der 1. Teilbefragung waren 11 Personen (64.71 %) im ambulanten und sechs Personen (35.29 %) im stationären Bereich tätig (vgl. Tabelle 6-14). Die befragten Personen arbeiteten zwischen 8 und 38.5 Stunden pro Woche (S/W). Eine Einteilung in drei Gruppen (Gruppe 1: ≤ 20.00 S/W; Gruppe 2: 20.01 – 31.99 S/W und Gruppe 3: 32.00 – 39.00 S/W) zeigte, dass die Arbeitszeit über die Gruppen hinweg annähernd gleich verteilt ist: Gruppe 1 mit fünf Personen (29.41 %) und Gruppe 2 und 3 jeweils mit sechs Personen (35.29 %) (vgl. Tabelle 6-14).

Mono- und interprofessionelle Zusammenarbeit:

In beiden Befragungsteilen (UF_BT_t1 + UF_BT_t2) wurden Angaben zum aktuellen beruflichen Umfeld erhoben, u. a. mit der konkreten Frage, wie sich die Zusammenarbeit mit Kolleg:innen der eigenen sowie anderer Berufsgruppen gestaltet. Für die Antworten konnten die Befragten wählen zwischen '*regelmäßiger*' oder '*gelegentlicher Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen*' und Zusammenarbeit '*nur mit der eigenen Berufs-*

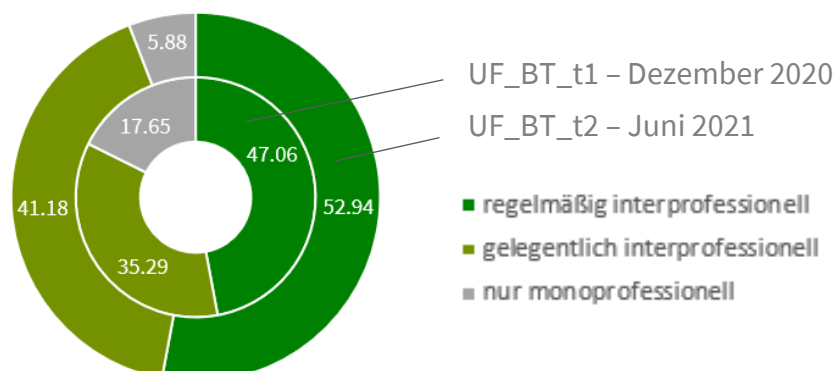
gruppe' sowie Zusammenarbeit ‚nur mit Patient:innen‘. Zu beiden Erhebungszeitpunkten fand keine Zusammenarbeit nur mit Patient:innen statt. Mit Personen aus der eigenen Berufsgruppe arbeiteten zum 1. Befragungszeitpunkt (t1) drei Personen (17.65 %) und zum 2. Befragungszeitpunkt (t2) eine Person (5.88 %). Die gelegentliche und regelmäßige Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen überwiegt deutlich. Zum 1. Befragungszeitpunkt arbeiten insgesamt 14 Personen (82.35 %) interprofessionell und 6 Monate später 16 Personen (94.12 %) (vgl. Abbildung 6-10).

Tabelle 6-14: Berufstätigkeit der Stichprobe (n = 17)

	Häufigkeit	Prozent
Berufserfahrung		
bis 2 Mon.	2	11.76
11 – 13 Mon.	3	17.65
14 – 15 Mon.	11	64.71
26 Mon.	1	5.88
Arbeitszeit (Stunden/Woche)		
≤ 20.00	5	29.41
20.01 – 31.99	6	35.29
32.00 – 39.00	6	35.29
Bereich/Sektor		
stationär	6	35.29
ambulant	11	64.71
teilstationär/komplementär/sonstiges		0.0

Quelle: eig. Darstellung

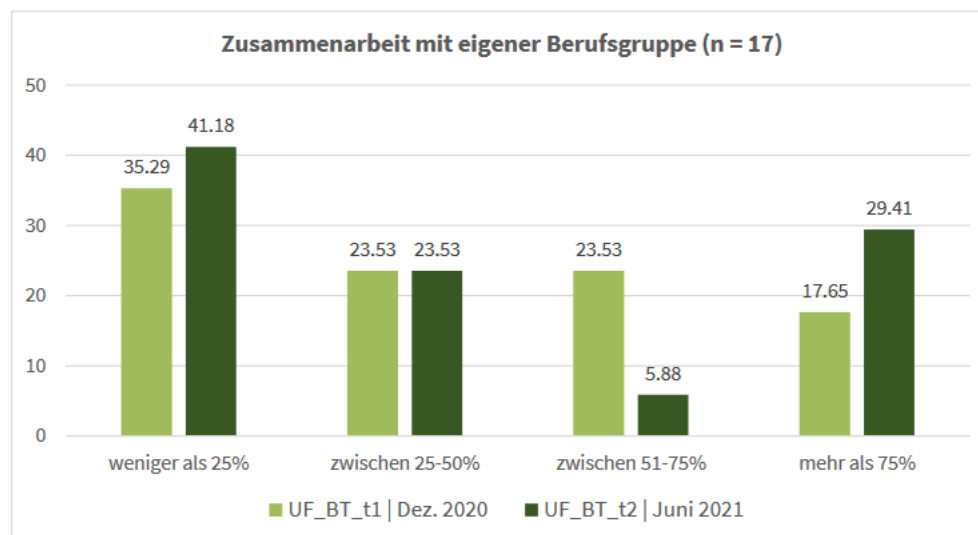
Abbildung 6-10: Zusammenarbeit mit eigener und anderer Berufsgruppe (beide Erhebungszeitpunkte; Angaben in Prozent) (n = 17)



Quelle: eig. Darstellung

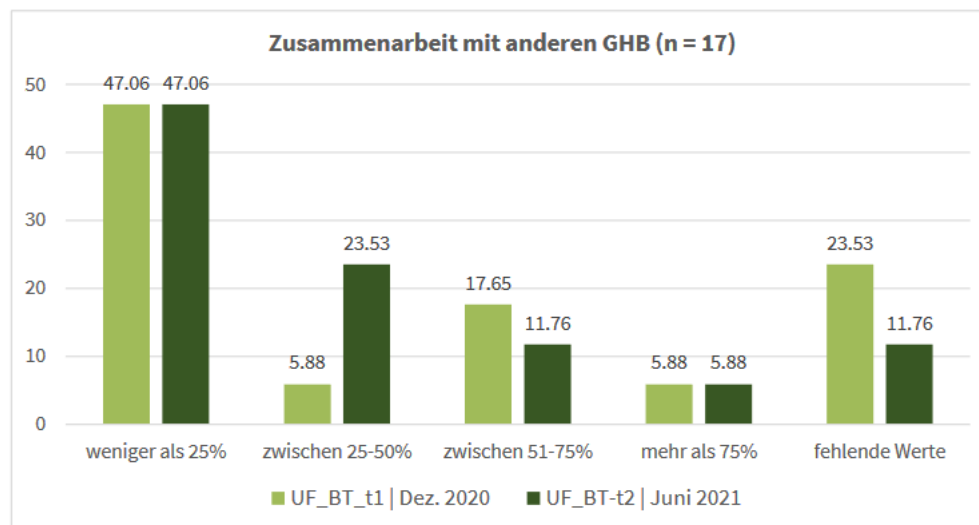
Des Weiteren wurden die Berufseinsteiger:innen gebeten – gemessen an ihrer täglichen Arbeitszeit – den durchschnittlichen Anteil der Zusammenarbeit mit der eigenen Berufsgruppe sowie mit anderen Gesundheitsberufen einzuschätzen. Für die Zusammenarbeit mit der eigenen Berufsgruppe (monoprofessionelle Zusammenarbeit) lagen 17 gültige Antworten für beide Erhebungszeitpunkte vor (vgl. Abbildung 6-11). Zum 1. Befragungszeitpunkt verteilt sich die monoprofessionelle Arbeitsweise annähernd gleich. Sechs Personen (35.29 %) arbeiten weniger als 25 % ihrer täglichen Arbeitszeit mit der eigenen Berufsgruppe, jeweils vier Personen (23.53 %) zwischen 25 bis 50 % und zwischen 51 bis 75 % und drei Personen (17.65 %) über 75 % zusammen. Mit Blick auf den 2. Befragungszeitpunkt zeigt sich eine minimale Verschiebung in den Werten bezüglich der Zusammenarbeit mit der eigenen Berufsgruppe. Der einfacheren Darstellung wegen werden die vier Prozentbereiche zu zwei Bereichen zusammengelegt. Der Bereich unter 50 % der täglichen Arbeitszeit nimmt nur minimal zu – von 10 Personen (58.82 %) bei t1 zu 11 Personen (64.71 %) bei t2. Der Bereich über 50 % nimmt leicht ab – von sieben Personen (41.18 %) bei t1 zu sechs Personen (35.29 %) bei t2. Die stärksten Unterschiede finden sich zwischen bei t2 zwischen den beiden Kategorien unter- und oberhalb der 75 %-Grenze (vgl. Abbildung 6-11).

Abbildung 6-11: Zusammenarbeit mit eigener Berufsgruppe (Angaben in Prozent)



Quelle: eig. Darstellung

Abbildung 6-12: Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen (Angaben in Prozent)



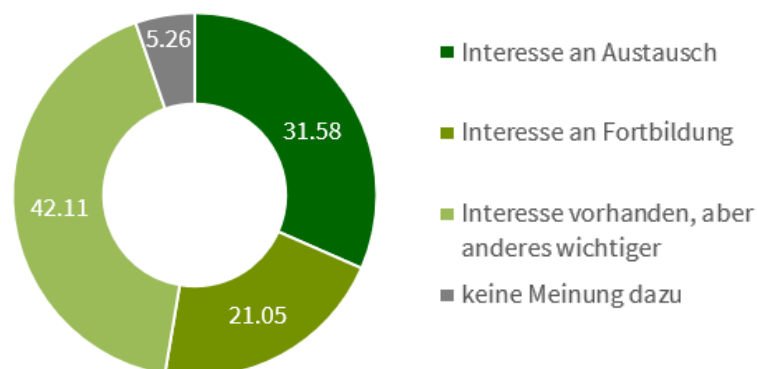
Quelle: eig. Darstellung

Für die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen liegen für den 1. Erhebungszeitpunkt (Dez. 2020) von 17 befragten Personen 13 gültige Rückmeldungen vor (vgl. Abbildung 6-12). Drei Personen, die ausschließlich mit der eigenen Berufsgruppe arbeiten, gaben hierzu keine Rückmeldung. Eine weitere Person konnte diese Angabe nicht einschätzen und wurde deshalb ebenfalls der Kategorie ‚*fehlende Werte*‘ zugeordnet (insgesamt $n = 4$; 23.53 %). Weitere acht Personen (47.06 %) geben an, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit weniger als 25 % ihrer täglichen Arbeitszeit in Anspruch nimmt und dieser Wert bleibt über beide Erhebungszeitpunkte konstant. Für den 1. Erhebungszeitpunkt verteilen sich die vier verbleibenden Personen auf die drei anderen Optionen von 25 % bis über 75 % der täglichen Arbeitszeit (vgl. Abbildung 6-12). Zum 2. Erhebungszeitpunkt, also 6 Monate später, arbeitete eine Person (5.88 %) ausschließlich monoprofessionell und wurde aufgrund der voreingestellten Filterführung der Umfrage von dieser Frage zur Zusammenarbeit ausgeschlossen. Eine weitere Person konnte diese Angabe nicht einschätzen, sodass zu diesem Erhebungszeitpunkt (t2) für zwei Personen (11.76 %) fehlende Werte vorlagen. Acht Personen (47.06 %) arbeiten weniger als 25 % ihrer täglichen Arbeitszeit mit anderen Gesundheitsberufen zusammen. Weitere vier Personen (23.53 %) arbeiteten zwischen 25 bis 50 %, zwei Personen (11.76 %) zwischen 51 bis 75 % und eine Person (5.88 %) über 75 % mit anderen Gesundheitsberufen zusammen. Durch die erneute Zusammenlegung zu zwei Prozentbereichen wird deutlich, dass sich die interprofessionelle Zusammenarbeit von t1 zu t2 etwas reduziert. Während bei t1 noch 9 Personen (52.94 %) bis zu 50 % mit anderen GHB arbeiten sind es bei t2 12 Personen (70.59 %) (vgl. ebd.).

Austausch und Fortbildung zu interprofessioneller Zusammenarbeit

Zum Abschluss der 2. Teilbefragung wurde erhoben, ob die Berufseinsteiger:innen interessiert sind, sich über interprofessionelle Zusammenarbeit auszutauschen und mehr darüber zu erfahren (vgl. Tabelle 5-14). Dafür konnten mittels Mehrfachnennungen fünf Antworten ausgewählt werden. Insgesamt liegen 19 Nennungen vor (vgl. Abbildung 6-13). Dabei wählten 15 Personen eine zutreffende Antwort aus und zwei Personen je zwei Antworten pro Item. Insgesamt stehen 10 Personen einem Austausch positiv gegenüber. Davon sind sechs Personen (31.58 %) an einem informellen, kollegialen Austausch zu diesem Thema interessiert (Item 01) und vier Personen (21.05 %) möchten mehr über das Thema erfahren, z. B. im Rahmen von Fortbildungen (Item 02). Acht Personen (42.11 %) haben durchaus Interesse, finden aber andere Themen wichtiger (Item 03) und eine Person (5.26 %) hat keine Meinung zu der Frage (Item 05). Der Aussage, „...an diesem Thema bin ich nicht interessiert.“ (Item 04) stimmte keine Person zu (vgl. Abbildung 6-13).

Abbildung 6-13: Interesse an Austausch und Fortbildung (Mehrfachnennungen (n = 19); Angaben in Prozent)



Quelle: eig. Darstellung

6.3.3 Statistische Auswertung

Er werden Ergebnisse vorgestellt, die zur Beantwortung der Forschungsfragen sowie zur Überprüfung der Hypothesen dienen (→ [Kap. 3.1](#) und [Kap. 5.5.2.2](#)). Hierfür wurden deskriptiv- und inferenzstatistische Auswertungen vorgenommen. Außerdem fand stellenweise eine explorative Herangehensweise statt, um weitere mögliche Zusammenhänge im Datenmaterial zu identifizieren.

6.3.3.1 Multi-Item Skalen

Im Fragebogen werden verschiedene Konstrukte mittels mehrerer Items (Multi-Item-Skalen) erfasst, deren Beantwortung gemittelt werden (vgl. Ramstedt 2004: 2). Diese Skalen werden zunächst einer Reliabilitätsprüfung unterzogen und in Tabelle 6-15 sind die entsprechenden Prüfwerte für Cronbachs Alpha dargestellt. In der Literatur finden sich

unterschiedliche Interpretationen, welche Werte für eine intern konsistente Skala sprechen (vgl. Danner 2015: 1; Field 2013: 709; Schneckner 2014: 5). Für eine Vielzahl von Autor:innen gilt .7 als angesetzter Schwellenwert (vgl. Danner 2015: 1; Leiner 2016: 1; Rammstedt 2004: 15; Schmitt 1996: 351). Zur Interpretation von Cronbachs Alpha wird von Cronbach (1951) folgende Interpretation vorgeschlagen und auf die vorliegende Reliabilitätsprüfung angewendet: > .9 exzellent, > .8 gut, > .7 akzeptabel, > .6 fragwürdig, > .5 schlecht und < .5 inakzeptabel (vgl. Blanz: 2015: 256; Field 2013: 709).

Tabelle 6-15: Skalenbildung mit Reliabilitätswerten

Skala Abkürzung /Themengebiet	Anzahl Items	Cronbachs Alpha (α)	Nach Anpassung (Eliminierung Items) Anzahl/Cronbachs α		
ISVS_1	ISVS-21-D – 1. Befragungsteil	21	.84	-	-
ISVS_2	ISVS-21-D – 2. Befragungsteil	21	.92	-	-
RS	Rückbezug zum Studium	9	.89	-	-
MF_E	Methoden/Formen – Häufigkeit	10	.78	-	-
MF_H	Methoden/Formen – Eignung	10	.75	-	-
ZUS	Zusammenarbeit Berufsgruppen	7	.68	-	-
EZ	Erfahrung mit Zusammenarbeit	13	.84	12	.89

Quelle: eig. Darstellung

Je höher die Anzahl der Items in einem Test, desto höher kann die Reliabilitätsschätzung ausfallen (vgl. Schermelleh-Engel & Werner 2012: 133). Für sechs der sieben Skalen liegen akzeptable bis gute Reliabilitätswerte von $\alpha = .75$ bis .92 vor. Der Wert der Skala *Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS)* zeigt mit Cronbachs α von .68 noch hinreichend akzeptable Konsistenz (vgl. Blanz 2015: 256f.; vgl. Tabelle 6-15). Eine geringe Anzahl an Items kann Auswirkungen auf die Reliabilitätsschätzung mit sich ziehen (vgl. Schmitt 1996: 351f.). Das könnte im Fall der Skala (ZUS) zum Tragen kommen, obwohl diese Skala mit sieben Items nicht zu den kleinsten Skalen zählt. Da die Skala inhaltlich interessant ist und sie mit Cronbachs α nur knapp unter dem akzeptablen Bereich (> .7) liegt, wird sie dennoch beibehalten.

In der Skala *Erfahrung mit der Zusammenarbeit (EZ)* mit 13 Items wurde bei Item 11 („An meiner jetzigen Arbeitsstelle finden Abgrenzungen in den Tätigkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe statt.“) eine starke negative Korrelation (korrigierte Item-Skala-Korrelation) mit einem Wert von -.52 festgestellt, sodass dieses Item für die weitere Auswertung eliminiert wurde (vgl. Tabelle 6-15). Das Ergebnis wurde mittels einer explorativen Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit einem zu extrahierenden

Faktor und Varimax-Rotation) mit einem Wert von $-.59$ bestätigt (vgl. Rammstedt 2004: 21ff.). Die inhaltliche Betrachtung von Item 11 (*„An meiner jetzigen Arbeitsstelle finden Abgrenzungen in den Tätigkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe statt.“*) lässt Schwierigkeiten bei der inhaltlichen Abgrenzung zu Item 12 (*„An meiner jetzigen Arbeitsstelle findet ein Austausch über die verschiedenen Rollen und Kompetenzen statt.“*) vermuten. Hier ist vorstellbar, dass es für die Studienteilnehmer:innen herausfordernd war, eine klar abgegrenzte Positionierung für die Beantwortung beider Items herzustellen. Für die 12 verbleibenden Items in der EZ-Skala liegt der Reliabilitätskoeffizient für das vorliegende Sample bei $\alpha = .89$ (vgl. Tabelle 6-15).

Den beiden Skalen ISVS_1 und ISVS_2 liegt das standardisierte Instrument ISVS-21-D zugrunde. Die anderen fünf Skalen wurden von der Verfasserin für die vorliegende Untersuchung selbst erstellt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der selbsterstellten Multi-Item-Skalen deskriptiv beschrieben. Zunächst mit Blick auf das Studium der Berufseinsteiger:innen (A) sowie anschließend für die Zusammenarbeit in der Berufspraxis (B). Für den Themenblock A) Bezug zum Studium werden die folgenden drei Skalen: *Rückbezug zum Studium (RS)* sowie *Methoden und Formen* hinsichtlich ihrer *Häufigkeit (MF_H)* und ihrer *Eignung (MF_E)* beschrieben. Für den Themenblock der Zusammenarbeit in der Berufspraxis B) werden die beiden Skalen *Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS)* und *Erfahrungen mit der Zusammenarbeit (EZ)* vorgestellt.

A) Skalen für den Bezug zum Studium

Skala RS: Rückbezug zum Studium

Im Rahmen der 1. Teilbefragung wurden die Berufseinsteiger:innen gebeten, sich an ihr Studium für Pflege- oder Therapieberufe zu erinnern – mit Blick auf die stattgefundenene Interaktion mit Studierenden aus anderen Gesundheitsberufen/Studienrichtungen (vgl. Tabelle 5-19; → Anhang A5-1). Die neun Aussagen konnten mit Zustimmung (*„ja, trifft voll zu“* bzw. *„ja, trifft bedingt zu“*) oder mit Ablehnung (*„nein, trifft eher nicht zu“* bzw. *„nein, trifft gar nicht zu“*) beantwortet werden. Aus Gründen der vereinfachten deskriptiven Beschreibung der Daten wird an dieser Stelle nur unterschieden, ob den Aussagen zugestimmt wird oder nicht.

Die 17 befragten Personen konnten jeweils neun Aussagen bewerten (insgesamt 153 Angaben möglich). Eine Person hat ein Item nicht beantwortet (fehlende Angabe bei Item 09) und eine Person hat bei Item 07 die Antwortoption *„keine Angabe“* gewählt. Demnach stehen 151 Angaben zur Auswertung bereit. Von den Antworten fallen dabei insgesamt 64.47 % in den Bereich der Zustimmung (*„ja, trifft voll zu“* und *„ja, trifft bedingt zu“*). In den Bereich der Ablehnung fallen 34.87 % der Antworten (*„nein, trifft eher nicht zu“* und *„nein, trifft*

gar nicht zu‘). Einmal (0.66 %) wurde ‚keine Angabe‘ gewählt. In der folgenden Tabelle werden zunächst die Items vorgestellt, bei denen eine Zustimmung überwiegt und am Ende jene Items, denen eher nicht zugestimmt wurde. In der Mitte sind die Items mit weniger eindeutigen Tendenzen dargestellt.

Tabelle 6-16: Rückbezug zum Studium (n = 17, höchste Werte grau hervorgehoben)

	ja, trifft voll zu	ja, trifft bedingt zu	nein, trifft eher nicht zu	nein, trifft gar nicht zu	keine Angabe
01) Kennenlernen von Studierenden aus unterschiedlichen GHB	6 35.29 %	7 41.18 %	2 11.76 %	2 11.76 %	-
08) Kennenlernen von Aufgaben und Tätigkeiten anderer GHB	4 23.53 %	10 58.82 %	-	3 17.65 %	-
05) Lehrende aus unterschiedlichen GHB leiteten Lehrveranstaltungen (z.B. als Lehr-Tandem)	6 35.29 %	9 52.94 %	-	2 11.76 %	-
09) gute Vorbereitung auf interprofessionelle Zusammenarbeit (n=16)	2 12.50 %	11 68.75 %	-	3 18.75 %	-
04) Förderung der Zusammenarbeit mit Studierenden aus anderen GHB durch Lehrenden	5 29.41 %	5 29.41 %	4 23.53 %	3 17.65 %	-
03) Zusammenarbeit mit Studierenden aus anderen GHB an einem Fall oder Lösung eines Problems in Lehrveranstaltungen	4 23.53 %	7 41.18 %	2 11.76 %	4 23.53 %	-
02) Austausch mit Studierenden aus anderen GHB über die jeweiligen berufsspezifischen Perspektiven	3 17.65 %	7 41.18 %	4 23.53 %	3 17.65 %	-
07) thematische Berücksichtigung von interprofessioneller Zusammenarbeit im Rahmen von Prüfungsleistungen	2 11.76 %	5 29.41 %	6 35.29 %	3 17.65 %	1 5.88 %
06) Zusammenarbeit im Rahmen von Prüfungsleistungen mit Studierenden aus anderen GHB und Einfluss verschiedener berufsspezifischer Perspektiven	4 23.53 %	1 5.88 %	5 29.41 %	7 41.18 %	-
Gesamtbewertung (Anzahl der Personen)	36 23.68 %	62 40.79 %	23 15.13 %	30 19.74 %	1 0.66 %

Quelle: eig. Darstellung

Anhand der tabellarischen Auswertung wird ersichtlich, dass für 13 von 17 Personen (76.47 %) das Kennenlernen von Studierenden aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen (Item 01) sowie für 14 Personen (82.35 %) das Kennenlernen von Aufgaben und Tätigkeiten anderer Gesundheitsberufe (Item 08) im Studium stattgefunden hat. Ebenso gaben 15 Personen (88.23 %) an, dass Lehrveranstaltungen von Lehrenden aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen geleitet wurden (Item 05). Der Aussage, dass sich die befragten Personen durch ihr Studium gut auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet fühlen (Item 09), stimmten 13 Personen (81.25 %) zu und für drei Personen (18.75 %) traf das gar nicht zu (vgl. Tabelle 6-16).

Für vier Aussagen liegen weniger eindeutige Tendenzen vor. Diese vier Aussagen sind:

- die Zusammenarbeit mit Studierenden aus anderen GHB wurde durch Lehrende gefördert (Item 04);
- in Lehrveranstaltungen fand eine Zusammenarbeit mit Studierenden aus anderen GHB statt, um an einem Fall oder der Lösung eines Problems zu arbeiten (Item 03);
- es fand ein Austausch mit Studierenden aus anderen GHB über die jeweiligen berufsspezifischen Perspektiven statt (Item 02);
- interprofessionelle Zusammenarbeit wurde im Rahmen von Prüfungsleistungen thematisch berücksichtigt (Item 07).

Zwar wurde allen vier Aussagen uneingeschränkt oder eher zugestimmt, jedoch zeigen sich auch einige Bewertungen, die den Aussagen nicht oder eher nicht zustimmen. Eine überwiegende Nicht-Zustimmung findet sich bei Item 06, welches die Zusammenarbeit im Rahmen von Prüfungsleistungen mit Studierenden aus anderen GHB und den Einfluss verschiedener berufsspezifischer Perspektiven thematisiert. Dieser Aussagen stimmten 12 Personen (70.59 %) ‚*eher nicht*‘ oder ‚*gar nicht*‘ zu. Für fünf Personen (29.41 %) war diese Aussage ‚*bedingt zutreffen*‘ oder ‚*voll zutreffend*‘.

Skala MF: Methoden und Formen des interprofessionellen Lernens

Im Anschluss an das Themenfeld „*Rückbezug zum Studium*“ wurden die akademisierten Berufseinsteiger:innen zu Methoden und Formen des interprofessionellen Lernens in ihrem Studium befragt. Dafür wurden zunächst sieben Beispiele für das Lernen an der Hochschule gegeben und es wurde unterschieden, ob das Lernen innerhalb der eigenen Studienrichtung oder mit anderen Studienrichtungen stattfand. Anschließend wurden drei Beispiele für das Lernen in den Praxisphasen gegeben (vgl. Tabelle 5-19). Dabei sollte einerseits bewertet werden, wie oft die jeweilige Lernmethode/-form während des Studiums zum Einsatz kam (Häufigkeit; Skala MF_H) und andererseits inwiefern die Teilnehmer:innen die Lernmethoden/-formen – aus ihrer aktuellen Perspektive des Berufseinstiegs – für geeignet halten, um auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorzubereiten (Eignung; Skala MF_E). Zur Vereinfachung der deskriptiven Auswertung werden die beiden zustimmenden Antwortoptionen – ‚*sehr oft*‘ und ‚*oft*‘ für die Angaben zur Häufigkeit und ‚*sehr geeignet*‘ und ‚*ziemlich geeignet*‘ für die Angaben zur Eignung – zusammengelegt als Zustimmung gewertet. In ähnlicher Weise werden die beiden jeweils nicht zustimmenden Antwortoptionen ‚*selten*‘ und ‚*nie*‘ für die Häufigkeit und ‚*wenig*‘ bzw. ‚*gar nicht geeignet*‘ für Eignung zusammengelegt und entsprechend als Ablehnung gewertet.

Die Häufigkeitsabfragen haben fast alle Personen vollständig beantwortet. Lediglich für Item 10 liegen nur Einschätzungen von 16 Personen vor. Bei den Einschätzungen zur Eignung war die Beteiligung etwas geringer, zwischen 14 und 17 Personen. Für die am

häufigsten eingesetzten Methoden/Formen (MF_H) sind mittels der deskriptiven Auswertung die drei folgenden Nennungen herauszustellen:

- *Theoretische Lehrveranstaltungen mit Inhalten zur interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Studienrichtung* (MF 01) und
- *Theoretische Lehrveranstaltungen zu gemeinsamen Grundlagen* mit anderer Studienrichtung (MF 03) sowie
- *ein Einsatz auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation mit realen Patient:innen* (MF 10) (vgl. Tabelle 6-17).

Diese drei Methoden/Formen kommen bei jeweils sieben Personen (41.17 %) oft bzw. sehr oft zum Einsatz. Gleichzeitig geben zwischen fünf und sieben Personen (29.41% bis 41.17%) an, dass diese genannten Methoden/Formen bei ihnen selten oder nie zum Einsatz kamen. Ebenfalls gemischte Bewertungen mit ähnlichen Anteilen der Zustimmung, Ablehnung und gelegentlichem Einsatz finden sich für die Methode des *Fallbasierten Arbeitens* (MF 06), für *Praktische Lehrveranstaltungen mit Inhalten zur interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Studienrichtung* (MF 02) und dem *Lernen durch einen interprofessionellen Praxiseinsatz* (MF 09) (vgl. Tabelle 6-17). Am seltensten finden drei Methoden/Formen statt, die alle in dem Setting Lernen an der Hochschule mit anderen Studienrichtungen zu verorten sind. Bei 13 Personen (76.47 %) fanden *Lehrveranstaltungen zum gemeinsamen Austausch* selten bzw. nie statt (MF 05). Jeweils 11 Personen (64.70 %) schätzten die Häufigkeit mit selten bzw. nie ein, für die *Praktischen Lehrveranstaltungen mit Inhalten zur interprofessionellen Zusammenarbeit* (MF 04) und das *Lernen durch Simulationen an Puppen oder Schauspieler:innen* (MF 07). Aus dem Setting Lernen in den Praxisphasen geben 10 Personen (58.83 %) an, dass *Hospitationen bei anderen Berufsgruppen* selten oder nie stattfinden (MF 08). Für diese vier Methoden/Formen ist hervorzuheben, dass jeweils nur ein bis zwei Personen die Häufigkeit mit ‚sehr oft‘ oder ‚oft‘ bewerteten (vgl. Tabelle 6-17).

Hinsichtlich der Eignung der Methoden/Formen (MF_E) zeigt sich, dass die Teilnehmer:innen überwiegend die Antwortoptionen ‚sehr geeignet‘, ‚ziemlich geeignet‘ oder ‚teilweise geeignet‘ gewählt haben (vgl. Tabelle 6-17). Sechs Personen empfinden einige der Methoden/Formen als ‚wenig‘ oder ‚gar nicht geeignet‘. Hohe Werte für die Eignung erhält das *Fallbasierte Lernen* (MF 06). Insgesamt 16 Personen (94.12 %) schätzen das *Fallbasierte Arbeiten* als sehr bzw. ziemlich geeignet ein. Einen Einsatz auf einer *klinischen Ausbildungsstation* (MF 10) erachten 15 Personen (88.24 %) als eine geeignete Methode/Form des interprofessionellen Lernens und 14 Personen (82.36 %) befürworten das *Lernen durch einen interprofessionellen Praxiseinsatz* (MF 09). Eine vergleichsweise hohe Bewertung in Form von ‚teilweise geeignet‘ erhält die Methode/Form der *Theoretischen Lehrveranstal-*

tungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Studienrichtung (MF 01) von 10 Personen (58.82 %). Insgesamt lässt sich aus den Bewertungen zur Eignung ablesen, dass die theoretischen Lehrveranstaltungen von den Teilnehmenden als teilweise geeignet bewertet und Methoden/Formen, die sich auf praktische und anwendungsbezogene Lehrveranstaltungen beziehen, wie z. B. Fallbasiertes Arbeiten oder Simulationen im Skills Lab, als deutlich geeigneter eingestuft werden. Die Teilnehmenden schätzen die Methoden/Formen, die sich auf das Lernen in den Praxisphasen beziehen, als besonders geeignet ein (vgl. Tabelle 6-17). Der Block „Lernen in den Praxisphasen“ zeigt insgesamt – im Vergleich mit den anderen Methoden/Formen – hohe Werte für die empfundene Eignung der dazugehörigen Methoden/Formen.

Tabelle 6-17: Methoden und Formen – Beurteilung der Häufigkeit und der Eignung (n = 17, höchste Werte in grau hervorgehoben)

Setting mit Methoden/Formen		Häufigkeit					Eignung						
		n	sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie	n	sehr geeignet	ziemlich geeignet	teilweise geeignet	wenig geeignet	gar nicht geeignet
Lernen an der Hochschule – innerhalb eigener Studienrichtung													
01	Theoretische LV mit Inhalten zur interprofessionellen Zusammenarbeit	17	2 11.76 %	5 29.41 %	5 29.41 %	4 23.53 %	1 5.88 %	16	1 5.88 %	4 23.53 %	10 58.82 %	-	1 5.88 %
02	Praktische LV mit Inhalten zur interprofessionellen Zusammenarbeit	17	-	5 29.41 %	5 29.41 %	4 23.53 %	3 17.65 %	16	3 17.65 %	6 35.29 %	5 29.41 %	1 5.88 %	1 5.88 %
Lernen an der Hochschule – mit anderer Studienrichtung													
03	Theoretische LV zu gemeinsamen Grundlagen	17	3 17.65 %	4 23.53 %	4 23.53 %	1 5.88 %	5 29.41 %	14	2 11.76 %	6 35.29 %	6 35.29 %	-	-
04	Praktische LV mit Inhalten zur interprofessionellen Zusammenarbeit	17	1 5.88 %	1 5.88 %	4 23.53 %	5 29.41 %	6 35.29 %	15	4 23.53 %	6 35.29 %	4 23.53 %	-	1 5.88 %
05	LV zum gemeinsamen Austausch	17	-	2 11.76 %	2 11.76 %	7 41.18 %	6 35.29 %	14	1 5.88 %	9 52.94 %	3 17.65 %	1 5.88 %	-
06	Fallbasiertes Lernen	17	5 29.41 %	1 5.88 %	3 17.65 %	4 23.53 %	4 23.53 %	17	7 41.18 %	9 52.94 %	1 5.88 %	-	-
07	Lernen durch Simulationen an Puppen oder Schauspieler:innen	17	-	1 5.88 %	5 29.41 %	5 29.41 %	6 35.29 %	16	5 29.41 %	8 47.06 %	3 17.65 %	-	-
Lernen in den Praxisphasen													
08	Hospitationen bei anderen Berufsgruppen während der Praxisphasen	17	-	1 5.88 %	6 35.29 %	3 17.65 %	7 41.18 %	15	7 41.18 %	5 29.41 %	3 17.65 %	-	-
09	Lernen durch einen interprofessionellen Praxiseinsatz	17	1 5.88 %	4 23.53 %	5 29.41 %	1 5.88 %	6 35.29 %	17	11 64.71 %	3 17.65 %	2 11.76 %	1 5.88 %	-
10	Einsatz auf einer interprofessionellen klinischen Ausbildungsstation mit realen Patient:innen	16	5 29.41 %	2 11.76 %	2 11.76 %	2 11.76 %	5 29.41 %	15	11 64.71 %	4 23.53 %	-	-	-

Quelle: eig. Darstellung

B) Skalen zur Zusammenarbeit in der Berufspraxis

Skala ZUS: Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Im Rahmen der 2. Teilbefragung (t2) wurden die Teilnehmenden befragt, wie sich die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe an ihrer Arbeitsstelle gestaltet. Im Wesentlichen sollte dabei herausgefunden werden, ob die Zusammenarbeit vorwiegend mono- oder interprofessionell stattfindet. Dabei standen die vier Antwortoptionen ‚eher monoprofessionell‘, ‚eher interprofessionell‘, ‚sowohl als auch‘ oder ‚gar nicht‘ zur Wahl (vgl. Tabelle 5-19). Die Auswertung zeigt, dass sechs der sieben genannten berufsbezogenen Tätigkeiten am häufigsten ‚sowohl mono- als auch interprofessionell‘ stattfinden (vgl. Tabelle 6-18). Lediglich die gegenseitige Unterstützung zwischen Kolleg:innen (Item 07) findet bei acht Personen (47.06 %) am häufigsten auf monoprofessioneller Ebene und bei fünf Personen (29.41 %) auf beiden Ebenen (mono- und interprofessionell) statt. Bei vier Items (01, 03, 05, 06) ist die mono- und interprofessionelle Zusammenarbeit weitestgehend gleichwertig verteilt. Die deutlichsten Unterschiede finden sich bei der Festlegung der Behandlungsziele (Item 02) und den Abstimmungen bezüglich der konkreten Patient:innenbehandlungen (Item 04). Diese beiden Items finden jeweils bei sieben Personen (47.06 %) am häufigsten ‚sowohl mono- als auch interprofessionell‘ statt. Danach überwiegt bei beiden Items die monoprofessionelle Abstimmung bei sechs bzw. sieben Personen (41.18 % bzw. 35.29 %) gegenüber der interprofessionellen Abstimmung bei zwei Personen (jeweils mit 11.76 %) (vgl. Tabelle 6-18).

Tabelle 6-18: Zusammenarbeit der Berufsgruppen (n = 17, höchste Werte grau hervorgehoben)

	eher monoprofessionell	eher interprofessionell	sowohl als auch	gar nicht
01) Erarbeiten von Aufgaben und Prozessen für die jeweilige optimale Patient:innenversorgung	6 35.29 %	4 23.53 %	7 41.18 %	-
02) Festlegung der Behandlungsziele	7 41.18 %	2 11.76 %	8 47.06 %	-
03) Klärung der therapeutischen und/oder pflegerischen Vorgehensweise	4 23.53 %	3 17.65 %	7 41.18 %	3 17.65 %
04) Abstimmungen bezüglich der konkreten Patient:innenbehandlungen	6 35.29 %	2 11.76 %	8 47.06 %	1 5.88 %
05) Austausch relevanter Informationen über Patient:innen	5 29.41 %	4 23.53 %	7 41.18 %	1 5.88 %
06) Austausch über Erfahrungen mit der Patient:innenbehandlung	4 23.53 %	5 29.41 %	8 47.06 %	-
07) gegenseitige Unterstützung von Kolleg:innen	8 47.06 %	3 17.65 %	5 29.41 %	1 5.88 %

Quelle: eig. Darstellung

Skala EZ: Erfahrungen mit der Zusammenarbeit

Des Weiteren wurden die Erfahrungen der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen an der jetzigen Arbeitsstelle der Teilnehmer:innen erhoben. Die Einschätzung der 13 Items erfolgt anhand einer 5-stufigen Antwortskala von ‚trifft zu‘ bis ‚trifft nicht zu‘ (vgl. Tabelle 5-19). Wenn eine Person an mehreren Arbeitsstellen tätig ist, wurde sie gebeten für ihre Überlegungen das zeitlich intensivere Arbeitsverhältnis auszuwählen.

Die Ergebnisse werden in Tabelle 6-19 in vier Kategorien dargestellt. Zuerst die Aussagen, denen (eher) zugestimmt wird und dann Aussagen denen tendenziell eher oder teilweise zugestimmt wurde. In der Mitte der Tabelle werden die Items dargestellt, die weniger eindeutig eingeschätzt wurden und für die eine gemischte Verteilung vorliegt. Am Ende die Aussagen mit einer tendenziell negierenden Bewertung. Die jeweils höchsten Werte für die jeweilige Kategorie sind in grau hinterlegt.

Tabelle 6-19: Erfahrungen mit der Zusammenarbeit anderer Gesundheitsberufe (n = 17)

	trifft zu	trifft eher zu	teils teils	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	keine Angabe
01) Zusammenarbeit mit anderen GHB erforderlichlich	9 52.94 %	5 29.41 %	2 11.76 %	1 5.88 %	-	-
03) kollegiales und wertschätzendes Arbeitsklima	9 52.94 %	6 35.29 %	1 5.88 %	1 5.88 %	-	-
04) respektvoller Umgang im engeren Kolleg:innenkreis	15 88.24 %	2 11.76 %	-	-	-	-
11) Abgrenzungen in den Tätigkeiten der verschiedenen GHB	6 35.29 %	7 41.18 %	3 17.65 %	1 5.88 %	-	-
02) gleichwertige Zusammenarbeit mit den anderen GHB „auf Augenhöhe“	5 29.41 %	5 29.41 %	5 29.41 %	2 11.76 %	-	-
07) viel Kommunikation zum Wohle der/des Patient:in	4 23.53 %	5 29.41 %	3 17.65 %	3 17.65 %	1 5.88 %	1 5.88 %
08) Festlegung der Ziele für die Behandlung gemeinsam mit Patient:innen und Angehörigen	3 17.65 %	4 23.53 %	6 35.29 %	1 5.88 %	1 5.88 %	2 11.76 %
13) Verhältnis von Macht und Status ist annähernd gleich verteilt (GHB)	5 29.41 %	4 23.53 %	3 17.65 %	2 11.76 %	2 11.76 %	1 5.88 %
09) ausreichend Personal vorhanden	-	4 23.53 %	7 41.18 %	6 35.29 %	-	-
05) gemeinsame berufsgruppenübergreifende Teambesprechungen	4 23.53 %	2 11.76 %	4 23.53 %	3 17.65 %	4 23.53 %	-
12) Austausch über verschiedene berufliche Rollen und Kompetenzen	2 11.76 %	2 11.76 %	6 35.29 %	4 23.53 %	3 17.65 %	-
06) ausreichend Zeit zum fachlichen Austausch	2 11.76 %	2 11.76 %	5 29.41 %	7 41.18 %	1 5.88 %	-

Quelle: eig. Darstellung

Die Ergebnisse der Befragung der Berufseinsteiger:innen legen dar, dass bei 14 von 17 Teilnehmer:innen (88.23 %) eine Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen erforder-

lich ist (Item 01). Bei zwei Personen (11.76 %) ist eine Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen nur teilweise und lediglich bei einer Person (5.88 %) ist es eher nicht erforderlich. Ein respektvoller Umgang im engeren Kolleg:innenkreis herrscht bei allen 17 Teilnehmer:innen (100 %) und 15 Personen (88.23 %) erleben das Arbeitsklima als kollegial und wertschätzend (Item 04 und 03). Eine überwiegend positive Zustimmung von 13 Personen (76.47 %) erfährt auch die Aussage, dass Abgrenzungen in den Tätigkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe stattfinden (Item 11). Bei drei Personen (17.65 %) ist das teilweise gegeben und bei einer Person (5.88 %) trifft es eher nicht zu (vgl. Tabelle 6-19).

Eine weniger eindeutige Verteilung zeigt sich bei den Items 02, 07, 08 und 13. Hier zeigt sich eine leichte Tendenz in der Zustimmung. Bei Item 07 („*es wird viel zum Wohle der/des Patient:in kommuniziert*“) und Item 13 („*das Verhältnis von Macht und Status ist zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen annähernd gleich verteilt*“) zeigen die anderen Antwortoptionen zusammen („*teil teils*“ sowie die Negierung der Aussagen) eine annähernd gleiche Verteilung. Das Item 02 „*Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen findet gleichwertig statt*“ und Item 08 „*die Festlegung der Ziele für die Behandlung findet gemeinsam mit Patient:innen und Angehörigen statt*“ sind ebenfalls tendenziell zustimmend beantwortet, jedoch auch mit ähnlichen Werten in der mittleren Ausprägung („*teils teils*“) (vgl. Tabelle 6-19).

Für die Aussage, dass ausreichend Personal für die anfallende Arbeit *vorhanden* ist, wurden tendenziell eher die mittleren Ausprägungen und keine eindeutige zustimmende oder ablehnende Bewertung gewählt (Item 09). Die Aussage, dass gemeinsame berufsgruppenübergreifende Teambesprechungen stattfinden (Item 05), wurde fast ausgewogen bewertet. Bei dem Item wurden alle fünf Antwortoptionen von jeweils zwei bis vier Personen (11.72 % bis 23.53 %) ausgewählt, sodass keine erheblichen Unterschiede herauszustellen sind.

Eine eher negierende Haltung der Teilnehmenden zeigt sich bei zwei Items. Die Aussage, dass ausreichend Zeit zum fachlichen Austausch gegeben ist (Item 06) trifft für acht Personen tendenziell ‚*eher nicht*‘ oder ‚*nicht zu*‘ (47.06 %). Fünf Personen (29.41 %) wählen ‚*teils teils*‘ und vier Personen (23.52 %) ‚*trifft (eher) zu*‘. Eine sehr ähnliche Verteilung zeigt sich bei der Aussage, dass „*ein Austausch über die verschiedenen beruflichen Rollen und Kompetenzen stattfindet*“ (Item 12) (vgl. Tabelle 6-19).

6.3.3.2 Mittelwertvergleiche ISVS-21-D

Zunächst wurden für die beiden Skalen ISVS_1 und ISVS_2 die erforderlichen Testvoraussetzungen überprüft (Varianzgleichheit, Normalverteilung) und anschließend erfolgten

Mittelwertberechnungen für verschiedene Variablen. Um zu überprüfen, ob es für die jeweiligen Fälle ($n = 17$) eine zeitliche Entwicklung in der Bewertung der ISVS-21-D gibt (ISVS_1: $M = 5.71$, $SD = 0.57$ und ISVS_2: $M = 5.81$, $SD = 0.60$), wurde ein Test auf Mittelwertunterschiede t -Test für verbundene Stichproben (17 paarige Fälle) gerechnet: $t(16) = -0.83$, $p = .416$. Das Ergebnis zeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten beim ISVS-21-D gibt. Demnach kann die Forschungshypothese H 05, dass sich die Bewertung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS) bei den Berufseinsteiger:innen vom t1 (Dezember 2020) bis zu t2 (Juni 2021) verändert, nicht verifiziert werden. Es ist die Nullhypothese anzunehmen.

6.3.3.3 Mittelwertvergleiche Arbeitsbereich und Arbeitszeit

a) Arbeitsbereich: ambulanter und stationärer Bereich

Mittels eines t -Tests für unabhängige Stichproben konnte statistisch geprüft werden inwiefern sich die *Erfahrung der Zusammenarbeit* (EZ) bzw. die *Zusammenarbeit der Berufsgruppen* (ZUS) zwischen den Berufseinsteiger:innen unterscheidet, die im ambulanten Bereich arbeiten ($n = 11$) und jenen, die im stationären Bereich ($n = 6$) arbeiten. Dabei ist feststellbar, dass der Mittelwert der Skala *Erfahrung mit der Zusammenarbeit* (EZ) im stationären Bereich leicht höher ist als im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 6-20). Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant, weshalb die Forschungshypothese H 07 zu verwerfen und dafür die Nullhypothese anzunehmen ist.

Tabelle 6-20: Mittelwertvergleiche für den ambulanten und stationären Bereich

	Häufigkeit	Prozentsatz	M	SD	Testung und Ergebnisse
Erfahrung Zusammenarbeit (EZ_Skala)					
ambulant	11	64.71	3.50	0.80	Levene: $F = 0.64$, $p = .437$ t-Test: $t(15) = -0.55$, $p = .592$
stationär	6	35.29	3.69	0.51	
Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS_Skala)					
ambulant	11	64.71	2.56	0.45	Levene: $F = 1.19$, $p = .292$ t-Test: $t(15) = -2.69$, $p = .017$ $d = 0.41$
stationär	6	35.29	3.12	0.31	

Quelle: eig. Darstellung

Für die *Zusammenarbeit der Berufsgruppen* (ZUS) liegt ein signifikantes Ergebnis in den Arbeitsbereichen (ambulant/stationär) vor. Wie in Tabelle 6-20 erkennbar liegt für die Skala ZUS Varianzhomogenität (Levene-Test) vor. Der t -Test zeigt einen statistisch signifikanten Unterschied ($p = .017$) und die ZUS im stationären Bereich wird höher eingeschätzt als im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 6-20). Der Arbeitsbereich (ambulant oder stationär) hat mit $d = 0.41$ einen kleinen Effekt¹¹⁸ auf die Zusammenarbeit der Berufsgruppen (vgl. Cohen

¹¹⁸ Die Interpretation der Effektstärke Cohens d wird in Fußnote 108 beschrieben.

1988: 25f.; Sawilowsky 2009: 599). Insofern ist die Forschungshypothese H 08 zu bestätigen, dass die Selbsteinschätzungen hinsichtlich der Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS) im stationären Bereich höher ist als im ambulanten Bereich.

b) Arbeitszeit

Hier wurde mittels einer ANOVA untersucht, inwiefern die Arbeitszeit einen Einfluss auf die Skalen der ISVS und der Zusammenarbeit (Erfahrung mit der Zusammenarbeit sowie der Zusammenarbeit der Berufsgruppen) hat. Wie bereits beschrieben, werden für die UVs einer ANOVA kategoriale Variablen benötigt, weshalb die metrischen Variablen zunächst zu Klassen transformiert werden (Klassierung) (→ [Kap. 5.5.2.2](#)). Außerdem ist für die statistische Herangehensweise eine Einteilung in möglichst gleichgroße Gruppen von Vorteil. Für die inhaltliche Herangehensweise ist eine Gruppeneinteilung mit gewissem Realitätsbezug zielführend. Insofern wird eine Dreiteilung für die wöchentliche Arbeitszeit der Berufseinsteiger:innen (UV ‚Stunden_kato‘) vorgeschlagen. Die drei Klassierungen respektive Kategorien setzen sich, entsprechend der wöchentlichen Arbeitszeit (S/W), wie folgt zusammen:

Kategorie 1: ≤ 20.00 S/W | (n = 5),

Kategorie 2: 20.01 – 31.99 S/W | (n = 6),

Kategorie 3: 32.00 – 39.00 S/W | (n = 6).

Für die ANOVA ist zunächst zu prüfen, ob bei den gewünschten Skalen Varianzgleichheit vorliegt (vgl. Sedlmeier & Renkewitz 2018: 452). Tabelle 6-21 zeigt die Ergebnisse der Testung der Varianzhomogenität. Die Skala *ISVS_1* zeigt, gemäß dem Levene-Test, keine Varianzhomogenität ($p = .021$, $p < .05$). Deshalb wird auf den robusteren Welch-Test zurückgegriffen (vgl. Kubinger et al. 2009: 27; Sedlmeier & Renkewitz 2018: 453), der keinen statistisch signifikanten Unterschied zeigt (Welch-Test $F(2,7.45) = 0.90$, $p = .447$). Für die verbleibenden drei abhängigen Variablen *ISVS_2*, *Erfahrung Zusammenarbeit (EZ)* sowie der *Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS)* zeigen die Ergebnisse der Levene-Tests, dass dafür Varianzhomogenität gegeben ist ($p > .05$). Für zwei dieser Skalen zeigen sich anhand der Mittelwertvergleiche (ANOVA) signifikante Unterschiede: *ISVS_2* ($F(2,14) = 4.87$, $p = .025$) sowie *Erfahrung mit der Zusammenarbeit* ($F(2,14) = 4.68$, $p = .028$). Diese unterscheiden sich statistisch signifikant zwischen den verschiedenen Kategorien der wöchentlichen Arbeitszeit (vgl. Tabelle 6-21).

Tabelle 6-21: Test der Varianzhomogenität sowie der Mittelwertunterschiede zum Einfluss der Arbeitszeit (UV) auf Skalen der Berufseinsteiger:innenbefragung

		Mittelwert- statistik		Varianz- homogenität		Mittelwert- unterschiede Testung und Ergebnisse
		<i>M</i>	<i>SD</i>	Levene- Test (<i>F</i>)	Sig. (<i>p</i>)	
ISVS_1 (Skala ISVS_1)	<= 20.00	5.40	.93	5.18	.021	Welsch-Test $F(2,7.45) = 0.90, p = .447$
	20.01 – 31.99	5.76	.37			
	32.00 – 39.00	5.91	.23			
ISVS_2 (Skala ISVS_2)	<= 20.00	5.59	.60	0.15	.861	ANOVA $F(2,14) = 4.87, p = .025$ $\eta^2 = .41$
	20.01 – 31.99	5.48	.48			
	32.00 – 39.00	6.31	.41			
Erfahrung Zusammenarbeit (Skala EZ)	<= 20.00	4.14	.45	1.75	.210	ANOVA $F(2,14) = 4.68, p = .028$ $\eta^2 = .40$
	20.01 – 31.99	3.07	.82			
	32.00 – 39.00	3.59	.33			
Zusammenarbeit Berufsgruppen (Skala ZUS)	<= 20.00	2.89	.29	1.75	.211	ANOVA $F(2,14) = 3.23, p = .070$
	20.01 – 31.99	2.40	.54			
	32.00 – 39.00	3.00	.39			

Quelle: eig. Darstellung

Der Tukey-HSD-Test zeigt zwei signifikante Unterschiede (vgl. Tabelle 6-22). Einerseits besteht ein Unterschied ($0.83, p = .030$) beim *ISVS_2* zwischen Kategorie 2 (Arbeitszeit von 20 – 31.99 S/W) und Kategorie 3 (Arbeitszeit von 32 – 39 S/W). Die Effektstärke mittels Eta-Quadrat¹¹⁹ beträgt $\eta^2 = .41$. Demnach liegt eine Varianzaufklärung von 41 % vor, was als großer Effekt zu werten ist (vgl. Cohen 1988; Kuckartz et al. 2010: 177). Insofern wird der wöchentlichen Arbeitszeit bei der Bewertung der ISVS zum 2. Erhebungszeitpunkt (*ISVS_2*) zwischen Kategorie 2 und 3 ein großer Effekt zugeschrieben, also je nachdem ob die Berufseinsteiger:innen 20 bis 32 Stunden oder 32 Stunden und mehr (bis 39 Stunden) arbeiten.

Des Weiteren besteht ein signifikanter Unterschied ($1.07, p = .022$) hinsichtlich der *Erfahrung mit der Zusammenarbeit (EZ)* zwischen Kategorie 1 (Arbeitszeit bis zu 20 S/W) und Kategorie 2 (Arbeitszeit von 20 – 31.99 S/W). Eta-Quadrat (η^2) beträgt .40, was eine Varianzaufklärung von 40 % bedeutet und als großer Effekt zu werten ist. Die wöchentliche Arbeitszeit zeigt demnach auch einen Effekt bei der Bewertung der *Erfahrung mit der Zusammenarbeit*. Hier ist ein großer Effekt feststellbar zwischen einer geringen wöchentlichen Arbeitszeit

¹¹⁹ Eta-Quadrat (η^2) ist ein Effektstärkemaß und wird berechnet aus Quadratsumme zwischen den Gruppen und der Quadratsumme gesamt. Die Effektstärke η^2 wird wie folgt interpretiert: bis .06 = kleiner Effekt, zwischen .06 und .14 = mittlerer Effekt und über .14 = großer Effekt (vgl. Cohen 1988: 285ff.; Sedlmeier & Renkewitz 2018: 456).

(Kategorie 1: bis zu 20 S/W) und einer mittleren Arbeitszeit (Kategorie 2: 20 – 31.99 S/W) (vgl. Tabelle 6-22).

Tabelle 6-22: Tukey-HSD-Test (Auszug) zum Einfluss der Arbeitszeit auf ISVS_2 und EZ

Tukey-HSD-Test (Mehrfachvergleiche)					
AV	I-Gruppe (S/W)	J-Gruppe (S/W)	MD (Mittelwert-differenz) (I-J)	Std.-Fehler	Sig. (p)
ISVS_2	<= 20.00	20.01 – 31.99	0.11	.30	.934
		32.00 – 39.00	-0.72	.30	.074
	20.01 – 31.99	<= 20.00	-0.11	.30	.934
		32.00 – 39.00	-0.83*	.29	.030
	32.00 – 39.00	<= 20.00	0.72	.30	.074
		20.01 – 31.99	0.83*	.29	.030
Skala EZ	<= 20.00	20.01 – 31.99	1.07*	.35	.022
		32.00 – 39.00	0.55	.35	.292
	20.01 – 31.99	<= 20.00	-1.07*	.35	.022
		32.00 – 39.00	-0.52	.33	.294
	32.00 – 39.00	<= 20.00	-0.55	.35	.292
		20.01 – 31.99	0.52	.33	.294

Quelle: eig. Darstellung

6.3.3.4 Mixed ANOVA

Bezugnehmend auf die explorative Herangehensweise an die Datenauswertung werden im Folgenden Ergebnisse der Mittelwertunterschiede mit Gruppen- und Zeiteffekten (Mixed ANOVAs) dargestellt. Zunächst anhand von zwei Skalen, die die Zusammenarbeit in der Berufspraxis in den Blick nehmen: *Erfahrung Zusammenarbeit* (EZ) und *Zusammenarbeit der Berufsgruppen* (ZUS). Anschließend werden die Ergebnisse von den drei Skalen vorgestellt, die sich auf die Erfahrungen im absolvierten Studium beziehen: *Rückbezug zum Studium* (RS), *Methoden-Formen_Eignung* (MF_E) sowie *Methoden-Formen_Häufigkeit* (MF_H).

Für alle fünf Skalen (EZ, ZUS, RS, MF_E sowie MF_H) wurde ein Mediansplit durchgeführt, bei dem die Variablen mittig, beim Median, geteilt werden. Diese Skalen erhalten eine dichotome Unterteilung in ‚niedrig‘ und ‚hoch‘ (vgl. Tabelle 6-23). Die Normalverteilung wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Tests und Q-Q-Diagrammen geprüft und für alle Variablen bestätigt (→ Anhang E4). Die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen ist, gemäß dem Levene-Test, für alle Variablen erfüllt ($p > .05$). Die Homogenität der Kovarianzmatrizen ist erforderlich, da es sich um ein gemischtes Design handelt und gemäß dem Box-Test, ist sie für alle Variablen gegeben ($p > .05$) (siehe Tabelle 6-23) (vgl. Dempster & Hanna 2015/2019: 694f.).

Tabelle 6-23: Ergebnisse Mixed ANOVA (Auszug)

Skala	Gruppe (n)	Mittelwerte		Varianzgleichheit		Effekte																																																								
		ISVS_1	ISVS_2	Levene-Test	Box-Test	Inner-subjekt (Zeit)	Zwischen-subjekt (Gruppe)	Interaktion																																																						
EZ Erfahrung Zusammenarbeit	niedrig (n = 7)	5.93	5.83	$p(t1) = .198$ $p(t2) = .202$	$p = .202$	$F(1,15) = 0.36$ $p = .560$	$F(1,15) = 0.65$ $p = .432$	$F(1,15) = 2.02$ $p = .176$																																																						
	hoch (n = 10)	5.55	5.79						ZUS Zusammenarbeit Berufsgruppen	niedrig (n = 10)	5.71	5.63	$p(t1) = .844$ $p(t2) = .470$	$p = .362$	$F(1,15) = 1.53$ $p = .235$	$F(1,15) = 0.61$ $p = .446$	$F(1,15) = 3.86$ $p = .068$ $\eta^2 = .21$	hoch (n = 7)	5.70	6.10	RS Rückbezug zum Studium	niedrig (n = 9)	5.54	5.66	$p(t1) = .670$ $p(t2) = .710$	$p = .935$	$F(1,15) = 0.64$ $p = .438$	$F(1,15) = 1.81$ $p = .198$	$F(1,15) = 0.03$ $p = .859$	hoch (n = 8)	5.90	5.97	MF_H Methoden/ Formen_ Häufigkeit	niedrig (n = 10)	5.56	5.75	$p(t1) = .772$ $p(t2) = .825$	$p = .913$	$F(1,15) = 0.43$ $p = .522$	$F(1,15) = 0.80$ $p = .385$	$F(1,15) = 0.83$ $p = .377$	hoch (n = 7)	5.91	5.89	MF_E Methoden/ Formen_ Eignung	niedrig (n = 11)	5.50	5.58	$p(t1) = .267$ $p(t2) = .868$	$p = .641$	$F(1,15) = 0.70$ $p = .417$	$F(1,15) = 7.23$ $p = .017$ $\eta^2 = .33$	$F(1,15) = 0.04$ $p = .837$	hoch (n = 6)	6.09	6.22	Sektor Arbeitsbereich	ambulant (n = 11)	5.68	5.69	$p(t1) = .771$ $p(t2) = .721$	$p = .845$
ZUS Zusammenarbeit Berufsgruppen	niedrig (n = 10)	5.71	5.63	$p(t1) = .844$ $p(t2) = .470$	$p = .362$	$F(1,15) = 1.53$ $p = .235$	$F(1,15) = 0.61$ $p = .446$	$F(1,15) = 3.86$ $p = .068$ $\eta^2 = .21$																																																						
	hoch (n = 7)	5.70	6.10						RS Rückbezug zum Studium	niedrig (n = 9)	5.54	5.66	$p(t1) = .670$ $p(t2) = .710$	$p = .935$	$F(1,15) = 0.64$ $p = .438$	$F(1,15) = 1.81$ $p = .198$	$F(1,15) = 0.03$ $p = .859$	hoch (n = 8)	5.90	5.97	MF_H Methoden/ Formen_ Häufigkeit	niedrig (n = 10)	5.56	5.75	$p(t1) = .772$ $p(t2) = .825$	$p = .913$	$F(1,15) = 0.43$ $p = .522$	$F(1,15) = 0.80$ $p = .385$	$F(1,15) = 0.83$ $p = .377$	hoch (n = 7)	5.91	5.89	MF_E Methoden/ Formen_ Eignung	niedrig (n = 11)	5.50	5.58	$p(t1) = .267$ $p(t2) = .868$	$p = .641$	$F(1,15) = 0.70$ $p = .417$	$F(1,15) = 7.23$ $p = .017$ $\eta^2 = .33$	$F(1,15) = 0.04$ $p = .837$	hoch (n = 6)	6.09	6.22	Sektor Arbeitsbereich	ambulant (n = 11)	5.68	5.69	$p(t1) = .771$ $p(t2) = .721$	$p = .845$	$F(1,15) = 1.22$ $p = .287$	$F(1,15) = 0.60$ $p = .449$	$F(1,15) = 1.07$ $p = .318$	stationär (n = 6)	5.76	6.03						
RS Rückbezug zum Studium	niedrig (n = 9)	5.54	5.66	$p(t1) = .670$ $p(t2) = .710$	$p = .935$	$F(1,15) = 0.64$ $p = .438$	$F(1,15) = 1.81$ $p = .198$	$F(1,15) = 0.03$ $p = .859$																																																						
	hoch (n = 8)	5.90	5.97						MF_H Methoden/ Formen_ Häufigkeit	niedrig (n = 10)	5.56	5.75	$p(t1) = .772$ $p(t2) = .825$	$p = .913$	$F(1,15) = 0.43$ $p = .522$	$F(1,15) = 0.80$ $p = .385$	$F(1,15) = 0.83$ $p = .377$	hoch (n = 7)	5.91	5.89	MF_E Methoden/ Formen_ Eignung	niedrig (n = 11)	5.50	5.58	$p(t1) = .267$ $p(t2) = .868$	$p = .641$	$F(1,15) = 0.70$ $p = .417$	$F(1,15) = 7.23$ $p = .017$ $\eta^2 = .33$	$F(1,15) = 0.04$ $p = .837$	hoch (n = 6)	6.09	6.22	Sektor Arbeitsbereich	ambulant (n = 11)	5.68	5.69	$p(t1) = .771$ $p(t2) = .721$	$p = .845$	$F(1,15) = 1.22$ $p = .287$	$F(1,15) = 0.60$ $p = .449$	$F(1,15) = 1.07$ $p = .318$	stationär (n = 6)	5.76	6.03																		
MF_H Methoden/ Formen_ Häufigkeit	niedrig (n = 10)	5.56	5.75	$p(t1) = .772$ $p(t2) = .825$	$p = .913$	$F(1,15) = 0.43$ $p = .522$	$F(1,15) = 0.80$ $p = .385$	$F(1,15) = 0.83$ $p = .377$																																																						
	hoch (n = 7)	5.91	5.89						MF_E Methoden/ Formen_ Eignung	niedrig (n = 11)	5.50	5.58	$p(t1) = .267$ $p(t2) = .868$	$p = .641$	$F(1,15) = 0.70$ $p = .417$	$F(1,15) = 7.23$ $p = .017$ $\eta^2 = .33$	$F(1,15) = 0.04$ $p = .837$	hoch (n = 6)	6.09	6.22	Sektor Arbeitsbereich	ambulant (n = 11)	5.68	5.69	$p(t1) = .771$ $p(t2) = .721$	$p = .845$	$F(1,15) = 1.22$ $p = .287$	$F(1,15) = 0.60$ $p = .449$	$F(1,15) = 1.07$ $p = .318$	stationär (n = 6)	5.76	6.03																														
MF_E Methoden/ Formen_ Eignung	niedrig (n = 11)	5.50	5.58	$p(t1) = .267$ $p(t2) = .868$	$p = .641$	$F(1,15) = 0.70$ $p = .417$	$F(1,15) = 7.23$ $p = .017$ $\eta^2 = .33$	$F(1,15) = 0.04$ $p = .837$																																																						
	hoch (n = 6)	6.09	6.22						Sektor Arbeitsbereich	ambulant (n = 11)	5.68	5.69	$p(t1) = .771$ $p(t2) = .721$	$p = .845$	$F(1,15) = 1.22$ $p = .287$	$F(1,15) = 0.60$ $p = .449$	$F(1,15) = 1.07$ $p = .318$	stationär (n = 6)	5.76	6.03																																										
Sektor Arbeitsbereich	ambulant (n = 11)	5.68	5.69	$p(t1) = .771$ $p(t2) = .721$	$p = .845$	$F(1,15) = 1.22$ $p = .287$	$F(1,15) = 0.60$ $p = .449$	$F(1,15) = 1.07$ $p = .318$																																																						
	stationär (n = 6)	5.76	6.03																																																											

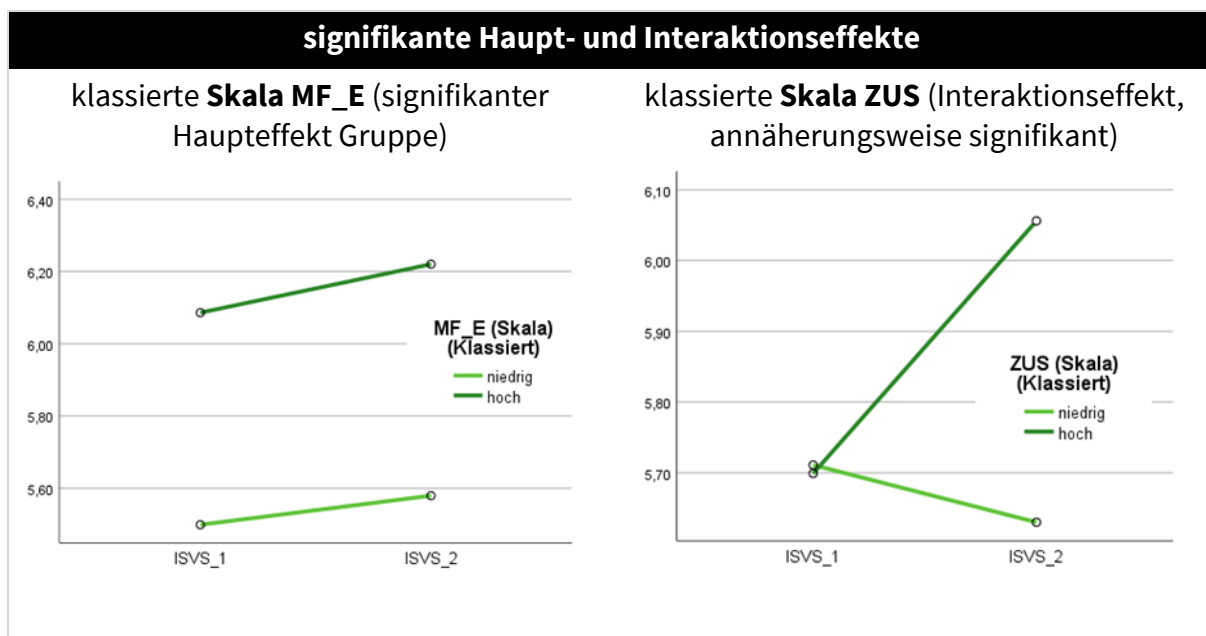
Quelle: eig. Darstellung

Die Ergebnisse der Mixed ANOVAs zeigen zwei signifikante Effekte. Einerseits einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe und einen schwach signifikanten Interaktionseffekt (vgl. Tabelle 6-23). Für die Skala *Methoden-Formen_Eignung* (MF_E) ist ein signifikanter Zwischensubjekteffekt für die Gruppe ($p = .017$) zu identifizieren. Demnach besteht ein Unterschied in der Bewertung der ISVS-21-D in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit der Gruppe (niedrig vs. hoch). Die Gruppe, die die Eignung der im Studium erfahrenen Methoden und Formen zum IPLL höher einschätzt, zeigt unabhängig vom Erhebungszeitpunkt höhere Werte in der ISVS-21-D als jene Gruppe, die die Eignung der Methoden und Formen zum IPLL niedrig einschätzt (vgl. Abbildung 6-14). Die ermittelte Effektstärke $\eta^2 = .33$ entspricht einem großen Effekt (vgl. Cohen 1988: 285ff.). Da sich in diesem Fall die Gruppengröße sehr unterscheidet (11 vs. 6), sind Schlüsse jedoch mit Vorsicht zu ziehen (vgl. Tabelle 6-23).

Des Weiteren ist ein schwach signifikanter Interaktionseffekt ($p = .068$) für die Skala *Zusammenarbeit der Berufsgruppen* (ZUS) festzustellen. Dieses Ergebnis erscheint – mit Verweis auf die geringe Teststärke dieser Untersuchung – dennoch erwähnenswert, da bei

Betrachtung des Profildiagramms eine deutliche Interaktion erkennbar ist. Dabei geht hervor, dass bei niedriger Zusammenarbeit mit anderen GHB die Bewertung der ISVS sinkt und bei hoher Zusammenarbeit mit anderen GHB die Bewertung der ISVS zunimmt. Besonders hervorzuheben ist, dass die ISVS-Ausgangswerte zum 1. Erhebungszeitpunkt (*ISVS_1*) gleich sind und sich im zeitlichen Verlauf der nächsten 6 Monate unterschiedlich bzw. sogar gegenläufig entwickeln (*ISVS_2*). Die Gruppe mit einer hohen Zusammenarbeit legt im zeitlichen Verlauf der nächsten 6 Monate in der ISVS-Bewertung zu, während die Gruppe mit der niedrigeren Zusammenarbeit in der ISVS-Bewertung abnimmt. Die Effektstärke von $\eta^2 = .21$ entspricht einem großen Effekt (vgl. Cohen 1988: 285ff.) (vgl. Abbildung 6-14).

Abbildung 6-14: Diagramme für Mixed ANOVAs der Skalen MF_E und ZUS



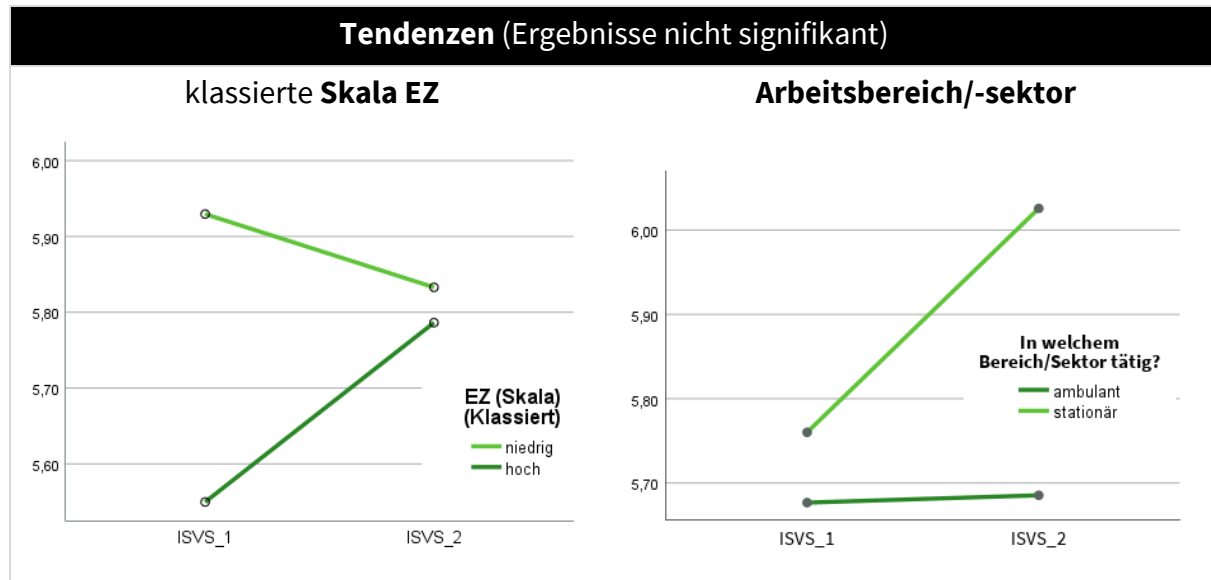
Quelle: eig. Darstellung

Für die anderen drei Skalen EZ, RS und MF_H sind keine signifikanten Ergebnisse feststellbar, weder für die Innersubjekt- noch für die Zwischensubjekteffekte (vgl. Tabelle 6-23). Allerdings ist festzuhalten, dass aufgrund der geringen Stichprobengröße die inferenzstatistischen Tests eine geringe Teststärke aufweisen. Dies rechtfertigt eine Auseinandersetzung mit den grafisch erkennbaren, deskriptiven Unterschieden. Anhand der Profildiagramme sind deskriptive Tendenzen erkennbar (vgl. Abbildung 6-15). Dennoch ist zu betonen, dass es sich lediglich um Tendenzen handelt, die aufgrund der geringen Stichprobe vorsichtig zu bewerten und ggf. mit größeren Stichproben zu überprüfen sind.

Das Profildiagramm für die Skala *Erfahrung in der Zusammenarbeit* (EZ) zeigt in der Tendenz, dass bei hoher EZ die Werte zwischen *ISVS_1* und *ISVS_2* zunehmen. Bei niedriger

EZ nehmen die Werte im Zeitverlauf vom ISVS_1 zu ISVS_2 leicht ab. Die Gruppe mit der niedrigeren EZ gibt eingangs deutlich höhere Werte in der ISVS-21-D als jene Gruppe, mit einer hohen Zusammenarbeit (vgl. Abbildung 6-15).

Abbildung 6-15: Diagramme der Mixed ANOVAs von Skala EZ und Arbeitsbereich



Quelle: eig. Darstellung

Im Rahmen der Mixed ANOVA wird ergänzend von einem Ergebnis für nicht klassierte Skalen berichtet, welches allerdings nicht signifikant ist. Jedoch wird anhand des Profildiagramms eine Tendenz deutlich, die den Mittelwertvergleich für die Arbeitsbereiche (→ [Kap. 6.3.3.3](#)), unterstützt (vgl. Tabelle 6-23). Für die Variable *Arbeitsbereich/-sektor* ist die Normalverteilungsannahme verletzt (Kolmogorov-Smirnov-Test und Shapiro-Wilk-Test jeweils unter $p < .05$; $p = .001$). Die Varianzhomogenität ist laut Levene-Test gegeben. Mittels des Profildiagramms (vgl. Abbildung 6-15) ist zu erkennen, dass in der Gruppe, die ambulant tätig ist, die Ausgangswerte für die ISVS-21-D niedriger sind und sich im zeitlichen Verlauf kaum verändern. Die Ausgangswerte für die ISVS-21-D im stationären Bereich sind hingegen höher und nehmen auch im Zeitverlauf der 6 Monate zu (von t1 zu t2). Da es sich hierbei lediglich um eine Tendenz handelt und kein signifikantes Ergebnis vorliegt, ist die Forschungshypothese H 06 zu verwerfen und die Nullhypothese anzunehmen. Demnach unterscheiden sich die Selbsteinschätzungen in der ISVS-21-D nicht innerhalb der beiden Arbeitsbereiche (ambulant vs. stationär) und verändern sich auch nicht im zeitlichen Verlauf für die beiden Erhebungszeitpunkte (t1 und t2) bei den Berufseinsteiger:innen.

6.3.3.5 Korrelative Analysen und Regressionen

Im Zuge der explorativen Herangehensweise wird mittels einer bivariaten Korrelationsanalyse zunächst für alle metrischen Skalen (ISVS_1, ISVS_2, EZ, ZUS, RS, MF_E, MF_H)

überprüft, ob Zusammenhänge zwischen den Variablen vorliegen. Die Analyse dient gleichzeitig zur Vorbereitung auf die Regression und zur Überprüfung der Multikollinearität, einer Anwendungsvoraussetzung der Regression. Die Korrelationstabelle (vgl. Tabelle 6-24) zeigt mehrere Signifikanzen, die im Folgenden genauer vorgestellt werden.

Tabelle 6-24: Korrelationstabelle – Befragung der Berufseinsteiger:innen

		Pearson-Korrelationen (n = 17)					
		ISVS_1	ISVS_2	EZ	ZUS	RS	MF_E
		(Skala)	(Skala)	(Skala)	(Skala)	(Skala)	(Skala)
ISVS_2 (Skala)	<i>r</i>	.65	--				
nach 12 Mon.	Sig. (<i>p</i>)	.005					
EZ (Skala)	<i>r</i>	-.14	.23	--			
Erfahrung Zusammenarbeit	Sig. (<i>p</i>)	.591	.371				
ZUS (Skala)	<i>r</i>	-.03	.38	.74	--		
Zusammenarbeit Berufsgruppen	Sig. (<i>p</i>)	.916	.128	.001			
RS (Skala) Rückbezug zum	<i>r</i>	.50	.41	.40	.27	--	
Studium	Sig. (<i>p</i>)	.043	.101	.111	.286		
MF_E (Skala)	<i>r</i>	.38	.49	.12	-.08	.34	--
Methoden/Formen – Eignung	Sig. (<i>p</i>)	.128	.048	.634	-.761	.184	
MF_H (Skala) Methoden/Formen	<i>r</i>	.34	.29	.47	.15	.82	.16
– Häufigkeiten	Sig. (<i>p</i>)	.178	.257	.056	.565	.000	.539
		■ signifikant	■ marginal signifikant	■ multikollinear	■ identische Messung		

Quelle: eig. Darstellung

In der Korrelationstabelle (vgl. Tabelle 6-24) sind fünf signifikante Zusammenhänge erkennbar. Dazu zählen zwei signifikante Korrelationen (grün hervorgehoben) für die Skalen *Rückbezug zum Studium* (RS) und *ISVS_1* sowie für *Methoden-Formen_Eignung* (MF_E) und *ISVS_2*. Außerdem ein marginal signifikanter Zusammenhang (hellgrün hervorgehoben) für die Skalen *Methoden-Formen_Häufigkeit* (MF_H) und *Erfahrung Zusammenarbeit* (EZ). Für die Bezüge zwischen *Zusammenarbeit Berufsgruppen* (ZUS) und *Erfahrung Zusammenarbeit* (EZ) sowie *Methoden/Formen_Häufigkeit* (MF_H) und *Rückbezug Studium* (RS) zeigen sich starke Korrelationen, die darauf hindeuten, dass die Items dasselbe Phänomen oder stark überschneidende Teile dessen testen. Korrelationswerte von näherungsweise .7 ($r \geq .7$) sind für die Regression bedeutsam, weil diese auf Multikollinearität hinweisen (vgl. Field 2018: 402; Stocker 2022: 11).

Einfache und multiple Regressionen

Zu den Voraussetzungen der linearen Regressionsanalyse zählen Normalverteilung, Linearität, Homoskedastizität und keine Verzerrung durch Ausreißer. Für den Fall der multiplen Regression sind außerdem Multikollinearität und Autokorrelation auszuschließen. Für die vorliegenden Regressionsanalysen sind die Voraussetzungen weitest-

gehend erfüllt. Bei der Regressionsanalyse von RS und ISVS_1, geprüft durch Histogramm und Q-Q-Diagramm, ist die Normalverteilung eingeschränkt gegeben. In allen Fällen ist Homoskedastizität gegeben, welche anhand von Streudiagrammen geprüft wurde. In der Residuenstatistik sowie in den Streudiagrammen fanden sich keine Verzerrungen durch Ausreißer. Die Linearität wurde grafisch getestet und in allen Fällen zeigte sich ein positiver Zusammenhang. Demnach sind die Testvoraussetzungen erfüllt und die Ergebnisse können interpretiert werden.

Die Analyse zeigt, dass die *Methoden-Häufigkeit* (MF_H) einen marginal signifikanten Einfluss auf die *Erfahrung mit der Zusammenarbeit* (EZ) hat: $F(1,16) = 4.30$, $p = .056$. Dabei ist ein positiver Zusammenhang zu erkennen: $Beta = 0.47$, $T(16) = 2.07$; $p = .056$. Die UV MF_H erklärt 22 % ($R^2 = .22$) der Streuung bei der *Erfahrung mit der Zusammenarbeit* (EZ), was mit $f^2 = 0.29$ einem mittleren Effekt¹²⁰ entspricht (vgl. Cohen 1988: 413f.) (vgl. Tabelle 6-25).

Tabelle 6-25: Ergebnisse der einfachen linearen Regressionen

Variablen		Pearson-Korrelation	Sig. (p)	R-Quadrat (R ²)	Effektstärke (f ²)
UV	AV				
MF_H	EZ	.47	.056	.22	.29

Quelle: eig. Darstellung.

Bei der Berechnung der multiplen linearen Regression interessiert, welche Variablen den größten Einfluss auf die Bewertung der ISVS-21-D zum 1. Erhebungszeitpunkt (ISVS_1) und zum 2. Erhebungszeitpunkt (ISVS_2) aufweisen. Dafür wurden fünf unabhängige Variablen (RS, MF_E, MF_H, ZUS und EZ) in die Analyse aufgenommen. Zunächst wurden die Voraussetzungen überprüft und bestätigt (→ Anhang E4). Die Ergebnisse werden entsprechend der Reihenfolge zunächst für ISVS_1 und anschließend für ISVS_2 vorgestellt.

Multiple lineare Regression (ISVS_1)

Die analytische Überprüfung der Autokorrelation zeigt einen unauffälligen Wert (Durbin-Watson-Test = 2.02). Ebenso unauffällig sind die Werte zur Überprüfung der Multikollinearität für die vorliegenden Variablen (VIF¹²¹ von 1.45 bis 5.06). Die multiple Regressionsanalyse zeigt ein Modell, bei dem durch Rückwärtsausschluss vier Einflussvariablen verbleiben: EZ, ZUS, MF_E und MF_H (vgl. Tabelle 6-26). Diese haben einen marginal signifikanten Einfluss auf ISVS-21-D zum 1. Erhebungszeitpunkt: $F(4,16) = 3.04$, $p = .061$. Dabei sind zwei signifi-

¹²⁰ Cohen (1988) interpretierte die Effektstärke f^2 folgendermaßen: klein $\leq .02$, mittel $\leq .15$ und stark $\geq .35$ (vgl. ebd.: 412ff.). Die Berechnung der Effektstärke erfolgte mittels: <https://www.hanseatic-statistics.de/statistische-tests/ffektst%C3%A4rkenrechner#Lineare-Regressionen> (17.06.2022).

¹²¹ Varianzinflationsfaktor

kante Prädiktoren die *Erfahrung mit der Zusammenarbeit* (EZ) und die *Methoden-Formen_Häufigkeit* (MF_H). Zwei schwach signifikante Prädiktoren sind die *Methoden-Formen_Eignung* (MF-E) sowie die *Zusammenarbeit mit anderen* (ZUS). Durch die vier Prädiktorvariabalen (UV) EZ, ZUS, MF_E und MF_H können 34.0 % der Streuung der ISVS-Werte zum 1. Erhebungszeitpunkt (ISVS_1) erklärt werden: $R^2(\text{korr}) = .34$. Dies entspricht mit einer Effektstärke von $f^2 = 0.49$ einem starken Effekt (vgl. Cohen 1988: 412ff.).

Tabelle 6-26: Ergebnisse der multiplen Regressionen für ISVS_1

Variablen		Beta	T	Sig. (p)
UV	AV			
EZ		-.94	-2.56	.025
ZUS	ISVS_1	.61	1.86	.088
MF_E		.45	2.12	.056
MF_H		.63	2.55	.026

Quelle: eig. Darstellung

Multiple lineare Regression (ISVS_2)

Auch für ISVS_2 zeigen die Überprüfungen der Autokorrelation (Durbin-Watson-Test = 1.41) und der Multikollinearität unauffällige Werte (VIF von 1.45 bis 5.06). Die multiple Regressionsanalyse zeigt ein Modell, bei dem durch Rückwärtsausschluss zwei signifikante Variablen verbleiben: ZUS und MF_E (vgl. Tabelle 6-27). Die *Zusammenarbeit der Berufsgruppen* (ZUS) sowie die *Methoden-Eignung* (MF_E) haben einen signifikanten Einfluss auf die ISVS-21-D zum 2. Erhebungszeitpunkt: $F(2,16) = 4.99$, $p = .023$. Dabei ist die empfundene *Methoden-Eignung* (MF_E) ein signifikanter Prädiktor für die ISVS_2 und die *Zusammenarbeit der Berufsgruppen* (ZUS) ein schwach signifikanter Prädiktor. Durch die beiden Prädiktorvariabalen (UV) MF_E und ZUS können 33.0 % der Streuung der ISVS-Werte zum 2. Erhebungszeitpunkt (ISVS_2) erklärt werden: $R^2(\text{korr}) = .33$. Dies entspricht mit einer Effektstärke von $f^2 = 0.49$ ebenfalls einem starken Effekt (vgl. Cohen 1988: 412ff.).

Tabelle 6-27: Ergebnisse der multiplen Regression für ISVS_2

Variablen		Beta	T	Sig. (p)
UV	AV			
ZUS	ISVS_2	.43	2.08	.057
MF_E		.52	2.54	.024

Quelle: eig. Darstellung

6.4 Quantitative Erhebung – Zusammenführung der Datensätze (Studierende und Berufseinsteiger:innen)

In diesem Abschnitt werden Ergebnisse vorgestellt, die sich auf die beiden Zielgruppen – Studierende und Berufseinsteiger:innen – beziehen. Nach der Beschreibung der Stichprobe erfolgt die statistische Auswertung für die ISVS-21-D im zeitlichen Verlauf vom Studium bis zum Übergang in den Beruf bzw. die Berufseinstiegsphase.

6.4.1 Stichprobe und Datenbereinigung

Die Stichprobe für den folgenden Ergebnisteil setzt sich aus Studierenden und Berufseinsteiger:innen zusammen. Bei den Studierenden sind jene 222 Datensätze eingeflossen, die ebenfalls im → [Kap. 6.2.2](#) beschrieben wurden. Dieser Datensatz ist bereits bereinigt, wie unter → [Kap. 6.2.1](#) dargelegt. Für den Datensatz der Berufseinsteiger:innen wurde für die folgende Auswertung eine neue Stichprobe zusammengesetzt, denn dafür können alle Datensätze eingeschlossen werden, die in einem der beiden Befragungsteile statistisch gültige Werte zur ISVS-21-D beinhalten. Bei der bisherigen Auswertung (→ [Kap. 6.3.2](#)) wurden nur Datensätze von Personen berücksichtigt, die nacheinander an beiden Befragungen teilgenommen haben. Wie bereits in früheren Kapiteln beschrieben (z.B. → [Kap. 5.4.3](#)), legte die Verfasserin für die Auswertung der ISVS-21-D eine Akzeptanz für fehlende Werte (missing values) von bis zu einem Drittel fest. Das heißt für mindestens zwei Drittel aller ISVS-Items (14 von 21 Items) muss eine statistisch gültige Bewertung vorliegen.

An der Befragung der Berufseinsteiger:innen nahmen $n = 73$ Personen teil. Ausgehend von dieser Bruttostichprobe wurden Fälle ausgeschlossen, bei denen der Studienabschluss außerhalb des vorgegebenen Einschlusskriteriums lag (Mai 2019 bis November 2020) (→ [Kap. 6.3.2.1](#)). Davon betroffen waren sieben Fälle, sodass 66 Datensätze verbleiben (vgl. Tabelle 6-12). In 22 Fällen waren keine Angaben zur ISVS-21-D vorhanden, weil die Umfrage frühzeitig beendet wurde. Bei den verbleibenden 44 Personen fanden sich gültige Angaben zur ISVS-21-D. Davon haben 11 Personen am 1. Befragungsteil, 17 Personen am 2. Befragungsteil und 16 Personen an beiden Befragungen teilgenommen (vgl. Tabelle 6-12). Demnach lagen für den 1. Befragungsteil (UF_BT_t1) 27 Datensätze und für den 2. Befragungsteil (UF_BT_t2) 33 Datensätze vor, sodass insgesamt 60 ISVS-Datensätze in die Auswertung eingeschlossen werden können.

Der im Folgenden dargestellte Ergebnisteil bezieht sich auf die zusammengenommenen 282 Datensätze. Darin enthalten sind 222 Datensätze der ISVS-21-D von ebenfalls 222 Studierenden sowie und 60 ISVS-Datensätze von 44 Berufseinsteiger:innen, die entweder an einer oder an beiden Teilbefragungen teilgenommen haben (UF_BT_t1 und/oder UF_BT_t2).

6.4.2 Beschreibung der Stichprobe

Nach der Datenbereinigung lag ein Datensatz von 282 Fällen, auf den sich die nachfolgenden Angaben beziehen. Die statistische Auswertung der Befragung der Berufseinsteiger:innen fand mit SPSS Statistics Version 27 (2020) statt.

Um die Veränderungen in der ISVS-21-D zwischen den Zielgruppen sowie über den zeitlichen Verlauf zu bestimmen, wurden vier Gruppen gebildet. Zu diesen vier Gruppen zählen:

- 1) Studierende, die sich in der Mitte ihres Studiums befinden (n = 132),
- 2) Studierende, die sich am Ende ihres Studiums befinden (n = 90),
- 3) Berufseinsteiger:innen mit Teilnahme an der 1. Teilbefragung, t1 (n = 27) und
- 4) Berufseinsteiger:innen mit Teilnahme an der 2. Teilbefragung, t2 (n = 33).

Die soziodemografische Struktur dieses Sample setzt sich folgendermaßen zusammen:

Alter:

Die Mehrheit der Personen (84.40 %) ist zwischen 20 – 29 Jahren. Der Rest verteilt sich über die anderen Altersgruppen, vor allem bei den Studierenden. Besonders bei den Berufstätigen ist die homogene Altersstruktur hervorzuheben. Denn aus der Gruppe der Berufseinsteiger:innen lagen in 44 Fällen Angaben zum Alter vor und all diese Proband:innen gehören zur Altersgruppe der 20 bis 29-Jährigen. Von 16 berufstätigen Personen (5.67 %) lagen keine Angaben zum Alter vor (vgl. Tabelle 6-28).

Fachrichtung:

Knapp die Hälfte der Gesamtstichprobe sind als Physiotherapeut:innen (n = 140) tätig. Die anderen Berufsgruppen sind zwischen 11 % bis 17 % vertreten: Ergotherapie (10.99 %), Logopädie (15.60 %) und Pflege (17.02 %) (vgl. Tabelle 6-28).

Tabelle 6-28: Alter und Fachrichtung der Gesamtstichprobe (n = 282)

Gruppe	Anzahl (n)	Alter Angabe von Häufigkeiten (absolut/relativ)						Fachrichtung Angabe von Häufigkeiten (absolut/relativ)					
		< 20	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	f. A.	ET	LP	PT	PFL	Son.	f. A.
Studierende (Mitte Studium)	132	12 4.26 %	111 39.36 %	7 2.48 %	-	2 0.71 %	-	12 4.26 %	16 5.67 %	80 28.4 %	24 8.51 %	-	-
Studierende (Ende Studium)	90	-	83 29.43 %	4 1.42 %	1 0.35 %	2 0.71 %	-	13 4.61 %	16 5.67 %	49 17.38 %	12 4.26 %	-	-
Berufseinstieg (1. Umfrage, t1)	27	-	27 9.57 %	-	-	-	-	3 1.06 %	8 2.84 %	6 2.13 %	8 2.84 %	2 0.71 %	-
Berufseinstieg (2. Umfrage, t2)	33	-	17 6.03 %	-	-	-	16 5.67 %	3 1.06 %	4 1.42 %	5 1.77 %	4 1.42 %	1 0.35 %	16 5.67 %
Gesamt	282	12 4.26 %	238 84.40 %	11 3.90 %	1 0.35 %	4 1.42 %	16 5.67 %	31 10.99 %	44 15.60 %	140 49.65 %	48 17.02 %	3 1.06 %	16 5.67 %

Quelle: eig. Darstellung

Im Folgenden wird nun die inferenzstatistische Auswertung für die zusammengelegte Stichprobe vorgestellt.

6.4.3 Statistische Auswertung

In Form einer ANOVA wurden die vier Gruppen – (1) Studierende Mitte, (2) Studierende Ende und (3) Berufseinsteiger:innen, die an der 1. Befragung teilgenommen haben (t1) sowie (4) Berufseinsteiger:innen, die 6 Monate später an der 2. Befragung teilgenommen haben (t2) – hinsichtlich ihrer Angaben zur ISVS-21-D miteinander verglichen. Für die abhängige Variable (ISVS_Mean) liegt Varianzhomogenität vor (Levene-Test: $F = 1.01$, $p = .387$) (vgl. Tabelle 6-29). Die Mittelwerte zwischen den Gruppen unterscheiden sich statistisch signifikant (ANOVA: $F(3,278) = 2.46$, $p = .001$).

Tabelle 6-29: Mittelwertvergleich der Gruppen (n = 282) mit Testungen

Gruppen	N	M	SD	Testung und Ergebnisse
Studierende (Mitte Studium)	132	5.34	0.64	Levene-Test: $F = 1.01$, $p = .387$ ANOVA $F(3,278) = 2.46$ $p = .001$ $\eta^2 = .06$
Studierende (Ende Studium)	90	5.65	0.68	
Berufseinsteiger:innen (UF_BT_t1)	27	5.67	0.64	
Berufseinsteiger:innen (UF_BT_t2)	33	5.69	0.73	
Gesamt	282	5.50	0.68	

Quelle: eig. Darstellung

Um zu identifizieren zwischen welchen Gruppen die Mittelwertunterschiede bestehen wurden Post-hoc-Tests durchgeführt und die Ergebnisse des Tukey-HSD-Tests sind in Tabelle 6-30 dargestellt. Daraus geht hervor, dass für zwei Gruppen signifikante Unterschiede vorliegen. Einerseits zwischen den Studierenden, die in der Mitte und am Ende studieren ($MD = -.310$, $p = .004$) sowie andererseits zwischen Studierenden in der Mitte und den Berufseinsteiger:innen zum 2. Erhebungszeitpunkt ($MD = -.351$, $p = .036$). Eta-Quadrat (η^2) beträgt 0.06, was eine Varianzaufklärung von 6 % bedeutet und damit als kleiner Effekt¹²² zu werten ist (vgl. Cohen 1988: 285ff.). Folglich hat der Zeitpunkt der Befragung einen kleinen Effekt auf die Bewertung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS-21-D).

¹²² Die Interpretation von Eta-Quadrat befindet sich in Fußnote 120.

Tabelle 6-30: Ergebnisse Tukey-HSD-Test (n = 282)

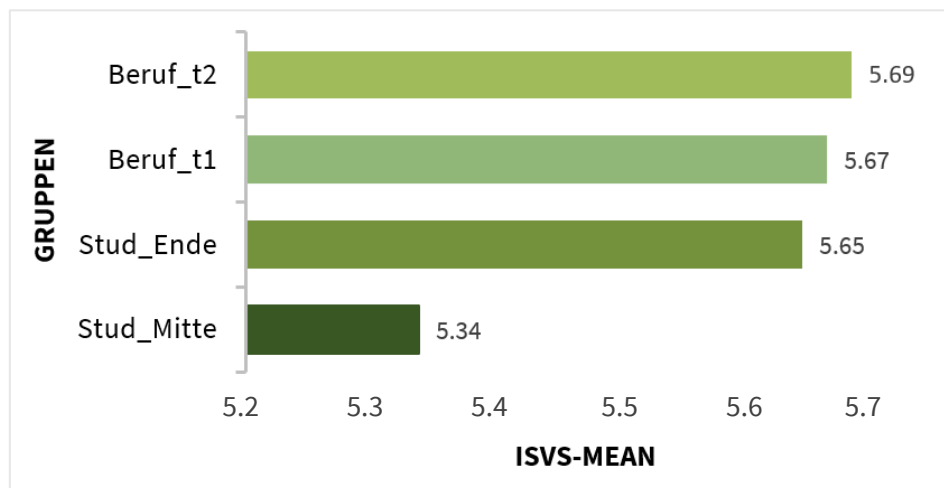
Tukey-HSD-Test (Mehrfachvergleiche)				
Gruppe 1-4 (I)	Gruppe 1-4 (J)	MD (Mittelwert- differenz) (I-J)	Std.- Fehler	Sig. (p)
Studierende Mitte	Studierende Ende	-.31*	.09	.004
	Berufseinstieg_t1	-.34	.14	.081
	Berufseinstieg_t2	-.35*	.13	.036

*. Die Mittelwertdifferenz ist in Stufe 0.05 signifikant.

Quelle: eig. Darstellung

Die Ergebnisse bestätigen eine leichte Zunahme bei den Selbsteinschätzungen der ISVS-21-D im zeitlichen Verlauf (vgl. Tabelle 6-29). Dabei ist die Zunahme während des Studiums am stärksten (Studierenden in der Mitte und am Ende des Studiums). Die Unterschiede zwischen den vier Gruppen sind grafisch in Abbildung 6-16 ersichtlich. Der größte Unterschied mit 0.35 Punkten besteht zwischen den beiden zeitlich entferntesten Gruppen – den Studierenden in der Studienmitte und den Berufseinsteiger:innen zum 2. Erhebungszeitpunkt (t2). Ebenfalls ein größerer Unterschied besteht zwischen den Studierenden in der Mitte und am Ende ihres Studiums. Jedoch bleibt das Niveau (Mittelwert) vom Ende des Studiums über die Berufseinstiegsphase weitestgehend unverändert (Beruf_t1 und Beruf_t2 in Abbildung 6-16).

Abbildung 6-16: Grafische Darstellung der ISVS-Mittelwerte im Gruppenvergleich



Quelle: eig. Darstellung

6.5 Zusammenführung der Ergebnisse aus der qualitativen und quantitativen Erhebung

Wie im Designdiagramm (vgl. Abbildung 3-1) angedeutet, werden im Rahmen der Auswertung von Mixed-Methods-Studien auch Verbindungen zwischen den qualitativen und quantitativen Daten gezogen (datenbasierte Integration, → [Kap. 5.1.1.3](#)). Im Folgenden werden Bezüge zwischen den Daten der Studierenden und der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte hergestellt. Am Ende des Kapitels werden die qualitativ ausgewerteten Freitextantworten vorgestellt, die im Rahmen der quantitativen Befragung der Berufseinsteiger:innen erhoben wurden.

6.5.1 Bezüge zur IPE-Typologie

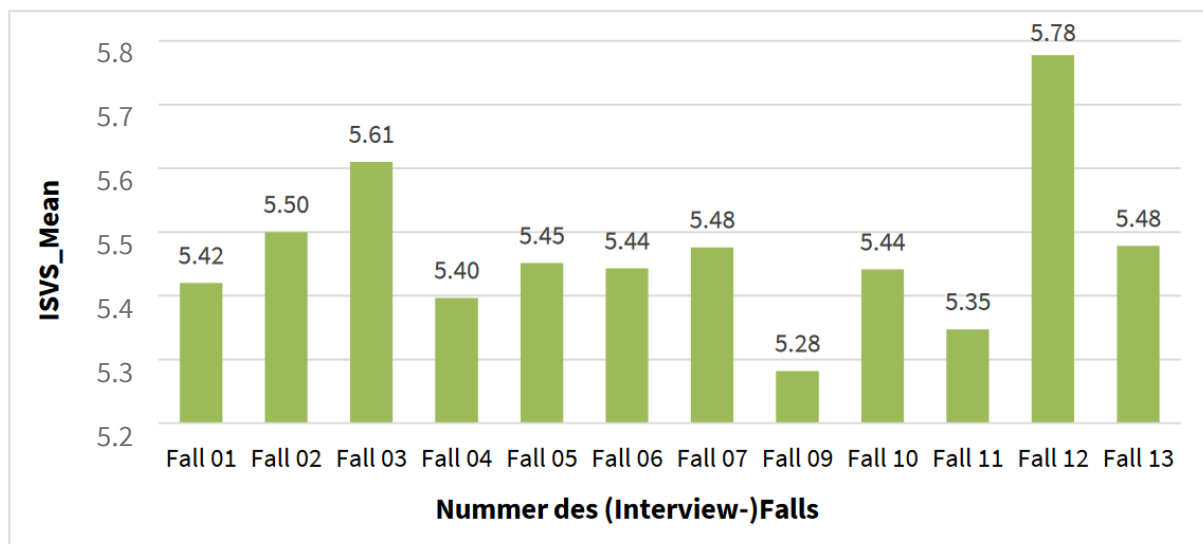
Bei der vorliegenden Arbeit werden die Angaben der 222 Studierenden zur ISVS-21-D (Mittelwertberechnungen) den vier identifizierten Typen der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte zugeordnet und mit Blick auf die Typologie – miteinander in Beziehung gesetzt. Die Verteilung über die vier Typen zeigt sich folgendermaßen: Typ A = 18, Typ B = 30, Typ C = 33 und Typ D = 141 (→ [Kap. 6.2.3.2](#)). Die Ergebnisse der Varianzanalyse ($F(3,218) = 0.06$, $p = .982$) zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Typen A – D hinsichtlich der Selbsteinschätzungen zur interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwerte) der Studierenden (vgl. Tabelle 6-9).

Auch die ISVS-Mittelwerte aus der Berufseinsteiger:innenbefragung sollten in Beziehung zur IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte gesetzt werden (→ [Kap. 3.3](#)). Jedoch weichte die Realisierung der forschungsmethodischen Umsetzung an zwei Stellen von der Planung ab, weshalb der Bezug zwischen den ISVS-Daten der Berufseinsteiger:innen nicht mit der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte in Verbindung gebracht werden konnte. Dafür fehlte zum einen bei den meisten Berufseinsteiger:innen das primärqualifizierende Studium, welches eine Voraussetzung zur Einordnung in die Typologie darstellt (→ [Kap. 5.4.5.1](#)) und zum anderen war die geringe Stichprobe hinderlich (→ [Kap. 6.3.2](#)).

Zur weiteren Exploration werden ergänzend die Mittelwerte der Studierenden im Fallvergleich untersucht (vgl. Abbildung 6-17). Ein Fall bezieht sich auf ein Interview und stellt je nach Perspektive der interviewten Person einen oder mehrere Studiengänge einer Hochschule dar (→ [Kap. 6.1.2](#)). Davon bewegen sich neun von 12 Fällen (75 %) mit ihrem ISVS-Mittelwert zwischen 5.40 und 5.61. Zwei andere Fälle liegen knapp unter 5.40. Fall 12 ($n = 3$) zeigt den höchsten ISVS-Mittelwert ($M = 5.78$) und ist im Vergleich mit Fall 09 ($n = 7$), dem Fall mit dem niedrigsten ISVS-Mittelwert ($M = 5.28$), hervorzuheben (vgl. Abbildung 6-17). Die beiden Fälle beziehen sich auf zwei Studiengänge einer Hochschule (einen Pflege-

und einen Therapiestudiengang). In beiden Interviews wurde bei der Beschreibung des IPLL auf die jeweilige andere Studienrichtung verwiesen. Das heißt, die dahinterliegenden Konzepte zum IPLL der beiden Studiengänge sind gleich und aufeinander abgestimmt. Wenn an dieser Hochschule interprofessionell gelernt wird, dann treffen Studierende aus diesen beiden Studienrichtungen (Pflege und Therapie) aufeinander und interagieren miteinander.

Abbildung 6-17: ISVS-Mittelwerte im Fallvergleich



Quelle: eig. Darstellung

6.5.2 Freitextantworten

Im 2. Befragungsteil der Berufseinsteiger:innenbefragung wurden die Teilnehmer:innen um Freitextantworten auf die beiden folgenden Fragen gebeten (vgl. Tabelle 5-14):

- 1) Was sind häufige Anlässe für die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen bei Ihrer aktuellen Arbeit? (Nennung von drei häufigen Anlässen)
- 2) Was haben Sie mit Blick auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen an Ihrer jetzigen Arbeitsstelle gelernt?

Die Angaben wurden jeweils induktiv gebildeten Kategorien zugeordnet. Für beide Fragen liegen Antworten von jeweils 16 Personen vor. Eine Person gab an, dass keine Zusammenarbeit mit anderen GHB stattfindet (DO21H).

Anlässe zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Insgesamt wurden 45 Nennungen erfasst und die genannten Anlässe konnten in vier Kategorien zusammengefasst werden. Die häufigsten Angaben mit 28 Nennungen finden sich in der Kategorie „Patient-/Klient:innenbezogener Austausch“. Aufgrund der vielfachen Angaben wurden die Anlässe in Subkategorien zugeordnet, wie z. B. „Teambesprechungen und Übergaben“ oder „Abstimmungen mit anderen Berufsgruppen“. Die zweithäufigste

Kategorie für die Anlässe der Zusammenarbeit mit anderen GHB bilden mit 11 Nennungen „Gemeinsame Therapie-/Pfleßmaßnahmen“. Hierzu zählen interdisziplinäre Therapie-/Pfleßmaßnahmen wie Mobilisation oder Mundpflege und gemeinsame Aufgabenfelder wie z. B. Ernährung oder Medikation. In der Kategorie „Organisatorische Absprachen“ sind vier Nennungen mit Absprachen zu Räumen, Zeiten oder Verordnungen vorhanden. In der Kategorie „Sonstiges“ wurden die beiden Nennungen Pausen und Fortbildungen zusammengefasst (vgl. Tabelle 6-31).

Lernerfahrungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Für die Angaben auf die Frage, was die Personen mit Blick auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen an ihrer jetzigen Arbeitsstelle gelernt haben, liegen insgesamt 32 Angaben von 16 Personen vor. Die Antworten konnten in acht Kategorien zusammengefasst werden. Am häufigsten finden sich Angaben zu Gelerntem, die zu der Kategorie „Bedeutung von Austausch, Absprachen und Kommunikation“ zusammengefasst wurden. Darin enthalten sind Hinweise wie z. B., dass der „Informationsaustausch [...] enorm wichtig (ist)“ (IV23F, auch AN09P) oder dass Fehler meist auf eine kommunikative Ursache zurückzuführen sind (vgl. KA06B). Mit sechs Nennungen ist die Kategorie „bestimmte Therapie-/Pfleßmaßnahmen/-ansätze“ am zweithäufigsten vertreten. Dabei wurden konkrete oder allgemeine Maßnahmen bzw. Ansätze beschrieben, „die durch eine andere Berufsgruppe beigebracht oder erklärt wurden“ (AN08K). Mit jeweils vier Nennungen ist die Kategorie „Bedeutung der Zusammenarbeit und Kooperation“ vertreten, in der u. a. die Erfahrungen genannt wurden, dass „man sich aufeinander verlassen kann“ (AN08K) oder dass, die „Zusammenarbeit [...] zeitintensiv (ist), aber [...] eine große Verbesserung des Outcomes für den Klienten“ mit sich bringt (UL08B). Ebenfalls jeweils vier Nennungen haben die Kategorien, die sich mit den Themen „Abgrenzung und Überschneidungen der Berufsgruppen“ (u. a. UT08S, AN08K) sowie „Respekt und Wertschätzung“ (z. B. SI21B, HE23D) beschäftigen. Des Weiteren haben die Befragungsteilnehmer:innen angegeben, dass die Bedeutung der Perspektivenübernahme (3 Nennungen; z. B. FR29T) sowie ein kollegiales Verhältnisses, auch mit der Leitung (2 Nennungen; z. B. UL08B) eine Rolle spielen und dass „eine Hierarchie unter den Berufsgruppen weiterhin existiert, aber schwächer wird (KA06B)“ (vgl. Tabelle 6-31).

Tabelle 6-31: Anlässe und Lernerfahrungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Anlässe (mit Anzahl der Nennungen)		Gelerntes (mit Anzahl der Nennungen)	
organisatorische Absprachen	4	Bedeutung von Austausch, Absprachen und Kommunikation	8
gemeinsame Therapie-/Pflegemaßnahmen	11	Bedeutung der Zusammenarbeit und Kooperation	4
patient-/klient:innenbezogener Austausch	28	Bedeutung des kollegialen Verhältnisses und der Leitung	2
- Therapieberichte (1)		bestimmte Therapie-/Pflegemaßnahmen und -ansätze	6
- Erfahrungsaustausch (12)		Abgrenzung und Überschneidungen der BG	4
- Treffen bei Hausbesuchen (1)		Einnehmen anderer Perspektiven	3
- Abstimmungen mit anderen BG/Pers. (5)		Abbau von Hierarchien	1
- Visiten (3)		Respekt und Wertschätzung	4
- Teambesprechungen und Übergaben (6)			
Sonstiges	2		
	45		32

Quelle: eig. Darstellung

7 DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden zentrale Ergebnisse diskutiert und interpretiert. In einzelnen Unterkapiteln findet eine Betrachtung der Ergebnisse statt – zunächst für die qualitative Erhebung (Kap. 7.1) und anschließend für die quantitative Erhebung (Kap. 7.2).

7.1 Ergebnisse der qualitativen Erhebung

Bei der Diskussion der Ergebnisse aus der qualitativen Erhebung werden eingangs die Interviews betrachtet. Danach wird auf die Entwicklung der Typologie, die Bewertung der Interviewfälle und die damit einhergehende Typisierung anhand verschiedener Aspekte eingegangen.

7.1.1 Interviews

Im Hinblick auf die Interviews mit den Studiengangsverantwortlichen, die der entwickelten Typologie zugrunde liegen, sind drei Aspekte zu betonen, die die Vergleichbarkeit der Fälle und damit die Diskussion sowie Interpretation der Ergebnisse betreffen. Dazu zählen:

- a) die verschiedenen beruflichen Positionen und Erfahrungswerte der Befragten,
- b) die Strukturen der jeweiligen Hochschulen/Studiengänge und
- c) die unterschiedlichen Entwicklungsstände der IPE-Lehr-Lern-Konzepte.

Bezüglich der beruflichen Positionen und Erfahrungen (a) ist anzumerken, dass die interviewten Personen zum Befragungszeitpunkt unterschiedliche Funktionen innehatten (Studiengangleitung, IPE-Koordinator:in oder Dozent:in für IPE), sodass die Aussagen über IPLL aus verschiedenen Perspektiven getroffen wurden (→ [Kap. 5.6](#) und Tabelle 6-1). Des Weiteren waren die Interviewpartner:innen unterschiedlich lange im hochschulischen Feld aktiv und sie verfügten über verschiedene quantitative sowie qualitative Erfahrungen mit IPLL. Außerdem sind Unterscheidungen im terminologischen Verständnis festzustellen, was deutlich wird, wenn Begriffe wie *Interprofessionalität* und *Interdisziplinarität* uneinheitlich oder wenig voneinander abgegrenzt verwendet werden. Beispielsweise verdeutlicht das folgende Zitat, dass bei der interviewten Person ein eher weites Verständnis von Interprofessionalität in den Gesundheitsberufen zugrunde liegt. Denn nach Ansicht der Forscherin wird darin – mit den Bezugswissenschaften als Erklärung – ein eher interdisziplinäres Verständnis für Interprofessionalität herangezogen:

„[...] Interprofessionalität, das heißt die sozialwissenschaftlichen Aspekte, wie psychologische, kommunikative, aber auch soziologische Aspekte, teilweise auch sozialpädagogische Aspekte wie die Inklusion, die haben wir [...] durchgängig und verzahnend.“
(Int. 10: Z 30–34)

Diese terminologischen Verständnisse sind insofern relevant, weil sie oft die Grundlage bilden für die Positionen und Argumentationen, die die Personen im Interview vertreten. Daraus können unzutreffende oder fehlerhafte Ableitungen bei den Fallbewertungen resultieren, um hier den Hinweis aus dem Kapitel zu den methodischen Limitationen (→ [Kap. 5.6](#)) aufzugreifen.

Für die strukturelle Ebene (b) ist festzuhalten, dass die sich Infrastrukturen an den Hochschulen und innerhalb der primärqualifizierenden Studiengänge unterscheiden. Dazu zählt beispielsweise die Anzahl der Studiengänge am jeweiligen Standort. Daraus resultiert, dass sich hinter jedem (Interview-)Fall eine unterschiedliche Anzahl an Studiengängen verbirgt. In dem vorliegenden Material variiert die Anzahl und es können mit einem Interview ein bis fünf Studiengänge verbunden sein.

Ebenso spielen, wie eingangs unter c) erwähnt, die unterschiedlichen Entwicklungsstände der IPE-Konzepte an den Hochschulen eine Rolle. Diese Entwicklungen werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, wie beispielsweise dem Alter des Studiengangs, der organisationalen Einbindung (z. B. Modellstudiengang, private Hochschule oder staatliche Hochschule), den strukturellen Voraussetzungen (z. B. mehrere gesundheitsbezogene Studiengänge am Standort oder in der näheren Erreichbarkeit), den personellen und räumlichen Ressourcen sowie dem persönlichen Engagement der Studiengangsverantwortlichen und deren Wissensstand bezüglich IPE. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Darstellungen der jeweiligen IPE-Konzepte um eine Momentaufnahme handelt. Denn teilweise liefen nach der Interviewdurchführung vorhandene Förderungen für IPE-Projekte aus und anvisierte Verstärkungen befanden sich noch in der Verhandlung. In anderen Fällen standen zeitnahe personelle und curriculare Umstrukturierungen an, die sich ebenfalls auf das IPLL auswirken. Die Aspekte sind bei der Einordnung in die Typologie entsprechend zu berücksichtigen und bei den Fallbewertungen zu reflektieren.

7.1.2 Dimensionen und Merkmale der Typologie

Die IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte wurde theoriebasiert und empiriegestützt entwickelt. Mit Verweis auf Kelle & Kluge (2010) stellt das eine zentrale Grundlage dar, denn „qualitativ entwickelte Konzepte und Typologien [müssen] gleichermaßen empirisch begründet und theoretisch informiert sein“ (ebd.: 23). Eine Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte, die empirisch untermauert ist und ermöglicht, dass vorhandene IPE-Lehr-Lern-Konzepte in einer Typologie verortet werden können, liegt für den deutschsprachigen Raum bisher nicht vor. Im englischsprachigen Raum hat Barr Ende der 1990er-Jahre mit den Arbeiten für eine vorläufige Typologie für interprofessionelle Bildung (*provisional typology*

of interprofessional education) begonnen und dabei u. a. Ziele, Inhalte, Lernmethoden und andere Aspekte, wie Ausbildungsstand und -dauer, berücksichtigt (vgl. Barr 1996: 342ff.; Barr 2007: 38). Mit Bezug auf diese Vorarbeit von Barr (1996) legt Sottas et al. (2016) eine „Typologie interprofessioneller Lernmethoden“ vor, die allerdings in ihrer Darstellung eher einer Klassifikation für IPE-Methoden entspricht und bei der keine Typisierung von Fällen anhand mehrerer Dimensionen und Merkmale möglich ist.

Die in der vorliegenden Forschungsarbeit ermittelten Dimensionen und Merkmale der Typologie mit den Merkmalsausprägungen wurden, wie in → [Kap. 5.3.8.3](#) beschrieben, zu verschiedenen Zeitpunkten (Erarbeitungsphase 1 – 3, Tabelle 5-8) im kollegialen Austausch vorgestellt und kritisch diskutiert. Obwohl positiv festzuhalten ist, dass die Trennschärfe zwischen den Abstufungen (*schwach, mittel, hoch*) während des gesamten Entwicklungsprozesses zugenommen hat, ist die Trennschärfe dennoch nicht vollständig gegeben. Beispielsweise ist beim Merkmal 02 (*Ausrichtung*) die Trennschärfe gering, wenn zwischen den Abstufungen ‚*überwiegend monoprofessionell*‘ (mittlere Ausprägung) und ‚*teilweise studiengangübergreifend*‘ (hohe Ausprägung) unterschieden wird. Eine geringe Trennschärfe kann zu Schwierigkeiten bei der Einordnung der Fälle in die Typologie führen. So wird für das Merkmal 02 vermutet, dass der geringe Wert von Krippendorffs Alpha ($\alpha = 0.53$; Tabelle 6-4) auch darauf zurückzuführen ist. Es ist davon auszugehen, dass bei einer weiteren Ausdifferenzierung der Merkmalsausprägungen den Rater:innen eine noch eindeutigeren Zuordnung der Fälle möglich wäre und sich dadurch die Reliabilität verbessert.

Ein weiterer Punkt für die Diskussion betrifft die Veränderungen bei der Entwicklung der Typologie. Die Dimension *Lernen am/durch Lernort Praxis* mit den beiden Merkmalen 07 (*Thematische Berücksichtigung*) und 08 (*Reflexion der IP/ID-Praxis*) wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Typologie aufgenommen (vgl. Tabelle 5-9, Phase 5). Denn erst im Prozess des Vergleichens und Kontrastierens der Interviewfälle wurde deutlich, dass es interessante Unterschiede bei der Berücksichtigung von Interprofessionalität in den Praxisphasen gibt. Diese Unterschiede reichen auf der einen Seite von der expliziten Berücksichtigung des Themas Interprofessionalität (FZF 05, FZF 09), über eine methodisch-didaktische Einbindung beispielsweise in Form von gezielten Beobachtungs- oder Arbeitsaufträgen (FZF 05, FZF 11) bis hin zur Einbeziehung und thematischen Sensibilisierung von Praxisanleiter:innen (FZF 01, FZF 11). Auf der anderen Seite wurde das Thema *IP in den Praxisphasen* in einigen Interviews nicht oder nur schwach berücksichtigt (FZF 02, FZF 04). Hier liegt die Vermutung nahe, dass die im Rahmen der Praxisphasen beobachtete oder erlebte Zusammenarbeit der Studierenden nur marginal am Lernort Hochschule thematisiert und aufgegriffen wird. Dabei bieten, nach Ansicht der Forscherin, genau diese

studentischen Beobachtungen und Erfahrungen großes Potenzial für Reflexions-, Erkenntnis- und Lernprozesse. Allerdings muss kritisch angemerkt werden, dass im Interviewleitfaden das Thema *IP und Praxisphasen* nur an einer Stelle explizit berücksichtigt wurde. Es wird ferner angenommen, dass die in den Interviews teilweise mangelhaften oder zu wenig detaillierten Informationen zu diesem Thema mit der auffällig häufig gegebenen Bewertungsoption der Rater:innen „keine Angabe“¹²³ bei Merkmal 08 in Zusammenhang stehen. Diese Antwortoption wurde ausschließlich bei diesem Merkmal gewählt. Eine mögliche weitere Erklärung ist, dass die Praxisphasen, bedingt durch den meist außerhochschulischen Lernort, als etwas Externes oder in sich Abgeschlossenes angesehen werden. Das könnte dazu führen, dass die Studiengangsvertreter:innen sie folglich eher nicht zum hochschulinternen, sondern zum außerhochschulischen Verantwortungsbereich zählen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich durch den beschriebenen kollegialen Austausch zur Entwicklung der Typologie Hinweise ergaben, die zu inhaltlichen sowie sprachlichen Veränderungen der Dimensionen und Merkmale geführt haben. Dieser Prozess kann weiter fortgesetzt werden und gilt deshalb nur als vorläufig beendet.

7.1.3 Fallbewertung und Typisierung

In diesem Kapitel werden die Fallbewertung der Merkmale sowie die Zuordnung der Typen betrachtet. Zur Überprüfung, wie zuverlässig die Merkmale über die Fälle hinweg messen, wurde Krippendorffs Alpha bestimmt. Diese Werte bewegen sich für die 10 Merkmale zwischen 0.47 und 1.0. Für die Gesamtbewertung aller Merkmale beträgt Krippendorffs Alpha $\alpha = 0.76$ und ist damit als noch akzeptabel zu bewerten (vgl. Krippendorff 2018: 356f.). Dabei sticht ein Merkmal mit einem sehr guten Reliabilitätswert heraus und harmonisiert die Gesamtbewertung bezüglich der akzeptablen oder unzureichenden Werte. Bei Merkmalen, bei denen keine ausreichende Übereinstimmung zwischen den Rater:innen vorliegt, werden im Folgenden eine kontextuelle Einordnung der Bewertung sowie Erklärungsansätze für die geringen Reliabilitätswerte gegeben. Dennoch ist insgesamt auf die eingeschränkte Reliabilität der Merkmale sowie die damit in Zusammenhang stehende Interpretierbarkeit hinzuweisen. In Tabelle 6-4 ist ersichtlich, dass an einigen Stellen zwar eine absolute Übereinstimmung zwischen allen vier Rater:innen besteht (keinerlei farbliche Hervorhebung), jedoch die Rater:innen auch stellenweise uneinheitlich bewerteten (farbliche Hervorhebung). In der Literatur werden verschiedene Ursachen mangelnder Übereinstimmung beschrieben. Für Wirtz & Caspar (2002) zählen dazu 1) die Inkongruenz

¹²³ Ausgehend von den 48 Angaben wurde 10-mal die Antwortoption „keine Angabe“ gewählt (vgl. Tabelle 6-4).

zwischen den Urteilen von Rater:innen sowie 2) die unterschiedlichen Bewertungen der Merkmalsausprägungen auf Seiten der Rater:innen (vgl. ebd.: 30f). Divergenzen zwischen den Rater:innen (PR bis KR3), bei denen durch den konsensuellen Austausch keine Einigung erzielt werden konnte, werden im Folgenden exemplarisch am Fall 13 mit Merkmal 07 sowie am Fall 05 mit Merkmal 04 erläutert. In beiden Fällen wird vermutet, dass die abgegebenen Bewertungen für das jeweilige Merkmal auf die unterschiedlichen Wahrnehmungen der Rater:innen zurückzuführen sind. Hierbei stehen sich die verschiedenen Bewertungen der Primär- und Kontrollrater:innen gegenüber (siehe Fehlableitungen → [Kap. 5.6](#)). Eine konkrete Erläuterung wird am Fall 13 mit dem Merkmal 07 (*Thematische Berücksichtigung beim Lernen am/durch den Lernort Praxis*) verdeutlicht. Hierfür haben die drei Fremdrater:innen auf Basis der Fallzusammenfassung das Merkmal einheitlich mit *schwach* bewertet. Die Primärraterin, der das gesamte Interviewmaterial zur Verfügung stand, entscheidet sich dennoch für eine mittlere Merkmalsausprägung und kann sich, auch nach nochmaliger Prüfung des Transkripts (Int. 13: Z 772–786), den Kontrollrater:innen nicht anschließen. In dem Interview wurde ihr der Eindruck vermittelt, dass Interprofessionalität auch Thema in den Praxisphasen ist und in den jeweiligen Studiengängen mitgedacht wird, wenn auch mit Unterschieden zwischen den verschiedenen Studiengängen (Int. 13: Z 772–777). Bei der interviewten Person handelte es sich um eine Person in einer koordinierenden Position, die eine übergeordnete Sicht auf die Organisation von IPE hatte und weniger auf die spezifische Umsetzung in einzelnen Studiengängen. Die konkrete Darstellung bei dem Punkt *Lernen am/durch Lernort Praxis* fiel in der Fallzusammenfassung entsprechend knapp aus und wurde, im Vergleich mit anderen Fällen, eher übergeordnet beantwortet. Beim Fall 05 und Merkmal 04 (*Zusammensetzung beim Lernen am Lernort Hochschule*) liegt die Bewertung der Forscherin mit der mittleren Merkmalsausprägung etwas höher als jene der Kontrollbewerter:innen, die alle drei eine schwache Merkmalsausprägung gewählt haben. Als Begründung wurde von den Kontrollrater:innen genannt, dass in der Fallzusammenfassung nicht deutlich wird, ob es über eine theoretische Vermittlung von Inhalten zu IP hinausgeht. Außerdem wird mit Blick auf den Praxisbezug nur das Modul „Teamarbeit und Kooperation“ erwähnt (kommentierte Fallbewertung von KR2). Die Forscherin kann sich an dieser Stelle den Einschätzungen der Kontrollrater:innen nicht anschließen, weil, ihrer Ansicht nach, durch die Umsetzung des Moduls „Teamarbeit und Kooperation“ als interprofessionelle Lehreinheit die Voraussetzungen für die mittlere Merkmalsausprägung (u. a. „bis zu drei Angebote/Projekte“) gegeben sind und es auch in anderen Veranstaltungen ein gemeinsames Lernen – zumindest in der Form des Nebeneinander-Lernens – gibt (vgl. Int. 05: Z 153–166; FZF 05: 1f.).

Für den zweiten Punkt, der von Wirtz & Caspar (2002) beschrieben wird, findet sich auch ein Beispiel in der vorliegenden Arbeit. Hierbei stellen die unterschiedlichen Bewertungen der Merkmalsausprägungen auf Seiten der Rater:innen eine Herausforderung dar. Im Fall 02 bei Merkmal 08 (*Reflexion der IP/ID-Praxis*) divergieren die Bewertungen. KR2 geht davon aus, dass Interprofessionalität in der Reflexion nicht explizit von Seiten der verantwortlichen Personen der Hochschule thematisiert wird (vgl. FZF 02: 2 oder Int. 02: Z 504–514), sodass die Person ‚keine Angabe‘ gewählt hat. Zwei andere Personen stimmen für eine schwache Merkmalsausprägung, weil sie der Fallzusammenfassung entnehmen, dass innerhalb der eigenen Studienrichtung reflektiert wird (KR 1, KR3). Bei der vierten Bewertung ist, dadurch dass es während jeder Praxisphase monatlich einen „praktikumsbegleitenden Studientag“ (FZF 02: 2 oder Int. 02: Z 497–499) gibt, die Bedingung für die mittlere Merkmalsausprägung (= regelmäßige Reflexion innerhalb der eigenen Studienrichtung) erfüllt. Insgesamt gaben die Kontrollrater:innen am Ende für Merkmal 08 Unsicherheiten bei der Zuordnung der Ausprägungen an. Beispielsweise wurde von einigen Rater:innen die Frage aufgeworfen, wann eine Reflexion als ‚vereinzelt‘ bzw. als ‚regelmäßig‘ zu bewerten ist und inwiefern eine Verbindung zwischen Häufigkeit und der thematischen Berücksichtigung gegeben sein muss. Diese Rückmeldungen zu den Schwierigkeiten können eine Erklärung für den ebenfalls niedrigen Reliabilitätskoeffizienten (Krippendorffs $\alpha = 0.47$) bei diesem Merkmal sein.

In der vorliegenden Typologie wurden von sechs potenziellen Typen vier empirisch begründete Typen herausgearbeitet und genauer beschrieben. Aus inhaltlichen und methodischen Gründen wurde sich um eine Zusammenlegung von zwei Gruppen respektive Säulen zu einem Typ entschieden (Typ A). Eine weitere Gruppe war im empirischen Material nicht vertreten, sodass von den sechs potenziellen Typen und einem zusammengelegten Typ schließlich nur vier empirisch begründete Typen übrigblieben. Zu den vier empirisch begründeten Typen zählen: Typ A – punktuelle Integration, Typ B – strategische Integration, Typ C – partielle Integration und Typ D – systematische Integration (→ [Kap. 6.1.5](#)). Die Bezeichnung der vier Typen wurde anhand der Ausrichtung und Integration der IP-Anteile in dem jeweiligen Studiengangskonzept gewählt. Dafür wurde sich für den zentralen Begriff der Integration entschieden, um damit die Einbindung des interprofessionellen Lehrens und Lernens zu beschreiben. Der Typ, der sich empirisch nicht gezeigt hat, wäre ein Typ, bei dem verhältnismäßig viel IPE angeboten wird und der, aufgrund seiner Struktur am Standort, auf Kooperationen mit anderen standortübergreifenden Bildungseinrichtungen angewiesen wäre. Ein solcher Typ ist, allein bedingt durch die Kombination – viel IPE bei gleichzeitig erforderlicher standortübergreifender und strategischer Kooperation – in der realen Studienlandschaft kaum umzusetzen. Insofern ist es nachvollziehbar, dass sich

dieser Typ empirisch nicht abbildet. Im vorliegenden Material konnten Typ A dreimal, Typ B und C jeweils zweimal und Typ D fünfmal identifiziert werden. Typ D, der sich durch eine systematische Integration von IP-Anteilen auszeichnet, war fast bei der Hälfte aller untersuchten Fälle zu finden. Die zwei Fälle bei Typ B sind hervorzuheben, weil sie einen besonderen Aufwand bezüglich der Kooperation mit außerhochschulischen Bildungseinrichtungen auf sich nehmen. Für die drei Fälle von Typ A sind die IP-Anteile punktuell vorhanden und können noch erweitert oder ausgebaut werden.

Des Weiteren ist bezüglich der Fallbewertung und Typisierung anzumerken, dass kein Fall ausschließlich vertikal (in einer Ausprägungslinie) bewertet wurde. Alle Fälle wurden nach dem gemischten Modell (vgl. Abbildung 5-4) bewertet und sind deshalb – in gewisser Weise – als Mischtypen zu verstehen. Im empirischen Material bzw. in der Bewertung des Materials fand sich kein Fall, bei dem alle neun Merkmale mit der gleichen Ausprägung (vertikales Modell) bewertet wurden, sodass bei keinem der 12 Fälle von einem „reinen“ Typ (Typ A – D) ausgegangen werden kann.

In der Literatur wird ferner darauf hingewiesen, dass eine möglichst große Homogenität innerhalb eines Typus und eine möglichst große Heterogenität zwischen den Typen erzielt werden sollte (vgl. Kluge 1999: 27; Kuckartz 2001:20; Kuckartz 2010: 556; Schmidt-Hertha & Tippelt 2011: 23; Tippelt 2010: 115). Eine große Heterogenität ist vor allem zwischen Typ A – punktuelle Integration und Typ D – systematische Integration gelungen. Eine geringe Heterogenität besteht zwischen Typ B und Typ C. Diese beiden Typen unterscheiden sich hauptsächlich in dem einen Merkmal ‚Standort‘, da Typ B die Besonderheit der kooperativen, standortübergreifenden Strategie aufweist. Für weitere Arbeiten an der vorgelegten IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte wäre denkbar, Typ B und Typ C zusammenzulegen und das Merkmal *Standort* auszugliedern oder getrennt zu berücksichtigen. Dann läge eine Typologie mit drei Typen vor, die sich ausschließlich auf die Unterschiede in einer schwachen, mittleren oder hohen Ausrichtung und Integration von IP-Anteilen fokussiert. Allerdings wäre dann die Empfehlung von Barr (1996), bei dem Vergleich von IPE-Initiativen darauf zu achten, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird, für dieses Merkmal wegen den unterschiedlichen standortbedingten Voraussetzungen nicht mehr gegeben (vgl. ebd.: 349).

Zu weiteren Bewertung des Gesamtergebnisses spielt außerdem der Hintergrund eine Rolle, der bereits zu Beginn dieses Kapitels (→ [Kap. 7.1.1](#)) thematisiert wurde. Mit jedem der 12 Interviewfälle sind unterschiedlich viele Studiengänge und folglich auch eine unterschiedliche Anzahl an Kohorten von Studierenden verbunden. Zusätzlich variiert die Anzahl der Studierenden in den Studiengängen. Beispielsweise starten neu aufgesetzte Modellstudien-

gänge, wie sie häufig im Bereich primärqualifizierender Pflege- und Therapiestudiengänge zu finden sind, zunächst mit weniger Studierenden als Studiengänge, die sich über mehrere Jahre etabliert haben.¹²⁴ Hinzu kommt, dass die Kohorten der gesundheitsbezogenen Studiengänge grundsätzlich eher klein sind (≤ 60) und sich deutlich von den kohortenstarken Studiengängen, wie z. B. Medizin, Psychologie oder Erziehungswissenschaft unterscheiden. Dies ist als Erklärung anzusehen für die verhältnismäßig kleine Stichprobe ($n = 222$) bei einer hohen Anzahl inkludierter Studiengänge ($n = 18$) (vgl. Abbildung 5-6). Die beiden Aspekte 1) Zuordnung der Studiengänge zu einem Interviewfall und 2) unterschiedliche Stärken der Kohorten stehen in enger Verbindung mit der Verwendung der Typologie. Denn die Zuordnung der Studierenden geschieht entsprechend des Studiengangs und deshalb führen die unterschiedliche Anzahl von Studiengängen „hinter“ einem Interviewfall sowie die unterschiedlichen Kohortenstärken zu ungleichen Gruppengrößen bei den vier Typen (Typ A mit $n = 18$ vs. Typ D mit $n = 141$ Studierenden, → [Kap. 6.2.3.2](#)). Ein insgesamt größerer Stichprobenumfang könnte hier eine robustere Verteilung über die Typen respektive Gruppen der Typologie liefern. Mit der Zuordnung der Studierenden zur Typologie wird die Verbindung zur quantitativen Erhebung hergestellt. Diese Ergebnisse werden im nächsten Teilkapitel beleuchtet.

7.2 Ergebnisse der quantitativen Erhebung

Die quantitativen Ergebnisse werden zunächst für die Befragung der Studierenden und im Anschluss für die Berufseinsteiger:innen vorgestellt. Dabei werden jeweils zu Beginn grundlegende Aspekte und danach spezifische Ergebnissteile beleuchtet, wie z. B. zur ISVS-21-D. Danach werden die Ergebnisse aus den kombinierten Datensätzen der Studierenden und Berufseinsteiger:innen diskutiert.

7.2.1 Befragung der Studierenden

7.2.1.1 Grundlegende Aspekte

Einleitend ist festzuhalten, dass die Studierendenbefragung ($n = 248$) den anvisierten Rücklauf von 25 % erzielt hat (→ [Kap. 5.4.4.1](#)). Die nach der Datenbereinigung ($n = 222$) festgestellte Ausschöpfungsrate von rund 90 % ist als gut zu beurteilen (vgl. Schnell et al. 2018: 427). Allerdings können aufgrund der gewählten Befragungstechnik (Online-Befragung) keine aussagekräftigen Angaben zur Verzerrung durch Nichtbeantwortung (*non-response bias*) gegeben werden (→ [Kap. 5.4.2](#)). Der Erhebungszeitraum (06/2020 bis 04/2021)

¹²⁴ Im Fall eines Modellstudiengangs wurde auch von einer hohen Abbruchquote berichtet, sodass zum Ende des Studiums und zum Zeitpunkt der durchgeführten Befragung nur noch 11 Studierende eingeschrieben waren.

fiel in die Zeit der Covid-19-Pandemie, in der fast alle studienbezogenen Aktivitäten und Interaktionen in den digitalen Raum verlegt und im Speziellen auch eine Vielzahl von Online-Befragungen initiiert wurden. Dadurch ist in beiden Gruppen von einer möglichen Übersättigung und insgesamt reduzierten Antwortbereitschaft auszugehen (vgl. Döring & Bortz 2016: 415). Des Weiteren wird angenommen, dass es sich bei der Rücklauf-quote von rund 25 % um eher motivierte und dem Thema gegenüber offen eingestellte Studierende handelt, die an der Befragung teilgenommen haben (→ [Kap. 6.2.1](#)).

Die Verteilung der Stichprobe hinsichtlich der Fachrichtungen zeigt, dass die Studierenden der Physiotherapie am stärksten und die Studierenden der drei anderen Fachrichtungen mit nahezu gleichen Anteilen vertreten sind (vgl. Tabelle 6-9). Dieses Ergebnis passt zur Recherche zu den einbezogenen Studienrichtungen, dass die Kohorten in den physiotherapeutischen Studiengängen oft am größten sind. Außerdem passen die Zahlen auch zur Verteilung innerhalb der Berufsgruppen, bei der die Physiotherapie die größte Berufsgruppe innerhalb der drei therapeutischen Berufe darstellt (vgl. Deutscher Bundestag 2020: 4). In den Gesundheitsberufen bildet die Pflege die größte Berufsgruppe (vgl. Statistisches Bundesamt 2022)¹²⁵. Bei den an der Untersuchung beteiligten Kohorten fiel jedoch bei genauer Betrachtung auf, dass die Pflegestudiengänge oft kleiner waren als die Kohorten der therapeutischen Studiengänge. Zudem wies eine interviewte Person für einen Pflegestudiengang an, dass der Rücklauf in der befragten Kohorte wahrscheinlich sehr gering ausfällt, weil die Studierenden am Ende ihres Studiums umfragemüde seien (vgl. Int. 11: Z 958-1030). Bei dem Studiengang handelt es sich um einen Modellstudiengang, der von verschiedenen Stellen mehrfach evaluiert wird. Die nachlassende Motivation der Studierenden, sich an Umfragen zu beteiligen, wurde von der interviewten Person damit begründet. Vor dem Hintergrund dieser Gründe erscheint insgesamt die prozentuale Verteilung der Studienrichtungen nachvollziehbar.

Die Verteilung der Stichprobe hinsichtlich des Zeitpunktes im Studium ist wie folgt zu erklären: Einige Standorte bieten Bachelorprogramme mit 7 Semestern an, sodass an diesen Standorten keine Studierenden im 8. Studiensemester (*„Studierende Ende“*) vorhanden sind. Das traf auf 11 von 18 Studiengängen zu. Die Gruppe *„Studierende Mitte“* bildet mit rund 60 % die größere Gruppe und setzt sich aus 19 Kohorten zusammen. Im Vergleich dazu setzt sich die Gruppe *„Studierende Ende“* (40.54 %) aus 17 Kohorten zusammen (vgl. Tabelle 5-12). Darüber hinaus kann, wie in vorherigen Abschnitt bereits erwähnt, die Motivation, sich an einer Umfrage zu beteiligen, zum Ende des Studiums

¹²⁵ 2021 waren circa 1.7 Millionen Pflegekräfte sozialversicherungspflichtig beschäftigt (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2022: 4).

abnehmen. Demnach ist die geringere Beteiligung bei der Gruppe ‚*Studierende Ende*‘ wahrscheinlich auch darauf zurückzuführen.

7.2.1.2 ISVS-21-D

Die Auswertung der Daten der ISVS-21-D geschah zunächst unter Berücksichtigung der fehlenden Werte. In der Literatur wird für schriftliche Befragungen oft ein nachlassendes Antwortverhalten zum Ende der Befragungen beschrieben (vgl. Döring & Bortz 2016: 415). Dies ist bei der Studierendenbefragung zu erkennen, denn fehlende Werte (Label 998), die auf eine Verweigerung oder einen Abbruch hindeuten, finden sich ausschließlich in den letzten sechs Items (16 – 21). Jedoch kann das nachlassende Antwortverhalten – aufgrund des geringen Prozentwertes von unter 1.0 % – als marginal bewertet werden. Außerdem zeigt die Datenanalyse, wie sich die fehlenden Werte, für die bewusst die Antwortoption ‚*keine Angabe*‘ gewählt wurde (Label 997), über die einzelnen Items verteilen (vgl. Tabelle 6-5). Dieses Antwortverhalten der Studierenden für die ISVS-21-D lässt vermuten, dass das Auftreten der fehlenden Werte vorrangig mit der Variablenausprägung selbst in Verbindung steht. Gemäß der Klassifikation fehlender Werte nach Rubin (1976) ist von MNAR-Werten auszugehen, weil anhand der Muster in den Daten systematische Mechanismen in Erwägung zu ziehen sind (vgl. Sedlmeier & Renkewitz 2018: 909). So lässt sich bei einigen Items mit einer prozentual höheren Verteilung von fehlenden Werten ein inhaltlicher Zusammenhang vermuten, da eine fundierte Beantwortung dieser Aussagen von Personen, die sich noch in einem Studium befinden, nur schwer möglich ist. Am deutlichsten erkennbar ist das an Item 06) ‚... *fühle ich mich in einer leitenden Rolle in einer Teamsituation wohl*‘, bei dem die Ausprägung der fehlenden Werte am höchsten ist (vgl. Tabelle 6-5). Vor dem Hintergrund der Zielgruppe erscheint die gewählte Antwortoption ‚*keine Angabe*‘ nachvollziehbar, da die Studierenden qua ihrer Rolle selten über Erfahrungen mit einer beruflich leitenden Rolle verfügen. Überdies ist anzunehmen, dass Aussagen zu realistischen Erwartungen, wie sie in Item 20 (‚... *habe ich realistischere Erwartungen an andere Fachpersonen in einem Team*‘) thematisiert werden, für Lernende ebenfalls schwer zu benennen bzw. aufgrund noch mangelnder Erfahrungs- und Vergleichswerte nur bedingt einzuschätzen sind.

Eine zusätzliche Betrachtung der Items erfolgte anhand der höchsten und niedrigsten mittleren Werte (Bewertungsskala von 1 – 7; vgl. Tabelle 6-8). Dabei sind folgende Gemeinsamkeiten zu erkennen: Die drei Items mit den höchsten Werten (Item 21, 16 und 02) behandeln Aspekte des Erkennens und Verstehens von interprofessioneller Zusammenarbeit (z. B. Item 16: ‚... *sehe ich den Sinn eines Team-Ansatzes besser*‘). Diese sind häufig Gegenstand des IPLL und aufgrund der Zugehörigkeit zum Bereich Wissen oder Einstellung sind diese oft in den unteren Stufen von Kompetenzmodellen angesiedelt (vgl. z. B. Barr et

al. 2000; Tabelle 5-11). Die drei Items mit den niedrigsten ISVS-Mittelwerten (Item 06, 01 und 10) beinhalten konkrete Erfahrungen und Handlungen (z. B. Item 10: „... *bin ich besser in der Lage, offen in einem Team zu verhandeln*“), die, je nach Zeitpunkt im Studium sowie abhängig von den individuellen Erfahrungen in den praktischen Studienphasen, von den Studierenden (bisher) nur bedingt erlebt und folglich eingeschätzt werden können. Diese Ergebnisse schließen an die Resultate von Aul und Long (2020) aus den USA an, die in ihrer Studie 414 Studierende aus acht Gesundheitsberufen¹²⁶ ohne eine konkrete Intervention mit der ISVS-21 untersuchten. Die Forscher:innen kamen zu ähnlichen Ergebnissen (vgl. Tabelle 7-1). In ihrer Untersuchung zeigt sich eine annähernd gleiche Struktur für die höchsten und niedrigsten ISVS-Mittelwerte. Darüber hinaus werden in Tabelle 7-1 für vier Studien, die die ISVS-21 einsetzten, jeweils die drei Items mit den höchsten und niedrigsten Mittelwerten dargestellt. Die weiß hinterlegten Zellen wurden auch bewertet, jedoch zählen sie nicht zu den drei höchsten oder niedrigsten Werten und sind – der besseren Überschaubarkeit wegen – ohne Zahlenwerte gelistet. In der Tabelle wird ersichtlich, dass in allen vier Studien die niedrigsten Mittelwerte von nahezu den gleichen Items gebildet werden. Die Items mit den höchsten Mittelwerten zeigen keine ganz eindeutige, aber eine hinreichende Ähnlichkeit. Auch die Untersuchung von Shustack et al. (2021) zeigt ähnliche Ergebnisse: höchste Mittelwerte bei den Items 21, 16 und 02 sowie niedrigste Mittelwerte bei den Items 07, 08, 01 (vgl. ebd.: 3). Diese Ergebnisse werden hier nur ergänzend hinzugezogen und sind in Tabelle 7-1 nicht aufgenommen, da sich die Untersuchung von Shustack et al. (2021) nicht nur auf Studierende bezieht, sondern auch auf Berufseinsteiger:innen, die sich im ersten Jahr der klinischen Praxis befinden.

Insgesamt konnten in der vorliegenden Untersuchung mit der ISVS-21-D hohe Werte ($M = 5.46$, $SD = 0.67$) für die interprofessionelle Sozialisation und Wertschätzung bei den Studierenden der verschiedenen PQS gemessen werden. Die Mittelwerte mit anderen Studien zu vergleichen ist aufgrund der unterschiedlichen methodischen Voraussetzungen nur eingeschränkt möglich. Beispielsweise sind die ISVS-Mittelwerte in der Untersuchung von Mink et al. (2020), die ebenfalls in Deutschland die ISVS-21-D einsetzen, wegen der verschiedenen Untersuchungszeiträume (t0 bis t2) nur bedingt mit der hier vorgestellten Untersuchung zu vergleichen. Andere Studien wurden vor dem im Rahmen eines anderen Bildungs- und Gesundheitssystems oder nach bestimmten interprofessionellen Lehr-Lern-Aktivitäten und gezielten Interventionen durchgeführt. Viel zielführender erscheint deshalb

¹²⁶ In die Studie waren Studierende eingeschlossen aus dem Bereich der Pflege (n = 149), Kommunikationsstörung (n = 76), Physiotherapie* (n = 52), Soziale Arbeit (n = 43), Radiologie (n = 35), Ergotherapie* (n = 28), Klinische Laborwissenschaft (n = 16) und Ernährungswissenschaft (n = 15). In Bereichen, die mit einem Stern (*) gekennzeichnet sind, waren Studierende mit einem Bachelor-Abschluss beteiligt (vgl. Aul & Long 2020: 2).

ein Vergleich der einzelnen Items, wie er in Tabelle 7-1 dargestellt ist. Außerdem wird die ISVS-21 nur in einigen Studien verwendet. Andere Studien verwenden hingegen die ISVS-24 (vgl. De Vries et al. 2016; Khalili & Orchard 2020; Perry et al. 2021; Stubbs et al. 2017) oder die ISVS-34 (vgl. Copenhaver & Crandell-Williams 2020).

Tabelle 7-1: Vergleich einzelner Items der ISVS-21 aus vier Studien

	Items ISVS-21	Untersuchung ohne konkrete Intervention		Untersuchung mit konkreter Intervention (Post-Testung) *	
		Aul/Long 2020	Kunze 2023	Karnish et al. 2019	Gierach et al. 2020
höchste Mittelwerte	21 ...habe ich den Sinn bezüglich der Vorteile interprofessioneller Teamarbeit erkannt	5.95	6.41	6.48	6.06
	16 ...sehe ich den Sinn eines Team-Ansatzes besser	5.96	6.14	6.56	
	13 ...fühle ich mich wohl darin, die mir übertragene Verantwortung in einem Team anzunehmen	5.91			6.10
	17 ...fühle ich mich in der Lage, als vollwertiges Mitglied eines Teams zu handeln			6.44	6.11
	02 ...verstehe ich den Sinn besser, eine einheitliche Sprache unter allen Gesundheitsfachpersonen in einem Team anzuwenden		6.07		
niedrigste Mittelwerte	06 ...fühle ich mich in einer leitenden Rolle in einer Teamsituation wohl	4.80	4.24	5.91	5.68
	01 ...bin ich mir meiner vorgefassten Meinungen bewusst, wenn ich zu einer Diskussion im Team dazustoße	5.12	4.91	5.90	5.63
	07 ...fühle ich mich wohl dabei, meinen Standpunkt zu äußern, wenn andere nicht im besten Interesse des Klienten handeln			6.08	5.69
	10 ...bin ich besser in der Lage, offen in einem Team zu verhandeln		4.90		
	05 ...habe ich mich verstärkt als Person wahrgenommen, die sich in der interprofessionellen Praxis einsetzt	5.29			
Legende: Rangordnung der Mittelwerte		Rangplatz 1	Rangplatz 2	Rangplatz 3	

* Hier sind ausschließlich die Werte der Post-Testung aufgenommen.

Quelle: eig. Darstellung

Beim Vergleich der ISVS-Mittelwerte in der vorliegenden Studie zeigt sich im zeitlichen Verlauf des Studiums eine leichte Verbesserung bei 20 Items (vgl. Tabelle 6-7). Lediglich ein Item verringert sich marginal. Insgesamt ist dieser Befund durch das signifikante Ergebnis des *t*-Tests zu unterstreichen, bei dem die Studierenden zum Ende des Studiums einen durchschnittlich um 0.3 Punkte höheren ISVS-Mittelwert vorweisen als die Studierenden in der Mitte des Studiums. Dieser Effekt ist als mittel ($d = 0.47$) einzuschätzen. Demnach ist die Selbsteinschätzung in der ISVS-21-D bei den Studierenden aus den primärqualifizierenden Pflege- und Therapiestudiengängen zum Ende des Studiums signifikant höher als in der

Studienmitte. Somit ist die Forschungshypothese H 01, dass die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) bei den Studierenden am Ende des Studiums höher ist als bei den Studierenden in der Mitte des Studiums, zu bestätigen (vgl. Tabelle 5-17). Dieses Ergebnis schließt an die Erkenntnisse aus nationalen und internationalen Studien an, die ebenfalls die ISVS nutzten und feststellten, dass interprofessionelle Lehr-Lern-Angebote im Studium die interprofessionelle Sozialisation und Wertschätzung verbessern (vgl. Aul & Long 2020; Gierach et al. 2020; Karnish et al. 2019; Khalili & Orchard 2020; Mink et al. 2020; Perry et al. 2021; Stubbs et al. 2017).

Zwischen den vier verschiedenen Studienrichtungen ist in der vorliegenden Untersuchung kein signifikanter Unterschied in der Bewertung der ISVS-21-D erkennbar (→ [Kap. 6.2.3.2](#)). Damit ist für die Hypothese H 02 die Nullhypothese zu bestätigen: Die Selbsteinschätzungen zur interprofessionellen Sozialisation (ISVS-Mittelwert) unterscheiden sich nicht innerhalb der vier Studienrichtungen (vgl. Tabelle 5-17). Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen aus anderen Arbeiten, in denen die ISVS bei mehreren Gesundheitsberufen eingesetzt wurde und die ebenfalls keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Studienrichtungen zeigen (vgl. Aul & Long 2020: 4; De Vries et al. 2016: 629; Mink et al. 2020: 5; O'Brien et al. 2013: 84; Perry et al. 2021: 10)¹²⁷.

Außerdem fand sich in dieser Untersuchung kein Unterschied in den ISVS-Mittelwerten mit Blick auf die Vorerfahrungen, weshalb folglich für Hypothese H 03 auch die Nullhypothese anzunehmen ist (vgl. Tabelle 5-17). Demnach spielen die beruflichen Vorerfahrungen der Studierenden – unabhängig davon ob Vorerfahrungen existieren und in welchem Bereich sie gesammelt wurden (Gesundheit oder anderer Bereich) – anscheinend keine oder nur eine marginale Rolle bei den Selbsteinschätzungen der ISVS. Die Ergebnisse von Perry et al. (2021) zeigen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Vorerfahrungen der untersuchten Gesundheitsberufe. In dieser Studie wurde die ISVS-21 bei Ergo- und Physiotherapeut:innen eingesetzt und u. a. auf Unterschiede bezüglich früherer interprofessioneller Arbeits- und/oder Simulationserfahrung untersucht (vgl. ebd.: 10). Allerdings verwundern diese Befunde vor dem theoretischen Hintergrund zur beruflichen Sozialisation. Denn es wird davon ausgegangen, dass die vorberufliche Sozialisation in der beschriebenen Form als *Sozialisation für den Beruf* eine Rolle für berufliche Sozialisationsprozesse spielt (→ [Kap. 4.3.2](#)). An dieser Stelle erscheint die Empfehlung sinnvoll, in weiteren

¹²⁷ Dabei schlossen Aul & Long (2020) Studierende im Bachelorstudium sowie nach dem Bachelorstudium in ihre Studie ein. Mink et al. (2020) bezogen Studierende nach der Teilnahme an einer interprofessionellen Ausbildungsstation ein. O'Brien et al. (2013) stellten Studierende nach einem Praxiseinsatz in den Fokus ihrer Untersuchung und De Vries et al. (2016) hingegen untersuchte ausschließlich praktizierende Therapeut:innen.

Forschungsarbeiten die Vorerfahrungen der Studierenden differenzierter zu erfassen und zu untersuchen, als dies in der vorliegenden Untersuchung geschehen ist.

Im Hinblick auf weiterführende Forschungen ist zu betonen, dass aus dieser Befragung der Studierenden nicht abgeleitet werden kann, warum sich die interprofessionelle Sozialisation und Wertschätzung im Verlauf der hochschulischen Ausbildung verbessert. Aufgrund grundsätzlich mangelnden Exploration quantitativer Erhebungsverfahren kann hierzu keine Aussage getroffen werden. Zudem fand keine explizite Befragung der Zielgruppe dazu statt. Um Aussagen über die Entwicklung der interprofessionellen Sozialisation über den gesamten Studienverlauf treffen zu können, wären zusätzlich die Einstellung der Studierenden zu Studienbeginn sowie (mögliche) Einflussfaktoren im Studienverlauf oder Gelingensbedingungen aus Sicht der Studierenden zu erheben. Des Weiteren wäre eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der ISVS-21-D mit Kohorten denkbar, die keine intendierten interprofessionellen Lehr-Lern-Aktivitäten in ihrem Studium erhalten.

Besonders hervorzuheben ist abschließend, dass die ISVS-Ergebnisse aus der vorliegenden Studie institutionsübergreifend und nicht – wie oft bei Evaluationen – im Anschluss an bestimmte, konkrete IPE-Interventionen erhoben wurden. Studien, die das IPLL konzeptionell übergeordnet, also ohne konkrete Intervention im Prä-Post-Vergleich und institutionsübergreifend betrachten, sind selten. Die Ergebnisse stellen einen Querschnitt dar, bei dem allerdings nicht auszuschließen ist, dass bestimmte Teilnehmer:innen vor der Befragung an interprofessionellen Interventionen teilgenommen haben. Ebenso hervorzuheben ist der Fokus der vorliegenden Untersuchung: vom Studium in den Berufseinstieg. Das ist eine wichtige Forschungsperspektive wegen der zugrundeliegenden Annahme, dass die im Studium erlebten Lern- und Entwicklungserfahrungen der Gesundheitsberufe die berufliche und interprofessionelle Sozialisation beeinflussen bzw. prägen (vgl. Heinz 1995: 7; → [Kap. 4.3](#)). Außerdem wird für das Feld der interprofessionellen Sozialisation ein Forschungsdesiderat konstatiert (vgl. Khalili & Orchard 2020: 1; Mink et al. 2022: 101; Olson & Bialocerkowski 2014: 244; Walkenhorst 2015: 587) und vergleichbare Studien liegen bisher nicht vor (→ [Kap. 2.3.2](#)).

7.2.1.3 Bezug zur IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte

Die ISVS-Mittelwerte der Studierenden wurden mit der IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte in Verbindung gebracht (→ [Kap. 6.1.4](#)) Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier empirisch identifizierten Typen (→ [Kap. 6.2.3.2](#)). Dafür ist die angenommene Forschungshypothese für H 04 zu verwerfen, denn die Studierenden im Typ D zeigen keine signifikant höheren ISVS-Mittelwerte als Studierende im Typ A (vgl.

Tabelle 5-17). Im Zusammenhang mit der Typologie sind zwei Fälle (Fall 09 und 12) zu erwähnen, die im Fallvergleich der ISVS-Mittelwerte den höchsten und niedrigsten Wert sowie die größte Mittelwertdifferenz von 0.5 Punkten bilden (vgl. Abbildung 6-17). Hinter den beiden Fällen stehen zwei Studiengänge, die am gleichen Standort miteinander agieren. Außerdem sind beide Fälle in der Typologie dem gleichen Typ (Typ A – Punktuelle Integration) zugeordnet (vgl. Tabelle 6-3). Allerdings war die Beteiligung in beiden Befragungen mit $n = 3$ (Fall 12) und $n = 7$ (Fall 09) niedrig und schwächt damit eine robuste Ableitung. Insgesamt verwundert der Mittelwertunterschied zwischen diesen beiden Fällen, vor allem wenn die strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen gleich bzw. weitestgehend ähnlich sind. Damit kann die Vermutung unterstrichen werden, dass noch andere Gründe die Selbsteinschätzung der ISVS-21-D beeinflussen, wie z. B. die Motivation für interprofessionelles Lernen und Arbeiten sowie Einflüsse durch Lehrende oder Praxisanleiter:innen. Die Annahme, dass der Lehrperson eine Schlüsselrolle bei schulischen Lehr-Lernprozessen zukommt, ist empirisch zunehmend bestätigt (vgl. Brühwiler et al. 2017: 304, Helmke & Schrader 2010: 70; Schmal 2017: 44f.). Mit Blick auf die interprofessionelle Bildung könnte dies in den Gesundheitsberufen spezifischer untersucht werden.

Die Ergebnisse, die in Verbindung mit der entwickelten Typologie stehen, müssen im Abgleich mit methodischen Limitationen diskutiert werden (→ [Kap. 5.6](#) und [Kap. 7.1.1](#)). In dem Zusammenhang sind vorrangig die ungleich verteilten Gruppengrößen (Typ A mit $n = 18$ vs. Typ D mit $n = 141$) zu berücksichtigen, aufgrund dessen von einer begrenzten Teststärke auszugehen ist. Des Weiteren liegen die Reliabilitätskoeffizienten für die Fallbewertungen der einzelnen Merkmale der Typologie (vgl. Tabelle 6-4) nicht alle im akzeptablen Bereich (→ [Kap. 6.1.5](#)). Drei Merkmale (Merkmal 06, 07, 09) sind knapp unterhalb des akzeptablen Bereichs und zwei Merkmale (02 und 08) zeigen Werte weit unterhalb des akzeptablen Bereichs von $\alpha = 0.67$ (vgl. Krippendorff 2018: 356). Hinzukommt die Tatsache, dass nicht von einem einheitlichen Begriffsverständnis für Interprofessionalität bei den interviewten Personen ausgegangen werden kann. Außerdem wurde die Zuordnung der Interviewfälle zur Typologie als Fremdbewertung durch die Primär- und Kontrollrater:innen vorgenommen und es hat keine Validierung durch die interviewten Personen stattgefunden. Dadurch sind fehlerhafte Ableitungen nicht auszuschließen.

7.2.2 Befragung der Berufseinsteiger:innen

Im Folgenden werden die im Kapitel 6 dargestellten Ergebnisse für die Befragung der Berufseinsteiger:innen diskutiert und interpretiert. Dabei werden zunächst grundlegende Aspekte wie Umfragebeteiligung, Einschlusskriterien und Stichprobenverteilung beleuchtet. Daran schließen sich Unterkapitel an, in denen spezifische Ergebnisse wie jene der

ISVS-21-D, der Zusammenarbeit in der Berufspraxis und der Rückbezug zum Studium betrachtet werden. Die Diskussion der Ergebnisse zur Fort- und Weiterbildung rundet das Kapitel ab.

7.2.2.1 Grundlegende Aspekte

Die anvisierte Umfragebeteiligung für die Befragung der Berufseinsteiger:innen konnte prinzipiell erreicht werden. Insofern kann von einem gewissen Interesse an dem Thema ausgegangen werden. Vor allem vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie, die mit einer hohen Arbeitsbelastung der Gesundheitsberufe einher ging, ist die grundsätzliche Umfragebeteiligung sehr positiv zu bewerten. Nach der Datenbereinigung verringerte sich die Stichprobe allerdings auf neun Datensätze, für die die Einschlusskriterien zutrafen und die für den gewünschten Längsschnitt von 6 Monaten in Frage kamen. In die folgende Diskussion über die Reduzierung der Stichprobe sind forschungsmethodische Aspekte wie die 2-teilige Umfrage und die Einschlusskriterien einzubeziehen. Besonders die zwei aufeinander aufbauenden Befragungsteile stellen eine Schwierigkeit dar, denn nur knapp 40 % haben an beiden Erhebungen teilgenommen (vgl. Tabelle 6-12). Hinzu kommt, dass die Teilnehmenden die geforderten Einschlusskriterien nur bedingt erfüllten (→ [Kap. 6.3.2.1](#)) oder die Befragung vorzeitig abbrachen. Diese Aspekte zusammen führen zu einer deutlichen Reduktion der verwertbaren Datensätze, was Auswirkungen auf die Aussagekraft der Ergebnisse mit sich bringt. Aufgrund der geringen einzubeziehenden Datensätze ($n = 17$) sind einige Ergebnisse nur marginal signifikant und lediglich als Tendenzen interpretierbar. Um diese Tendenzen zu bestätigen oder zu widerlegen sind (weiterführende) Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe durchzuführen. Der gewünschte Längsschnitt liegt folglich auch nur bei einer kleinen Teilmenge vor (→ [Kap. 5.4.5](#)). Mit einem größeren Sample wären ebenso robustere Ergebnisse für den Längsschnitt möglich. Um die Beteiligung an vergleichbaren Designs mit Folge- oder Mehrfachbefragungen von Berufspraktiker:innen sicherzustellen und zu erhöhen, sollte rechtzeitig über entsprechende Maßnahmen nachgedacht werden (vgl. Döring & Bortz 2016: 212; → auch [Kap. 5.6](#)).

Hinsichtlich der Einschlusskriterien ist festzuhalten, dass das 1. Kriterium des *primärqualifizierenden Studiums* nicht von allen Befragten erfüllt wurde. Die Sichtung der Daten verdeutlichte, dass sich an der Befragung auch Personen aus anderen Studienformaten beteiligt haben. Daraufhin wurde entschieden, auch Personen ohne primärqualifizierendes Studium in die Auswertung einzuschließen und damit vorhandene Datensätze zu berücksichtigen. Allerdings konnte dadurch die grundlegende Verbindung der Primärqualifizierung zwischen den drei Zielgruppen (Studiengangsverantwortliche, Studierende und Berufseinsteiger:innen) nicht aufrecht gehalten werden. Das 2. Kriterium *Abschluss des*

Studiums zwischen Mai 2019 und November 2020 wurde von einigen Teilnehmer:innen der Bruttostichprobe nicht erfüllt. Datensätze von Personen, deren Studienabschluss weit außerhalb des gewünschten Zeitraumes lag oder von Personen, die sich zum Erhebungszeitpunkt noch im Studium befanden, wurden exkludiert. Die in die Untersuchung eingeschlossenen 17 Datensätze erfüllen dieses zeitliche Kriterium für den Studienabschluss weitestgehend. Hierbei sind drei Datensätze inkludiert, bei denen nur das Jahr des Abschlusses angegeben wurde und nicht der Monat. In zwei Fällen wurde als Jahr 2020 angegeben und in einem Fall 2019. Da sich für das Jahr 2020 das Einschlusskriterium auf 11 von 12 Monaten bezieht und im 12. Monat die Umfrage begann (Dezember 2020), ist es eher unkritisch. Für das Jahr 2019 beginnt das zeitliche Einschlusskriterium ab Mai 2019. Dieser Datensatz wurde aufgrund der geringen Stichprobe dennoch einbezogen – in der Annahme, dass die teilnehmende Person das zeitliche Einschlusskriterium beachtet und lediglich die Angabe des Monats vergessen hat. Bei den 14 Personen, die den Monat des Studienabschlusses angegeben haben, liegt der Abschluss zwischen 2 bis 15 Monaten zurück (vgl. Tabelle 6-13). Insofern ist der anvisierte Abstand von maximal 18 Monaten zwischen Studienabschluss und 1. Erhebungszeitpunkt gegeben (→ [Kap. 5.4.5](#)). Für das 3. Einschlusskriterium *Tätigkeit im erlernten Gesundheitsberuf von mindestens 6 Monaten Berufserfahrung* ist festzuhalten, dass 15 von 17 Personen dieses Kriterium erfüllten. Eine Person gab an, dass sie über eine dreijährige Berufserfahrung verfügt und zwei Personen über lediglich zwei Monate. Aufgrund der geringen Stichprobe wurden diese drei Datensätze beibehalten (→ [Kap. 6.3.2.1](#)). Der Großteil (n = 14; 82.36 %) war zum 1. Erhebungszeitpunkt zwischen 11 und 15 Monaten im erlernten Gesundheitsberuf tätig. Damit lag zum 1. Erhebungszeitpunkt eine längere Berufstätigkeit als erwartet vor. In den Forschungsarbeiten zum Berufseinstieg von Gesundheitsberufen (z. B. Duchscher 2008; Halprin 2015), wird als Zeitspanne für die Berufseinstiegsphase die ersten 6 bis 12 Monate angegeben (→ [Kap. 4.3.2.2](#)). Mit Blick auf diese Zeitspanne ist die ausgewählte Stichprobe der vorliegenden Studie damit bereits an der Grenze und auch teilweise darüber hinaus einzuordnen, vor allem bei Hinzunahme der 6 Monate zwischen t1 und t2. Das ist bei den Ableitungen für die Berufseinstiegsphase zu berücksichtigen. In dem Zusammenhang ist allerdings auch darauf hinzuweisen, dass der Übergang in den Beruf ein individueller Prozess ist und keinem standardisierten zeitlichen sowie linearen Ablauf folgt (vgl. Duchscher 2008: 442; Leibnitz 2022: 7).

Die Verteilung der Stichprobe hinsichtlich der Berufszugehörigkeit (ET, LP, PFL, PT) ist annähernd gleich. Mit Blick auf verschiedene Arbeitsumfelder haben sich an der Befragung nur Personen beteiligt, die im ambulanten oder stationären Bereich tätig sind. Insofern können nur zu diesen beiden Bereichen vergleichende Aussagen getroffen werden und nicht

zu den anderen Bereichen, wie dem teilstationären oder komplementären Bereich. Der ambulante Bereich war mit 11 Personen fast doppelt so stark vertreten wie der stationäre Bereich mit sechs Personen.

7.2.2.2 ISVS-21-D

Bei der Bewertung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS) der Berufseinsteiger:innen zeigen sich keine signifikanten Verbesserungen im zeitlichen Verlauf von Dezember 2020 bis Juni 2021 (ISVS_1 zu ISVS_2). Allerdings ist auch keine signifikante Abnahme der Werte feststellbar, sondern vielmehr bleiben die Werte auf einem annähernd vergleichbaren Niveau, weshalb für H 05 die Nullhypothese anzunehmen ist (vgl. Tabelle 5-18). Als Erklärung wird in Erwägung gezogen, dass die Zeitspanne von 6 Monaten möglicherweise zu knapp ist, um starke Veränderungen in den Selbsteinschätzungen zur interprofessionellen Sozialisation zu messen. Vorstellbar ist in dem Zusammenhang auch, dass sich die Einstellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Berufseinstieg dennoch verändern. Beispielsweise aufgrund der Herausforderungen der täglichen Berufspraxis oder dass sich die aktuell knappen Ressourcen im Gesundheitssystem, wie Personal-mangel (→ [Kap. 2.1.2](#)), auf die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Einstellungen und Haltungen dazu auswirken. Die Befunde aus der vorliegenden Untersuchung unterstützen diese Annahme jedoch nicht. In den Ergebnissen der Berufseinsteiger:innen finden sich keine Hinweise zur Arbeitsunzufriedenheit in der Berufseinstiegsphase. Inwiefern hier ein Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und IPZ besteht – wie es in den Postulaten zum „quadruple aim“ aufgeführt wird (→ [Kap. 2.1.2](#)) – wurde dabei nicht untersucht.

Um die vorangegangenen Vermutungen zu bestätigen oder zu widerlegen, sind ergänzende Untersuchungen durchzuführen. Außerdem sind durch quantitative Erhebungen mit längeren Zeitspannen deutlichere Tendenzen erkennbar. Ein Vergleich mit anderen Studien hinsichtlich einer längsschnittlichen Untersuchung zu den Selbsteinschätzungen in der ISVS-21 bei Berufseinsteiger:innen ist nicht möglich, da nur wenige Studien bekannt sind, die die Perspektive von Berufseinsteiger:innen einbeziehen. Außerdem fehlen in den Studien, auf sich in dieser Arbeit bezogen wurde und die die ISVS einsetzen (z. B. De Vries et al. 2016; Shustack et al. 2021) längsschnittliche Daten aus entsprechenden Folgebefragungen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Bewertung der ISVS-21-D auch mit der angegebenen Arbeitszeit in Beziehung gesetzt. Dabei wurde deutlich, dass die wöchentliche Arbeitszeit einen Einfluss auf die Bewertung der ISVS-21-D hat. Zum 2. Erhebungszeitpunkt

schätzten sich Personen, die 32 Stunden und mehr arbeiten in der ISVS-21-D höher ein, als Personen, die 20 bis 32 Stunden arbeiten. Dieses Ergebnis ist signifikant und der Effekt mit hoch zu bewerten (vgl. Tabelle 6-21). Mit Blick auf die beiden beruflichen Umfelder – ambulant und stationär – wird sichtbar, dass jene Personen, die im stationären Bereich arbeiten höhere ISVS-Mittelwerte aufweisen als Personen, die im ambulanten Bereich tätig sind. Im zeitlichen Verlauf verbessern die beruflich Tätigen im stationären Bereich ihre Selbsteinschätzung in der ISVS-21-D um 0.27 Punkte (vgl. Tabelle 6-23), jedoch ist dieses Ergebnis nicht signifikant. Die Zunahme in den Selbsteinschätzungen (ISVS-21-D) erscheinen in Abhängigkeit – sowohl von der Arbeitszeit als von dem beruflichen Umfeld – nachvollziehbar, weil von mehr Erfahrungen und höheren Anforderungen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit auszugehen ist.

Abschließend soll Bezug genommen werden auf die Untersuchung von Shustack et al. (2021), bei der die Teilnehmenden die interprofessionelle Sozialisation in der Praxis beschreiben und dabei die drei Hauptthemen *Arbeitsplatzkultur*, *Identität der beruflichen Rolle* und *Stellenwert der interprofessionellen Ausbildung* identifiziert wurden (vgl. Tabelle 2-5; → [Kap. 2.3.2](#)). Diese Ergebnisse lagen bei der Fragebogenerstellung der vor-liegenden Studie noch nicht vor und konnten deshalb dabei nicht explizit berücksichtigt werden. Dennoch wird im Vergleich der Themen deutlich, dass der Bezug zur interprofessionellen Ausbildung wesentlich ist und die Struktur sowie die Kultur am Arbeitsplatz das berufliche Handeln steuern und beeinflussen.

7.2.2.3 Zusammenarbeit in der Berufspraxis

Um die Ergebnisse für die Zusammenarbeit in der Berufspraxis zu diskutieren, werden im Folgenden die Resultate aus den folgenden drei Frageblöcken einbezogen:

- 1) Zusammenarbeit mit eigener Berufsgruppe und anderen Gesundheitsberufen,
- 2) Erfahrungen mit der Zusammenarbeit,
- 3) Zusammenarbeit anhand von vorgegebenen berufsbezogenen Handlungen.¹²⁸

Der Frageblock zur **mono- und interprofessionellen Zusammenarbeit** (1) wurde in mehreren Fragen sowie in beiden Teilerhebungen thematisiert, sodass auch Aussagen im zeitlichen Verlauf möglich sind. Bei einer Frage zur Zusammenarbeit gab es drei verbale

¹²⁸ Die Frageblöcke sind einsehbar unter:

- 1) Zusammenarbeit mit eigener Berufsgruppe und anderen Gesundheitsberufen (UF_BT_t1, Frage 10, 10-1 und 10-2, → Anhang A5-1 und UF_BT_t2, Frage 13, 13-1, 13-2, → Anhang A5-2),
- 2) Erfahrungen mit der Zusammenarbeit (UF_BT_t2, Frage 14-1, 14-2, 14-3, → Anhang A5-2),
- 3) Zusammenarbeit anhand von vorgegebenen berufsbezogenen Handlungen (UF_BT_t2, Frage 15-1, 15-2, → Anhang A5-2).

Antwortoptionen: ‚*ausschließlich monoprofessionell*‘, ‚*gelegentlich interprofessionell*‘ und ‚*regelmäßig interprofessionell*‘ (Frage 10, UF_BT_t1). Zur Ergänzung der verbalen Antwortkategorien wurde in einer anderen Frage um eine prozentuale Einschätzung zur mono- und interprofessionellen Zusammenarbeit gebeten (Frage 10-1 und 10-2 in UF_BT_t2). Die deskriptive Auswertung der verbalen Antwortoptionen ergibt, dass bei den Berufseinsteiger:innen die Ausprägung für die Zusammenarbeit mit anderen GHB (‚*gelegentlich interprofessionell*‘ und ‚*regelmäßig interprofessionell*‘) gegenüber der monoprofessionellen Zusammenarbeit überwiegt. Außerdem nimmt die interprofessionelle Zusammenarbeit im zeitlichen Verlauf von t1 zu t2 leicht zu (vgl. Abbildung 6-10). Bei der prozentualen Einschätzung zur mono- und interprofessionellen Zusammenarbeit zeigen sich Abweichungen im Vergleich zu der verbalen Einschätzung. Bei den prozentualen Anteilen gaben 47.06 % an, dass die Zusammenarbeit mit anderen GHB weniger als 25 % ihrer täglichen Arbeitszeit beträgt und nur ein circa ein Drittel arbeiten mehr als 50 % mit anderen GHB zusammen. Außerdem nimmt die Zusammenarbeit mit anderen GHB im zeitlichen Verlauf von t1 zu t2 ab. Hinzukommen die Angaben sogenannter fehlender Werte bei t2. Denn Personen, die bei der vorhergehenden Frage angegeben haben, dass sie ausschließlich mit der eigenen Berufsgruppe arbeiten, wurde mittels Filterführung diese Frage nicht angezeigt (vgl. Abbildung 6-12). Es ist möglich, dass durch die differenziertere Einteilung der numerischen Antwortoptionen konkretere Aussagen getätigt werden als bei den verbalen Angaben. Nachträglich zeigt sich bei der Auswertung, dass die drei verbalen Antwortoptionen für das Kontinuum der Zusammenarbeit (vgl. Jakobsen 2011: 13; → [Kap. 4.1.4](#)) sehr weit gefasst sind und wiederum die prozentualen Angaben mit den vier Prozentbereichen – vor allem bei der geringen Stichprobe – sehr herausfordernd sind. Beispielsweise wird bei den verbalen Antworten die monoprofessionelle Zusammenarbeit nur mit einer Option erfasst und im numerischen Bereich mit vier Prozentbereichen ausdifferenziert. Insofern ist eine Zusammenlegung der Ergebnisse aus beiden Fragen nur eingeschränkt möglich und Aussagen sind, aufgrund der geringen Stichprobe, nur bedingt belastbar.

In einem weiteren Frageblock (2) wurden **Erfahrungen mit der Zusammenarbeit** erhoben. Die Auswertung fand deskriptiv sowie induktiv mittels der gebildeten Skala EZ statt. Die Mehrheit der Befragten (82.35 %) gibt an, dass eine Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen erforderlich ist (Item 01) (vgl. Tabelle 6-19). Für die verbleibenden 17.64 % (3 Personen) ist eine Zusammenarbeit nur ‚*teils teils*‘ oder ‚*eher nicht*‘ erforderlich. Hier wäre interessant, mehr über die Hintergründe zu erfahren, um zu erfassen, ob es dabei eher um eine Einstellung zur Zusammenarbeit oder einen situativen Befund handelt. Beispielsweise wenn eine Pflegefachkraft aufgrund ihres Arbeitsumfeldes in der ambulanten Pflege

vorrangig im Einzelkontakt mit den zu Pflegenden und/oder Angehörigen arbeitet. Der Aussage, dass ausreichend Personal vorhanden ist (Item 09), hat keine Person zugestimmt und keine Person widersprochen. Für 15 Personen (76.47 %) ist ausreichend Personal nur *teils teils* oder *eher nicht* vorhanden. Vier Personen (23.53 %) wählten die Antwortoption *trifft eher zu*. Bei dieser Frage wurde mit deutlich mehr explizitem Widerspruch gerechnet, weil der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in der Praxis deutlich spürbar, in der Literatur eindeutig belegt ist und in den Medien ausführlich thematisiert wird (vgl. Augurzky & Kolodziej 2018: 3; Cohnen 2020). Außerdem wäre zu prüfen, ob es sektorenspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung der Statusunterschiede und Arbeitsbelastung in Verbindung mit der personellen Besetzung gibt. Denn möglicherweise nehmen die zwei Drittel der befragten Berufseinsteiger:innen aus dem ambulanten Bereich (→ [Kap. 7.2.2.1](#)) die Arbeitsanforderung anders wahr als Beschäftigte im stationären Bereich. Ebenfalls überraschend ist die Bewertung hinsichtlich der Macht- und Statusunterschiede in den Gesundheitsberufen (Item 13). Für circa die Hälfte der Befragten (52.94 %) ist das Verhältnis von Macht und Status innerhalb der GHB annähernd gleich verteilt (*trifft zu* und *trifft eher zu*). Dabei wäre interessant herauszufinden, ob diese Bewertungen im Zusammenhang mit der Berufseinstiegsphase stehen und ob Berufsangehörige, die länger im Gesundheitssystem arbeiten diese Frage ggf. anders beantworten. Denn in der Phase des Berufseinstieges ist die Wahrnehmung für die Arbeitsumgebung noch von anderen Eindrücken überlagert (→ [Kap. 4.3.2.2](#)) und die Perspektive ist eher auf die eigene Orientierung und Kompetenzentwicklung gerichtet als auf systemische Aspekte. Das kann auch mit dem Modell zur Entwicklung beruflicher Kompetenz („From Novice to Expert“) von Dreyfus und Dreyfus (1980) untermauert werden. Darin ist Stufe 1 (Noviz:in) vom Erlangen von Orientierungs- und Überblickswissen geprägt und erst ab Stufe 2 (fortgeschrittene Anfänger:innen) erhalten die Personen zunehmend ein Verständnis für Zusammenhänge (vgl. Rauner 2007: 60). Die Bewertungen zu den Macht- und Statusverhältnissen passen inhaltlich auch mit dem Item zur gleichwertigen Zusammenarbeit auf Augenhöhe (Item 02) zusammen. Die Mehrheit (58.82 %, 10 Personen) bewertet das mit *trifft zu* bzw. *trifft eher zu* und für weitere 5 Personen (29.41 %) trifft es *teils teils* zu. Erfreulicherweise erachten alle Befragten den Umgang im engeren Kolleg:innenkreis als respektvoll (Item 04) und das Arbeitsklima erleben die meisten Befragten (88.23 %, 15 Personen) als wertschätzend und kollegial, was als eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Zusammenarbeit gilt (vgl. Pastoors & Ebert 2019: 23f.) (vgl. Tabelle 6-19). Zu den Aussagen, die mit Blick auf die Zusammenarbeit eher ungünstig beurteilt wurden, zählen die Zeit zum fachlichen Austausch (Item 06) und der Austausch über verschiedene berufliche Rollen und Kompetenzen (Item 12). Beide Aussagen treffen für die überwiegende Mehrheit nur *teils*

teils‘ oder *,eher nicht zu*‘. Dabei sind – besonders in der Phase des Berufseinstiegs – fachlicher Austausch sowie der Austausch über Rollen und Kompetenzen ein wichtiger Aspekt für Sicherheit und Souveränität (vgl. Walter 2018).

Die Untersuchung lässt auch Schlussfolgerungen zur Erfahrung mit der Zusammenarbeit (EZ) in Verbindung mit der wöchentlichen Arbeitszeit zu. Personen, die weniger als 20 Stunden/Woche arbeiten, bewerten die Erfahrungen mit der Zusammenarbeit signifikant anders, als Personen, die zwischen 20 bis 32 Stunden/Woche arbeiten. Hierfür ist nahe liegend, dass es bei geringerer wöchentlicher Arbeitszeit weniger gemeinsame Berührungspunkte gibt, die die Erfahrungen mit der Zusammenarbeit beeinflussen. Das Ergebnis der ANOVA bestätigt, dass die wöchentliche Arbeitszeit einen signifikanten Effekt auf die Bewertung der Erfahrung der Zusammenarbeit (EZ) hat und ein großer Effekt ($\eta^2 = .40$) für die Bewertung zwischen den Gruppen der geringeren wöchentlichen Arbeitszeit (≤ 20 S/W) und der mittleren Arbeitszeit (20 bis 31.99 S/W) besteht (vgl. Tabelle 6-21). Daher sollte bei Untersuchungen zur interprofessionellen Sozialisation und zur Beurteilung der interprofessionellen Zusammenarbeit auch die Arbeitszeit erfasst werden. Sofern sich die Arbeitszeit sehr unterscheidet, können nur bedingt tragfähige Vergleiche gezogen werden. Andernfalls können Vergleiche zwischen den verschiedenen Arbeitszeitgruppen durchgeführt werden, um weitere Erkenntnisse zu generieren.

In einem weiteren Fragenblock wurde die **Zusammenarbeit der Berufsgruppen** anhand von bestimmten und vorgegebenen berufsbezogenen Handlungen untersucht. Auch diese Auswertung fand deskriptiv (vgl. Tabelle 6-18) sowie inferenzstatistisch mittels der gebildeten Skala ZUS statt. Nach den Einschätzungen der Befragten finden die berufsbezogenen Handlungen meist *,sowohl als auch*‘, d. h. mono- und interprofessionell und *,eher monoprofessionell*‘ statt (vgl. Tabelle 6-18). Diese Ergebnisse decken sich in Ansätzen mit den Ergebnissen aus dem 1. Fragenblock zur Zusammenarbeit. Für die Zusammenarbeit (ZUS) in Verbindung mit der ISVS konnte ein schwach signifikantes Ergebnis ($p = .68$) identifiziert werden (vgl. Tabelle 6-23). Interessant ist dabei der Befund, dass die Werte der ISVS-21-D zu Beginn für beide Gruppen annähernd gleich sind und sich im zeitlichen Verlauf in beiden Gruppen in die gegenläufige Richtung verändern (vgl. Abbildung 6-14). Die Selbsteinschätzungen in der ISVS-21-D nehmen im zeitlichen Verlauf von t1 zu t2 zu, wenn die Zusammenarbeit hoch eingeschätzt wird und die Bewertung nimmt ab, wenn die Zusammenarbeit (eher) ungünstig eingeschätzt wird (niedrige ZUS). Insgesamt ist festzuhalten, dass es einen schwach signifikanten Einfluss der Zusammenarbeit der Berufsgruppen auf die Bewertung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung gibt.

Das erscheint unter inhaltlichen Aspekten absolut nachvollziehbar, denn die Erfahrungen beeinflussen die Einstellungen, Überzeugungen und Haltungen.

Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (ZUS) wird je nach **Arbeitsbereich** unterschiedlich bewertet. Für die beiden, in die Untersuchung eingeschlossenen, Arbeitsbereiche – ambulant und stationär – zeigt sich, dass im stationären Bereich die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (ZUS) signifikant höher bewertet ($p = .017$) wird als im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 6-20). Über andere Arbeitsbereiche kann hier keine Aussage getroffen werden, da alle befragten Personen ausschließlich in diesen zwei Arbeitsbereichen tätig waren. Die Berufseinsteiger:innen mit Tätigkeit im stationären Bereich bewerten die Erfahrung mit der Zusammenarbeit (EZ) ebenso höher als die befragten Personen im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 6-20). Dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant, sondern zeigt lediglich eine Tendenz. Dabei wurden höhere Werte für den stationären Bereich erwartet (\rightarrow Forschungshypothese 05 in Tabelle 5-18), weil davon ausgegangen wird, dass im stationären Bereich die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in den täglichen Arbeitsabläufen eine größere Rolle spielt als im ambulanten Bereich. Demnach wäre beispielsweise in weiteren Forschungsarbeiten zu untersuchen, inwiefern sich der Erfahrungsschatz von Personen, die im stationären Setting tätig sind, neben der Quantität auch in der Intensität, von jenen im ambulanten Setting unterscheidet.

In der 2. Teilbefragung (t2) wurden häufige **Anlässe zur Zusammenarbeit** mit anderen GHB (UF_BT_t2, Frage 16) und damit in Verbindung stehende **Lernerfahrungen** (UF_BT_t2, Frage 17) mittels Freitextantworten abgefragt (\rightarrow [Kap. 6.5.2](#)). Die Ergebnisse wurden in Kategorien zusammengefasst. Bei den Anlässen wurden 45 Nennungen erfasst¹²⁹ und davon können 28 Nennungen der Kategorie ‚*patient-/klient:innenbezogener Austausch*‘ zugeordnet werden. Die Kategorie ‚*gemeinsame Therapie-/Pflegetmaßnahmen*‘ bildet mit knapp einem Viertel der Antworten (11 Nennungen) die zweithäufigste Gruppe (vgl. Tabelle 6-31). Die Kategorien ‚*organisatorische Absprachen*‘ und ‚*sonstiges*‘ sind nur selten vertreten. Damit wird deutlich, dass bei den Berufseinsteiger:innen in erster Linie der Patient-/Klient:innenbezug sowie der Therapie- und Pflegeanlass im Fokus der gemeinsamen Zusammenarbeit steht, was für Personen in dieser Phase auch ein stimmiges Bild ergibt. Bei den Lernerfahrungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen wurden insgesamt 32 Nennungen erfasst. Diese beziehen sich schwerpunktmäßig auf die beiden Kategorien ‚*Bedeutung von Austausch, Absprachen und Kommunikation*‘ mit acht Nennungen und ‚*bestimmte Therapie-/Pflegetmaßnahmen/-ansätze*‘ mit sechs Nennungen

¹²⁹ Mehrfachnennungen waren möglich.

(vgl. Tabelle 6-31). Die Befragten benennen darüber hinaus vereinzelt Lernerfahrungen, die sich mit ‚*Bedeutung von der Zusammenarbeit und Kooperation*‘ sowie ‚*Abgrenzungen und Überschneidungen der Berufsgruppen*‘ beschäftigen. Mit Kommunikation, Zusammenarbeit, Kooperation sowie Klärung von Rollen und Zuständigkeiten werden von den Befragten Aspekte genannt, die auch in der Literatur zu den relevanten Themen zählen (vgl. Antoni 2010: 20f.; Gurtner & Wettstein 2019: 7; Pastoors & Ebert 2019: 30). Ein Austausch sowie eine Verständigung zu solchen Themen bieten die Möglichkeit, sich den eigenen Überzeugungen, Einstellungen und Haltungen bewusst zu werden. Insofern ist es ebenso nachvollziehbar, dass diese Schwerpunkte auch die zentralen Bereiche in den Kompetenzrahmenwerken für IPLL bilden (→ [Kap. 4.2.3](#)).

7.2.2.4 Rückbezug zum Studium

Die Diskussion zum Themengebiet Rückbezug zum Studium mit Blick auf IPLL setzt sich aus Ergebnissen aus zwei Blöcken zusammen. Dazu zählen:

- 1) Erfahrungen im absolvierten Studium (UF_BT_t1, Frage 11) und
- 2) Methoden und Formen für IPLL im Studium (UT_BT_t1, Frage 12).

Die Auswertung beider Blöcke erfolgte einerseits deskriptiv (vgl. Tabelle 6-16 für Rückbezug zum Studium und Tabelle 6-17 für Methoden und Formen) sowie andererseits induktiv mittels der gebildeten Skalen RS und MF (vgl. Tabelle 5-19). Die Fragen zu den **Erfahrungen im Studium** zeigen, dass die Befragten im Studium einen guten Einblick in die Aufgaben und Tätigkeiten anderer GHB erhalten und auch unterschiedliche Gesundheitsberufe im Studium kennengelernt haben. Der Großteil der Befragten (81.25 %) fühlt sich durch das Studium gut auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet (vgl. Tabelle 6-16). Bei vier von neun Items zeigt sich ein gemischtes Stimmungsbild. Dazu zählt die Bewertung der Förderung zur Zusammenarbeit (04), der Austausch zu berufsspezifischen Perspektiven (02), gemeinsame Fallarbeit oder Problemlösung (03) sowie eine thematische Berücksichtigung bei Prüfungsleistungen (07). Für die gemischte Verteilung bei den Prüfungsleistungen (Item 07) kann ein Bezug zu den Ergebnissen aus den Interviews mit den Studiengangvertreter:innen hergestellt werden. Dort wurde deutlich, dass Interprofessionalität entweder nur bedingt oder in ganz unterschiedlichen Abstufungen in Prüfungen thematisiert wird (→ [Kap. 6.1.3.5](#)). Dazu passen auch die Einschätzungen von insgesamt 12 Berufseinsteiger:innen (70.59 %), die die „*Zusammenarbeit im Rahmen von Prüfungsleistungen (...) und Einfluss verschiedener berufsspezifischer Perspektiven*“ (Item 06) mit ‚*trifft eher nicht zu*‘ oder ‚*trifft eher gar nicht zu*‘ bewerten. Allerdings kann die Einschätzung von Item 06 den Teilnehmenden schwergefallen sein, da hierbei zwei Aspekte miteinander

kombiniert wurden, die ggf. in getrennten Abfragen anders bewertet werden würden (vgl. Tabelle 6-16).

Beim Rückblick auf das absolvierte Studium wurden auch eingesetzte **Methoden und Formen** des IPLL thematisiert. Dabei werden am Lernort Hochschule ‚oft‘ bis ‚sehr oft‘ theoretische Lehrveranstaltungen mit interprofessionellen Inhalten oder Grundlagen (MF_01, MF_03) eingesetzt. Diese werden als ‚ziemlich geeignet‘ oder ‚teilweise geeignet‘ empfunden (vgl. Tabelle 6-17). Weniger häufig werden praktische Lehrveranstaltungen mit interprofessionellen Inhalten (MF_02, MF_04, MF_07) eingesetzt, die wiederum von den Befragten für ‚sehr geeignet‘ oder ‚ziemlich geeignet‘ gehalten werden. Eine Ausnahme bildet hierbei das Fallbasierte Lernen (MF_06), welches ‚oft‘ bis ‚sehr oft‘ zum Einsatz kommt und auch von den Befragten als ‚sehr geeignet‘ eingestuft wird. Besonders hervorzuheben sind die Bewertungen für das Lernen in den Praxisphasen. Dabei ist festzustellen, dass von 11 von 16 Personen Erfahrungen auf interprofessionellen klinischen Ausbildungsstationen (MF_10) gesammelt haben und 15 Personen diese Form für ‚ziemlich geeignet‘ oder ‚sehr geeignet‘ halten (vgl. Tabelle 6-17). Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, weil sich in Deutschland erst in den letzten Jahren interprofessionelle Ausbildungsstationen an einzelnen Standorten etabliert haben (vgl. Kapp-Fröhlich 2022: 22; Nock 2018). Es wird gemutmaßt, dass die Befragten entweder genau an diesen Standorten studierten oder sie vergleichbare Formen in den Praxisphasen kennengelernt haben. Die beiden anderen Lernformen in den Praxisphasen – Hospitationen und interprofessioneller Praxiseinsatz – werden ebenfalls als geeignet bewertet, finden aber verhältnismäßig wenig statt (‚gelegentlich‘ bis ‚nie‘). Diese Ergebnisse decken sich insgesamt mit der Literatur (vgl. Khan 2016: 277; Ulrich et al. 2020: 19) sowie mit Ergebnissen aus anderen Studien, wie z. B. von Fox et al. (2018) oder der Studie zu „Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeigneten Unterrichtsformaten“ von Huber et al. (2019). Letztere kommen zu dem Schluss, dass „realitätsnahe Unterrichtsformate wie klinische Ausbildungsstation, Lehre am Arbeitsort (...) und Training mit realen Patienten (...) als am geeignetsten eingeschätzt“ (ebd.: 56) werden, um interprofessionelle Kompetenzen zu vermitteln oder zu erwerben. Aufgrund der Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit wird der Schlussfolgerung von Huber et al. (2019) zugestimmt: Demnach sollen realitätsnahe Unterrichtsformate zur Ausbildung von Kompetenzen gezielt eingesetzt werden, die den Einbezug von Patient:innen und Angehörigen in den gesamten Behandlungsprozess sowie eine patient:innenzentrierte Sichtweise und Haltung beinhalten (vgl. ebd.).

Für die Eignung der Methoden/Formen (MF_E) zeigen die vorliegenden Ergebnisse einen signifikanten Zusammenhang in Verbindung mit der Einschätzung in der ISVS-21-D (Mixed

ANOVA; $p = .17$; $\eta^2 = .33$) (vgl. Tabelle 6-23). Jene Befragten, die die Eignung der Methoden/ Formen im Studium mit hoch bewerten, geben höhere Werte in der ISVS-21-D an als jene Befragten, die die Methodeneignung mit niedrig einschätzten (vgl. Abbildung 6-14). Das könnte daraufhin deuten, dass geeignete Methoden zum IPLL – aus Sicht der Berufseinsteiger:innen – einen positiven Einfluss auf die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung haben. Allerdings sind, aufgrund der kleinen Stichprobe in Verbindung mit der unterschiedlichen Gruppengröße¹³⁰, auch diese Schlüsse mit Vorsicht zu ziehen.

Des Weiteren ist noch zu erwähnen, dass aufgrund der Covid-19-Pandemie, zahlreiche Lehr-Lern-Szenarien in digitale Formate umgewandelt wurden. Diese onlinebasierten Formen und Methoden finden in der vorliegenden Studie keine Berücksichtigung. Denn mit der Recherche zu Formen und Methoden sowie mit der Konzeption des Fragebogens wurde vor der Covid-19-Pandemie begonnen und die damit einhergehenden Entwicklungen und Veränderungen für das Lernen an den Hochschulen waren zu dem Zeitpunkt der Fragebogenentwicklung noch nicht abzuschätzen. Außerdem haben die Studienteilnehmer:innen ihr Studium entweder vor der Pandemie beendet oder zumindest einen Großteil davon absolviert, sodass bei dieser Stichprobe die Erfahrungen mit online-basierten Lehr-Lern-Formen vermutlich nur bedingt vorliegen. Für zukünftige Erhebungen zum IPLL wäre diese Entwicklung zu berücksichtigen und zu prüfen, inwiefern digitale Methoden und Formen aufzunehmen sind.

7.2.2.5 Fort- und Weiterbildung

Mit Blick auf Fort- und Weiterbildungen zum Thema interprofessioneller Zusammenarbeit geben alle Befragten ein grundsätzliches Interesse an. Circa ein Drittel (31.58 %, 6 Personen) sind an einem informellen, kollegialen Austausch interessiert. Allerdings stimmt fast die Hälfte der Befragten der Aussage zu (42.11 %, 8 Personen), dass andere Themen wichtiger seien (vgl. Abbildung 6-13). Auf Basis dieser Auswertung wird vorgeschlagen, zukünftig neben berufs- und fachspezifischen Fortbildungen auch gemeinsame, berufsübergreifende Fortbildungen zu konzipieren und anzubieten. Die Themen zur IPZ können mit konkreten fachspezifischen Themen verknüpft werden. Ebenso kann bei fachspezifischen Fortbildungen IPZ als Querschnittsthema mitgedacht und berücksichtigt werden. IPZ als Thema kann auch als Austausch auf kollegialer Ebene weitergedacht werden. Denn kollegialer und informeller Austausch kann bei der täglichen Arbeit Anstöße zur Reflexion oder zur

¹³⁰ Gruppe mit niedriger Einschätzung $n = 11$ und mit hoher Einschätzung $n = 6$ (vgl. Tabelle 6-23).

Sensibilisierung für konkrete Situationen geben. Die Ansicht, zunehmend interprofessionelle Fortbildungen zu gemeinsamen Themen anzubieten, wird auch von anderen Autor:innen empfohlen (vgl. Bochatay et al. 2021; Schmenger et al. 2018) und war Gegenstand des Förderprogramms „Operation Team“ von der Robert Bosch Stiftung. Hierbei wurde die Konzeption und Umsetzung von interprofessionellen Fortbildungen unterstützt (2015 – 2020), um „bereits etablierte Fachkräfte für die berufsübergreifende Zusammenarbeit zu sensibilisieren und dieses Thema auch in den Fortbildungskatalogen des Gesundheitswesens zu verankern“ (Nock 2020: 10). Mit Blick auf den Berufseinstieg erscheint es jedoch sehr nachvollziehbar, dass für die befragten Personen zu Beginn der Berufstätigkeit fachspezifischere Fortbildungen von größerer Bedeutung sind als allgemeinere Themen, wie Zusammenarbeit, die oft auch Wissen und Erfahrungen mit den Strukturen der Organisation, den Vorgesetzten und Kolleg:innen voraussetzen. Es ist denkbar, dass zu einem späteren Zeitpunkt, wie beispielsweise beim Übergang von Stufe 2 der ‚fortgeschrittener:en Anfänger:in‘ zur Stufe 3 der ‚kompetenten berufstätigen Person‘ (vgl. Dreyfus & Dreyfus 1980: 15; Rauner 2007: 60) rollen- und professionsspezifische oder strukturelle Themen relevanter werden.

7.2.3 Kombinierte Datensätze (Studierende und Berufseinsteiger:innen)

Nachfolgend werden die im Kapitel 6.4 dargestellten Ergebnisse aus den zusammengeführten Datensätzen der Studierenden sowie der Berufseinsteiger:innen beurteilt. In diesem Kapitel wird zu Beginn ebenfalls auf grundlegende Aspekte eingegangen, um vor diesem Hintergrund die inhaltlichen Ergebnisse der ISVS-21-D zu diskutieren.

7.2.3.1 Grundlegende Aspekte

Mit Blick auf die Forschungsfrage interessierte, ob eine Veränderung in den Selbsteinschätzungen der ISVS-21-D in Abhängigkeit vom Zeitpunkt (Phase des Studiums oder Phase des Berufseinstiegs) feststellbar ist. Dafür wurden Datensätze von Studierenden und Berufseinsteiger:innen zusammengeführt, die vollständige Angaben zur ISVS-21-D enthalten. Die Datenbasis bilden hierfür 282 Datensätze – 222 Studierendendatensätze und 60 Datensätze von Berufseinsteiger:innen. Die Datensätze der Berufseinsteiger:innen zeigen die Besonderheit, dass 16 Personen¹³¹ an beiden Umfragen (t1 und t2) teilgenommen haben und 11 bzw. 17 weitere Personen entweder nur t1 oder an t2 (vgl. Tabelle 6-12). Folglich bilden bei den

¹³¹ Bei der Auswertung der Befragung der Berufseinsteiger:innen wurden insgesamt 17 Datensätze einbezogen. Darin enthalten war der Datensatz einer Person (IV23F), die an beiden Befragungen teilgenommen hat, jedoch den 1. Befragungsteil früher beendet hat. Dadurch sind die Angaben zur ISVS-21-D unvollständig und können für diese Auswertung nicht berücksichtigt werden (vgl. Tabelle 6-12).

Berufseinsteiger:innen 27 Datensätze aus t1 und 33 Datensätze aus t2 die Gesamtanzahl von 60 Datensätzen. Diese Unterscheidung ist für die Interpretation der Daten von Bedeutung.

7.2.3.2 ISVS-21-D

Die Auswertung bestätigt, dass sich die Selbsteinschätzung im zeitlichen Verlauf vom Studium bis in den Berufseinstieg verbessert und die Berufseinsteiger:innen signifikant höhere ISVS-Werte zeigen als die Studierenden. Insofern ist die Forschungshypothese für H09 zu bestätigen. Allerdings besteht insgesamt betrachtet der größte Unterschied zwischen der Gruppe der Studierenden in der Mitte des Studiums und der Gruppe der Berufseinsteiger:innen zum 2. Erhebungszeitpunkt (vgl. Abbildung 6-16). Bei genauer Betrachtung ist festzustellen, dass es kaum einen Unterschied zwischen den Gruppen der Berufseinsteiger:innen von t1 zu t2 gibt. Ebenso ist nur ein geringfügiger Unterschied zwischen den Studierenden am Ende ihres Studiums und den Berufseinsteiger:innen, sowohl bei t1 als auch bei t2, vorhanden. Hingegen ist der Unterschied am deutlichsten zwischen den Studierenden, die sich in der Mitte des Studiums und am Ende des Studiums befinden. Die Werte dieser beiden Gruppen zeigen die stärkste Zunahme in den Selbsteinschätzungen der ISVS-21-D. Von diesem Ergebnis wurde bereits im Rahmen der Ergebnisdarstellung bei den Studierenden berichtet (→ [Kap. 6.2.3.2](#)). Der durchgeführte *t*-test brachte ein signifikantes Ergebnis hervor ($t(220) = -3.44, p < .001, d = 0.47$), weshalb bereits an dieser Stelle ein positives Ergebnis für den zeitlichen Verlauf im Studium vorlag. Hingegen konnte bei den Berufseinsteiger:innen keine Veränderung in der Bewertung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS) im 6-monatigen Verlauf festgestellt werden. Ergänzend zeigt der Vergleich der beiden Berufseinsteiger:innen-Gruppen anhand der 60 ISVS-Datensätze nur einen sehr geringen Unterschied von 0.02 zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten t1 und t2 (vgl. Abbildung 6-16). Möglicherweise ist die Zeitspanne von 6 Monaten zu knapp, um aussagekräftige Hinweise zu den Entwicklungen der interprofessionellen Sozialisation zu erhalten. Hier wären Aussagen hinzuziehen, die über einen längeren Zeitraum erhoben werden. Ebenso wäre ein Gruppenvergleich belastbarer, der sich nicht nur auf 16 zusammenhängende Fälle (t1 und t2) bezieht. Denn von insgesamt 266 Personen liegen jeweils nur Angaben zu einem Erhebungszeitpunkt vor (→ [Kap. 6.4.1](#)). Aufgrund dieser unterschiedlichen Voraussetzungen können keine längsschnittlichen Daten, sondern nur Trenddaten generiert werden. Des Weiteren ist das verbindende Element der Primärqualifizierung nicht mehr gegeben, da die Einschlusskriterien für die Berufseinsteiger:innenbefragung angepasst werden mussten, wie in → [Kap. 7.2.2.1](#) ausführlich dargelegt wurde.

Weiterhin ist in Erwägung zu ziehen, dass sich die Werte der interprofessionellen Sozialisation im ersten Jahr der Berufspraxis grundsätzlich nur wenig verändern oder möglicherweise sogar verschlechtern. Als Erklärungen können folgende Vermutungen formuliert werden: Die Personen in der Phase des Berufseinstiegs müssen sich mit anderen Themen auseinandersetzen, wie Orientierung im neuen beruflichen Umfeld oder Vereinbarkeit verschiedener privater und beruflicher Herausforderungen. Gleichzeitig sind Anforderungen hinsichtlich der eigenen beruflichen Identität zu meistern oder ein Praxisschock ist zu bewältigen. Duchscher (2018, 2023) beschreibt diesen sehr eindrücklich als „Schock der Transition“ und bringt die Bedingungen der Versorgungspraxis, wie z. B. Ressourcenknappheit und komplexe Arbeitsabläufe damit in Zusammenhang (vgl. ebd.: 23ff.). Auch die über Jahrzehnte gewachsene Strukturen im Gesundheitswesen können eine Stagnation oder Verschlechterung der Einstellungen hinsichtlich der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS) nach sich ziehen. In diesem Zusammenhang weisen Mink et al. (2022) – allerdings mit Blick auf interprofessionelle Ausbildungsstationen – hin, dass es zur Ermöglichung und Förderung einer interprofessionellen Sozialisation entsprechende Gelegenheiten und Unterstützungen in der regulären klinischen Versorgung benötigt (vgl. ebd.: 101). Das ist nach Ansicht der Forscherin auch auf die Phase des Berufseinstiegs zu übertragen, da dieser von Neuorientierung und teilweise erhöhtem Unterstützungsbedarf gekennzeichnet ist (→ [Kap. 4.3.2.2](#)).

Für die vorliegende Untersuchung ist zusammenfassend zu schlussfolgern, dass die Entwicklung der interprofessionellen Sozialisation im Verlauf des Studiums am größten ist und der Übergang vom Studium in die Phase des Berufseinstiegs nur marginale Veränderungen in den Selbsteinschätzungen der ISVS-21-D hervorbringt. Demnach bietet das interprofessionelle Lehren und Lernen *im Studium* der Pflege- und Therapieberufe eine zentrale Grundlage für die interprofessionelle Sozialisation der Berufsangehörigen.

8 SCHLUSSBETRACHTUNGEN

In dieser abschließenden Betrachtung werden zunächst die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst, um vor diesem Hintergrund im Kapitel 8.2. die Forschungsfragen zu beantworten. Daran anschließend werden Impulse für die Ausbildung der Gesundheitsberufe sowie Anregungen für weiterführende Forschungsarbeiten gegeben.

8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Vorhaben, eine theorie- und empiriebasierte Typologie für IPE-Lehr-Lern-Konzepte zu entwickeln, wurde erreicht. Im Laufe der Interviewauswertung und des Codierprozesses konnten die Merkmalsbeschreibungen mitsamt den Ausprägungen verändert und geschärft werden, sodass die entwickelte Typologie im Rahmen der vorliegenden Studie angewendet und hinsichtlich ihres Einsatzes sowie der methodischen Limitationen kritisch beurteilt wurde. Für die 12 Interviewfälle fand anhand der Merkmale eine Bewertung statt und folglich eine Eingruppierung in die Typologie. Insgesamt wurden sechs potenzielle Typen erarbeitet, von denen in der Untersuchung vier Typen empirisch identifiziert und beschrieben wurden. Zu den vier Typen zählen: Typ A – punktuelle Integration, Typ B – strategische Integration, Typ C – partielle Integration und Typ D – systematische Integration. Dabei war Typ A dreimal, Typ B und C jeweils zweimal und Typ D fünfmal vorhanden.

Zwischen den vier Typen besteht kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Selbsteinschätzungen in der ISVS-21-D bei den Studierenden. Demnach ist, anders als erwartet, kein Zusammenhang zwischen den verschiedenen IPE-Lehr-Lern-Konzepten im Studium und den studentischen Selbsteinschätzungen der ISVS-21-D feststellbar. Jedoch zeigt sich im zeitlichen Verlauf, dass die Studierenden am Ende des Studiums signifikant höhere Werte in der ISVS-21-D angeben als Studierende in der Mitte des Studiums. Die Betrachtung einzelner Items der ISVS-21-D lässt Muster erkennen, die auch mit anderen Studien übereinstimmen, die die ISVS-21 eingesetzt haben. Höhere Werte finden sich vor allem bei Aussagen zu Wissen und Einstellungen und niedrigere Werte bei Aussagen zu konkreten Erfahrungen und Handlungen.

Im zeitlichen Verlauf bei den Berufseinsteiger:innen zeigen sich keine signifikanten Veränderungen in den Werten der ISVS-21-D. Bei gemeinsamer Betrachtung der ISVS-Datensätze von den Studierenden zusammen mit den Berufseinsteiger:innen wird ersichtlich, dass das erreichte Niveau der Selbsteinschätzung (ISVS-21-D) vom Ende des Studiums in der Phase des Berufseinstiegs weitgehend unverändert bleibt. Insofern bietet das

interprofessionelle Lehren und Lernen im Studium eine zentrale Grundlage für die interprofessionelle Sozialisation der (zukünftigen) Gesundheitsberufe.

Der Großteil der befragten Berufseinsteiger:innen geben an, dass sie sich durch ihr Studium gut auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet fühlen. Im Rückblick auf das absolvierte Studium gibt außerdem die Mehrheit der Befragten an, dass sie einen guten Einblick in die Aufgaben und Tätigkeiten anderer GHB erhalten und auch unterschiedliche Gesundheitsberufe im Studium kennengelernt haben. Die thematische Berücksichtigung von IPZ im Rahmen von Prüfungsleistungen hat nur bedingt stattgefunden. Dieses Ergebnis kann durch die Aussagen einiger Studiengangsvorteiler:innen unterstrichen werden, in dem Interprofessionalität im Rahmen von Prüfungen noch stärker berücksichtigt oder einbezogen werden kann. Die Befragung der Berufseinsteiger:innen zeigt auch, dass praxisbezogene und realitätsnahe Lernmethoden für das interprofessionelle Lernen besonders geeignet sind. Damit sind die Ergebnisse aus der Literatur und aus anderen Studien zu bestätigen. Gesondert hervorzuheben sind die Praxisphasen, die bei der Auswertung der Interviews mit den Studiengangsverantwortlichen bereits eine zentrale Rolle spielten. Denn die Ergebnisse sowohl aus den Interviews wie auch von den Berufseinsteiger:innen legen nahe, dass mit den Lernprozessen in den Praxisphasen ein noch stellenweise ungenutztes Potenzial für das interprofessionelle Lernen am Lernort Hochschule verbunden ist.

Beim Blick in die aktuelle Berufspraxis gab die Mehrheit der Befragten an, dass in ihrem Arbeitsumfeld eine interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich ist. Ebenso erlebt die Mehrheit der Befragten einen respektvollen Umgang und ein wertschätzendes sowie kollegiales Arbeitsklima. Für den fachlichen Austausch steht offensichtlich nur bedingt Zeit zur Verfügung. In der Studie konnte ferner gezeigt werden, dass die Arbeitszeit sowie der Arbeitsbereich einen Einfluss auf die Bewertung der Zusammenarbeit in der Berufspraxis, die Erfahrung mit der Zusammenarbeit sowie die Selbsteinschätzung hinsichtlich der interprofessionellen Sozialisation haben. Abschließend ist noch der Bereich der Fort- und Weiterbildung aufzugreifen. Bei den Berufseinsteiger:innen besteht ein grundsätzliches Interesse an einem Austausch zu dem Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit. Jedoch gibt ein Großteil an, dass andere Themen wichtiger sind, was vor dem Hintergrund der Berufseinstiegsphase und der beruflichen (Neu-)Orientierung auch nachvollziehbar ist.

Vor allem bei den Ergebnissen der Berufseinsteiger:innenbefragung ist auf die kleine Stichprobe ($n = 17$) hinzuweisen. Ebenso wurden bei dieser Zielgruppe nicht alle Einschlusskriterien erfüllt, sodass die Berufserfahrung bei den meisten Personen bereits bei t1 mit 11 Monaten höher war als erwartet und über den zeitlichen Verlauf mit t2 weitere 6 Monate

hinzukamen. Damit ist die in der Literatur bis zu einem Jahr angegebene Berufseinstiegsphase bereits abgeschlossen oder kann als weitgehend beendet gelten. Deswegen sind die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen unter diesem Vorbehalt einzuordnen.

Die Studie leistet aus mehreren Gründen einen Beitrag zum Aufbau des Forschungsfeldes Interprofessionalität in den Gesundheitsberufen in Deutschland. Zum einen wurde am Beispiel der primärqualifizierenden Pflege- und Therapiestudiengänge eine hochschulübergreifende Untersuchung zu interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepten, zur interprofessionellen Sozialisation und zu den Einschätzungen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis konzipiert. Vor allem mit dem Studium als Grundlage und dem Übergang in den Berufseinstieg setzte die Forschungsarbeit einen wichtigen Fokus auf die berufliche und interprofessionelle Sozialisation als Grundlage für die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. In die Untersuchung sind qualitative und quantitative Methoden sowie die Perspektiven von den drei Untersuchungsgruppen eingeflossen. Dazu zählen Studiengangsverantwortliche, Studierende und Berufseinsteiger:innen. Die Ergebnisse ergänzen sich teilweise untereinander oder sind miteinander vergleichbar. Damit ist eine Basis geschaffen, von der aus Impulse für Ausbildung und Praxis sowie Implikationen für weiterführende Forschung gegeben werden können.

8.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Mit dem Forschungsvorhaben sollen Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen gewonnen werden. Im Folgenden werden Forschungsfragen (→ [Kap. 3.1](#)) aufgeführt, um anschließend die Ergebnisse darauf zu beziehen.

Übergeordnete Forschungsfrage:

Welche Bedeutung hat die Konstruktion der interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepte und die damit einhergehende interprofessionelle Sozialisation in den Gesundheitsberufen für die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit?

Mit Blick auf die übergeordnete Forschungsfrage sind folgende Ergebnisse festzuhalten: Interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte wurden am Beispiel primärqualifizierender Pflege- und Therapiestudiengänge erhoben und einer – im Rahmen dieser Arbeit – entwickelten Typologie zugeordnet. Mittels dieser IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte konnten vier Typen empirisch abgebildet und miteinander verglichen werden. Die vier Typen, die sich anhand verschiedener Dimensionen und Merkmale unterscheiden, variieren im Umfang sowie in der Intensität des IPL. Allerdings zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Bewertungen der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS-21-D)

zwischen den Typen. Demnach gibt es keinen Befund, dass die verschiedenen Konstruktionen der interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepte, die hinsichtlich des Umfangs und der Intensität des IPLL variieren, einen Einfluss darauf haben. Vielmehr stellt sich die Frage, welche anderen Faktoren beim IPLL eine Rolle spielen bei den Entwicklungen und Veränderungen der Einstellungen, Überzeugungen und Haltungen in Bezug auf Interprofessionalität. Die Annahme, dass hierbei andere Faktoren einen Einfluss haben, ist durch die Feststellung entstanden, dass die zwei Studiengänge mit dem niedrigsten und höchsten ISVS-Mittelwert beide einer Hochschule angehören und dort im Rahmen interprofessioneller Lehr-Lern-Gelegenheiten miteinander interagieren. Obwohl dieser Befund durch forschungsmethodische Begrenzungen geschwächt ist, wird er bei den Implikationen für weitere Forschungen aufgegriffen.

Insgesamt wirken sich die interprofessionellen Lehr-Lern-Gelegenheiten im Studium positiv auf die Selbsteinschätzungen der ISVS-21-D aus, denn Studierende am Ende des Studiums zeigen eine signifikante Verbesserung in den Werten der ISVS-21-D als Studierende in der Studienmitte. Dieser Befund wird durch die Auswertung der zusammengelegten Datensätze von Studierenden und Berufseinsteiger:innen bekräftigt. Außerdem fühlen sich die befragten Berufseinsteiger:innen durch ihr Studium gut auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet. Damit ist *eine* wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis bzw. dem Berufseinstieg geschaffen.

Unterfrage 1):

Inwiefern unterscheiden sich Studierende hinsichtlich ihrer interprofessionellen Sozialisation (Denk- und Arbeitsweisen), wenn sie während ihres Studiums unterschiedliche interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte erfahren haben?

Hinsichtlich der Unterfrage 1) ist festzuhalten, dass die Hochschulen, an denen die Befragten studierten, interprofessionelle Lehr-Lern-Gelegenheiten in verschiedenen Abstufungen integriert haben (punktuell, strategisch, partiell oder systematisch). Jedoch unterscheiden sich die Studierenden nicht signifikant in ihren Denk- und Arbeitsweisen (interprofessionelle Sozialisation), wenn sie während ihres Studiums unterschiedliche interprofessionelle Lehr-Lern-Konzepte erfahren haben. Unabhängig vom Konzept unterscheiden sich die Denk- und Arbeitsweisen der Studierenden im Verlauf des Studiums. Diese sind zum Studienende signifikant höher als in der Studienmitte. Grundsätzlich zeigen die befragten Studierenden recht hohe Selbsteinschätzungen in der ISVS-21-D ($M = 5.46$, $SD = 0.67$). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch andere Studien, die die ISVS-21 eingesetzt haben, beispielsweise im Anschluss an konkrete interprofessionelle Lehr-Lern-Gelegenheiten.

Unterfrage 2):

Stellt eine interprofessionelle Sozialisation im Studium eine Basis für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit während des Berufseinstiegs dar?

Zur Beantwortung von Unterfrage 2) wird hinzugezogen, dass sich die Mehrheit der Berufseinsteiger:innen durch das Studium gut auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet fühlt, im Studium unterschiedliche Gesundheitsberufe kennengelernt und einen guten Einblick in die Aufgaben und Tätigkeiten anderer GHB erhalten hat. Die Bewertungen der Macht- und Statusverhältnisse am aktuellen Arbeitsplatz passen inhaltlich mit Angaben zur gleichwertigen Zusammenarbeit auf Augenhöhe zusammen. In der Berufspraxis zeigt sich eine Kombination von mono- und interprofessioneller Zusammenarbeit. Inwiefern die mono- oder die interprofessionelle Zusammenarbeit überwiegt, kann in der vorliegenden Untersuchung nicht eindeutig geklärt werden, da die Aussagen je nach Frageform und Antwortoption variieren.

Die Werte für die Selbsteinschätzung in der ISVS-21-D von den Berufseinsteiger:innen befinden sich ebenfalls im oberen Bereich und zeigen ähnlich hohe Werte für Einstellung, Überzeugung und Haltung gegenüber der interprofessionellen Zusammenarbeit wie die Studierenden am Ende ihres Studiums. Insofern bleibt das Niveau der Selbsteinschätzung in der Phase des Berufseinstiegs weitestgehend unverändert. Insgesamt ist zu schlussfolgern, dass die im Studium stattgefundenene interprofessionelle Sozialisation eine zentrale Basis für die interprofessionelle Zusammenarbeit darstellt. Inwiefern es sich dabei um eine *erfolgreiche* interprofessionelle Zusammenarbeit handelt, ist auch unter Einbezug von Patient:innen/Klient:innen und Angehörigen zu klären. Diese Perspektive wurde jedoch in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt.

Unterfrage 3):

Welche Lern- und Arbeitsbedingungen beeinflussen die Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit während des Berufseinstiegs?

Mit Blick auf Unterfrage 3) sind für die Lernbedingungen festzuhalten, dass häufig theoretische Lehrveranstaltung innerhalb der eigenen Studienrichtung angeboten werden, die den befragten Berufseinsteiger:innen retrospektiv jedoch nur teilweise oder ziemlich geeignet erschienen. Lehrveranstaltungen mit anderen Studienrichtungen werden vergleichsweise selten angeboten, aber als ziemlich geeignet empfunden. Eine Ausnahme bildet das Fallbasierte Lernen, welches ebenfalls als ziemlich geeignet empfunden und vergleichsweise häufig, auch mit anderen Studienrichtungen, angeboten wird. Das Lernen

in den Praxisphasen wird als sehr geeignet empfunden, aber noch verhältnismäßig wenig angeboten. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse – sowohl aus den Interviews mit den Studiengangsverantwortlichen als von den Berufseinsteiger:innen – dass am Lernort Hochschule die Praxisphasen und auch die Prüfungen noch stärker auf die Potenziale hinsichtlich interprofessionellen Lernens und Arbeitens auszurichten sind. Grundsätzlich unterstreichen die Ergebnisse, die bestehenden Befunde, dass sich praxisbezogene und realitätsnahen Methoden/Formen sehr gut für das IPLL eignen. Des Weiteren konnte in der Berufseinsteiger:innenbefragung ein Zusammenhang zwischen der Eignung bestimmter interprofessioneller Methoden/Formen im Studium und der Selbsteinschätzung in der ISVS-21-D identifiziert werden. Das deutet daraufhin, dass geeignete Methoden zum IPLL einen positiven Einfluss auf die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung haben.

Mit Blick auf die Arbeitsbedingungen beeinflussen Arbeitsumfeld und Arbeitszeit die interprofessionelle Zusammenarbeit. Personen, die im stationären Setting sowie mit mittleren oder hohem Stundenkontingent im Gesundheitswesen arbeiten, werden häufiger berufliche Situationen erleben, in denen sie interprofessionell zusammenarbeiten. Die vorliegende Auswertung legt nahe, dass sich diese Gelegenheiten positiv auf die Bewertung der Zusammenarbeit der Berufsgruppen (ZUS), die Erfahrung der Zusammenarbeit (EZ) und die Bewertung der ISVS-21-D (ISVS_2) auswirken. Unter Berücksichtigung der geringen Teststärke ist auch ein weiteres Ergebnis interessant: Die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen (ZUS) hat auch Auswirkungen auf die Bewertung der ISVS-21-D. Es ist erkennbar, dass bei niedriger Zusammenarbeit mit anderen GHB die Bewertung der ISVS sinkt und bei hoher Zusammenarbeit mit anderen GHB die Bewertung der ISVS zunimmt. Demnach scheint sich die erlebte Berufspraxis der Befragten an sich positiv auf die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen auszuwirken und gleichzeitig bedingt die Zusammenarbeit auch die Selbsteinschätzung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS-21-D). In der untersuchten Phase des Berufseinstiegs waren die Personen mit den vorgefundenen Arbeitsbedingungen weitestgehend zufrieden. Im Prozess der Berufstätigkeit ist von Schwankungen auszugehen, was auch mit Veränderungen der Einstellungen, Überzeugungen und Haltung bezüglich Interprofessionalität einhergehen kann.

8.3 Impulse für Ausbildung und Praxis

Die vorliegende Arbeit ist der anwendungsorientierten Forschung zuzuordnen, die einen Beitrag zum wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn leistet und Grundlagen für Entscheidungen bietet, die die berufliche (Aus-)Bildung in den Gesundheitsberufen betreffen (vgl.

Döring & Bortz 2016: 19). Mit der Beantwortung der Forschungsfragen sollen Aussagen zu den Effekten von interprofessionell organisierter Bildung im Hinblick auf die interprofessionelle Sozialisation als Grundlage für die (spätere) interprofessionelle Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen getroffen werden. Daraus können entsprechende Ableitungen für die curriculare und didaktische Arbeit gewonnen werden, die in die (Weiter-)Entwicklung von interprofessionellen Lehr-Lern-Angeboten einfließen. Diese Ergebnisse zu nutzen ist sinnvoll, weil Lernprozesse in den Ausbildungen spätere Arbeitsprozesse beeinflussen können.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass sich die Selbsteinschätzungen hinsichtlich der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS-21-D) der Studierenden aus den primärqualifizierenden Pflege- und Therapiestudiengängen von der Mitte bis zum Ende ihres Studiums signifikant verbessern. In den untersuchten Studiengängen sind interprofessionelle Lehr-Lern-Gelegenheiten integriert, sodass dem IPLL eine zentrale Funktion bei der Entwicklung der interprofessionellen Sozialisation im Studium zukommt. Insofern kann der Feststellung von Olson & Bialocerkowski (2014: 243) zugestimmt werden, dass die interprofessionelle Bildung ein Bestandteil der fortlaufenden interprofessionellen Sozialisation ist. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die interprofessionelle Sozialisation als ein Bestandteil der beruflichen Sozialisation von Gesundheitsberufen verstanden, denn der interprofessionelle Sozialisationsprozess ist nicht losgelöst von der berufsbezogenen Sozialisation zu betrachten. Dieser Prozess vollzieht sich vor dem Hintergrund der berufsbezogenen Identität der beruflich tätigen Person sowie deren subjektivem Erleben und den Erfahrungen im (interprofessionellen) Lern- bzw. Arbeitskontext (→ [Kap. 4.3.4](#)).

Zur Fundierung von interprofessionellen Bildungsprozessen kann auf übergeordneter Ebene das transformative Lernen hinzugezogen werden, welches sich im Sinne des lebenslangen Lernens über die gesamte Berufsspanne erstrecken kann. Dabei können Annahmen, Werte und Verhaltensweisen in Frage gestellt, ggf. neu verhandelt und neue Rollen ausprobiert werden (vgl. Mezirow 2012: 86; Sargeant 2009: 182). Die Veränderungen in den Einstellungen, Meinungen und (Vor-)Urteilen, die sich daraus ergeben, können auch zu einer Transformation der beruflichen Identität führen. Derartige Veränderungen herbeizuführen, sind immanent mit der Zielsetzung interprofessioneller Bildung. Mit Blick auf konkrete Hinweise für Umsetzungen gelten praxisbezogene sowie realitätsnahe Methoden und Formen als besonders geeignet für IPLL, die zusammen mit einer oder mehreren anderen Studienrichtungen stattfinden können. Diese Schlussfolgerung deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Studien wie von Fox et al. 2018 oder Huber et al. 2019, bei denen ebenfalls realitätsnahe Unterrichtsformate sowie der Einbezug von Klient:innen und Angehörigen zur

Ausbildung von Kompetenzen empfohlen werden (vgl. ebd.: 56). Als das zentralste Ergebnis mit Blick auf Ausbildung und Praxis ist aus der vorliegenden Untersuchung das identifizierte Potenzial der Praxisphasen hervorzuheben. Bereits im Rahmen der Typologieentwicklung erfuhr die Dimension *Lernen am/durch Lernort Praxis* besondere Beachtung und aus den Interviews mit den Studiengangsverantwortlichen war ersichtlich, dass das Lernen am Lernort Praxis ein großes Potenzial für das interprofessionelle Lehren und Lernen besitzt, dass noch stärker genutzt werden kann. In dem Zusammenhang ist die bildungswissenschaftliche bzw. berufspädagogische Debatte um das Potenzial vom Lernen am Arbeitsplatz und die damit in Zusammenhang stehende Kompetenzentwicklung hinzuzuziehen: „Der Lernort Betrieb ist für die Entwicklung und Gestaltung der Berufsbildung von grundlegender Bedeutung“ (Dehnbostel 2020: 485; vgl. ebd. 2006: 133). Zu der Form des arbeitsgebundenen Lernens, bei dem nach Dehnbostel (2020: 489) Lern- und Arbeitsort identisch sind, zählen beispielsweise interprofessionelle Ausbildungsstationen. Die Form des arbeitsgebundenen Lernens könnte, nach Ansicht der Forscherin, noch stärker für das IPLL genutzt werden. Hierbei werden Übungs- und Auftragsarbeiten in Lernumgebungen durchgeführt, die möglichst der Arbeitsrealität nahekommen (vgl. Dehnbostel 2020: 490). Als Beispiel sollen die Angaben zu den *Hospitationen bei anderen Berufsgruppen* herangezogen werden. Die Befragten gaben an, dass Hospitationen eher selten vorkommen (41.18 % wählten ‚nie‘ und 35.29 % ‚gelegentlich‘ aus), obwohl sie von 70.59 % der Befragten als sehr oder ziemlich geeignet empfunden werden, um auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorzubereiten (vgl. Tabelle 6-17). Beim arbeitsorientierten Lernen werden außerdem Lehr- und Studieninhalte didaktisch-curricular auf die Arbeit bezogen (vgl. Dehnbostel 2020: 490). Mit Verweis auf die Interviews mit den Studiengangsverantwortlichen, werden in der Hochschule beispielsweise gezielte Beobachtungs- und Reflexionsaufträge zur interprofessionellen Zusammenarbeit sowie zur Kommunikation am Arbeitsplatz vorbereitet und den Studierenden mit an den Lernort Praxis gegeben. Die Ergebnisse können in Begleitveranstaltungen zu den Praxisphasen aufgegriffen, diskutiert und im Sinne der Theorie-Praxis-Vernetzung genutzt werden. Damit bietet der Lernort Praxis (resp. Betrieb) für das IPLL eine Vielfältigkeit und Realitätsnähe, die am (hoch-)schulischen Lernort oft nur sehr aufwendig oder artifiziell nachgestellt werden kann. Damit wäre einerseits dem Wunsch nach praxisbezogenen und realitätsnahen Lehr-Lern-Formaten (vgl. Fox et al. 2018: 129; Huber et al. 2019: 56) sowie andererseits der Forderung nach „schlichtere[n] und weniger kostenintensivere[n] Maßnahmen“ (Paradis 2019: 52) Rechnung getragen. Eine Ausweitung und Fundierung derartiger Beobachtungs-, Übungs- und Reflexionsaufgaben kann beispielsweise im Rahmen einer Handreichung für das interprofessionelle Lehren und Lernen in den Praxisphasen vorgenommen werden. Mit der Entwicklung einer solchen Handreichung kann das

(hoch-)schulische Bildungspersonal sowie die Praxisanleiter:innen mit theoretischen Fundierungen, Anregungen zur Gestaltung von interprofessionellen Lehr-Lern-Situationen und Beispielen zur Förderung des Theorie-Praxis-Transfers unterstützt werden.

Ebenfalls ein Potenzial gibt es im Bereich der Prüfungen. Anhand der Interviews mit den Studiengangsverantwortlichen ist festzustellen, dass das Spektrum von keiner Berücksichtigung in den Prüfungen bis hin zu kompetenzorientierten Prüfungen mit interprofessionellem Handlungs- und/oder Fallbezug reicht. Als kompetenzorientierte Prüfungsformate wurden beispielsweise OSCE-Prüfungen genannt, die in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereits hohe Akzeptanz erfahren (vgl. Glässel et al. 2021: 9). Mit dem Wissen, dass derartige Prüfungsformate mit gewissen strukturellen und personellen Voraussetzungen einhergehen, die nicht alle Studiengänge ad hoc erfüllen können – besonders wenn sie auf Kooperationen mit externen Bildungseinrichtungen angewiesen sind (z. B. Typ B der entwickelten Typologie) – können dennoch Möglichkeiten aufgezeigt werden, um Interprofessionalität stärker in den Prüfungen zu berücksichtigen. Interprofessionalität kann im Ansatz entweder als Thema oder als Setting aufgegriffen werden. In Form einer thematischen Berücksichtigung kann es inhaltlich beispielsweise in mündlichen Prüfungen einbezogen werden oder als ein zu beachtender Aspekt in schriftlichen Prüfungsleistungen wie Hausarbeiten oder Portfolios. Im Sinne des Setting-Ansatzes wäre Interprofessionalität bei der Zusammensetzung von Partner- oder Gruppenarbeiten zu berücksichtigen, um beispielsweise Perspektiven von verschiedenen Berufsgruppen einzubeziehen und berufsübergreifende Auseinandersetzungen anzuregen. Die Lehrenden sind dabei zu unterstützen, denn Thistlethwaite (2016) weist darauf hin, dass durch die vielfach beschriebenen logistisch und organisatorisch schwierigen Rahmenbedingungen des IPLL in Kombination mit geringer Unterstützung der IPE-Lehrenden oder IPE-Koordinator:innen grundlegende didaktische Prinzipien oder Empfehlungen nicht oder nur erschwert umgesetzt werden (vgl. ebd.: 7).

Interprofessionelles Lernen endet nicht mit der Qualifikationsphase und ist ein lebenslanges Lernen. Der Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) hat in seinem Positionspapier von 2022 mehr Raum und Angebote für die interprofessionelle Fort- und Weiterbildung gefordert (vgl. Kapp-Fröhlich et al. 2022). Durch die Befragung der Berufseinsteiger:innen kann das Thema insofern komplettiert werden, dass alle Befragten angeben, grundsätzlich ein Interesse an einem interprofessionellen Austausch zu haben. Für ein Drittel wäre ein informeller, kollegialer Austausch vorstellbar. Für ein Fünftel kommen Fort- und Weiterbildung zu diesem Thema in Frage. Allerdings geben rund 42 % an, dass ihnen andere Themen

wichtiger sind. Insofern erscheint es sinnvoll, das Thema Interprofessionalität in Fort- und Weiterbildungen als Querschnittsthema mitzudenken und zu berücksichtigen. Dabei können Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit (Behandlungsziele, Abstimmungen, Kommunikation etc.) mit konkreten fachspezifischen Themen verknüpft werden. Außerdem können informelle Bildungsprozesse im kollegialen Austausch aufgegriffen und ggf. auch niedrigschwellige Formate etabliert werden. Um derartige Formate strukturiert und kontinuierlich in Arbeitsprozesse einzubinden, sind Personen notwendig, die einerseits diese Treffen initiieren und andererseits über eine gewisse Sensibilität für interprofessionelle Lern- und Arbeitsprozesse verfügen und mit Themen, die damit im Zusammenhang stehen (z. B. Klient:innenzentrierung, Stereotypisierungen, Status- und Rollenkonflikte) vertraut sind. Personen, die interprofessionell ausgebildet wurden, kommen als Vermittler:innen oder „Change agents“ dafür in Betracht (vgl. Brewer et al. 2018: 580; Frenk et al. 2011: 51; Sottas 2012: 5). Allerdings wird auch davor gewarnt, die Verantwortung ausschließlich den Lernenden oder Berufsanfänger:innen aufzubürden, denn wenn sich interprofessionelle Bildung nur auf diese Personen konzentriert, „wird die Verantwortung für den Systemwandel auf dessen schwächste Glieder verlagert“ (Paradis 2019: 50; vgl. Ewers & Schaeffer 2019: 65). Stattdessen wird auf die Vielschichtigkeit hingewiesen und dass das Zusammenwirken von mehreren Ebenen erforderlich ist, um die Kooperation der Gesundheitsberufe zu fördern (vgl. Paradis 2019: 52). Goldman et al. (2009) nennen drei Ebenen, auf denen interprofessionelle Interventionen stattfinden können. Dazu zählen Interventionen auf Ebene der *Bildung* (z. B. Kurse, Workshops), der *Praxis* (z. B. Meetings, Kommunikationstools) und der *Organisation* (z. B. Personal, Politik) (vgl. ebd.: 154). Diese Ebenen sind nach Ansicht der Forscherin bei der Konzeption von interprofessionellen Fort- und Weiterbildungsangeboten zu berücksichtigen und bestmöglich miteinander zu verzahnen.

Eine mögliche Intervention, die vor allem für Institutionen sinnvoll sein kann, die bisher ausschließlich monoprofessionell oder eher punktuell interprofessionelle Lehr-Lern-Gelegenheiten integriert haben, ist die Klärung und die Schaffung einer gemeinsamen Ausgangsbasis. Denn die Verständnisse von Interprofessionalität sowie von interprofessionellem Lehren und Lernen sind ebenso vielfältig wie die Konzepte zu IPLL (vgl. Walkenhorst & Kunze 2023: 118). Bezogen auf die drei Ebenen von Goldman et al. (2009) bezieht eine derartige Intervention mindestens zwei Ebenen ein. Zuerst die Ebene der *Organisation* durch die Verständigung zwischen den Mitarbeitenden (Personal) über die Grundlagen und inhaltliche Ausrichtung sowie perspektivisch die Ebene der *Bildung* mit den konzipierten interprofessionellen Lehr-Lern-Angeboten. Daran kann abschließend ver-

deutlich werden, dass dem Personal und damit verbunden auch der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals eine wichtige Funktion zugeschrieben wird. Qualifiziertes Personal ist die zentrale Ressource für eine wirksame und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung (vgl. Sottas, Brügger et al. 2013: 3) und schließt das Bildungspersonal ein, welches die zukünftigen Berufsangehörigen darauf vorbereitet. Mit Bezug auf die im Kapitel 2 rekurrierte Dialektik zeigt sich, dass die Bildungs- und Versorgungsbereiche in Beziehung zueinander zu denken sind. Denn es wird davon ausgegangen, dass Veränderungen in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung nach sich ziehen und in umgekehrter Weise Veränderungen in der Gesundheitsversorgung Konsequenzen für die Ausbildung der Gesundheitsberufe mit sich bringen. Anschließend an die Impulse für Ausbildung und Praxis werden nun abschließend noch Empfehlungen für die weiterführende Forschung gegeben.

8.4 Weitere Forschungsimplicationen

Das übergeordnete Ziel dieser Dissertation ist es, einen Beitrag zum Aufbau des Forschungsfeldes Interprofessionalität in den Gesundheitsberufen in Deutschland zu leisten. Die Arbeit bietet mit der Betrachtung von interprofessionellen Lehr-Lern-Konzepten aus dem gesamten Bundesgebiet und der damit im Zusammenhang stehenden Typologieentwicklung sowie dem Untersuchungsschwerpunkt der interprofessionellen Sozialisation als Grundlage für interprofessionelle Zusammenarbeit eine Reihe von Diskussionsansätzen sowie Anknüpfungspunkte für weiterführende Forschungen.

In dem Zusammenhang ist zunächst festzuhalten, dass die entwickelte IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte ein Beginn darstellt, die vorhandenen Konzepte für interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland miteinander zu vergleichen und anhand verschiedener Dimensionen zu bewerten. Mit der Ausrichtung auf primärqualifizierende Studiengänge wurde versucht eine gemeinsame Grundlage zur Vergleichbarkeit zu schaffen. Dennoch ist deutlich geworden, dass genügend Unterschiede zwischen den einzelnen Studiengängen und Perspektiven auf die Studiengänge bestehen, die die Vergleichbarkeit erschweren. Die Weiterarbeit an der Schärfung der Merkmale der Typologie, der Validierung der Typen sowie der Verbesserung der Interrater-Reliabilität ist unbedingt fortzusetzen und methodisch noch weiter abzusichern. Hierfür können beispielsweise neue Studiengänge hinzugenommen werden, mit dem Ziel die Fallanzahl zu erhöhen. Außerdem kann die vorgenommene Typisierung durch Selbstzuschreibungen der Interviewpartner:innen überprüft und ergänzt werden. Außerdem wird vorgeschlagen die Übertragbarkeit auf andere Studiengänge oder Ausbildungsformate zu prüfen. Grundsätzlich ist eine Ausweitung der Untersuchung von IPE-Konzepten auf andere Studien- und

Ausbildungsformate, wie additive Studiengänge oder berufsfachschulische Ausbildungen wünschenswert. Vor allem für IPLL in den berufsfachschulischen Ausbildungen der Gesundheitsberufe in Deutschland existiert bisher nur ein rudimentärer Wissensstand.

Um differenziertere Aussagen zu den interprofessionellen Sozialisationsprozessen im Studium treffen zu können, sind weitere Untersuchungen notwendig. Mit Blick auf den Einsatz des verwendeten Erhebungsinstrumentes ISVS-21-D kann zunächst ein Vergleich von Studienbeginn bis zum Studienende interessant sein. Ebenso erscheint die Hinzunahme einer Kontrollgruppe mit Studierenden, die ausschließlich monoprofessionell ausgebildet werden, mit Blick auf den Sozialisationsprozess vielversprechend. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass sich die vier Typen (Typ A – punktuelle Integration bis Typ D – systematische Integration von IPE) nicht signifikant in den Selbsteinschätzungen der ISVS-21-D unterscheiden. Wenn folglich Intensität und Umfang von IPE keinen Unterschied für die Selbsteinschätzung in der interprofessionellen Sozialisation mit sich bringen, sind zwei weitere Fragen von zentralem Erkenntnisinteresse:

- Welche Faktoren aus dem hochschulischen Umfeld beeinflussen die interprofessionelle Sozialisation von Gesundheitsberufen im Studium aus Sicht der Studierenden?
- Welche intraindividuellen Faktoren (wie Einstellungen und Erfahrungen) prägen die Angehörigen der Gesundheitsberufe? Inwiefern führen die zu einer individualistischen oder kollektivistischen Neigung bei den Studierenden?

Für die beiden letzten Ansätze, die im Zusammenhang mit der Frage, wie sich interprofessionelle Sozialisation entwickelt, untersucht werden können, ist auf das Konzept der dualen Identität von Khalili et al. (2019) hinzuweisen. Dabei spielen die berufliche und die interprofessionelle Identität eine Rolle, die von mehreren intraindividuellen und systemischen Faktoren beeinflusst werden (vgl. ebd.: 451). Zu den intraindividuellen Faktoren zählt u. a. die Neigung, ob jemand eher individualistisch oder kollektivistisch orientiert ist. Denn Lernende, die eher kollektivistisch orientiert sind, reagieren meist positiver auf interprofessionelle Sozialisation als Lernende mit einer eher individualistischen Orientierung. Derartige Befunde zu den intraindividuellen Faktoren können helfen, die Entwicklung der interprofessionellen Sozialisation in den GHB besser zu erklären und ggf. zu begleiten.

Aus einer Reihe von Studien lässt sich ableiten, dass Lernende positiv auf IPLL reagieren und sich Wahrnehmungen und Einstellungen zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen verbessern. Mit Verweis auf Prä-Post-Studien kann ebenfalls festgehalten werden, dass sich die Mittelwerte zur interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung (ISVS) nach einer interprofessionellen Bildungsaktivität signifikant verbessern (→ [Kap. 2.3.2](#)). In

den meisten Untersuchungen werden allerdings hauptsächlich Studierende fokussiert und es gibt ein Mangel an Daten, die sich auf Personen im Übergang sowie im Verlauf der Berufspraxis beziehen (vgl. Shustack et al. 2021: 2). Dabei ist interessant, wie sich die interprofessionelle Sozialisation im Laufe der Berufspraxis verändert und welche fördernden und hemmenden Faktoren dabei eine Rolle spielen. Im Rahmen weiterer Forschungsarbeiten ist auch vorstellbar, die Unterscheidung der Formen der beruflichen Sozialisation (Sozialisation für den Beruf, in den Beruf und durch den Beruf) auf den Untersuchungsgegenstand der interprofessionellen Sozialisation zu übertragen, entsprechende Merkmale zu identifizieren und empirisch zu untermauern.

Interprofessionelle Bildung in den Gesundheitsberufen wird oft als Vorläufer für effektive interprofessionelle Praxis verstanden (vgl. Brandt 2018: 69; Clark 2018: 3; Lutfiyya et al. 2016). Mit Blick auf die einbezogenen Perspektiven der Studierenden und Berufseinsteiger:innen in dieser Studie können qualitative Untersuchungen ergänzend hinzugezogen werden, um differenziertere Aussagen zu den Einstellungen und Verständnissen der zugrunde liegenden Prozesse zu erhalten und tiefere Reflexionen bezogen auf den Forschungsgegenstand zu ermöglichen (vgl. Lawn 2016: 3). Es werden mehr Informationen zu den Geschehnissen und Abläufen bei den Lernenden und beruflich tätigen Personen benötigt, um zu verstehen, was in der jeweiligen einzelnen „Black Box“ zwischen Input und Output geschieht (vgl. Thistlethwaite 2016: 9). Damit verbunden ist das Anliegen, weitere Befunde zum interprofessionellen Lehren, Lernen und Arbeiten zu erhalten sowie weitere Erklärungsansätze für interprofessionelle Bildungs- und Sozialisationsprozesse zu generieren.

Die Methoden für das IPLL sind bereits gut untersucht und die Ergebnisse zeigen eindeutig, dass praxisbezogene und realitätsnahe Methoden/Formen sehr geeignet sind. In dem Zusammenhang sind spezifische Formen wie interprofessionelle Ausbildungsstationen bereits häufiger ein Gegenstand von Untersuchungen in dem Bereich. Das Spektrum könnte auf die Praxisphasen im Studium erweitert werden, um zu untersuchen, ob das vermutete Potenzial tatsächlich besteht und an welchen Stellen sich eine didaktische Verbindung von den beiden Lernorten Praxis und Hochschule anbietet. Weiterhin ist eine Erfassung von möglichen Best-Practice-Beispielen für die Nutzung von Praxisphasen für das IPLL von GHB am Lernort Hochschule vorstellbar.

An mehreren Stellen in dieser Arbeit wurde betont, dass aufgrund der geringen Stichprobe, vor allem bei den Berufseinsteiger:innen, die Ergebnisse vorsichtig zu bewerten und mit größeren Stichproben zu überprüfen sind. Die sich aus der Untersuchung ergebenden und beschriebenen Tendenzen liefern weitere Anhaltspunkte für Forschungen in dem diesem

Bereich. Insgesamt werden für interprofessionelles Lehren, Lernen und Arbeiten größere und langfristig angelegte Studien mit strengeren Studiendesigns und geeigneteren Kontrollgruppen gefordert, die auch Ergebnisse mit Blick auf das Wohlergehen der Klient:innen berücksichtigen (vgl. Rübiger & Beck 2018: 167; Reeves et al. 2008: 9; Reeves et al. 2017: 17). Diesen Forderungen wird, vor dem Hintergrund der vorgelegten Studie und den aufgezeigten weiteren Forschungsimplicationen, uneingeschränkt zugestimmt.

LITERATURVERZEICHNIS

- Alliger, George M. & Janak, Elizabeth A.** (1989): Kirkpatrick's levels of training criteria: Thirty years later. *Personnel Psychology*, 42, 331–342.
- Al-Qahtani, Mona F.** (2016): Measuring healthcare students' attitudes toward interprofessional education. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11(6), 579–585. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2016.09.003>
- Andrew, Sharon & Halcomb, Elizabeth J.** (2009): *Mixed methods research for nursing and the health sciences*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Antoni, Conny H.** (2010): Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(1), 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.027>
- Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V. (ADS) & Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)** (2015): *Positionspapier: Weiterentwicklung primärqualifizierender Pflegestudiengänge in Deutschland*. Online: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ADS-DBfK-position_weiterentwicklung_pflgestudiengaenge_2015.pdf (zuletzt abgerufen: 21.10.2022).
- Arnold, Rolf; Faulstich, Peter; Mader, Wilhelm; Nuisl von Rein, Ekkehard & Schultz, Erhard** (2000): *Forschungsmemorandum für die Erwachsenen- und Weiterbildung* (im Auftrag der Sektion Erwachsenenbildung der DGfE). Online: http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2000/arnold00_01.pdf (zuletzt abgerufen: 21.10.2022).
- Atteslander, Peter** (2010): *Methoden der empirischen Sozialforschung* (13., neu bearb. u. erw. Aufl.). Berlin: Erich Schmidt.
- Atzeni, Gina; Schmitz, Christof & Berchtold, Peter** (2017): *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. Studie im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 12(2). Bern: Swiss Academies Reports. Online: <https://repository.publisso.de/resource/frl:6409148/data> (zuletzt abgerufen: 31.01.2023).
- Augurzky, Boris & Kolodziej, Ingo** (2018): *Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030: Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Arbeitspapier, No. 06/2018, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden. Online: <https://www.econstor.eu/handle/10419/184864> (zuletzt abgerufen: 27.10.2022).
- August, Benjamin A.; Gortney, Justin S. & Mendez, Jennifer** (2020): Evaluating interprofessional socialization: matched student self-assessments surrounding underserved clinic participation. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 12(8), 926–931. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2020.04.006>

- Aul, Karen & Long, Jody** (2020): Comparing the perceptions of interprofessional socialization among health profession students. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 18(3), 1–4. Online: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol18/iss3/1> (zuletzt abgerufen: 21.10.2022).
- Austin, Charlotte & Halpin, Yvonne** (2021): Evaluation of a personal professional mentor scheme for newly qualified nurses. *British Journal of Nursing*, 30(11), 672–677. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.11.672>
- Bachynsky, Natalie** (2020): Implications for policy: The triple aim, quadruple aim, and interprofessional collaboration. *Nursing Forum*, 55, 54–64. <https://doi.org/10.1111/nuf.12382>
- Baker, Lindsay & Martimianakis, Maria A.** (2019): Macht – eine kritische Perspektive auf das Thema Interprofessionalität. In: Michael Ewers, Elise Paradis & Doreen Herinek (Hrsg.), *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozial-professionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis* (S. 285–302). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Bammé, Arno; Holling, Eggert & Lempert, Wolfgang** (1983): *Berufliche Sozialisation. Ein einführender Studententext*. München: Max Hueber.
- Bandilla, Wolfgang** (2015): *Online – Befragungen*. Mannheim, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). https://doi.org/10.15465/gesis-sg_003
- Barr, Hugh** (1996): Ends and means in interprofessional education: towards a typology. *Education for Health*, 9(3), 341–352.
- Barr, Hugh** (2007): *Grounding interprofessional education in scholarship*. [PhD thesis, University of Greenwich]. <https://gala.gre.ac.uk/id/eprint/8537/4/Hugh%20Barr%202007%20-%20redacted.pdf> (zuletzt abgerufen: 31.01.2023).
- Barr, Hugh** (2009): An anatomy of continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29, 147–150. <https://doi.org/10.1002/chp.20027> (zuletzt abgerufen: 31.01.2023).
- Barr, Hugh** (2015): *Interprofessional education: The genesis of a global movement*. United Kingdom: Center for Advancement in Interprofessional Education. Online: <https://www.caipe.org/download/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement/?tmstv=1666375775> (zuletzt abgerufen: 21.10.2022).
- Barr, Hugh; Freeth, Della; Hammick, Marilyn; Koppel, Ivan & Reeves, Scott** (2000): *Evaluations of interprofessional education. A United Kingdom Review of Health and Social Care*. Online: <https://www.caipe.org/download/barr-h-freethd-hammick-m-koppel-i-reeves-s-2000-evaluations-of-interprofessional-education-pdf/?tmstv=1666375978> (zuletzt abgerufen: 21.10.2022).
- Barr, Hugh; Hammick, Marilyn; Koppel, Ivan & Reeves, Scott** (1999): Evaluating Interprofessional Education: two systematic reviews for health and social care. *British*

- Educational Research Association*, 25(4), 533–544. <https://doi.org/10.1080/014119299025040>
- Barr, Hugh; Koppel, Ivan; Reeves, Scott; Hammick, Marilyn & Freeth, Della** (2005): *Effective interprofessional education: Argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470776445>
- Barz, Heiner; Kosubek, Tanja & Tippelt, Rudolf** (2012): Triangulation. In: Burkhard Schäffer & Olaf Dörner (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung* (S. 587–611). Opladen, Berlin: Budrich.
- Baumann, Anna-Lena & Kugler, Christiane** (2019): Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge – Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. *Pflege*, 32(1), 7–16. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000651>
- Baur, Nina & Florian, Michael J.** (2009): Stichprobenprobleme bei Online-Umfragen. In: Nikolaus Jakob, Harald Schoen & Thomas Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung* (S. 109–128). Wiesbaden: VS Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91791-7_7
- Baur, Nina; Kelle, Udo & Kuckartz, Udo** (2017): Mixed Methods – Stand der Debatte und aktuelle Problemlagen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(2), 1–37. <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0450-5>
- Behrend, Ronja** (2020): *Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen: Studentische Partizipation bei der Entwicklung interprofessioneller Lehre*. [Dissertation, Charité – Universitätsmedizin Berlin]. Online: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/27200/Dissertation_Behrend.pdf?sequence=1&isAllowed=y (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Behrend, Ronja; Maaz, Asja; Sepke, Maria & Peters, Harm** (2020): Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber & Antje Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019* (S. 201–209). Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_16
- Benner, Patricia** (1982): From novice to expert. Stages of Clinical Competence. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402–07.
- Benner, Patricia** (2012): *Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert* (2., vollst. überarb. u. erg. Aufl.). Bern: Huber. [Original veröffentlicht 2001: *From Novice to the expert – Excellence and power in clinical nursing practice*, Commemorative edition. Pearson Education, Inc.].
- Bergman, Manfred M.** (2011): The good, the bad, and the ugly in mixed methods research and design. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(4), 271–275. <https://doi.org/10.1177/1558689811433236>
- Berufsbildungsreformgesetz (BerBiRefG)** (2005): Gesetz zur Reform der beruflichen Bildung vom 23. März 2005. *Bundesgesetzblatt*, Teil I, Nr. 20, 931–968. Bonn. Online:

- https://www.bibb.de/dokumente/pdf/z3_berufsbildungsreformgesetz.pdf (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Berwick, Don M.; Nolan, Tom W. & Whittington, John** (2008): The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27, 759–769. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bethmann, Arne; Buschle, Christina & Reiter, Herwig** (2019): Kognitiv oder qualitativ? Pretest-Interviews in der Fragebogenentwicklung. In: Natalja Menold & Tobias Wolbring (Hrsg.), *Qualitätssicherung sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente* (S. 159–193) Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24517-7_6
- Beywl, Wolfgang** (1999): Nutzenfokussierte Evaluation von Humandienstleistungen: Plädoyer für eine sozialwissenschaftliche Rückbesinnung in der Qualitätsdebatte. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 22(2), 143–156. Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssao-37010> (zuletzt abgerufen: 21.10.2022).
- Biggs, John B. & Tang, Catherine** (2007): *Teaching for quality learning at university: what the students does* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Blanz, Mathias** (2015): *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blum, Carlos González; Richter, Robert; Fuchs, Reinhard, Sandeck, Florian & Heermann, Stephan** (2020): An interprofessional teaching approach for medical and physical therapy students to learn functional anatomy and clinical examination of the lower spine and hip. *Annals of Anatomy*, 231, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2020.151534>
- Blümke, Christine; Rübiger, Jutta; Hansen, Hilke; Warnke, Andrea; Wasner, Mieke & Lauer, Norina** (2019): *Berufstätigkeit und Berufszufriedenheit von Therapeuten mit Hochschulischer Ausbildung – Ergebnisse der HVG-Absolventenbefragung zur Evaluation von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen für therapeutische Gesundheitsfachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)*. Berlin: Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.. Online: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/HVG-Forschungsbericht_Homepage.pdf (zuletzt abgerufen: 21.10.2022).
- Bochatay, Naïke; Kuna, Ágnes; Csupor, Éva; Pintér, Judit Nora; Muller-Juge, Virginie; Hudelson, Patricia; Nendaz, Mathieu R.; Csabai, Marta; Bajwa, Nadia M. & Kim, Sara** (2021): The role of power in health care conflict: recommendations for shifting toward constructive approaches. *Academic Medicine*, 96(1), 134–141. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003604>
- Bodenheimer, Thomas & Sinsky, Christine** (2014): From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *The annals of family medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Bollinger, Heinrich & Gerlach, Anke** (2008): Professionalität als Kompetenz und Element der Qualitätssicherung in den Gesundheitsberufen. In: Sigrid Matzick (Hrsg.),

Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung (S. 139–157). Weinheim/München: Beltz Juventa.

- Bollinger, Heinrich & Gerlach, Anke** (2015): Profession und Professionalisierung im Gesundheitswesen Deutschlands – zur Reifikation soziologischer Kategorien. In: Johanne Pundt & Karl Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 83–103). Bremen: Apollon University Press.
- Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke & Pfadenhauer, Michaela** (2005): Soziologie und Gesundheitsberufe. In: Dies. (Hrsg.), *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen* (S. 7–12). Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Börger, Lea** (2020): *Latente Konstrukte und Multi-Item-Skalen*. Online: <https://www.questionstar.de/content/latente-konstrukte-und-multi-item-skalen/> (zuletzt abgerufen: 22.10.2022).
- Borgetto, Bernhard** (2015): Zwischenbilanz und aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Therapieberufe. In: Johanne Pundt & Karl Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 265–290). Bremen: Apollon University Press.
- Bortz, Jürgen** (1984): *Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler*. Berlin/Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-00468-5>
- Bortz, Jürgen & Schuster, Christof** (2010): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Boudon, Raymond & Bourricoud, Francois** (1992): *Soziologische Stichworte. Ein Handbuch* (2. Aufl.). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bourdieu, Pierre** (1993): *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. [Original veröffentlicht 1980: *Le sens pratique*. Les éditions de Minuit, Paris].
- Bradby, Mary** (1990): Status passage into nursing: another view of the process of socialization into nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1220–1225.
- Brandes, Cindy; Glässel, Andrea; Raab, Anja; Herrmann, Beate Herrmann & Höppner, Heidi** (2022): Interprofessionalität in den Gesundheitsberufen im Wandel einer modernen Rollen- und Professionsentwicklung. Bericht über die Ergebnisse eines World Cafés auf der Drei-Länder-Tagung am 5. Mai 2022 in Bern. *International Journal of Health Professions*, 9(1), 174–186. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2022-0015>
- Brandt, Barbara F.** (2018): Rethinking health professions education through the lens of interprofessional practice and education. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 157, 65–76. <https://doi.org/10.1002/ace.20269>
- Brandt, Barbara; Lutfiyya, May Nawal; King, Jean A. & Chioreso, Catherine** (2014): A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 393–399. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.906391>

- Breuer, Franz; Deppermann, Arnulf; Kuckartz, Udo; Mey, Günter; Mruck, Katja & Reichertz, Jo** (2014): All is data – Qualitative Forschung und ihre Daten. In: Günter Mey & Katja Mruck (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen – 10 Jahre Berliner Methodentreffen* (S. 261–290). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-05538-7_14
- Brewer, Margo** (2011): *Interprofessional capability framework*. Online: <https://www.healthprecinct.org.nz/wp-content/uploads/2018/12/Brewer-interprofessional-capability-booklet.pdf> (zuletzt abgerufen: 31.01.2023).
- Brewer, Margo L; Flavell, Helen; Trede, Franziska & Smith, Megan** (2018): Creating change agents for interprofessional education and practice: a leadership programme for academic staff and health practitioners. *International Journal of Leadership in Education*, 21(5), 580–592. <https://doi.org/10.1080/13603124.2017.1279349>
- Brown, Diane K.; Fosnight, Sue; Whitford, Maureen; Hazelett, Susan; Mcquown, Colleen; Drost, Jenifer C.; Kropp, Denise J.; Hovland, Cynthia A.; Niederriter, Joan E.; Patton, Rikki; Morgan, Abigail; Fleming, Eileen; Steiner, Richard P.; Scott, Edward Demond & Ortiz-Figueroa, Fabiana** (2018): Interprofessional education model for geriatric falls risk assessment and prevention. *BMJ Open Quality*, 7, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000417>
- Brühwiler, Christian; Helmke, Andreas & Schrader, Friedrich-Wilhelm** (2017): Determinanten der Schulleistung. In: Martin K. W. Schweer (Hrsg.), *Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge* (3. Aufl., S. 291–314). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-15083-9_13
- Bryman, Alan** (2006): Paradigm peace and the implications for quality. *International Journal of Social Research Methodology*, 9(2), 111–126. <https://doi.org/10.1080/13645570600595280>
- Budischewski, Kai & Günther, Katharina** (2020): *SPSS für Einsteiger* (2. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Bundesagentur für Arbeit** (2022): *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Nürnberg. Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?blob=publicationFile> (zuletzt abgerufen: 22.10.2022).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2020): *Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz)*. Online: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/gesetz-zur-reform-der-pflegeberufe-pflegeberufereformgesetz--119230> (zuletzt abgerufen: 21.10.2022).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2022): *Gesundheitsberufe – Allgemein* (Stand: 02.09.2022). Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html> (zuletzt abgerufen: 22.10.2022).

- Burzan, Nicole** (2016): *Methodenplurale Forschung. Chancen und Probleme von Mixed Methods*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)** (2010): *A national interprofessional competency framework*. Online: <https://phabc.org/wpcontent/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf> (zuletzt abgerufen: 22.10.2022).
- Cartwright, Jade; Franklin, Diane; Forman, Dawn & Fregard, Heather** (2013): Promoting collaborative dementia care via online interprofessional education. *Australasian Journal on Ageing*, 34(2), 88–94. <https://doi.org/10.1111/ajag.12106>
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE)** (2019): *Collaborative practice through learning together to work together. Statement of Purpose* [Original work published 2016, Review 2019]. Online: <https://www.caipe.org/resource/CAIPE-Statement-of-Purpose-2016.pdf> (zuletzt abgerufen: 25.10.2022).
- Clark, Kimberly M.** (2018): Interprofessional education and collaborative practice: Are we there yet? *Journal of Lung Health and Diseases*, 2(4), 1–5. <https://doi.org/10.1002/ace.20269>
- Clark, Phillip G.** (2002): Evaluating an interdisciplinary team training institute in geriatrics: Implications for teaching teamwork theory and practice. *Educational Gerontology*, 28, 511–528. <https://doi.org/10.1080/03601270290081425>
- Clement, Ute** (2020): Berufliche Sozialisation und berufliches Lernen. In: Rolf Arnold, Antonius Lipsmeier & Matthias Rohs (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildung* (3. Aufl., S. 53–64). Springer: Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19312-6_6
- Cloos, Peter; Viernickel, Susanne & Weltzien, Dörte** (2021): Mixed-Methods Designs: Eine kritische Reflexion zu Gelingensbedingungen, Restriktionen und Überschüssen. *Frühe Bildung*, 10(4), 248–254. <https://doi.org/10.1026/2191-9186/a000547>
- Cohen, Jacob** (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale/New Jersey: Erlbaum.
- Cohnen, Simone** (2020): *Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. Status quo und Handlungsansätze*. München: Rainer Hampp Verlag.
- Collard, Susan & Law, Michael** (1989): The limits of perspective transformation: A critique of Mezirow's theory. *Adult Education Quarterly*, 39(2), 99–107. <https://doi.org/10.1177/0001848189039002004>
- Combe, Arno & Helsper, Werner** (1997): Einleitung: Pädagogische Professionalität. Historische Hypothesen und aktuelle Entwicklungsthemen. In: Dies. (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (2. Aufl., S. 9–48). Frankfurt: Suhrkamp.
- Copenhaver, Melissa & Crandell-Williams, Ann** (2020): A safe place: Using clinical supervision groups to build interprofessional collaborative practice skills. *Advances in social work*, 20(2), 320–337, <https://doi.org/10.18060/23318>

- Corsten, Michael** (2010): Berufliche Sozialisationstheorie und -forschung. In: Karin Büchter (Hrsg.), *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Fachgebiet: Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Individuum, Gesellschaft und Berufsbildung* (S. 1–32). Weinheim/München: Juventa. Online: https://www.beltz.de/fachmedien/erziehungswissenschaft/enzyklopaedie_erziehungswissenschaft_online_eeo/artikel/10006-berufliche-sozialisations-theorie-und-forschung.html (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Couper, Mick P.** (2000): Review: Web surveys: A review of issues and approaches. *The Public Opinion Quarterly*, 64(4), 464-494. Online: <https://www.jstor.org/stable/3078739> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Cranton, Patricia & Taylor, Edward W.** (2012): Transformative learning theory: Seeking a more unified theory. In: Edward W. Taylor & Patricia Cranton (Eds.), *Handbook of transformative learning: theory, research and practice* (pp. 3–20). San Francisco: Jossey-Bass.
- Creswell, John W.** (2014): Die Entwicklung der Mixed-Methods-Forschung. In: Udo Kuckartz (Hrsg.), *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren* (S. 13–26). Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>
- Creswell, John W. & Creswell, J. David** (2018): *Research design: Qualitative, quantitative and mixed-methods approaches* (5th ed.). Los Angeles: SAGE.
- Creswell, John W. & Plano Clark, Vicki L.** (2011): *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE.
- Cronbach, Lee J.** (1951): Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- D’Amour, Danielle & Oandasan, Ivy** (2005): Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, Supple 1, 8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- Danner, Daniel** (2015): *Reliabilität – die Genauigkeit einer Messung*. Mannheim, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). https://doi.org/10.15465/gesis-sg_011
- Darmann-Finck, Ingrid & Einig, Claudia** (2019): Curriculumentwicklung für interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. In: Michael Ewers, Elise Paradis & Doreen Herinek (Hrsg.), *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozial-professionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis* (S. 85–101). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Darmann-Finck, Ingrid; Muths, Sabine; Görres, Stefan; Adrian, Christin; Bomball, Jacqueline & Reuschenbach, Bernd** (2014): *Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW*. Abschlussbericht Dezember 2014. Online: <https://www.mags.nrw/modellstudiengaenge> (zuletzt abgerufen: 17.10.2022).

- de Haan, Gerhard; Lantermann, Ernst; Linneweber, Volker & Reussig, Fritz** (2001): Vorwort. In: Dies. (Hrsg.), *Typenbildung in der sozialwissenschaftlichen Umweltforschung* (S. 9–12). Opladen: Leske + Budrich. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-94975-2>
- De Swert, Knut** (2012): *Calculating intercoder reliability in media content analysis using Krippendorff's Alpha*. University of Amsterdam, 1–15. Online: <https://www.polcomm.org/wp-content/uploads/ICR01022012.pdf> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- De Vries, Dawn R.; Woods, Suzanne; Fulton, Lawrence & Jewell, Gayla** (2016): The validity and reliability of the Interprofessional Socialization and Valuing Scale for therapy professionals. *Work*, 53, 621–630. <https://doi.org/10.3233/WOR-152224>
- Defila, Rico & Di Giulio, Antonietta** (1998): Interdisziplinarität und Disziplinarität. In: Jan-Hendrik Olbertz (Hrsg.), *Zwischen den Fächern – über den Dingen? Universalisierung versus Spezialisierung akademischer Bildung* (S. 111–137). Opladen: Leske + Budrich.
- Dehnbostel, Peter** (2006): Lernen am Arbeitsplatz in der modernen Produktion – eine Frage der Strukturierung. In: Ute Clement & Michael Lacher (Hrsg.), *Produktionssysteme und Kompetenzerwerb: zu den Veränderungen moderner Arbeitsorganisation und ihren Auswirkungen auf die berufliche Bildung* (S. 133–146). Stuttgart: Franz Steiner.
- Dehnbostel, Peter** (2020): Der Betrieb als Lernort. In: Rolf Arnold; Antonius Lipsmeier & Matthias Rohs (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildung* (3., völlig neu bearb. Aufl., S. 485–501). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19312-6_38
- Dellinger, Amy B. & Leech, Nancy L.** (2007): Toward a unified validation framework in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(4). <https://doi.org/10.1177/1558689807306147>
- Dempster, Martin & Hanna, Donncha** (2019): *Statistik und Forschungsmethoden für Psychologen und Sozialwissenschaftler für Dummies*. Weinheim: WILEY-VCH. [Original work published 2015: *Research methods in psychology for dummies*. John Wiley & Sons, Ltd.].
- Demzky von der Hagen, Alma & Voß, Günter G.** (2010): Beruf und Profession. In: Fritz Böhle, Günter G. Voß & Günther Wachtler (Hrsg.), *Handbuch Arbeitssoziologie* (S. 751–803). Wiesbaden: VS Verlag.
- Demzky, Alma & Voß, Günter** (2018): Beruf und Profession. In: Fritz Böhle, Günter G. Voß & Günther Wachtler (Hrsg.), *Handbuch Arbeitssoziologie. Band 2: Akteure und Institutionen* (2. Aufl., S. 477–538.). Wiesbaden: Springer,
- Deutscher Bildungsrat** (1974): *Zur Neuordnung der Sekundarstufe II. Konzept für eine Verbindung von allgemeinem und beruflichem Lernen*. Bonn: Bundesdruckerei.
- Deutscher Bundestag (DBT)** (2020): *Zukunft der Therapieberufe*. Drucksache 19/17411 vom 27.02.2020. Online: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/174/1917411.pdf> (zuletzt abgerufen: 28.10.2022).

- Deutscher Bundestag (DBT)** (2021): *Zweiter Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie* (Drucksache 19/32710). Online: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/327/1932710.pdf> (zuletzt abgerufen: 28.10.2022).
- Deutscher Hebammenverband (DHV)** (2018): *Fragen und Antworten - Die Akademisierung der Hebammenausbildung*. (Stand: Oktober 2018). Online: <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/akademisierung/> (zuletzt abgerufen: 11.10.2022).
- Deutscher Hebammenverband (DHV)** (2021): *Die Akademisierung der Hebammenausbildung* (zuletzt geändert: 26.10.2021). Online: <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/akademisierung/> (zuletzt abgerufen: 11.10.2022).
- Diekmann, Andreas** (2018): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendung* (12. Aufl.). Reinbeck: Rowohlt.
- Dielmann, Gerd** (2015): Neue Berufe zwischen Medizin und Pflege – Bedarfe und Regelungsnotwendigkeiten. In: Johanne Pundt & Karl Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 229–263). Bremen: Apollon University Press.
- Dieterich, Sven; Hoßfeld, Rüdiger; Latteck, Änne-Dörte; Bonato, Marcello; Fuchs-Rechlin, Kirsten; Helmbold, Anke; große Schlarmann, Jörg & Heim, Stefan** (2019): *Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS)*. Abschlussbericht. Bochum 2019. Online: <http://url.nrw/vamos2019> (zuletzt abgerufen: 11.10.2022).
- Dobischat, Rolf & Düsseldorff, Karl** (2015): Sozialisation in Berufsbildung und Hochschule. In: Klaus Hurrelmann, Ulrich Bauer, Mathias Grundmann & Susanne Walper (Hrsg.), *Handbuch Sozialisationsforschung* (8., vollst. überarb. Aufl., S. 469–491). Weinheim/Basel: Beltz.
- Donabedian, Avedis** (2005): Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. [Original work published 1966.] <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Döring, Nicole & Bortz, Jürgen** (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5., vollst. überarb., aktual. u. erw. Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Dreier, Adina; Rogalski, Hagen; Homeyer, Sabine; Oppermann, Roman F. & Hoffmann Wolfgang** (2015): Neue Versorgungs- und Qualifizierungsansätze im demografischen Wandel: Die künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen. In: Johanne Pundt & Karl Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 405–428). Bremen: Apollon University Press.
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten** (2018): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Marburg. Online: https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).

- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten** (2020): Transkription. Implikationen, Auswahlkriterien und Systeme für psychologische Studien. In: Günter Mey & Katja Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–20). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_56-2
- Dreyfus, Stuart E. & Dreyfus, Hubert, L. (1980)**: *A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. University of California, Berkeley. Online: <https://www.researchgate.net/publication/235125013> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Duchscher, Judy Boychuck** (2008): A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441–503. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Duchscher, Judy Boychuck & Windey, Maryann** (2018): Stages of Transition and Transition Shock. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(4), 228–232. <https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000461>
- Duchscher, Judy Boychuck** (2023): *Überlebensbuch Pflege: Erfolgreicher Berufseinstieg für Pflegefachfrauen und -männer*. Bern: Hogrefe.
- Duden** (2019): *Profession*. Online: <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/Profession> (zuletzt abgerufen: 17.10.2022).
- Dunger, Christine** (2016): Typenbildung – eine kommentierte Literaturliste. In: Martin W. Schnell, Christian Schulz, Udo Kuckartz & Christine Dunger (Hrsg.), *Junge Menschen sprechen mit sterbenden Menschen. Eine Typologie* (S. 170–179). Wiesbaden: Springer.
- Duranti, Alessandro** (2006): Transcripts, like shadows on a wall. *Mind, Culture, and Activity*, 13(4), 301–310. https://doi.org/10.1207/s15327884mca1304_3
- Dyer, Jean A.** (2003): Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary educational models and nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 24(4), 186–188.
- Ebermann, Erwin** (2010): *Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren*. Online: <https://dokumen.tips/documents/grundlagen-statistischer-auswertungsverfahren-kapitelbersicht-3111-metrische.html?page=16> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022)
- Ehlers, Jan P.; Kaap-Fröhlich, Sylvia; Mahler, Cornelia; Scherer, Theresa & Huber, Marion** (2017): Auswertung von sechs Übersichtsartikeln über die Qualität von Evaluationsinstrumenten zur Beurteilung interprofessioneller Lehre im deutschsprachigen Raum. *GMS Journal for Medical Education*, 34(3). <https://doi.org/10.3205/zma001113>
- Elbe, Martin** (2016): Sozialisation und System. In: Ders. (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Organisation. Verhalten und Intervention in sozialen Systemen* (S. 37–66). Berlin/Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-50383-6>
- Elsbernd, Astrid & Bader, Katrin** (2018): Herausforderungen bei der Konzeption von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen. *bwp@*, Ausgabe Nr. 34, 1–22. Online: http://www.bwpat.de/ausgabe34/elsbernd_bader_bwpat34.pdf (zuletzt abgerufen: 28.10.2022).

- Engel, Uwe & Schmidt, Björn O.** (2014): Unit- und Item-Nonresponse. In: Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 331–348). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_23
- Eriksson, Nomie & Müllern, Tomas** (2017). Interprofessional barriers: A study of quality improvement work among nurses and physicians. *Quality Management in Health Care*, 26(2): 63–69. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000129>
- Erpenbeck, John & Sauter, Werner** (2013): *So werden wir lernen! Kompetenzentwicklung in einer Welt fühlender Computer, kluger Wolken und sinnsuchender Netze*. Berlin/Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-37181-3>
- Eschenbacher, Saskia** (2018): *Transformatives Lernen im Erwachsenenalter. Kritische Überlegungen zur Theorie Jack Mezirows*. Berlin: Peter Lang. <https://doi.org/10.3726/b14755>
- Etzioni, Amitai** (1964): *Modern organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Etzioni, Amitai** (1969): *The semi-professions and their organization. Teachers, nurses, social workers*. New York: Macmillan Publishing.
- Euler, Dieter** (2015): Lernorte in der Berufsausbildung zwischen Potenzial und Realität. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 44, 6–9. Online: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/7522> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Evans, Joel R. & Mathur, Anil** (2018): The value of online surveys: a look back and a look ahead. *Internet Research*, 28(4), 854–887. <https://doi.org/10.1108/IntR-03-2018-0089>
- Ewers, Michael & Lehmann, Yvonne** (2020): Hochschulisch qualifizierte Pflegenden in der Langzeitversorgung?! In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber & Antje Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019* (S. 167–177). Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_13
- Ewers, Michael & Reichel, Kathrin** (Hrsg.) (2017): *Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: das Projekt interTUT*. Working Paper No. 17-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Ewers, Michael & Schaeffer, Doris** (2019): Interprofessionelles Lernen Lehren und Arbeiten auf holprigen Wegen. In: Michael Ewers, Elise Paradis & Doreen Herinek (Hrsg.), *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis* (S. 55–69). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Ewers, Michael & Walkenhorst, Ursula** (2019): Interprofessionalität in den DACH-Ländern – eine Momentaufnahme. In: Michael Ewers, Elise Paradis & Doreen Herinek (Hrsg.), *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis* (S. 20–37). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Ewers, Michael; Paradis, Elise & Herinek, Doreen** (Hrsg.) (2019): *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

- Ewers, Michael; Grewe, Tanja; Höppner, Heidi; Huber, Walter; Sayn-Wittgenstein, Friederike; Stemmer, Renate; Voigt-Radloff, Sebastian & Walkenhorst, Ursula** (2012): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Suppl. 2, 137, 37–73. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1305067>
- Fàbregues, Sergi & Molina-Azorín, Jose. F.** (2017): Addressing quality in mixed methods research: a review and recommendations for a future agenda. *Quality & Quantity*, 51(6), 2847–2863. <https://doi.org/10.1007/s11135-016-0449-4>
- Faulbaum, Frank; Prüfer, Peter & Rexroth, Margrit** (2009): *Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität*. Wiesbaden: VS Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91441-1>
- Fetters, Michael D.; Curry, Leslie A. & Creswell, John W.** (2013): Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. *Health Services Research*, 48(6), Part II, 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Field, Andy** (2013): *Discovering statistics using IBM SPSS and sex and drugs and rock 'n' roll* (4th ed.). Los Angeles [u. a.]: SAGE.
- Field, Andy** (2018): *Discovering statistics using IBM SPSS* (5th ed.). Los Angeles [u. a.]: SAGE.
- Fischer, Lorenz & Wiswede, Günter** (2014): *Grundlagen der Sozialpsychologie* (3. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. <https://doi.org/10.1524/9783486847826>
- Flick, Uwe** (2010): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (3. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Flick, Uwe** (2011): *Triangulation. Eine Einführung* (3., aktual. Aufl.): Wiesbaden: VS Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92864-7>
- Flick, Uwe** (2018): *Doing Triangulation and Mixed Methods*. London: SAGE. <https://dx.doi.org/10.4135/9781529716634>
- Flick, Uwe; von Kardoff, Ernst & Steinke, Ines** (2007): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Dies. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl., S. 13–29). Hamburg: Rowohlt.
- Fox, Lanae; Onders, Robert; Hermansen-Kobulnickya, Carol J.; Nguyena, Thanh-Nga; Myrana, Leena; Linn, Becky & Horneckera; Jaime** (2018): Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. *Journal of interprofessional care*, 32(2), 127–135. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1399868>
- Freeth, Della & Reeves, Scott** (2004): Learning to work together: Using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 43–56. <https://doi.org/10.1080/13561820310001608221>
- Freeth, Della; Reeves, Scott; Koppel, Ivan; Hammick, Marlyn & Barr, Hugh** (2005): *Evaluating interprofessional education: A self-help guide*. Online: https://www.unmc.edu/bhecn/documents/Interprofessional_education_eval_self_help_guide.pdf (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).

- Frenk, Julio; Chen, Lincoln; Bhutta, Zulfiqar A.; Cohen, Jordan; Crisp, Nigel; Evans, Timothy; Fineberg, Harvey; Garcia, Patricia; Ke, Yang; Kelley, Patrick; Kistnasamy, Barry; Meleis, Afaf; Naylor, David; Pablos-Mendez, Ariel; Reddy, Srinath; Scrimshaw, Susan; Sepulveda, Jaime; Serwadda, David & Zurayk, Huda** (2011): *Health professionals für das neue Jahrhundert – die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken*. Report einer Lancet-Kommission (deutsche Ausgabe). Zürich: Careum. Online: <https://www.chinamedicalboard.org/sites/chinamedicalboard.org/files/lancetreportgerman.pdf> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022). [Original published 2010: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world unter: www.thelancet.com. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)]
- Friese, Marianne** (2010): Didaktisch-curriculare Aspekte für Fachrichtungen und Fachrichtungsbereiche personenbezogener Dienstleistungsberufe. In: Jörg-Peter Pahl & Volkmar Herkner (Hrsg.), *Handbuch berufliche Fachrichtungen* (S. 311–327). Bielefeld: wbv.
- Friese, Marianne** (2021): *Care Work 4.0. Digitalisierung in der beruflichen und akademischen Bildung für personenbezogene Dienstleistungsberufe*. Bielefeld: wbv. <https://doi.org/10.3278/6004710w>
- Fuhr, Thomas** (2018): Lernen im Lebenslauf als transformatives Lernen. In: Christiane Hof & Hannah Rosenberg (Hrsg.), *Lernen im Lebenslauf, Theorie und Empirie Lebenslangen Lernens* (S. 83–104). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19953-1_5
- Gadenne, Volker** (2022): Pragmatismus. In: Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (vom 10.01.2022). Online: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/pragmatismus> (zuletzt abgerufen: 27.10.2022).
- Gessler, Michael & Sebe-Opfermann, Andreas** (2011): Der Mythos „Wirkungskette“ in der Weiterbildung – empirische Prüfung der Wirkungsannahmen im „Four Levels Evaluation Model“ von Donald Kirkpatrick. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 107(2), 270–279.
- Geulen, Dieter** (1991): Die historische Entwicklung sozialisationstheoretischer Ansätze. In: Klaus Hurrelmann & Dieter Ulich (Hrsg.), *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung* (4., vollst. neu bearb. Aufl., S. 21–54). Weinheim/Basel: Beltz.
- Geulen, Dieter & Hurrelmann, Klaus** (1980): Zur Programmatik einer umfassenden Sozialisationstheorie. In: Klaus Hurrelmann & Dieter Ulrich (Hrsg.), *Handbuch Sozialisationsforschung* (S. 51–67). Weinheim/Basel: Beltz.
- Gierach, Michelle; Brechtelsbauer, David; Serfling, Jody; Bloom, Katie; Strickland, Gary & Heins, Jodi** (2020): Students practicing interprofessional collaboration in the context of hospice and palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(12), 1062–1067. <https://doi.org/10.1177/1049909120917365>

- Gilbert, John H.** (2005): Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 87–106. <https://doi.org/10.1080/1356182050067132>
- Gläser-Zikuda, Michaela; Seidel, Tina; Rohlf, Carsten; Gröschner, Alexander & Ziegelbauer, Sascha** (2012): Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung – eine Einführung in die Thematik. In: Dies. (Hrsg.), *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung* (S. 7–13). Münster [u. a.]: Waxmann.
- Glässel, Andrea; Zumstein, Peter; Scherer Theresa; Feusi, Emanuel & Biller-Andorno, Nikola** (2021): Fallvignetten für Simulationspersonen basierend auf realen Patientenerfahrungen im Rahmen von OSCE-Prüfungen: Workshop-Erfahrungen aus der interprofessionellen Ausbildung. *GMS Journal of Medical Education*; 38(5), 8–14. <https://doi.org/10.3205/zma001487>
- Goldman, Joanne; Zwarenstein, Merrick; Bhattacharyya, Onil & Reeves, Scott** (2009): Improving the clarity of the interprofessional field: Implications for research and continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the health professions*, 29(3), 151–156. <https://doi.org/10.1002/chp.20028>
- Görres, Stefan** (2013): Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln* (S. 19–49). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Göthlich, Stephan E.** (2009): Zum Umgang mit fehlenden Daten in großzahligen empirischen Erhebungen. In: Sönke Albers, Daniel Klapper, Udo Konradt, Achim Walter & Joachim Wolf (Hrsg.), *Methodik der empirischen Forschung* (3. Aufl., S. 119–135). Wiesbaden: Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-322-96406-9_9
- Graf, Amanda C.; Jacob, Elisabeth; Twigg, Diane & Nattabi, Barbara** (2020): Contemporary nursing graduates' transition to practice: A critical review of transition models. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 3097–3107. <https://doi.org/10.1111/jocn.15234>
- Grotheer, Michael** (2019): Berufseinstieg und Berufsverlauf mit Bachelorabschluss. Wie erfolgreich etablieren sich Graduierte verschiedener Abschlussarten am Arbeitsmarkt? In: Markus Lörz & Heiko Quast (Hrsg.), *Bildungs- und Berufsverläufe mit Bachelor und Master. Determinanten, Herausforderungen und Konsequenzen* (S. 437–479). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22394-6_14
- Grotlüschen, Anke & Pätzold, Henning** (2020): *Lerntheorien in der Erwachsenen- und Weiterbildung*. Bielefeld: wbv.
- Guraya, Salman Y. & Barr, Hugh** (2018): The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34, 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.12.009>
- Gurtner, Sebastian & Wettstein, Miriam** (2019): *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung*. Eine Studie im

- Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017–2020. Berner Fachhochschule. Online: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M5-anreize.html> (zuletzt abgerufen: 30.11.2022).
- Haas, Barbara & Scheibelhofer, Ella** (1998): *Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung: eine methodologische Analyse anhand ausgewählter Beispiele*. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS). Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-221901> (zuletzt abgerufen: 29.10.2022).
- Hagenauer, Gerda & Gläser-Zikuda, Michaela** (2022): Mixed-Methods. In: Marius Haring, Carsten Rohlf's & Michaela Gläser-Zikuda (Hrsg.), *Handbuch Schulpädagogik* (2., aktual. u. erw. Aufl., S. 880–891). Münster: Waxmann. <https://doi.org/10.36198/9783838587967>
- Hall, Pippa** (2005): Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 188–196. <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Hall, Pippa & Weaver, Lynda** (2001): Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, 35, 867–875.
- Hallwaß, Anke & Hollweg, Wibke** (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>
- Halpin, Yvonne** (2015): *Newly qualified nurse transition: stress experiences and stress-mediating factors – a longitudinal study*. [PhD thesis, London South Bank University]. Online: <https://openresearch.lsbu.ac.uk/item/876q3> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Hammick, Marlyn; Freeth, Della; Koppel, Ivan; Reeves, Scott & Barr, Hugh** (2007): A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29 (8), 735–751. <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>
- Handgraaf, Marietta; Dieterich, Sven & Grüneberg, Christian** (2016): Interprofessionelles Lehren, Lernen und Handeln – Strukturelle und didaktische Herausforderungen. *International Journal of Health Professions*, 3(1), 47–56. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2016-0005>
- Hansen, Torben Bæk; Pape, Britta; Staal Thiesen, Pernille & Jakobsen, Flemming** (2020): Interprofessional versus uniprofessional dyad learning for medical students in a clinical setting. *International Journal of Medical Education*, 11, 191–200. <https://doi.org/10.5116/ijme.5f50.bc76>
- Harden, Ronald M.** (1998): AMEE guide No. 12: Multiprofessional education: Part 1 - effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective, *Medical Teacher*, 20(5), 402–408. <https://doi.org/10.1080/01421599880472>
- Hartmann, Heinz** (1968): Arbeit, Beruf, Profession. *Soziale Welt*, 19(3/4), 193–216. Online: <https://www.jstor.org/stable/40876912> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).

- Hausmann, Clemens** (2011): *Das erste Jahr in der Pflege. Einstiege in den Pflegeberuf*. Wien: Facultas.
- Hayes, Andrew F. & Krippendorff, Klaus** (2007): Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication methods and measures*, 1(1), 77–89. <https://doi.org/10.1080/19312450709336664>
- Hean, Sarah; Craddock, Deborah & O'Halloran, Cath** (2009): Learning theories and interprofessional education: a user's guide. *Learning in Health and Social Care*, 8(4), 250–262. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2009.00227.x>
- Heckhausen, Heinz** (1987): „Interdisziplinäre Forschung“ zwischen Intra-, Multi- und Chimären-Disziplinarität. In: Jürgen Kocka (Hrsg.), *Interdisziplinarität. Praxis – Herausforderungen – Ideologie* (S. 129–145). Frankfurt: Suhrkamp.
- Heinemann, Lars** (2012): Soziologie der Berufsbildung. In: Ullrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer & Albert Scherr (Hrsg.), *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie* (S. 611–627). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18944-4_37
- Heinz, Walter R.** (1991): Berufliche und betriebliche Sozialisation. In: Klaus Hurrelmann & Dieter Ulrich (Hrsg.), *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung* (4., vollst. neu bearb. Aufl., S. 397–415). Weinheim/Basel: Beltz.
- Heinz, Walter R.** (1995): *Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation*. Weinheim: Juventa.
- Heinz, Walter R. & Haasler, Simone R.** (2018): Berufliche Sozialisation. In: Felix Rauner & Philipp Grollmann (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung* (3., aktual. u. erw. Aufl., S. 428–436.). Bielefeld: wbv Media/UTB.
- Helmke, Andreas & Schrader, Friedrich-Wilhelm** (2010): Merkmale der Unterrichtsqualität: Potenzial, Reichweite und Grenzen. In: Bernd Schaal & Franz Huber (Hrsg.), *Qualitätssicherung im Bildungswesen. Auftrag und Anspruch der bayerischen Auftrag und Anspruch der bayerischen Qualitätsagentur* (S. 69–108). Münster: Waxmann.
- Hemmerich, Wanja** (2022): *Multiple lineare Regressionen*. Online: <https://statistikguru.de/spss/multiple-lineare-regression/voraussetzungen.html> (zuletzt abgerufen: 30.08.2022).
- Hempel, Carl G.** (1993): Typologische Methoden in den Sozialwissenschaften. In: Ernst Topitsch (Hrsg.), *Logik der Sozialwissenschaften* (12. Aufl., S. 85–103). Frankfurt am Main: Hain. [Original veröffentlicht 1952: Problems of Concept and Theory Formation in the Social Sciences. In: Science, Language, and Human Rights (pp. 65–86). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.]
- Hempel, Carl G. & Oppenheim, Paul** (1936): *Der Typusbegriff im Lichte der neuen Logik*. Leiden: A.W. Sijthoff's Uitgeversmaatschappij N.V.
- Hensen, Peter** (2018): Qualitätsentwicklung zwischen Institution und Interaktion – Eine Standortbestimmung aus professionstheoretischer Sicht. In: Peter Hensen & Maren Stamer (Hrsg.), *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären*

- Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche* (S. 3–67). Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17853-6>
- Hensen, Peter** (2019): *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-25913-6>
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK)** (2017): *Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege, Therapie- und Hebammenwissenschaften*. Entschließung der HRK-Mitgliederversammlung vom 14.11.2017. Online: https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG)** (2019): *Studiengänge der Mitgliedshochschulen im HVG e. V.* (Stand: Oktober 2019). Online: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/ebersicht_Studiengaenge_Therapieberufe_HVG_Mitgliedshochschulen_10.2019.pdf (zuletzt abgerufen: 20.11.2022).
- Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG)** (2022): *Studiengänge für Therapieberufe* (09.09.2022). Online: <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/studiengaenge-fuer-therapieberufe/> (zuletzt abgerufen: 13.10.2022).
- Hofmann, Werner; Kricheldorf, Cornelia & Brandenburg, Hermann** (2022): Interprofessionalität als Herausforderung in Gerontologie und Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(3), 183–186. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02039-1>
- Hofmann, Josephine; Piele, Alexander & Piele, Christian** (2020): *Arbeiten in der Corona-Pandemie – Auf dem Weg zum New Normal*. Studie des Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Personalführung (DPFP e.V.). Online: <http://publica.fraunhofer.de/dokumente/N-593445.html> (zuletzt abgerufen: 31.01.2022).
- Hoggan, Chad D.** (2016): Transformative learning as a metatheory. Definition, criteria, and typology. *Adult Education Quarterly*, 66 (1), 57–75. <https://doi.org/10.1177/0741713615611216>
- Honer, Anne** (1993): *Lebensweltliche Ethnographie. Ein explorativ-interpretativer Forschungsansatz am Beispiel von Heimwerker-Wissen*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Hopf, Christel** (2007): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Uwe: Flick, Ernst von Kardorff & Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl., S. 349–360). Hamburg: Rowohlt.
- Höppner, Heidi** (2021): Hochschulische Ausbildung in den Therapieberufen. In: Ingrid Darmann-Finck & Karl-Heinz Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen* (S. 1–18). Berlin: Springer Reference. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_13-1
- Höppner, Heidi & Zoege, Monika** (2022): Entwicklung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland und ihr Beitrag zu einer bedarfsorientierten Gestaltung des Gesundheits-

- systems. In: Robin Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 941–952). Berlin: Springer Reference. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0_71
- Huber, Ludwig** (1991): Fachkulturen: Über die Mühen der Verständigung zwischen den Disziplinen. *Neue Sammlung*, 31(1), 3–24. Online: <https://pub.uni-bielefeld.de/record/1781659> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Huber, Marion; Spiegel-Steinmann, Brigitta; Schwärzler, Patricia; Kerry-Krause, Matthew & Dratva, Julia** (2019): *Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate. Schlussbericht*. Zürich: ZHAW. Online: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M3-kompetenzen.html> (zuletzt abgerufen: 14.11.2021).
- Hughes, Everett C.** (1958): *Men and Their Work*. Glencoe: Free Press.
- Hurrelmann, Klaus; Bauer, Ullrich; Grundmann, Matthias & Walper, Sabine** (2015): Vorwort: Die Entwicklung der Sozialisationsforschung. In: Dies. (Hrsg.), *Handbuch Sozialisationsforschung* (8. Aufl., S. 9–15). Weinheim/Basel: Beltz.
- Igl, Gerhard** (2015): Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. In: Johanne Pundt & Karl Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 107–137). Bremen: Apollon University Press.
- Ihsen, Susanne** (2010): Technikkultur im Wandel. Ergebnisse der Geschlechterforschung in Technischen Universitäten. *Beiträge zur Hochschulforschung*, 32, 80–97. Online: https://www.bzh.bayern.de/fileadmin/news_import/1-2010-ihsen.pdf (zuletzt abgerufen: 31.01.23).
- ILEGRA** (2019): *Graduiertenkolleg ILEGRA*. Online: https://www.ilegra.uni-osnabrueck.de/graduiertenkolleg_ilegra.html (zuletzt abgerufen: 22.12.22).
- Institute of Medicine (IOM)** (2015): *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. Washington: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21726>
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC)** (2011): *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington: Interprofessional Education Collaborative. Online: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2011-Original.pdf> (zuletzt abgerufen: 17.08.22).
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC)** (2016): *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Washington: Interprofessional Education Collaborative. Online: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf> (zuletzt abgerufen; 17.08.2022).
- Jakobsen, Flemming** (2011): *Learning with, from and about each other: Outcomes from an interprofessional training unit*. Aarhus: Aarhus University. Online: https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/afhandlinger/phd/2011/ph.d.flemming_jakobsen_2011.pdf (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).

- Johnson, Burke & Turner, Lisa A.** (2003): Data collection strategies in mixed methods research. In: Abbas Tashakkori & Charles Teddlie (Hrsg.), *Handbook of mixed methods in the social and behavioral research* (pp. 297–319). Thousand Oaks: SAGE.
- Johnson, Burke & Onwuegbuzie, Anthony J.** (2004): Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26. <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>
- Kaap-Fröhlich, Sylvia; Ulrich, Gert; Wershofen, Birgit; Ahles, Jonathan; Behrend, Ronja; Handgraaf, Marietta; Herinek, Doreen; Mitzkat, Anika; Oberhauser, Heidi; Scherer, Theresa; Schlicker, Andrea; Straub, Christine; Waury Eichler, Regina; Wesselborg, Bärbel; Witt, Matthias; Huber, Marion & Bode, Sebastian F.N.** (2022): Positionspapier GMA-Ausschuss Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen – aktueller Stand und Zukunftsperspektiven. *GMS Journal for Medical Education*, 39(2), 15–28. <https://doi.org/10.3205/zma001538>
- Kälble, Karl** (2004): Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärungen. In: Lotte Kaba-Schönstein & Karl Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen* (S. 29–42). Frankfurt: Mabuse.
- Kälble, Karl** (2005): Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. Zum Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie. In: Heinrich Bollinger, Anke Gerlach & Michaela Pfadenhauer (Hrsg.), *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen* (S. 31–53). Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Kälble, Karl** (2008): Die Gesundheitsfachberufe im Akademisierungsprozess: Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung. In: Sigrid Matzick (Hrsg.), *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 195–212). Weinheim/München: Juventa.
- Kälble, Karl** (2019): Interprofessionalität in der gesundheitsberuflichen Bildung im Spannungsfeld von beruflicher Identitätsentwicklung und Professionalisierung. In: Michael Ewers, Elise Paradis & Doreen Herinek (Hrsg.), *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis* (S. 70–84). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kälble, Karl & Borgetto, Bernhard** (2016): Soziologie der Berufe im Gesundheitswesen. In: Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 383–402). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_26
- Kälble, Karl & Pundt, Johanne** (2015): Gesundheitsberufe und gesundheitliche Bildungskonzepte. In: Johanne Pundt & Karl Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitliche Bildungskonzepte* (S. 15–36). Bremen: Apollon University Press.
- Karnish, Kirsten; Shustack, Lisa; Brogan, Laurie; Capitano, Gina & Cunfer, Audrey** (2019): Interprofessional Socialization Through Acute-Care Simulation. *Radiologic Technology*, 90(6), 552–562. Online: <https://www.researchgate.net/publication/334260589> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).

- Kelle, Udo** (2008): *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91174-8>
- Kelle, Udo** (2014): Mixed Methods. In: Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 153–166). Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>
- Kelle, Udo** (2019): Mixed Methods. In: Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., S. 159–172). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_10
- Kelle, Udo & Kluge, Susanne** (2010): *Vom Einzelfall zum Typus* (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kern, Lucian** (2007): Einzelwissenschaft. In: Werner Fuchs-Heinritz, Rüdiger Lautmann, Otthein Rammstedt & Hanns Wienold (Hrsg.), *Lexikon zur Soziologie* (4., grundl. überarb. Aufl., S. 157). Wiesbaden: VS Verlag.
- Khalili, Hossein & Orchard, Carole** (2020): The effects of an IPS-based IPE program on interprofessional socialization and dual identity development, *Journal of Interprofessional Care*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1709427>
- Khalili, Hossein; Orchard, Carole; Laschinger, Heather K. S. & Farah, Randa** (2013): An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care*; 27(6): 448–453. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.804042>
- Khalili, Hossein; Thistlethwaite, Jill; El-Awaisi, Alla; Pfeifle, Andrea; Gilbert, John; Lising, Dean; MacMillan, Kathleen; Maxwell, Barbara; Grymonpre, Ruby; Rodrigues, José; Snyman, Stefanus & Xyrichis, Andreas** (2019): *Guidance on global interprofessional education and collaborative practice research: Discussion paper*. A joint publication by Interprofessional Research.Global & Interprofessional.Global. Online: https://interprofessionalresearch.global/wp-content/uploads/2019/10/Guidance-on-Global-Interprofessional-Education-and-Collaborative-Practice-Research-Discussion-Paper_FINAL-WEB.pdf (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Khan, Nelofar S.; Shahnaz, Syed I. & Gomathi, Kadayam G.** (2016): Currently available tools and teaching strategies for the interprofessional education of students in health professions. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 16(3), 277–285. <https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.03.003>
- King, Gillian; Orchard, Carole A.; Khalili, Hossein & Avery, Lisa** (2016): Refinement of the Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21) and development of 9-Item equivalent versions. *The Journal of Continuing Education in the Health professions*, 36(3), 171–177. <https://doi.org/10.1097/ceh.0000000000000082>
- King, Gillian; Shaw, Lynn; Orchard, Carole A. & Miller, Stacy** (2010): The Interprofessional Socialization and Valuing Scale: A tool for evaluating the shift toward collaborative care

- approaches in health care settings. *Work*, 35(1), 77–85. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-0959>
- Kirkpatrick Donald, L.** (1967): Evaluation of training. In: Robert L. Craig & Lester R. Bittel (Hrsg.), *Training and development handbook* (pp. 87–112). New York: McGraw-Hill.
- Kirkpatrick, Donald L.** (2007): *The four levels of evaluation: measurement & evaluation*. Alexandria: American Society for Training and Development (ASTD) Press. Online: <https://learning.oreilly.com/library/view/four-levels-of/9781562864842/title.xhtml> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Kirkpatrick, Donald L. & Kirkpatrick, James. D.** (2006): *Evaluating training programs: The four levels* (3rd ed.). Oakland: Berrett-Koehler Publishers.
- Kitchenham, Andrew** (2008): The evolution of John Mezirow's transformative learning theory. *Journal of Transformative Education*, 6(2), 104–123.
- Kitto, Simon; Goldman, Joanne; Schmitt, Madeline H. & Olson, Curtis A.** (2014): Examining the intersections between continuing education, interprofessional education and workplace learning. *Journal of Interprofessional Care*, 28(3): 183–185. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.906737>
- Klapper, Bernadette & Schirlo, Christian** (2016): Leitartikel. In: Robert Bosch Stiftung & Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hrsg.), *Interprofessionelle Ausbildung*. Themenheft der GMS Journal for Medical Education, 33(2), 3–7.
- Klemme, Beate; Siegmann, Gaby & Geuter, Gunnar** (2006): Die Praktische Ausbildung in der Physiotherapieausbildung. Sonderdruck 58, Jg. 4/2006. *Krankengymnastik. Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 33–46.
- Kluge, Susann** (1999): *Empirisch begründete Typenbildung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kluge, Susann** (2000). Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), Art. 14, Online: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1124/2498> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Knigge-Demal, Barbara; Rustemeier, Annette; Schönlau, Kerstin & Sieger, Margot** (1993): Strukturmodell in der praktischen Anleitung (1. Teil). *Pflege*, 6(3), 221–230.
- Koller, Hans-Christoph** (2004): *Grundbegriffe, Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krais, Beate & Gebauer, Gunter** (2002): *Habitus*. Bielefeld: Transkript.
- Kramer, Marlene** (1974): *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. Missouri: C. V. Mosby.
- Krampe, Eva-Maria** (2015): Zwischenbilanz und aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Pflegeberufe. In: Johanne Pundt & Karl Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 139–163). Bremen: Apollon University Press.
- Kraus, Karin** (2015): Lernorte. In: Jörg Dinkelaker & Aiga von Hippel (Hrsg.), *Erwachsenenbildung in Grundbegriffen* (S. 135–142). Stuttgart: Kohlhammer.

- Krippendorff, Klaus** (2011): *Computing Krippendorff's Alpha-Reliability*. Online: https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=asc_papers (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Krippendorff, Klaus** (2018): *Content analysis: an introduction to its methodology* (4th ed.). Los Angeles [u. a.]: SAGE.
- Krönes, Gerhard** (1998): Qualitätsmanagement sozialer Dienstleistungen. In: Ewald J. Brunner, Petra Bauer & Susanne Volkmar (Hrsg.), *Soziale Einrichtungen bewerten. Theorie und Praxis der Qualitätssicherung* (S. 69–86). Freiburg: Lambertus.
- Krüger, Lorenz** (1987): Einheit der Welt – Vielheit der Wissenschaft. In: Jürgen Kocka (Hrsg.), *Interdisziplinarität. Praxis – Herausforderungen – Ideologie* (S. 106–128). Frankfurt: Suhrkamp.
- Kruse, Jan** (2015): *Qualitative Interviewforschung* (2., überarb. u. erg. Auf.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kubinger, Klaus D.; Rasch, Dieter & Moder, Karl** (2009): Zur Legende der Voraussetzungen des *t*-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60(1), 26–27. <https://doi.org/10.1026/0033-3042.60.1.26>
- Kuckartz, Udo** (1991): Ideal types or empirical types: the case of Max Webers empirical research. *Bulletin de Methodologie Sociologique*, 31, 44–53. Online: <https://www.maxqda.com/de/download/BMSArtikel.pdf> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Kuckartz, Udo** (2001): Aggregation und Disaggregation in der sozialwissenschaftlichen Umweltforschung. Methodische Anmerkungen zum Revival der Typenbildung. In: Gerhard de Haan, Ernst Lantermann, Volker Linneweber & Fritz Reussig (Hrsg.), *Typenbildung in der sozialwissenschaftlichen Umweltforschung* (S. 17–38). Opladen: Leske + Budrich.
- Kuckartz, Udo** (2006): Zwischen Singularität und Allgemeingültigkeit: Typenbildung als qualitative Strategie der Verallgemeinerung. In: Karl-Siegbert Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München*. Teilbd. 1 und 2 (S. 4047–4056). Frankfurt am Main: Campus. Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-142318> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Kuckartz, Udo** (2010a): Typenbildung. In: Günter Mey & Katja Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 553–568). Wiesbaden: VS Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8>
- Kuckartz, Udo** (2010b): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. (3., aktual. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92126-6>
- Kuckartz, Udo** (2012): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo** (2014): *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>

- Kuckartz, Udo** (2017): Datenanalyse in der Mixed-Methods-Forschung. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69, 157–183. <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0456-z>
- Kuckartz, Udo** (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo** (2020): Typenbildung. In: Günter Mey & Katja Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–18). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_59-2
- Kuckartz, Udo & Rädiker, Stefan** (2020): *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt*. Wiesbaden. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31468-2>
- Kuckartz, Udo & Rädiker, Stefan** (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse* (5. Aufl.). Weinheim/Basel: Juventa Beltz.
- Kuckartz, Udo; Ebert, Thomas; Rädiker, Stefan & Stefer, Claus** (2009): *Evaluation online: Internetgestützte Befragung in der Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-91317-9>
- Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan; Ebert, Thomas & Schehl, Julia** (2010): *Statistik. Eine verständliche Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92033-7>
- Kunze, Katrin** (im Druck): Interprofessionelle Sozialisation als Teil der beruflichen Sozialisation von Gesundheitsberufen. In: Ursula Walkenhorst & Martin Fischer (Hrsg.), *Interprofessionelle Bildung für eine zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung – Grundlagen, Methodische Ansätze und Perspektiven*. Springer Reference.
- Kunze, Katrin; Heinzemann, Bettina; Brandes, Cindy; Toren, Tamara & Flottmann, Sebastian** (2022): Interprofessionelles Lehren und Lernen – Forschungsperspektiven aus Sicht eines Graduiertenkollegs. *Therapie Lernen*, 11(11), 78–88.
- Lademann, Julia; Latteck, Änne-Dörte; Mertin, Matthias; Müller, Klaus; Müller-Fröhlich, Christa; Ostermann, Rüdiger; Thielhorn, Ulrike & Weber, Petra** (2016): Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland – eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte. *Pflege & Gesellschaft*, 21(4), 330–345.
- Langfeldt, Bettina & Kelle, Udo** (2021): Mixed-Methods-Research im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention. In: Marlen Niederberger & Emily Finne (Hrsg.), *Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 573–597). https://doi.org/10.1007/978-3-658-31434-7_21
- Langlois, Sylvia; Xyrichis, Andreas; Daulton, Brittany J.; Gilbert, John; Lackie, Kelly; Lising, Dean; MacMillan, Kathleen M.; Najjar, Ghaidaa; Pfeifle, Andrea L. & Khalili, Hossein** (2020): The COVID-19 crisis silver lining: interprofessional education to guide future innovation. *Journal of Interprofessional Care*, 34(5), 587–592. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1800606>

- Laros, Anna** (2015): *Transformative Lernprozesse von Unternehmerinnen mit Migrationsgeschichte*. Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-09999-2>
- Latteck, Änne-Dörte & Büker, Christa** (2022): Hochschulische Ausbildung in Pflegeberufen. In: Ingrid Darmann-Finck & Karl-Heinz Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen* (S. 1–12). Berlin: Springer Reference. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_12-1
- LeFlore, Judy L. & Anderson, Mindi** (2009): Alternative educational models for interdisciplinary student teams. *Simulation in Healthcare*, 4(3), 135–142. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e318196f839>
- Leibnitz, Ruth** (2022): *Fit für die Kinderkrankenpflege? Herausforderungen und Bedürfnisse generalistisch ausgebildeter Berufsanfänger*innen auf pädiatrischen Stationen*. [Masterarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz]. Online: <https://unipub.uni-graz.at/obvughs/content/titleinfo/8032529/full.pdf> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Leiner, Dominik J.** (2016): *Cronbachs Alpha sinnvoll einsetzen* (Februar 2016). Online: <https://www.dominik-leiner.de/alpha.pdf> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Lempert, Wolfgang** (2006): Berufliche Sozialisation und berufliches Lernen. In: Rolf Arnold & Antonius Lipsmeier (Hrsg.), *Handbuch der Berufsbildung* (2., überarb. u. aktual. Aufl., S. 413–420). Wiesbaden: VS Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90622-5_26
- Lempert, Wolfgang** (2007): Theorien der beruflichen Sozialisation: Kausalmodell, Entwicklungstrends und Datenbasis, Definitionen, Konstellationen und Hypothesen, Desiderate und Perspektiven. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 103(1), 12–40. Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-164023> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022).
- Lempert, Wolfgang** (2009): *Berufliche Sozialisation. Persönlichkeitsentwicklung in der betrieblichen Ausbildung und Arbeit* (2., korr. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Lenhard, Wolfgang & Lenhard, Alexandra** (2016): *Berechnung von Effektstärken*. Online: <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html> (zuletzt abgerufen: 24.11.2022). Dettelbach: Psychometrica.
- Lenzner, Timo; Neuert, Cornelia & Otto, Wanda** (2015): *Kognitives Pretesting*. Mannheim: GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). https://doi.org/10.15465/gesis-sg_010
- Lisch, Ralf & Kriz, Jürgen** (1978): *Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse*. Reinbek: Rowohlt.
- Little, Roderick J. A. & Rubin, Donald B.** (2020): *Statistical analysis with missing data* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Lück, Detlev & Landrock, Uta** (2014): Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der quantitativen Sozialforschung. In: Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden*

- der empirischen Sozialforschung* (S. 397–409). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_28
- Lützenkirchen, Anne** (2005): Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 36(3), 311–324. <https://doi.org/10.1007/s11612-005-0134-x>
- Mahler, Cornelia; Gutmann, Thomas; Karstens, Sven & Joos, Stefanie** (2014): Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definitionen und gängige Praxis. *GMS Journal for Medical Education*, 31(4). <https://doi.org/10.3205/zma000932>
- Mahler, Cornelia; Orchard, Carole; Berger, Sarah; Krisam, Johannes; Mink, Johanna; Krug, Katja & King, Gillian** (2022): Translation and psychometric properties of the German version of the “Interprofessional Socialization and Valuing Scale” (ISVS-21-D), *Journal of Interprofessional Care*. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2115024>
- Manfreda, Katja L.; Bosnjak, Michael; Berzelak, Jernej; Haas, Iris & Vehovar, Vasja** (2008): Web surveys versus other survey modes: a meta-analysis comparing response rates. *International Journal of Market Research*, 50(1), 79–104.
- Marshall, Thomas H.** (1939): The recent history of professionalism in relation to social structure and social policy. *Canadian Journal of Economics and Political Science*, 5, 325–340.
- Marzinzik, Kordula, Nauerth, Annette & Walkenhorst, Ursula** (2010): Interprofessionelle Kooperation zwischen Anspruch und Realität – eine Einführung in das Tagungsthema. In: Dies. (Hrsg.), *Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich* (S. 9–20). Berlin: Lit.
- Maurer, Marcus & Jandura, Olaf** (2009): Masse statt Klasse? Einige kritische Anmerkungen zu Repräsentativität und Validität von Online-Befragungen. In: Nikolaus Jakob, Harald Schoen & Thomas Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung* (S. 61–74). Wiesbaden: VS Verlag.
- Mayer, Evelies; Schumm, Wilhelm; Flaake, Karin; Gerberding, Heidi & Reuling, Jochen** (1981): *Betriebliche Ausbildung und gesellschaftliche Bewußtsein. Die berufliche Sozialisation Jugendlicher*. Frankfurt/New York: Campus.
- Mayring, Philipp** (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, Philipp** (2019): Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 20(3), Art. 16, <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-20.3.3343>.
- McCallin, Antoinette** (2001): Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 419–428. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00495.x>

- McKnight, Patrick, E.; McKnight, Katherine, M.; Sidani, Souraya & Figueredo Aurelio J.** (2007): Missing data. A gentle introduction. New York: Guilford Press.
- Mejeh, Mathias & Hagenauer, Gerda** (2021): Mixed Methods. In: Tina Hascher, Till-Sebastian Idel & Werner Helsper (Hrsg.), *Handbuch Schulforschung* (S. 1–20). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24734-8_6-1
- Merton, Robert K.** (2012): Soziologische Theorie und soziale Struktur. Berlin/Boston: De Gruyter [Original veröffentlicht 1995]. <https://doi.org/10.1515/9783110871791>
- Messingschlager, Martin** (2012): Fehlende Werte in den Sozialwissenschaften. Analyse und Korrektur mit Beispielen aus dem ALLBUS [Dissertation, Otto-Friedrich-Universität Bamberg]. University of Bamberg Press.
- Mette, Mira & Hänze, Martin** (2020): Wirksamkeit von interprofessionellem Lernen: Stereotype und Wissen über die andere Berufsgruppe. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 34(3–4), 187–200. <https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000255>
- Meyer, Rita** (2015): Beruf als soziales Konstrukt zwischen Entberuflichung und Professionalisierung – Entgrenzungen „vorwärts nach weit“ in Richtung einer professionsorientierten Beruflichkeit. In: Birgit Ziegler (Hrsg.), *Verallgemeinerung des Beruflichen – Verberuflichung des Allgemeinen?* (S. 23–36). Bielefeld: Bertelsmann.
- Mezirow, Jack** (1978): *Education for perspective transformation. Women's re-entry programs in community colleges*. Center for adult education, teachers college, Columbia University. Online: <https://silo.tips/download/education-for-perspective-transformation-womens-re-entry-programs-in-community-c> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Mezirow, Jack** (1991): *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mezirow, Jack** (1994): Understanding transformation theory. *Adult Education Quarterly*, 44(4), 222–232.
- Mezirow, Jack** (1997): *Transformative Erwachsenenbildung*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren. [Original veröffentlicht 1991: Transformative dimensions of adult learning, San Francisco].
- Mezirow, Jack** (2012): Learning to think like an adult. Core concepts of transformation theory. In: Edward W. Taylor & Patricia Cranton (Eds.), *Handbook of transformative learning: Theory, research and practice* (pp. 73–95). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mink, Johanna; Mitzkat, Anika; Krug, Katja; Mihaljevic, André; Trierweiler-Hauke, Birgit; Götsch, Burkhard; Wensing, Michel & Mahler, Cornelia** (2020): Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *Journal of Interprofessional Care*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1802240>
- Mink, Johanna; Mitzkat, Anika; Mihaljevic, André L.; Trierweiler-Hauke, Birgit; Götsch, Burkhard; Schmidt, Jochen; Krug, Katja & Mahler, Cornelia** (2019): The impact of an interprofessional training ward on the development of interprofessional competencies:

- study protocol of a longitudinal mixed-methods study. *BMC Medical Education*, 19, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1478-1>
- Mink, Johanna; Mitzkat, Anika; Scharzbeck, Veronika; Mihaljevic, André; Trierweiler-Hauke, Birgit; Götsch, Burkhard & Mahler, Cornelia** (2022): Interprofessionelle Sozialisation und Zusammenarbeit auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation – eine rekonstruktive Analyse. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung Qualität im Gesundheitswesen*, Vol. 169, 94–102. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.01.003>
- Misoch, Sabina** (2019): *Qualitative Interviews* (2., erw. u. aktual. Aufl.). Berlin/Boston: de Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110545982>
- Mittelstraß, Jürgen** (1987): Die Stunde der Interdisziplinarität. In: Kocka, Jürgen (Hrsg.): *Interdisziplinarität. Praxis – Herausforderungen – Ideologie* (S. 152–158). Frankfurt: Suhrkamp.
- Mittelstraß, Jürgen** (2007): *Methodische Transdisziplinarität*. Online: https://leibniz-institut.de/archiv/mittelstrass_05_11_07.pdf (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Mitzkat, Anika; Berger, Sarah; Reeves, Scott & Mahler, Cornelia** (2016): Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld (Anhang). *GMS Journal for Medical Education*, Vol. 33(2), 4–9. <https://doi.org/10.3205/zma001035>
- Mommsen, Wolfgang** (1974): *Max Weber. Gesellschaft, Politik und Geschichte*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Morgenstern-Einenkel, Andre & Rädiker, Stefan** (2021): *Im Team arbeiten mit MAXQDA. Organisation, Arbeitsteilung und Umsetzung in sieben Phasen*. Berlin: MAXQDA Press. <https://doi.org/10.36192/978-3-948768041>
- Morrell, Amish & O'Connor, Mary Ann** (2002): Introduction. In: Edmund O'Sullivan, Amish Morrell & Mary Ann O'Connor (Eds.), *Expanding the boundaries of transformative learning: Essays on theory and praxis* (pp. XV-XX). New York: Palgrave.
- Morse, Janice M.** (1991): Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40(2):p 120–123.
- Multrus, Frank** (2005): Identifizierung von Fachkulturen über Studierende deutscher Hochschulen. Ergebnisse auf der Basis des Studierendensurveys vom WS 2000/01. *Hefte zur Bildungs- und Sozialforschung*, AG Hochschulforschung, Universität Konstanz, 45. Online: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-116907> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Neuloh, Otto** (1973): *Arbeits- und Berufssoziologie*. Berlin/Boston: De Gruyter.
- Nock, Lukas** (2016): Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. Qualitative Evaluation des Förderprogramms "Operation Team" der Robert Bosch Stiftung. *GMS Journal for Medical Education*, (33(2), 8–15. <https://doi.org/10.3205/zma001015>

- Nock, Lukas** (2018): *Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ein Praxisleitfaden*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Nock, Lukas** (2020): *Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland – Entwicklung und Perspektiven*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- O’Cathain, Alicia** (2010): Assessing the quality of mixed methods research: Toward a comprehensive framework. In: Abbas Tashakkori & Charles Teddlie (Eds.), *SAGE Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2nd ed., pp. 531–555). Thousand Oaks: SAGE.
- Oates, Matthew & Davidson, Megan** (2015): A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. *Medical Education*, 49, 386–398. <https://doi.org/10.1111/medu.12681>
- O'Brien, Daniel; McCallin, Antoinette & Bassett, Sandra** (2013): Student perceptions of an interprofessional clinical experience at a university clinic. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 41(3), 81–87.
- Olson, Rebecca & Bialocerkowski, Andrea** (2014): Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Medical Education*, 48, 236–246. <https://doi.org/10.1111/medu.12290>
- Onwuegbuzie, Anthony J. & Johnson, Burke** (2006): The Validity Issue in Mixed Research. *Research in the school*, 13(1), 48–63.
- Paradis, Elise** (2019): Diskurse über interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. In: Michale Ewers, Elise Paradis & Doreen Herinek (Hrsg.), *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis* (S. 38–54). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Paradis, Elise & Whitehead, Cynthia R.** (2018): Beyond the Lamppost: A Proposal for a Fourth Wave of Education for Collaboration. *Academic Medicine*, 93(10), 1457–1463. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002233>
- Park, Yon Chul & Park, Kyung Hye** (2021): Interprofessional education program for medical and nursing students: interprofessional versus uniprofessional. *Korean Journal of Medical Education*; 33(1), 1–10. <https://doi.org/10.3946/kjme.2021.182>
- Pastors, Sven & Ebert, Helmut** (2019): *Psychologische Grundlagen zwischenmenschlicher Kooperation Bedeutung von Vertrauen für langfristig erfolgreiche Zusammenarbeit*. Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27291-3>
- Pätzold, Günter** (2004): Lernortkooperation im Lernfeldkonzept. *PrInterNet*, 1, 5–13.
- Pätzold, Henning** (2020): Transformation: Lernen, Bildung und gesellschaftliche Entwicklung. In: Anke Grotlüschen & Henning Pätzold (Hrsg.), *Lerntheorien in der Erwachsenen- und Weiterbildung* (S. 78–85). Bielefeld: wbv.

- Pehl, Thorsten** (2021): *Qualitative Inhaltsanalyse – nach Mayring oder nach Kuckartz?* (06.01.2021). Online: <https://www.audiotranskription.de/qualitative-inhaltsanalyse-nach-mayring-oder-nach-kuckartz/> (zuletzt abgerufen: 22.11.2023).
- Perry, Lindsay A.; Andrea, Catherine M.; Layne, Kelly & Collins, Kayla** (2021): Healthcare students' perceptions, attitudes, and beliefs on professional identity and inter-professional socialization after a single event co-treatment simulation. *Health, Interprofessional Practice & Education*, 4(2), 1–15. <https://doi.org/10.7710/2641-1148.2134>
- Petrie, Hugh, G.** (1976): Do you see what I see? *Journal of Aesthetic Education*, 10, 29–43.
- Petrucci, Marco & Wirtz, Marcus** (2007): *Sampling und Stichprobe*. QUASUS. Qualitatives Methodenportal zur Qualitativen Sozial-, Unterrichts- und Schulforschung. Online: <https://www.ph-freiburg.de/quasus/was-muss-ich-wissen/daten-auswaehlen/sampling-und-stichprobe.html> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Pfadenhauer, Michaela** (2003): *Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz*. Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-11163-4>
- Pollard, Katherine C. & Miers, Margaret E.** (2008): From students to professionals: Results of a longitudinal study of attitudes to pre-qualifying collaborative learning and working in health and social care in the United Kingdom. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 399–416. <https://doi.org/10.1080/13561820802190483>
- Pollard, Katherine C.; Miers, Margaret E. & Gilchrist, Mollie** (2004): Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health and Social Care in the Community*, 12(4), 346–358.
- Pollard, Katherine C.; Miers, Margaret E. & Gilchrist, Mollie** (2005): Second year scepticism: Pre-qualifying health and social care students' midpoint self-assessment, attitudes and perceptions concerning interprofessional learning and working. *Journal of Interprofessional Care*, 19(3), 251–268.
- Pollard, Katherine C. & Miers, Margaret E.; Gilchrist, Mollie & Sayers, Adrian** (2006): A comparison of interprofessional perceptions and working relationships among health and social care students: the result of a 3 year intervention. *Health and Social Care in the Community*, 14(6), 541–552. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00642.x>
- Ponzer, Sari; Hylén, Uffe; Kusoffsky, Ann; Lauffs, Monica; Lonka, Kirsti; Mattiasson, Anne-Cathrine & Nordström, Gun** (2004): Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Medical Education*, 38, 727–736.
- Porst, Rolf** (2014): *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch* (4., erw. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Pötschke, Manuela** (2009): Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung. In: Nikolaus Jakob, Harald Schoen & Thomas Zerback (Hrsg.),

- Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung* (S. 75–89). Wiesbaden: VS Verlag.
- Prüfer, Peter & Rexroth, Margrit** (2005): *Kognitive Interviews*. (GESIS-How-to, 15). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA). Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201470> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Pundt, Johanne** (2020): Gesundheits- und Sozialprofessionen. In: Oliver Razum & Petra Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7., überarb. Aufl., S. 1017–1033). Weinheim/Basel: Beltz.
- Räbiger, Jutta & Beck, Eva-Maria** (2018): Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit. In: Peter Hensen & Maren Stamer (Hrsg.), *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen* (S. 157–169). Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17853-6>
- Rädiker, Stefan** (2010): Professionelle Erfolgskontrolle: Wie beschreiben Weiterbildungsorganisationen ihre Evaluation der Bildungsprozesse? In: Rainer Zech, Claudia Dehn, Katia Tödt, Stefan Rädiker, Martin Mrugalla & Jürgen Schunter (Hrsg.), *Organisationen in der Weiterbildung: Selbstbeschreibungen und Fremdbeschreibungen* (S. 132–168). Wiesbaden: VS Verlag.
- Rädiker, Stefan & Kuckartz, Udo** (2019): *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2>
- Rammstedt, Beatrice** (2004): *Zur Bestimmung der Güte von Multi-Item-Skalen: eine Einführung*. (GESIS-How-to, 12). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA). Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201443> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Rauner, Felix** (2007): Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz. *Europäische Zeitschrift für Berufsbildung*, 40 (1), 57–72.
- Reeves, Scott** (2009): An overview of continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29, 142–146. <https://doi.org/10.1002/chp.20026>
- Reeves, Scott; Fletcher, Simon; Barr, Hugh; Birch, Ivan; Boet, Sylvain; Davies, Nigel; McFadyen, Angus; Rivera, Josette & Kitto, Simon** (2016): A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39, *Medical Teacher*, 38(7), 656–668, <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- Reeves, Scott; Pelone, Ferruccio; Harrison, Reema; Goldman, Joanne & Zwarenstein, Merrick** (2017): Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Reeves, Scott; Perrier, Laure; Goldman, Joanne; Freeth, Della & Zwarenstein, Merrick** (2013): Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare

- outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
- Reeves, Scott; Zwarenstein, Merrick; Goldman, Joanne; Barr, Hugh; Freeth, Della; Hammick, Marilyn & Koppel, Ivan** (2008): Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub2>
- Reichel, Kathrin & Herinek, Doreen** (2017): Interprofessionelles Lehren und Lernen – Klärung und Orientierung. In: Michael Ewers & Kathrin Reichel (Hrsg.), *Kooperativ Lehren, Lernen und Arbeiten in den Gesundheitsprofessionen: das Projekt interTUT*. Working Paper No. 17-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik (S. 9–25). Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Reio, Thomas G.; Rocco, Tonette S.; Smith, Douglas H. & Chang, Elegance** (2017): A Critique of Kirkpatrick’s evaluation model. *New Horizons in Adult Education & Human Resource Development*, 29(2), 35–53. <https://doi.org/10.1002/nha3.20178>
- Ritsert, Jürgen** (1972): *Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung*. Frankfurt a. M.: Athenäum.
- Robert Bosch Stiftung (RBS)** (2011): *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Robert Bosch Stiftung (RBS)** (2018): *Gemeinsam besser werden für Patienten – Interprofessionelle Lehrkonzepte aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung*. Online: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-03/037_18-03-29_OP-Team_Lehrkonzepte_WEB_ES.pdf (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Robert Bosch Stiftung (RBS)** 2022: *Graduiertenkolleg „Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen - Vermittlung, Prüfung, Evaluation“ (ILEGRA)*. Online: <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/graduiertenkolleg-interprofessionelle-lehren-gesundheitsberufen-vermittlung-pruefung> (zuletzt abgerufen: 22.12.22).
- Rogge, Frederike** (2020): Berufseinstieg und Lebensbereich Arbeit junger Erwachsener. In: Dies.: *Gesundheit und Wohlbefinden im Übergang ins Erwachsenenalter. Eine triangulative Untersuchung über gelingendes Erwachsenwerden und die Bedeutung von sozialen Beziehungen* (S. 87–103). [Dissertation, Europa-Universität Flensburg]. Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30710-3_5
- Rubin, Donald B.** (1976): Inference and missing data. *Biometrika*, 63, 581–592.
- Sachverständigenrat (SVR)** (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung* (Langfassung). <https://dserver.bundestag.de/btd/16/063/1606339.pdf> (zuletzt abgerufen: 31.10.2022).
- Sachverständigenrat (SVR)** (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens* (Kurzfassung). Online: <https://www.svr->

gesundheits.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf

(zuletzt abgerufen: 31.10.2022).

- San Martín-Rodríguez, Leticia; Beaulieu, Marie-Dominique; D'Amour Danielle & Ferrada-Videla, Marcela** (2005): The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19, Supple 1, 132–147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Sargeant, John** (2009): Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *Journal of continuing education in the health professions*, 29(3), 178–184. <https://doi.org/10.1002/chp.20033>
- Sawilowsky, Shlomo S.** (2009): New Effect Size Rules of Thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8(2), Article 26. <https://doi.org/10.22237/jmasm/1257035100>
- Schaper, Niclas; Reis, Oliver; Wildt, Johannes; Horvath, Eva & Bender, Elena** (2012): *Fachgutachten zur Kompetenzorientierung in Studium und Lehre: HRK Projekt nexus*. Online: https://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/fachgutachten_kompetenzorientierung.pdf (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Schecker, Horst** (2014): Überprüfung der Konsistenz von Itemgruppen mit Cronbachs alpha. In: Dirk Krüger, Ilka Parchmann & Horst Schecker (Hrsg.), *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung*. Online-Zusatzmaterial. Springer. Online: https://www.researchgate.net/publication/313220515_Uberpruefung_der_Konsistenz_von_Itemgruppen_mit_Cronbachs_alpha (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Schermelleh-Engel, Karin & Werner, Christina S.** (2012): Methoden der Reliabilitätsbestimmung. In: Helfried Moosbrugger & Augustin Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2., aktual. u. überarb. Aufl.; S. 119–142). Berlin/Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-20072-4>
- Schewior-Popp, Susanne** (2005): *Lernsituationen planen und gestalten. Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkonzept*. Stuttgart: Thieme.
- Schmal, Jörg** (2017): Der Einflussfaktor Lehrperson in der pflegepädagogischen Bildung. *Pflegezeitschrift*, 70, 43–45. <https://doi.org/10.1007/s41906-017-0207-9>
- Schmeiser, Martin** (2006): Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns. *Soziale Welt*, 57(3), 295–318. Online: <https://martinschmeiser.de/wp-content/uploads/2015/12/sozialewelt2006.pdf> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Schmenger, Kerstin; Cichon, Irina & Klapper, Bernadette** (2018): Interprofessionelle Fortbildungsangebote für eine bessere kultursensible Gesundheitsversorgung. *Public Health Forum*, 26(1), 58–60. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2017-0095>
- Schmerfeld, Jochen & Schmerfeld, Karla** (2004): Ergebnisse des Teilprojektes Pflege. In: Lotte Kaba-Schönstein & Karl Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen* (S. 189–208). Frankfurt: Mabuse.

- Schmidt-Hertha, Bernhard & Tippelt, Rudolf** (2011): Typologien. *REPORT*, 34(1)23–35. Online: <http://www.die-bonn.de/doks/report/2011-weiterbildungsforschung-02.pdf> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Schmitt, Neal** (1996): Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*, 8(4), 350–353. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.8.4.350>
- Schmucker, Rolf** (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber & Antje Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019* (S. 49–59). Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_3
- Schnell, Rainer** (2019): *Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19901-6>
- Schnell, Rainer; Hill, Paul B. & Esser, Elke** (2018): *Methoden der empirischen Sozialforschung* (11. Aufl.). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Schreier, Margrit** (2012): *Qualitative content analysis in practice*. London: SAGE. Online: [https://www.daneshnamehicsa.ir/userfiles/files/1/9-%20Qualitative%20Content%20Analysis%20in%20Practice%20\(2013,%20SAGE%20Publications\).pdf](https://www.daneshnamehicsa.ir/userfiles/files/1/9-%20Qualitative%20Content%20Analysis%20in%20Practice%20(2013,%20SAGE%20Publications).pdf) (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Schreier, Margrit** (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 15(1), Art. 18. <https://doi.org/10.17169/fqs-15.1.2043>
- Schugurensky, Daniel** (2002): Transformative learning and transformative politics: The pedagogical dimension of participatory democracy and social action. In: Edmund O’Sullivan, Amish Morrell, Mary Ann O’Connor (Eds.), *Expanding the boundaries of transformative learning. Essays on theory and praxis* (pp. 59–76). New York: Palgrave. https://doi.org/10.1007/978-1-349-63550-4_6
- Sedlmeier, Peter & Renkewitz, Frank** (2018): *Forschungsmethoden und Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3., erw. u. akt. Aufl.). Hallbergmoos: Pearson.
- Seel, Nobert M. & Hanke, Ulrike** (2015): Erziehung und Gesellschaft: Sozialwerdung und Sozialmachung des Menschen. In: Dies. (Hrsg.), *Erziehungswissenschaft* (S. 481–683). Berlin/Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55206-9_4
- Sharpe, Dennis & Curran, Vernon** (2011): Professional socialization and interprofessional education. In: Simon Kitto, Janice Chesters, Jill Thistletwaite & Scott Reeves (Eds.), *Sociology of interprofessional health care practice* (pp. 69–85). New York: Nova.
- Shustack, Lisa; Karnish Kristen & Brogan, Laurie** (2021): Perceptions of socialization in interprofessional practice among health science students and first-year practicing professionals. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 23. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2021.100420>

- Singer-Brodowski, Mandy** (2016): Transformative Bildung durch transformatives Lernen. Zur Notwendigkeit der erziehungswissenschaftlichen Fundierung einer neuen Idee. *Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik (ZEP)*, 39(1), 13–17. <https://doi.org/10.25656/01:15443>
- Sodeur, Wolfgang** (1974): *Empirische Verfahren zur Klassifikation*. Stuttgart: Teubner.
- Sorber, Michaela** (2013): Eine Zeit der Veränderung: Berufseinstieg in der Gesundheits- und Krankenpflege. Erkenntnisse zum Erleben und Folgerungen für Pflegeausbildung und -praxis. *PADUA*, 8(3), 177–182.
- Sottas, Beat** (2012): Interprofessionelle Kooperation, Leadership und Grundversorgung. Bildungsinitiativen für Gesundheitsberufe von Lancet und Careum. *Public Health Forum*, 20(4), 4–5. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2012.10.008>
- Sottas, Beat; Brügger, Sarah & Meyer, Peter C.** (2013): *Health Universities: Konzept, Relevanz und Best Practice*. ZHAW Reihe Gesundheit: Nr. 1. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Sottas, Beat; Höppner, Heidi; Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen & Probst, Josef** (2013): *Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik* (Working paper 7). Zürich: Careum.
- Sottas, Beat; Kissmann, Stefan & Brüggemann, Sarah** (2016): *Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele*. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Spaulding, Erin M; Marvel, Françoise A.; Jacob, Elsen; Rahman, Alphie; Hansen, Bryan R.; Hanyok, Laura A.; Martin, Seth S. & Han, Hae-Ra** (2021): Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: A systematic review and call for action. *Journal of Interprofessional Care*, 35(4), 612–621. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1697214>
- Stamann, Christoph; Janssen, Markus & Schreier, Margrit** (2016). Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 17(3), Art. 16. <https://doi.org/10.17169/fqs-17.3.2581>
- Statistisches Bundesamt** (2022): Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Deutschland nach ausgewähltem Beruf im Jahr 2021. In: *Statista*. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/461487/umfrage/beschaefigte-im-deutschen-gesundheitswesen-nach-arbeitsbereich/> (zuletzt abgerufen: 09.02.2023).
- Steiner, Elisabeth & Benesch, Michael** (2018): *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (5. Aufl.). Wien: facultas. <https://doi.org/10.36198/9783838587271-1-13>
- Steinke, Ines** (2005): Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. In: Udo Kuckartz, Stefan Rädiker, Claus Stefer & Thorsten Dresing (Hrsg.), *Computergestützte Analyse qualitativer Daten – Tagungsband 2005: winMAX/MAXqda Anwenderkonferenz, Philipps-Universität Marburg, 10.-11. März 2005*. Marburg: Universität Marburg, FB 21 Erziehungswissenschaften, Institut für Erziehungswissenschaft, Arbeitsbereich Empirische

- Pädagogik. Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-9472> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Stocker, Herbert** (2022): Multikollinearität. In: Ders. (Hrsg.), *Angewandte Ökonometrie. Methoden der empirischen Wirtschaftsforschung* (Manuskript vom Sommersemester 2022, Universität Innsbruck). Online: <https://www.hsto.info/m/dl/kap07.pdf> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Stöcker, Gertrud & Reinhart, Margarete** (2012): *Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland*. Online: http://www.dbfk-pflege-als-beruf.de/downloads/Synopse_grundst_ndig.pdf (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Stößel, Ulrich; Kälble, Karl & Kaba-Schönstein, Lotte** (2006): Multiprofessionelle Ausbildung im Medizinstudium. Konzepte, Begründungen und Ergebnisse am Beispiel des Unterrichtsprojekts MESOP. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 23(2). Online: <http://www.egms.de/en/journals/zma/2006-23/zma000253.shtml> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Streckeisen, Ursula** (2015): Plädoyer für eine kritische Weiterentwicklung der strukturtheroetsich orientierten Professionstheorie. In: Johanne Pundt & Karl Kälble (Hrsg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte* (S. 39–61). Bremen: Apollon University Press.
- Streiner, David L.** (2003): Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of personality assessment*, 80(1), 99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Stubbs, Chante; Schorn, Mavis N.; Leavell, Jacinta P.; Espiritu, Elena W.; Davis, Gerald; Gentry, Chad K.; Friedman, Elisa; Patton, Traci; Graham, Ali; Crowder, Ron & Wilkins, Consuelo H.** (2017): Implementing and evaluating a community-based, inter-institutional, interprofessional education pilot programme, *Journal of Interprofessional Care*, 31(5), 652–655, <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1343808>
- Tallentire, Victoria R.; Kerins, Joanne; McColgan-Smith, Scott; Power, Ailsa; Stewart, Fiona & Mardon, Julie** (2021): Exploring transformative learning for trainee pharmacists through interprofessional simulation: a constructivist interview study. *Advances in Simulation*, 6(31). <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00180-2>
- Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles** (2003): *Handbook of mixed methods in social & behavior research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Tashakkori, Abbas & Teddlie, Charles** (2009): Quality of inferences in mixed methods research: calling for an integrative framework. In: Manfred M. Bergman (Ed.), *Advances in Mixed Methods Research* (pp. 101–119). London: SAGE. <https://dx.doi.org/10.4135/9780857024329>
- Taylor, Edward W. & Snyder, Melissa J.** (2012): A critical review of research on transformative learning theory, 2006–2010. In: Edward W. Taylor & Patricia Cranton

- (Eds.), *Handbook of transformative learning: Theory, Research and Practice* (pp. 37–55). San Francisco: Jossey-Bass.
- Teddlie, Charles & Tashakkori, Abbas** (2009): *Foundations of Mixed Methods Research. Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks: SAGE.
- Teddlie, Charles & Tashakkori, Abbas** (2010): Overview of contemporary issues in Mixed Methods Research. In: Abbas Tashakkori & Charles Teddlie (Eds.), *SAGE Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2nd ed., pp. 1–41). Thousand Oaks: SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781506335193>
- Teltemann, Jana** (2019): *Bildungssoziologie*. Nomos: Baden-Baden.
- Thistlethwaite, Jill E.** (2015): Interprofessional Education: Implications and development for medical education. *Educación Médica*, 16(1), 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.007>
- Thistlethwaite, Jill E.** (2016a): Research and evaluation: The present and the future. In: Dawn Forman, Marion Jones & Jill Thistlethwaite (Eds.), *Leading research and evaluation in interprofessional education and collaborative practice* (pp. 355–368). London: Macmillan.
- Thistlethwaite, Jill E.** (2016b): Zusammenarbeit, Kooperation, Kommunikation, Kontakt und Kompetenzen. *GMS Journal for Medical Education*, (33(2), 1–11. <https://doi.org/10.3205/zma001036>
- Thistlethwaite, Jill E.; Forman, Dawn; Matthews, Lynda R.; Rogers, Gary D.; Steketee, Carole & Yassine, Tagrid** (2014): Competencies and frameworks in interprofessional education: A comparative analysis. *Academic Medicine*, 89(6), 869–875. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000249>
- Thistlethwaite, Jill E.; Kumar, Koshila; Moran, Monica; Saunders, Rosemary & Carr, Sandra** (2015): An exploratory review of pre-qualification interprofessional education evaluations. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), 292–297. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.985292>
- Thylefors, Ingela; Persson, Olle & Hellström, Daniel** (2005): Team types, perceived efficiency and team climate in swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 102–114. <https://doi.org/10.1080/13561820400024159>
- Tillmann, Klaus-Jürgen** (2007): *Sozialisationstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung* (15. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. [Original veröffentlicht 1989].
- Tippelt, Rudolf** (2010): Idealtypen konstruieren und Realtypen verstehen – Merkmal der Typenbildung. In: Jutta Ecarius & Burkard Schäffer (Hrsg.), *Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Biographie- und Bildungsforschung* (S. 115–126). Opladen: Budrich.

- Tiryakian, Edward A.** (1972): Typologies. In: David L. Sills (Ed.), *International encyclopedia of the social sciences* (Reprint edition, pp. 177–186). New York: The Macmillan Company & Free Press. [Original work published 1968].
- Topperzer, Martha K.; Hoffmann, Marianne; Larsen, Hanne B.; Rosthøj, Susanne; Nersting, Jacob; Roug, Louise I.; Pontoppidan, Peter; Andrés-Jensen, Liv; Lausen, Birgitte; Schmiegelow, Kjeld & Sørensen, Jette L.** (2020): Interprofessional versus monoprofessional case-based learning in childhood cancer and the effect on healthcare professionals' knowledge and attitudes: study protocol for a randomised trial. *BMC Health Services Research*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05980-2>
- Trautwein, Stefan; Lindenmeier, Jörg; Schleer, Christoph & Mues, Andreas W.** (2019): Sozial erwünschte Antworten bei Befragungen von Anspruchsgruppen durch öffentliche Organisationen: Eine Analyse der Effekte der öffentlichen Studienträgerschaft, des Befragungsmodus und der sozialen Erwünschtheitswahrnehmung. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, 42, 1-2, 100–112. <https://doi.org/10.5771/0344-9777-2019-1-2-100>
- Trixa, Jessica; Ebel, Thomas & Harzenetter, Karoline** (2019): Hinweise zur Aufbereitung quantitativer Daten. *forschungsdaten bildung informiert*, Nr. 4, Version 1.2. Online: https://www.forschungsdaten-bildung.de/files/fdb-informiert-nr-4_v1_2.pdf (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Tsimane, Tebogo A. & Downing, Charlene** (2020): Transformative learning in nursing education: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.12.006>
- Ulrich, Gert; Amstad, Hermann; Glardon, Olivier & Kaap-Fröhlich, Sylvia** (2020): *Careum Working Paper 9 – Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse und Perspektiven*. Online: <http://www.careum.ch/workingpaper9-lang> (zuletzt abgerufen: 27.10.2022).
- Ulrich, Gert; Amstad, Hermann; Glardon, Oliver & Kaap-Fröhlich, Sylvia** (2022): Lehrende in der interprofessionellen Bildung: Ein Vorschlag zur Terminologie. *GMS Journal of Medical Education*; 39(3), 6–10. <https://doi.org/10.3205/zma001552>
- Ulrich; Gert & Kaap-Fröhlich, Sylvia** (2021): Solide Basis für mehr. *Schweizerische Ärztezeitung*, 102(48); 1623–1626. <https://doi.org/10.4414/saez.2021.20322>
- Unger, Angelika** (2010): Entwicklung interprofessioneller Kompetenz in der Ausbildung. In: Kordula Marzinzik, Annette Nauerth & Ursula Walkenhorst (Hrsg.), *Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich* (S. 67–88). Münster: Lit.
- Vafadar, Zohreh** (2020): The necessity of approach change from uni-professional education to inter-professional education in health sciences. *Journal of Medical Education*, 19(2), 1–3.
- von Düffel, John** (2000): *Schwimmen. Kleine Philosophie der Passionen*. München: dtv.

- von Werthern, Anna** (2020): Von Alltagstheorien, Theorien mittlerer Reichweite, „großen Theorien“ und Programmtheorien – ein Exkurs zum Theoriebegriff in der theoriebasierten Evaluation. In: Dies. (Hrsg.), *Theoriebasierte Evaluation* (S. 145–151). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27579-2_13
- Walkenhorst, Ursula** (2015): Interprofessionelle Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Volker Heyse & Max Giger (Hrsg.), *Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen. Konzepte und Praxismodelle für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz* (S. 567–590). Heidelberg: Medhochzwei.
- Walkenhorst, Ursula** (2016): Die Relevanz interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse im Kontext der Akademisierung der Gesundheitsberufe. *International Journal of Health Professions*, 3(1), 21–28. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2016-0003>
- Walkenhorst, Ursula & Heinzemann, Bettina** (2019): Interprofessionelle Ausbildung zur Weiterentwicklung der Kommunikation im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 65(4), 387–398.
- Walkenhorst, Ursula & Hollweg, Wibke** (2022): Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. In: Ingrid Darmann-Finck & Karl-Heinz Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen* (S. 1–16). Berlin: Springer Reference. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_18-1
- Walkenhorst, Ursula & Klemme, Beate** (2008): Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in der Ergo- und Physiotherapie. In: Sigrid Matzick (Hrsg.), *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 179–194). Weinheim/München: Juventa.
- Walkenhorst, Ursula & Kunze, Katrin** (2023): Interprofessionalität – Innovatives Lernen für den Gesundheitsbereich. In: Maria A. Marchwacka (Hrsg.), *Handbuch Pflegebildung. Theorie – Empirie – Praxis* (S. 116–126). Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86122-000>
- Walkenhorst, Ursula; Mahler, Cornelia; Aistleithner, Regina; Hahn, Eckhart G.; Kaap-Fröhlich, Sylvia; Karstens, Sven; Reiber, Karin; Stock-Schröer, Beate & Sottas, Beat** (2015): Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. Erlangen. *GMS Journal for Medical Education*, 32(2). <https://doi.org/10.3205/zma000964>
- Walter, Nora** (2018): *Berufseinstieg, Berufsausstieg und die Rolle sozialer Unterstützung* (17.05.2018): <https://wirtschaftspsychologie-rhein-ruhr.de/2018/05/17/berufseinstieg-berufsausstieg-und-die-rolle-sozialer-unterstuetzung/> (zuletzt abgerufen: 14.02.2023)
- Walter, Ulla; Schwartz, Friedrich W. & Hoepner-Stamos, Friederike** (2001): Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Band 15. (S. 18–37). Köln: BZgA. Online: <https://shop.bzga.de/pdf/60615000.pdf> (zuletzt abgerufen: 29.12.2022).

- Walther, Björn** (2020): *Einfache lineare Regression in SPSS rechnen und interpretieren*. Online: <https://bjoernwalther.com/einfache-lineare-regression-in-spss-rechnen-und-interpretieren/> (zuletzt abgerufen: 30.08.2022).
- Walther, Björn** (2022): *Multiple lineare Regression in SPSS rechnen und interpretieren*. Online: <https://bjoernwalther.com/multiple-lineare-regression-in-spss-rechnen-und-interpretieren/> (zuletzt abgerufen: 30.08.2022).
- Ward, Helena; Gum, Lyn; Attrill, Stacie; Donald Bramwell, Donald; Lindemann, Iris; Lawn, Sharon & Sweet, Linda** (2017): Educating for interprofessional practice: moving from knowing to being, is it the final piece of the puzzle? *BMC Medical Education*, 17(5), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0844-5>
- Watts, Fiona; Lindqvist, Susanne; Pearce, Shirley; Drachler, Malu & Richardson, Barbara** (2007): Introducing a post-registration interprofessional learning programme for healthcare teams. *Medical Teacher*, 29(5), 457–63. <https://doi.org/10.1080/01421590701513706>
- Weber, Max** (1988): *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre* (7. Aufl.). Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Weichbold, Martin** (2014): Pretest. In: Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 299–304). Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>
- Weiss, Maïke & Strauß, Kathrin** (2020): *Pseudonymisierung und Anonymisierung* (Blogartikel vom 13.02.2020). Online: <https://www.datenschutzexperte.de/blog/datenschutz-und-eu-dsgvo/pseudonymisierung-und-anonymisierung/> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Wessel, Karl-Friedrich** (1983): Weltanschauung und das Verhältnis von Disziplinarität und Interdisziplinarität. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 31(5), 604–610.
- Weyland, Ulrike & Kaufhold, Marisa** (2019): Lernorte und Lernortkooperationen im Kontext der Ausbildung. In: Beate Klemme, Ulrike Weyland & Jan Harms (Hrsg.), *Praktische Ausbildung in der Physiotherapie* (S. 81–89). Stuttgart: Thieme.
- Weyland, Ulrike & Reiber, Karin** (2022): Editorial. In: Dies. (Hrsg.), *Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Berufliche und hochschulische Bildung im Spiegel aktueller Forschung* (S. 7–18). Stuttgart: Franz Steiner. <https://doi.org/10.25162/9783515132886>
- Wiesner, Christian & Prieler, Tanja** (2020): Das transformative Lernen in der LehrerInnenbildung. Pädagogische Professionalität und Entwicklung des Lehrerhabitus. *Open Online Journal for Research and Education*, 1–18. Online: <https://journal.ph-noe.ac.at/index.php/resource/article/view/823/912> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Wild, Heike & Ewers, Michael** (2017): Stereotype von Lernenden in den Gesundheitsprofessionen – Perspektiven für die Forschung zum interprofessionellen Lernen, Lehren und Arbeiten. *International Journal of Health Professions*, 4(2), 79–89, <https://doi.org/10.1515/ijhp-2017-0026>

- Wildt, Johannes & Wildt, Beatrix** (2011): Lernprozessorientiertes Prüfen im „Constructive Alignment“. Ein Beitrag zur Förderung der Qualität von Hochschulbildung durch eine Weiterentwicklung des Prüfsystems. In: Brigitte Berendt, Johannes Wildt & Birgit Szczyrba (Hrsg.), *Neues Handbuch Hochschullehre. Lehren und Lernen effizient gestalten* (S. 1-46). Berlin: Raabe (NHHL 2.50.11.11).
- Wilensky, Harold L.** (1972): Jeder Beruf eine Profession? In: Thomas Luckmann & Walter M. Sprondel (Hrsg.), *Berufssoziologie* (S. 198–215). Köln: Kiepenheuer & Witsch. [Original veröffentlicht 1964: The professionalization of everyone? Gekürzt übernommen aus *American Journal of Sociology*, 70, 137–158 und übersetzt von Walter M. Sprondel].
- Windolf, Peter** (1981): *Berufliche Sozialisation. Zur Produktion des beruflichen Habitus*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Wirtz, Markus & Caspar, Franz** (2002): *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen/Bern [u.a.]: Hogrefe.
- Wissenschaftsrat (WR)** (2012): *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Köln: Wissenschaftsrat. Online: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Wissenschaftsrat (WR)** (2020): *Wissenschaft im Spannungsfeld von Disziplinarität und Interdisziplinarität*. Positionspapier. Köln. Online: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2020/8694-20.pdf?blob=publicationFile&v=3> (zuletzt abgerufen: 25.11.2022).
- Wissenschaftsrat (WR)** (2022): *HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update. Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung (Studienbericht)*. Köln. <https://doi.org/10.57674/v8gx-db45>
- World Health Organization (WHO)** (1988): *Learning together to work together for health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO)** (2010): *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization.
- Xyrichis, Andreas** (2020): Interprofessional science: an international field of study reaching maturity. *Journal of Interprofessional Care*, 34(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1707954>
- Zeuner, Christine** (2012): Transformative Learning: Ein lerntheoretisches Konzept in der Diskussion. In: Heide von Felden, Christiane Hof & Sabine Schmidt-Lauff (Hrsg.), *Erwachsenenbildung und Lernen. Dokumentation der Jahrestagung der Sektion Erwachsenenbildung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft vom 22. –24. September 2011 in Hamburg* (S. 93–104). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Zeuner, Christine** (2014): „Transformative Learning“ als theoretischer Rahmen der Erwachsenenbildung und seine forschungspraktischen Implikationen. In: Peter Faulstich

(Hrsg.), *Lerndebatten. Phänomenologische, pragmatistische und kritische Lerntheorien in der Diskussion* (S. 99–131). Bielefeld: transcript.

Zhang, Wanqing & Creswell, John (2013): The use of “mixing” procedure of mixed methods in health services research. *Medical Care*, 51(8), 51–57. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31824642fd>

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

Zwarenstein, Merrick; Goldman, Joanne & Reeves, Scott (2009): Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Systematic Review*, Issue 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>

Zwarenstein, Merrick; Reeves, Scott; Barr, Hugh; Hammick, Marilyn; Koppel, Ivan & Atkins, Jo (2000): Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213>

ANHANGSVERZEICHNIS

Alle Anhänge befinden sich in der

- a) **gedruckten Version** auf dem beigefügten **Datenträger**
- b) **elektronischen Version** in den separaten Dokumenten
 - „*anhang_kunze*“ (Anhang A – D) sowie
 - „*research_data_kunze*“ (Anhang E)

A) Erhebungsinstrumente

- A1 Leitfaden für Interviews mit Studiengangsvertreter:innen/IPE-Verantwortlichen
- A2 Online-Befragung der Studierenden – Einleitung, Einverständniserklärung
- A3 Online-Befragung der Studierenden
- A4 Pretestung – Fragebogen der Berufseinsteiger:innen
- A5 Online-Befragung der Berufseinsteiger:innen – Einleitung
- A5-1 Online-Befragung der Berufseinsteiger:innen – Befragungsteil 1
- A5-2 Online-Befragung der Berufseinsteiger:innen – Befragungsteil 2

B) Zusatzdokumente/Anschreiben zur Datenerhebung und -auswertung

- B1 Informationsschreiben zum Forschungsvorhaben an Studiengangsvertreter:innen
- B2 Informationsschreiben über die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten (Telefoninterviews)
- B3 Einverständniserklärung zur Interviewdurchführung (Studiengangsvertreter:innen und Pretester:innen der kognitiven Interviews)
- B4 Anschreiben (Mail) für Studierende, Einladung zum Pretest für die Studierendenbefragung
- B5 Anschreiben/Aufruf zur Teilnahme am Pretest für die Berufseinsteiger:innenbefragung
- B6 Aufruf zur Studienteilnahme für die Berufseinsteiger:innen (soziale Medien)
- B7 Übersicht zur Dokumentation der Rekrutierung/Einladung zur Studienteilnahme (Berufseinsteiger:innen)

C) Methodisches Vorgehen

- C1 Vorgehen bei der Transkription (Regeln und Hinweise)
- C2 Korrespondenztabelle – deduktiv-induktive Kategorienentwicklung

-
- C3 Codierleitfaden – Kategoriensystem
 - C4 Entwicklung Kategoriensystem im Verlauf des Forschungsprozesses
 - C5 Veränderung und detaillierte Ergebnisse der Codierungen
 - C6 Fallzusammenfassung (Beispiel für Interview 01)
 - C7 Kognitiver Pretest – Impulse/Kriterien zur Bewertung des Fragebogens
 - C8 Feldpretest – Impulse/Kriterien zur Bewertung des Fragebogens
 - C9 Codeplan – Befragung der Studierenden
 - C10 Codeplan – Befragung der Berufseinsteiger:innen

D) Ergebnisse

- D1 Ergebnisse Pretest zur Befragung der Studierenden
- D2-1 Ergebnisse kognitive Interviews – Berufseinsteiger:innenbefragung
- D2-2 Ergebnisse Feldpretest – Berufseinsteiger:innenbefragung
- D3 IPE-Typologie für Lehr-Lern-Konzepte

E) Erweiterter Anhang – Forschungsdaten

- E1 Transkripte der Interviews mit Studiengangsvetreter:innen
- E2 Fallzusammenfassungen der Interviews
- E3 Datensatz 1 – Studierende (SPSS)
- E4 Datensatz 2 – Berufseinsteiger:innen (SPSS)
- E5 Datensatz 3 – Studierende und Berufseinsteiger:innen (SPSS)

Erklärung an Eides statt über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung¹³²

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen oder Organisationen in der jeweils beschriebenen Weise entgeltlich/ unentgeltlich geholfen.

1. Kollegiat:innen des Graduiertenkollegs ILEGRA an der Universität Osnabrück (namentlich Cindy Brandes, Sebastian Flottmann, Pia Natalie Gadewoltz; Bettina Heinzelmann, Wibke Hollweg, Tamara Toren) in Form der Unterstützung bei der Auswertung der Interviews und Fallbewertung (Sekundärratings); unentgeltliche Dienstleistung; Zeitraum: März – August 2021
2. Dr. Rainer Düsing (Universität Osnabrück, Institut für Psychologie) in Form einer Online-Beratung mit Schwerpunkt auf Instrumentenvalidierung (ISVS-21) und Faktorenanalyse; unentgeltliche Dienstleistung; Zeitraum: 11. Juni 2021
3. Daniela Keller (Leitung der „Statistik-Akademie“) in Form von Online-Workshops, begleiteten Co-Working-Sequenzen mit wechselnden Arbeitsgruppen zur statistischen Auswertung der Studierendenbefragung, zur Fallbewertung sowie zur Interrater-Reliabilität; entgeltliche Dienstleistung; Zeitraum: flankierend von März – September 2021

¹³² Nach § 9 Absatz 3 Satz 3, § 7 Absatz 4 Satz 2 NHG darf die Universität von den Doktorandinnen und Doktoranden eine Versicherung an Eides statt verlangen und abnehmen, wonach die Promotionsleistung von ihnen selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erbracht worden ist.

Die Abgabe einer falschen eidesstattlichen Versicherung ist strafbar. Bei vorsätzlicher, also wissentlicher, Abgabe einer falschen Erklärung droht eine Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder eine Geldstrafe. Eine fahrlässige Abgabe (obwohl hätte erkannt werden müssen, dass die Erklärung nicht den Tatsachen entspricht) kann eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe nach sich ziehen.

§ 156 StGB: Falsche Versicherung an Eides Statt

Wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 161 StGB: Fahrlässiger Falscheid, fahrlässige falsche Versicherung an Eides Statt:

(1) Wenn eine der in den §§ 154 bis 156 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden ist, so tritt Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe ein.

(2) Straflosigkeit tritt ein, wenn der Täter die falsche Angabe rechtzeitig berichtigt. Die Vorschriften des § 158 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

4. Marco Eden (Universität Bielefeld) in Form von flankierenden Beratungen zur statistischen Auswertung der Berufseinsteiger:innenbefragung sowie eines statistischen Lektorates; entgeltliche Dienstleistung; Zeitraum: September – November 2022

Weitere Personen oder Organisationen waren an der inhaltlichen materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich hierfür nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten, Promotionsberaterinnen oder Promotionsberatern oder anderen Personen in Anspruch genommen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Katrin Kunze

Bielefeld, 19.05.2023