



## TÜBINGER BEITRÄGE ZUR HOCHSCHULDIDAKTIK

### Hochschuldidaktik für gesundheitsbezogene Studiengänge

Eine theoretische Grundlegung

Karin Reiber

Band 8/1 · Tübingen 2012

ZENTRALE VERWALTUNG II – STUDIUM UND LEHRE  
Arbeitsstelle Hochschuldidaktik



EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN

## TÜBINGER BEITRÄGE ZUR HOCHSCHULDIDAKTIK

---

Hochschuldidaktik für gesundheitsbezogene Studiengänge  
Eine theoretische Grundlegung

Karin Reiber

Herausgegeben von Christine Baatz und Regine Richter  
Band 8/1  
Tübingen 2012



Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie. Detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Bitte zitieren Sie dieses Dokument als:

URN: urn:nbn:de:bsz:21-opus-62906

URL: <http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2012/6290/>

ISSN: 1861-213X

Redaktion und Satz dieses Bandes:

Isabelle Villegas

Layout: Isabelle Villegas und Christine Baatz

© Universität Tübingen

Titelbilder:

© Magnus – Fotolia.com

Inka Paas© Universität Tübingen

© ArVis – Fotolia.com

Eberhard Karls Universität Tübingen  
Zentrale Verwaltung II – Arbeitsstelle Hochschuldidaktik  
Sigwartstr. 20  
72076 Tübingen  
Tel.: +49 (0) 70 71–29 78 385  
Fax: +49 (0) 70 71–29 56 15  
[hochschuldidaktik@uni-tuebingen.de](mailto:hochschuldidaktik@uni-tuebingen.de)  
[www.uni-tuebingen.de/hochschuldidaktik](http://www.uni-tuebingen.de/hochschuldidaktik)

Dieses Dokument wird bereitgestellt von TOBIAS-lib  
Universitätsbibliothek Tübingen  
Hochschulpublikationen/Dissertationen  
Wilhelmstr. 32  
72074 Tübingen  
Tel.: +49 (0) 70 71–29 76 999  
Fax: +49 (0) 70 71–29 31 23  
[edl-publ@ub.uni-tuebingen.de](mailto:edl-publ@ub.uni-tuebingen.de)  
<http://tobias-lib.uni-tuebingen.de>

## Inhaltsübersicht

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	5
1.1	Anlass und Problemstellung	5
1.2	Forschungsstand	6
1.3	Fragestellungen und Aufbau des Beitrags	8
<b>2</b>	<b>Die normative Strukturebene: Kompetenzen im Spannungsfeld von Person, Wissenschaft und Praxis</b>	11
2.1	Bezüge von Hochschulbildung	11
2.2	Kompetenzbereiche von Hochschulbildung	13
2.3	Kompetenzbereiche für Gesundheitsberufe	15
<b>3</b>	<b>Die paradigmatische Strukturebene: Fallerschließung zwischen hermeneutischem Fallverstehen und analytischem Fallklären</b>	17
3.1	Modelle von Gesundheit	17
3.2	Didaktische Zugänge zum Gegenstand »Gesundheit«	18
3.3	Erweiterung zu einem didaktischen Mehrperspektivenschema von »Gesundheit«	19
<b>4</b>	<b>Die pragmatische Strukturebene: Fallbearbeitung als rollengeleiteter Problemlösungsprozess</b>	24
4.1	Schlüsselprobleme auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	24
4.2	Das CanMEDS-Modell	27
4.3	Modifikation des Modells für die professionelle Bearbeitung von Schlüsselproblemen	30
<b>5</b>	<b>Die Integration der drei Ebenen im Rahmen einer fallorientierten Didaktik</b>	33
5.1	Grundlagen der fallorientierten Didaktik	33
5.2	Anwendung der fallorientierten Didaktik	33
<b>6</b>	<b>Ausblick</b>	38
	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	40
	<b>Literatur</b>	41
	<b>Anschrift der Autorin und der Herausgeberinnen</b>	
	<b>Bisher erschienene Tübinger Beiträge zur Hochschuldidaktik</b>	

## Danksagung

Bei der Erstellung dieser Schrift wurde ich sowohl von Kollegen/-innen als auch von Studierenden unterstützt.

Mein herzlicher kollegialer Dank gilt Prof. Dr. Ursula Walkenhorst, Vizepräsidentin für Studium und Lehre der Hochschule für Gesundheit in Bochum, für den ebenso kritisch-konstruktiven wie inspirierenden Austausch zu dem Beitrag! Dr. Juliane Dieterich, die den Studiengang Pädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe (Master of Education) am Institut für Berufsbildung der Universität Kassel leitet, verdanke ich zahlreiche Anregungen. Weiterhin hat eine interessante Diskussion mit Studierenden des Masterprogramms Pflegewissenschaft (M. A.) der Vertiefungsrichtung Pflegepädagogik den Beitrag bereichert. Meinem Projektmitarbeiter Sascha Mosbacher, B. A. Pflegepädagogik und M. A. Pflegewissenschaft, danke ich für das Layout der Grafiken und Abbildungen.

Diese Form des wechselseitigen, wertschätzenden wissenschaftlichen und persönlichen Austausches weiß ich ganz besonders zu schätzen!

Tübingen, im Mai 2012

A handwritten signature in black ink, reading "Kerin Reiber". The signature is written in a cursive, flowing style with a large initial 'K'.

# Hochschuldidaktik für gesundheitsbezogene Studiengänge

## Eine theoretische Grundlegung

Karin Reiber

Der Gegenstand »Gesundheit« gewinnt an den Hochschulen eine wachsende Bedeutung: So entstehen einerseits neue Studiengänge für innovative Berufsfelder und es findet andererseits eine Akademisierung bereits etablierter Berufe statt, für die bisher auf fachschulischem Niveau ausgebildet wurde. Diese Entwicklung greift der nachfolgende Beitrag in hochschuldidaktischer Absicht auf: »Gesundheit« ist dabei Ausgangs- und Bezugspunkt einer fachbezogenen, jedoch berufsübergreifenden didaktischen Theoriebildung. Diese theoretische Grundlegung entfaltet sich im Rahmen einer fallorientierten Didaktik über drei didaktische Strukturebenen. Auf der normativen Strukturebene werden übergeordnete Ziele in Form von Kompetenzbereichen hergeleitet. Die paradigmatische Strukturebene integriert unterschiedliche Erkenntnisperspektiven auf den Gegenstand »Gesundheit«. Auf der pragmatischen Strukturebene wird »Gesundheit« zu Schlüsselbereichen operationalisiert und das darauf bezogene professionelle Handeln in einem nach Rollen differenzierten Kompetenzmodell abgebildet.

## 1 Einleitung

### 1.1 Anlass und Problemstellung

Die Aktualität des Themas »Gesundheit« lässt sich nicht nur am öffentlichen Diskurs belegen, in dem die aktuellen Herausforderungen diskutiert werden: Demografischer Wandel und medizin-technischer Fortschritt eröffnen neue Möglichkeiten und Bedarfe in der Gesundheitsversorgung, die jedoch begrenzten monetären Ressourcen und einem gesellschaftlichen Wertewandel gegenüberstehen. Auch im wissenschaftlichen Diskurs wird der gesellschaftlichen Bedeutung von Fragen der Gesundheitsvorsorge und -versorgung eine zentrale Rolle beigemessen. So leitet beispielsweise der Volkswirtschaftler Nefiodow (1999) in wirtschafts- und beschäftigungspolitischer Perspektive aus dieser Bedeutung ab, dass sie Ausgangspunkt der nächsten ökonomischen Wachstumswelle ist und gleichermaßen anspruchsvolle wie differenzierte Beschäftigungsmöglichkeiten in einem bisher unerreichten Ausmaß mit sich bringen wird.

In didaktischer Hinsicht ist an dieser Entwicklung relevant, welche Herausforderungen und Konsequenzen sich hieraus für die Ausbildung ergeben. Was jedoch ist gemeint, wenn nachfolgend von »Gesundheitsberufen« die Rede ist? Unter diesem Begriff werden hier die Berufe subsumiert, die in der Systematik des Statistischen Bundesamtes als Gesundheitsdienstberufe rubriziert werden, also Berufe, die »primär der Sicherung, der Vorbeugung oder der Wiederherstellung von Gesundheit dienen« (Statistisches Bundesamt, 2010: 4). Gemäß dieser Klassifikation finden sich unter den Gesundheitsdienstberufen einerseits die traditionell akademisch ausgebildeten Berufe Arzt und Apotheker und andererseits die sog. »übrigen Gesundheitsdienstberufe«, deren Ausbildungen bisher im Berufsbildungssystem und

nicht im tertiären Bildungssektor verortet sind. Von diesen hier genannten Berufen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2010: 6f) sind nachfolgend die Berufe von Interesse, die sich derzeit in einer Phase der Akademisierung befinden: Pflegeberufe, Physio-, Logo- und Ergotherapie sowie das Hebammenwesen.

Diese Entwicklung wird hier zum Anlass genommen, eine fachbezogene Hochschuldidaktik grundzulegen. Wenn die Akademisierung nicht nur statusorientiert erfolgen, sondern eine qualitative Weiterentwicklung der fachschulischen Ausbildung sein soll, muss sie sich an anderen Zielen messen lassen, wie z. B. einer »stärkeren reflexiven Haltung (...), der eigenständigen Anwendung und Produktion wissenschaftlicher Erkenntnisse« (Friedrichs/Schaub, 2011: 3) und der Kompetenz, »besser mit Unwägbarkeiten, Ungewissheit und konkurrierenden Deutungen komplexer Fragestellungen umzugehen« (a. a. O.). Die hier vorgestellten hochschuldidaktischen Überlegungen sind auf Reflexivität, forschendes Lernen und Evidenzbasierung sowie Mehrperspektivität hin angelegt. Dass es sich um die Grundlegung einer Didaktik handelt, die fach-, jedoch nicht berufsbezogen ist, ist ein weiteres Indiz für ihre Anwendbarkeit im Hochschulsektor: Mit der partiellen Verlagerung der Ausbildung von Berufsfachschulen an Hochschulen kann und soll zugleich die Chance genutzt werden, in höherem Maße interprofessionell auszubilden. Diese Interprofessionalität wird als zentrale Schlüsselkompetenz einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung betrachtet (vgl. svr, 2008) und kann gleichsam als Regulativ zu einer wachsenden Spezialisierung im Gesundheitswesen gesehen werden (vgl. Friedrichs, 2011). In diesem Sinne versteht sich diese Didaktik als eine interprofessionelle Hochschuldidaktik, die für die o. g. Gesundheitsberufe und ggf. neu entstehende Berufsbilder und -profile – zum Ausgangspunkt weiterer und berufsspezifischer Theoriebildung genutzt werden und um professionstypische Denk- und Handlungsstrategien erweitert werden kann.

## 1.2 Forschungsstand

Trotz der Relevanz des Themas für verschiedene Berufe gibt es bisher kaum einschlägige didaktische Theoriebildung, Modelle oder Ansätze. Zu unterscheiden sind an dieser Stelle Beiträge zu einer Pflegedidaktik und Publikationen zur Gesundheitspädagogik. Daneben gibt es eine einzelne Qualifikationsarbeit zu einer Fachdidaktik der Gesundheitswissenschaften.

Der Begriff der »Pflegedidaktik« bezieht sich auf die pflegeberufliche Bildung in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege. Die Pflegedidaktik verfügt derzeit über einen qualitativ gehaltvollen, jedoch in quantitativer Hinsicht noch sehr überschaubaren Wissensbestand (vgl. Ertl-Schmuck/Fichtmüller, 2010). Dazu zählen neun Dissertationen mit fachdidaktischer Zielsetzung und unterschiedlichen Zugängen. Sie gründen entweder in einer kritisch-konstruktiven Allgemeinen Didaktik (Wittneben, 1991; Darmann, 2000; Greb, 2003), sind curriculum- (Oelke, 1991), subjekt- (Ertl-Schmuck, 2000), handlungs- (Schwarz-Govaers, 2005), kompetenz- (Olbrich, 1999; Holoch, 2002) oder lehr-lern-theoretisch (Fichtmüller/Walter, 2007) fundiert. Ein Großteil dieser fachdidaktischen Theoriebildung stützt sich auf empirische Forschung (Darmann, 2000; Ertl-Schmuck, 2000; Fichtmüller/Walter, 2007; Holoch, 2002; Olbrich, 1999; Schwarz-Govaers, 2005). Ein Teil dieser fachdidaktischen Qualifikationsarbeiten wurde kontinuierlich und umfassend weiterentwickelt (Darmann-Finck, 2010; Olbrich, 2010; Wittneben, 2003).

Unabhängig davon, ob die didaktische Theoriebildung theoretisch-systematisch oder empirisch erfolgt, und abgesehen von der paradigmatischen Grundlegung, zeichnet alle diese Arbeiten aus, dass sie eine stark sozialwissenschaftliche Perspektive auf die Pflegeausbildung haben. Im Mittelpunkt stehen die psycho-sozialen Aspekte pflegerischen Handelns,

gegenüber denen medizinisch-naturwissenschaftliche Grundlagen sowie manuelle Pflege-techniken zurücktreten. Diese Ausrichtung ist sicher u. a. einer Abgrenzungsbewegung geschuldet, die die Pflege als Profession und die Pflegewissenschaft als Disziplin gegenüber der Medizin vornimmt. Vor dem Hintergrund einer historisch gewachsenen, aber inhaltlich nicht länger zu begründenden Dominanz der Medizin gegenüber der Pflege ist das zwar nachvollziehbar und legitim; für die Fachdidaktik selbst bringt das aber eine Verkürzung mit sich und kann dazu führen, dass der Pflegeberuf in seiner Bandbreite in diesen didaktischen Ansätzen nicht vollständig abgebildet ist. Ein weiterer Grund für diese »Versozialwissenschaftlichung« (Bals, 1998: 180) der Pflegewissenschaft und damit einhergehend der Pflegedidaktik ist in der Entwicklung zu vermuten, dass die Medizin immer stärker zu einer technischen Hochleistungsmedizin mit nahezu unbegrenzten Möglichkeiten avanciert. Zugleich werden diese Möglichkeiten durch begrenzte ökonomische Ressourcen limitiert. Diese Kombination aus Kostendruck im Gesundheitswesen einerseits und medizin-technischem Fortschritt andererseits führt zu einer Situation, die sowohl die professionellen Akteure als auch die Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens zunehmend als belastend, mitunter gar als inhuman erleben. Vor diesem Hintergrund kann die starke Betonung der psychosozialen Aspekte des Pflegehandelns in den o. g. fachdidaktischen Qualifikationsarbeiten als Reflex der Re-Humanisierung des Gesundheitswesens gelesen werden. Dies ist zwar ebenso verständlich wie verdienstvoll, kann jedoch zu einer zweiten Verkürzung führen: Humanitäres Handeln kann schließlich nicht zwischen den verschiedenen Professionen aufgeteilt werden – es ist vielmehr die Grundlage allen professionellen Handelns im Gesundheitswesen.

Obwohl die Pflegedidaktiken meist von »Pflege und Gesundheit« sprechen, haben sie ihre Betonung naheliegenderweise auf dem professionellen Pflegehandeln, dies jedoch aus ressourcenorientierter Perspektive. Diese Ressourcenorientierung im Sinne einer Ausrichtung professionellen Pflegehandelns nicht nur an Pflegeproblemen und Einschränkungen, sondern auch an physischen, psychischen und mentalen Potenzialen rechtfertigt zwar diese Begriffsverwendung. Jedoch können die Pflegedidaktiken nur bedingt Ausgangs- und Bezugspunkt für andere Gesundheitsberufe sein.

Neben den Pflegefachdidaktiken sind in diesem Kontext noch Abgrenzungen vorzunehmen von Beiträgen zu einer Gesundheitspädagogik. Auch zu diesem Thema gibt es eine zwar überschaubare Zahl, aber inhaltlich doch bemerkenswerter theoriebildender Publikationen. Mit ihrem Beitrag zu einer alle Bildungsstufen umfassenden Gesundheitspädagogik zielt Wulffhorst (1991) auf die Förderung von und Aufklärung über Gesundheit mit erzieherischem Anspruch und als Teildisziplin der Erziehungswissenschaft. Von diesem Ansatz einer Gesundheitsförderung durch intentionales Lernen grenzt sich Hörmann mit seinem Verständnis von Gesundheitspädagogik ab, das die Ziele und Inhalte gesundheitserzieherischer Interventionen einer kritischen Reflexion unterzieht, um die »gesellschaftliche Funktion des Gesundheitsmotivs« (Hörmann, 2009: 28) zu hinterfragen. Vergleichbar reflexiv konzipiert Stroß (2009) eine dezidiert erziehungswissenschaftlich fundierte Gesundheitspädagogik als Alternative zur Gesundheitserziehung, die sowohl den Erziehungsbegriff der Pädagogik als auch die normative Setzung von »Gesundheit« durch Medizin und Gesundheitswissenschaften kritisch diskutiert. Alle drei Theorien gehen von »Gesundheit« als einem allgemeinen, grundlegenden und für alle relevanten Gegenstand von Erziehung und Bildung und nicht von spezifischem professionellen Handeln, das sich auf potenzielle oder reale Gesundheitsbeeinträchtigung der zu betreuenden und behandelnden Klientel bezieht, aus.

Eine spezifisch didaktische Arbeit zum Fach »Gesundheitswissenschaften« am Oberstufenkolleg liegt in Form einer Dissertation von Agnes Schneider (2003) vor. Die Einführung des Faches Gesundheitswissenschaften am Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld – neben den Ökowiensschaften und Frauenstudien – wird dabei »als eine Bemühung, systematisch interdisziplinäres Lernen und darüber hinaus ein Lernen, das subjektrelevante Le-

bens- und Handlungsbezüge in den Vordergrund stellt« (Schneider, 2003: 55) gesehen. Dementsprechend wird das Lehren und Lernen von »Gesundheit« als subjektorientierter Lern- und Entwicklungsprozess konzipiert. Die Qualifikationsarbeit besteht im Wesentlichen – neben einer allgemeinen theoretisch-didaktischen Grundlegung – aus der Evaluation eines problem- und erfahrungsorientierten Curriculums der Gesundheitswissenschaften. Exemplarisch wird im Anhang der Studie ein Umsetzungsbeispiel aus dem Curriculum vorgestellt und unter Anwendung der didaktischen Prinzipien Mehrperspektivität, Subjektorientierung vs. Wissenschaftssystematik, Erfahrungs- und Problemorientierung mit Blick auf die physische, psychische, sozial-ökologische und geistige Dimension des Themas »Körper« diskutiert. Diese Arbeit wendet allgemeine didaktische Prinzipien in curricularer Absicht auf das Thema »Gesundheit« als allgemeinbildenden Gegenstand an.

### 1.3 Fragestellungen und Aufbau des Beitrags

Der vorab skizzierte Theoriebestand und die Forschungslage lassen eine deutliche Lücke hinsichtlich einer Gesundheitsdidaktik erkennen, die sich auf berufsbildende Lehr-Lern-Prozesse richtet. Die Pflegefachdidaktiken sind zwar auf das professionelle Handeln ausgerichtet und können sicher auch wertvolle Impulse für andere Gesundheitsberufe liefern. Sie sind jedoch nicht für das Themenfeld »Gesundheit« in seiner ganzen Breite anwendbar. Umgekehrt wird sowohl in den gesundheitspädagogischen Theorien als auch in der Qualifikationsarbeit zu einer Gesundheitsdidaktik das Thema »Gesundheit« als allgemeinbildender und – bildungssektorenübergreifend – für alle relevanter Gegenstand aufgefasst.

In Abgrenzung zu den genannten Arbeiten versteht sich dieser Beitrag als eine Erweiterung der didaktischen Theoriebildung zu einer berufsbezogenen Didaktik. Der Gegenstand »Gesundheit« wird aufbereitet für die Multiplikatoren/-innen im Gesundheitswesen, die andere Menschen bei der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit bzw. Kompensation gesundheitlicher Einschränkungen unterstützen oder die als Schlüsselpersonen (z. B. Lehrer/-innen, Manager/-innen) andere dazu befähigen und dabei unterstützen. »Gesundheit« wird dazu als gemeinsame Schnittmenge unterschiedlicher Berufe konzipiert und die hier vorgestellten didaktischen Überlegungen sind berufsübergreifend angelegt für einen Berufsbereich (vgl. 1.1). Dieser berufsübergreifende Charakter bringt es mit sich, dass diese Didaktik auf Ebene einer einzelberuflichen spezifischen Didaktik operationalisiert werden kann und muss. Insofern ist der hier vorgelegte Beitrag ein theoretischer Bezugsrahmen, der eine zweifache Funktion erfüllen kann. Er bietet einerseits eine Verständigungsgrundlage im berufsübergreifenden didaktischen Diskurs und kann zur Klärung von Schnittstellen und Kompetenzen in der interprofessionellen Zusammenarbeit genutzt werden. Andererseits kann dieser theoretische Bezugsrahmen als Ausgangs- und Bezugspunkt didaktischer Theoriebildung auf einzelberuflicher Ebene genommen werden.

Anders als bei fachdidaktischer Forschung und Theoriebildung, die sich auf schulisches Lernen und damit auf Unterrichtsfächer bezieht, sind die hier vorgestellten didaktischen Überlegungen domänenbezogen. Eine berufliche Domäne ergibt sich aus einem »übergeordneten sinnstiftenden, thematischen Handlungskontext« (Achtenhagen, 2004: 22) und lässt sich aus der Systematisierung von beruflichen Situationen ableiten (vgl. Sloane/Dilger, 2005), d. h. die berufliche Domäne wird aus »der Anwendungsperspektive des Wissens konstruiert« (Sloane, 2007:103). Der übergeordnete Handlungskontext ist das professionelle personenbezogene Handeln im Gesundheitswesen, das sich systematisieren lässt in Situationen, in denen Professionelle ihre Klientel gesundheitsbezogen beraten, unterstützen und therapeutisch bzw. pflegerisch versorgen. Dabei stehen nicht die einzelberuflichen Wissensbestände im Vordergrund, sondern die Anwendungsperspektive, die sich mithilfe der hier

vorgestellten Didaktik fallbezogen generieren lässt. Eine solche Didaktik ist notwendigerweise fächerübergreifend und als Hochschuldidaktik somit interdisziplinär.

Die didaktischen Überlegungen sind als dreistufiges Modell angelegt. Auf einer ersten und grundlegenden Stufe erfolgt die bildungstheoretische Verortung von Zielen im Spannungsfeld von Wissenschaft, Person und Praxis. Diese triadische Grundstruktur wird für eine zeitgemäße Hochschulbildung adaptiert, um daraus drei grundlegende Kompetenzbereiche für Gesundheitsberufe abzuleiten.

Die zweite Stufe hat zum Ziel, unterschiedliche Perspektiven auf Gesundheit innerhalb der Koordinaten Individuum – Gesellschaft einerseits (Horizontale), objektive Fakten – subjektives Erleben andererseits (Vertikale) herauszuarbeiten, um die berufliche Domäne »Gesundheit« umfassend zu ergründen. Dieser mehrperspektivische Zugang dient als Grundlage einer komplexen Fallerschließung, die sowohl das erkenntnistheoretische Prinzip des Verstehens als auch die Logik des Erklärens integriert.

Eine professionelle Bearbeitung des zuvor erschlossenen Falls in didaktischer Absicht ermöglicht die dritte Ebene entlang von Schlüsselproblemen der Gesundheit. Diese werden abgeleitet aus Bedürfnis- und Lebensaktivitätsmodellen einerseits, aus Klassifikationssystemen für gesundheitliche Beeinträchtigungen andererseits. Die Herausforderungen, die sich fallbezogen aus den gesundheitlichen Schlüsselproblemen ergeben, werden ergänzt um verschiedene Rollen, die die Gesundheitsberufe im Rahmen professionellen Handelns wahrnehmen. Innerhalb der zweidimensionalen Matrix lassen sich sowohl die Ziele und Kompetenzen als auch die Inhalte fallorientierter Bildungsprozesse ermitteln.

Mit diesen drei Ebenen verfolgt der Beitrag die Absicht, eine domänenspezifische Didaktik für die Gesundheitsberufe grundzulegen. Laut Peterßen (2001) ist eine didaktische Theorie dann vollständig, wenn sie Aussagen zu mindestens drei Strukturebenen macht: zur pragmatischen, legitimatorischen und paradigmatischen Ebene. Zur Pragmatik gehört die wissenschaftlich begründete, in Form eines verallgemeinerbaren Modells und angemessen präsentierte »Anleitung zum Handeln« (Peterßen, 2001: 255). Dieser Ebene ist die Matrix von Schlüsselproblemen und Rollenhandeln zuzuordnen, aus der konkrete Hinweise zur Gestaltung fallbezogener Bildungsprozesse abgeleitet werden können. Diese Handlungsanleitung ist auf der legitimatorischen Ebene rückgebunden an eine »Handlungs*rechtfertigung*« (Peterßen, 2001: 264), die das didaktische Handeln begründet. Die bildungstheoretische Positionierung im ersten Kapitel hat genau diese Funktion: Ausgehend von einem »klassischen« Bildungsverständnis für Hochschulbildung werden allgemeine Ziele in Form von Kompetenzen hergeleitet und operationalisiert, die als Ausgangs- und Bezugspunkt für die pragmatische Ebene dienen. Um sicherzustellen, dass die Legitimation nicht rein subjektiv ist, bedarf sie der Ergänzung um eine paradigmatische Ebene, auf der die »bestimmende Perspektive« (Peterßen, 2001: 265) offengelegt wird. Diese Ebene ist hier im zweiten Theorieschritt abgebildet, in der verschiedene Metaparadigmata zum Thema »Gesundheit« als Mehrperspektivenschema genutzt werden. Im Zeichen des interdisziplinären Charakters einer domänenbezogenen Didaktik steht hier der Pluralismus von erkenntnistheoretischen Zugängen anstelle einer einzigen wissenschaftstheoretischen Position.

Damit wird nicht der Anspruch erhoben, hier eine vollständige didaktische Theorie vorzulegen. Vielmehr ist der Beitrag eine ausführlichere und differenziert hergeleitete Gesamtdarstellung von Theoriefragmenten, die bisher nur in mehreren kurzen vorausgegangenen Beiträgen (Reiber, 2011; 2012; Oechsner/Reiber, 2010; Reiber/Göpel, 2011) vorlagen, und deren Erweiterung um das in Kapitel 4 vorgestellte Rollenmodell sowie eine Präzisierung der fallorientierten Anwendung und Umsetzung. Dass der Beitrag die drei für eine didaktische Theorie konstitutiven Ebenen enthält, kann als Indiz dafür betrachtet werden, dass es sich nicht nur um einen Ansatz oder ein Konzept – beide legen die Betonung auf den Handlungscharakter und die methodische Dimension des Lehrens (vgl. Lehner, 2009) – handelt. Viel-

mehr versteht sich der Beitrag als Grundlegung zu einer umfassenden domänenbezogenen Didaktik der Gesundheitsberufe.

Diese Grundlegung zu einer domänenspezifischen Didaktik der Gesundheitsberufe versteht sich in erster Linie als Hochschuldidaktik. Sie bezieht sich auf die normative Verankerung, die paradigmatische Vergewisserung sowie die pragmatische Bearbeitung des Gegenstands »Gesundheit« – unabhängig davon, welchen Stellenwert dieser Gegenstand in einem Studiengang hat. Damit verfolgt diese Didaktik den Anspruch, sowohl für grundständige Studiengänge für Gesundheitsberufe anschlussfähig zu sein, die für ein praktisches Tätigkeitsfeld qualifizieren, als auch für solche, in denen Change Agents bzw. Multiplikatoren/-innen (z. B. Manager/-innen, Lehrer/-innen) für diese Tätigkeitsfelder ausgebildet werden.

## 2 Die normative Strukturebene: Kompetenzen im Spannungsfeld von Person, Wissenschaft und Praxis

Diese erste Ebene der didaktischen Theorie verfolgt die Absicht einer bildungstheoretischen Grundlegung und normativen Vergewisserung: Was kann, was soll eine Hochschulausbildung für Gesundheitsberufe leisten? Dass sich Hochschulbildung nicht erst seit der Bologna-Reform im Spannungsverhältnis zwischen Massenlehrbetrieb und Spitzenforschung bewegt, belegt der Beitrag von Goldschmidt (1973). Ludwig Huber identifiziert in seinem für die Hochschuldidaktik wegweisenden Aufsatz in der Enzyklopädie Erziehungswissenschaft (1995) die Berufsausbildung immer größerer Kohorten mit veränderten Lernvoraussetzungen als neue Herausforderung für die Hochschulen. Die stärkere Verschulung des Lehrbetriebs – gleichsam als Reflex der Hochschulen auf diese neue Herausforderung – dürfe nicht zulasten des Bildungsanspruchs gehen (vgl. Huber 1995).

### 2.1 Bezüge von Hochschulbildung

Vor dem Hintergrund dieses Spannungsverhältnisses entwirft Huber ein viel beachtetes Schema für die Hochschulbildung, das deren drei Grundfunktionen integriert und in eine ausgewogene Balance setzt. Ein Charakteristikum von Hochschule ist die Genese neuen Wissens: Daraus ergibt sich der Wissenschaftsbezug der Hochschulbildung. Hochschule ist zum Zweiten ein Lebens- und Arbeitskontext, der für die Studierenden eine zentrale Sozialisationsinstanz darstellt: Deshalb hat Hochschulbildung immer auch einen Personenbezug. Zum Dritten nimmt die Ausbildungsfunktion eine wichtigere Stellung ein, insofern hat Hochschulbildung auch einen Praxisbezug. Innerhalb dieser triadischen Grundstruktur ergibt sich für jeden der drei Pole ein eigenes Spannungsverhältnis. Seitens des Wissenschaftsbezugs stehen sich die spezialisierten und sich immer weiter ausdifferenzierenden Einzelwissenschaften der Idee der Einheit von Wissenschaft gegenüber. Hier gilt es, im Speziellen das Allgemeine sicht- und erfahrbar zu machen. Innerhalb des Praxisbezugs lässt sich eine allgemeine gesellschaftliche Praxis von einer spezialisierten beruflichen Praxis unterscheiden. Hier geht es darum, den Praxisbezug weiter als eine bloße Qualifikationsorientierung zu fassen und das gesellschaftlich verantwortliche berufliche Handeln im Blick zu behalten. Die Dimension »Person« bewegt sich in der Spannung zwischen der Person als Individuum und der Person als Mitglied der Gesellschaft. Die Aushandlung dieses Spannungsverhältnisses besteht darin, »die individuelle Biographie oder Sozialisation als Teil der übergreifenden Geschichte zu begreifen« (Huber, 1995: 129).

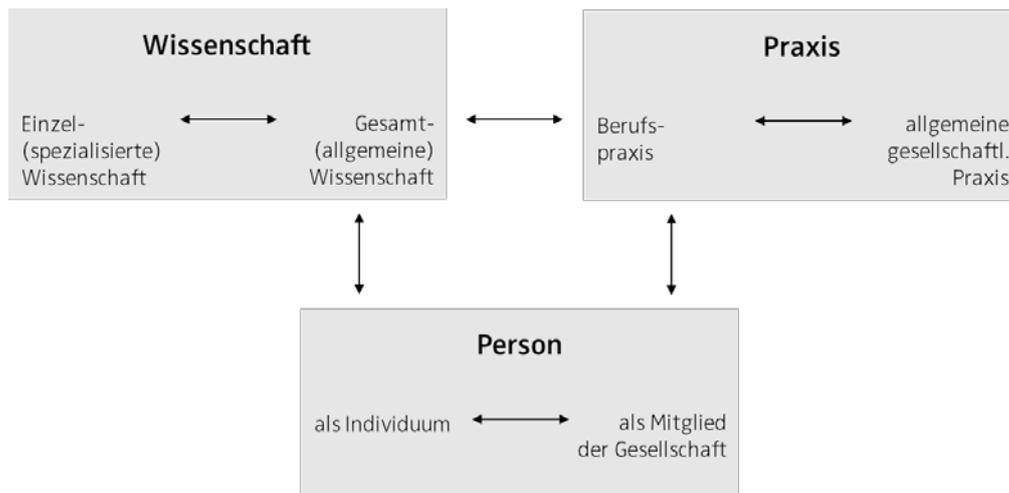


ABB. 1: BEZÜGE DER HOCHSCHULBILDUNG (HUBER, 1995: 128)

Die Triade mit den Dimensionen Person, Praxis und Wissenschaft, die Huber für die Hochschulbildung im Allgemeinen bereitgestellt hat, wurde bisher insbesondere in Studien zur Lehrerbildung rezipiert. Hier ist dieses Modell geeignet, dem Diskurs zum Theorie-Praxis-Problem in der Lehrerbildung eine etwas differenziertere Strukturierungshilfe zu geben. Genutzt wurde es u. a. paradigmatisch als »Denkfigur zur Neugestaltung der Lehrerbildung« (Bayer/Carle/Wildt, 1997: 7) und in systematisierender Absicht im Rahmen einer theoretischen Studie zu schulpraktischen Studien (Weyland, 2009) sowie einer qualitativ empirischen Untersuchung zur pädagogischen Professionalität aus Sicht von Lehrer/-innen (Heil/Faust-Siehl, 2000).

Diese Grundstruktur soll im Folgenden genutzt, jedoch zunächst adaptiert werden, um drei Dimensionen zu generieren, aus denen sich übergeordnete Ziele für eine Hochschulbildung der Gesundheitsberufe ableiten lassen. Dazu nutze ich den – leider derzeit ubiquitär eingesetzten – Kompetenzbegriff. Kompetenz wird hier in Anlehnung an die weithin anerkannte Definition von Weinert (2001: 27f) bestimmt als die Bereitschaft und Fähigkeit, die personalen Ressourcen Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu kombinieren und zu reorganisieren, um sie situativ zur Bewältigung einer Herausforderung bzw. zur Lösung eines Problems adäquat einsetzen zu können. Diese personalen Ressourcen können um externe Ressourcen ergänzt werden, wie beispielsweise Unterstützung durch andere Personen oder Nutzung von Infrastruktur.

Gleichsam getragen werden die Aktualisierung und der Einsatz der personalen Ressourcen und die Art und Weise der Nutzung von externen Ressourcen von individuellen Werten, Einstellungen und Bedürfnissen. Aus dieser Definition wird bereits deutlich, dass der Kompetenzbegriff über eine reine Zielformulierung hinausgeht.

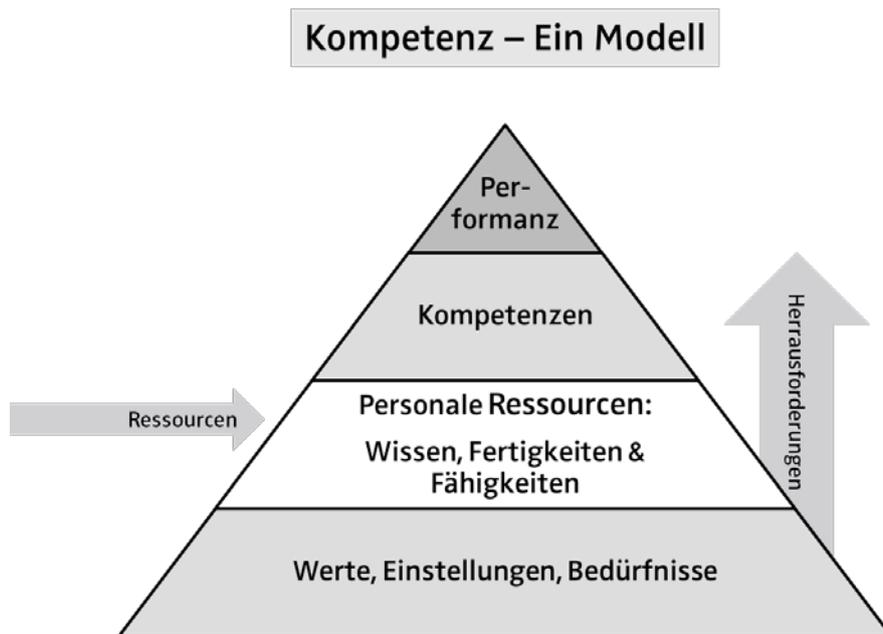


ABB. 2: KOMPETENZMODELL (EIGENE DARSTELLUNG)

## 2.2 Kompetenzbereiche von Hochschulbildung

Aus der o. g. Struktur von Huber mit den drei Dimensionen von Hochschulbildung werden nachfolgend drei Kompetenzbereiche als Zieldimensionen im Allgemeinen, sodann für die Gesundheitsberufe im Besonderen abgeleitet. Der Wissenschaftsbezug wird auf dieser normativen Ebene der Theoriebildung als fachbezogener Kompetenzbereich konzipiert, der die Kompetenzen umfasst, die eine/-n Repräsentanten/-in einer wissenschaftlichen Disziplin auszeichnen. Dazu gehört zunächst, dass die Sichtweisen und Werte des eigenen Faches verstanden und verinnerlicht, diese zugleich aber auch kontinuierlich einer kritischen Reflexion unterzogen werden. Weiterhin ist zu nennen der souveräne und selbstständige Umgang mit den konstitutiven Gegenständen und Methoden der Disziplin. Außerdem zählt zur fachbezogenen Kompetenz, dass Forschungsergebnisse des Faches rezipiert, kritisch bewertet und auf eigene Fragestellungen angewendet werden können. Schließlich impliziert diese Kompetenzdimension die Fähigkeit und Bereitschaft, wichtige Beiträge der Disziplin würdigen und sich kritisch damit auseinandersetzen zu können. Der Bereich der fachbezogenen Kompetenzen hat damit gleichsam die Funktion, die Themen und Methoden anzugeben, die einem/-er Vertreter/-in dieses Fachs vertraut sein müssen. Die Perspektive ist hier die der Disziplin – noch unter Absehung beruflicher Verwertungszusammenhänge und -interessen.

Diese kommen in der Dimension der berufsorientierten Kompetenzen zum Tragen, die hier anstelle der Praxis im Modell von Huber gesetzt wird. Damit wird zum einen dem Leitziel der Bologna-Reform »Beschäftigungsfähigkeit« Rechnung getragen. Dieses Ziel, für das Beschäftigungssystem auszubilden, ist für die Hochschulen z. T. eine neue Herausforderung, weil für manche Studienfächer gar keine eindeutigen und klar abgegrenzten Berufsfelder definiert sind. Um zugleich jedoch am Bildungsanspruch von Hochschulbildung festzuhalten, soll die Perspektive hier nicht auf beruflich verwertbare Qualifikationen verengt werden. Vielmehr wird die von Huber angeführte gesellschaftliche Praxis hier in den Kontext der beruflichen Praxis integriert. Diese berufsorientierten Kompetenzen lassen sich professionsübergreifend

nur sehr abstrakt formulieren. Bestandteil jeder beruflichen Tätigkeit eines/-r Akademikers/-in ist die Vermittlungskompetenz: Jede/-r Spezialist/-in muss dazu in der Lage sein, seine/ihre Expertise zielgruppenspezifisch weitergeben zu können. Das kann in der dyadischen Gesprächssituation – z. B. das Architekt-Bauherr- oder Anwalt-Mandanten-Gespräch – stattfinden oder im Rahmen einer ausgewiesenen Vermittlungssituation – z. B. die Präsentation von Ergebnissen durch den Projektleiter vor Geschäftsführung und Betriebsrat. »Zielgruppenspezifisch« bedeutet, der Experte muss sich sprachlich auf genau die Personen einstellen, denen er den Sachverhalt darlegen will – sind es nun Laien oder andere Spezialisten. Berufsübergreifend lässt sich hier weiterhin die Kompetenz anführen, Probleme in ihrem Entstehungszusammenhang fachlich fundiert analysieren und lösen zu können. Außerdem gehören zur berufsorientierten Dimension die Kompetenzen, wissenschaftliche Methoden in berufspraktischen Kontexten anwenden und Forschungsergebnisse auf Frage- und Problemstellungen der Berufspraxis beziehen zu können. Im Sinne der »gesellschaftlichen Praxis« (Huber, 1995: 129) ist die Fähigkeit, das eigene professionelle Handeln in seiner Bedeutung und in seiner Verantwortung für die Gesellschaft einschätzen und immer wieder neu legitimieren zu können, Teil der Dimension berufsorientierter Kompetenzen.

Noch deutlicher tritt der gesellschaftliche Aspekt in der dritten Dimension innerhalb der normativen Ebene dieser didaktischen Theorie, den gesellschaftsrelevanten Kompetenzen, zum Vorschein. Während Huber als dritten Bezugspunkt die Person als Individuum und als Mitglied der Gesellschaft gesetzt hat, werden hier als Zieldimension für Hochschulbildung im Allgemeinen die gesellschaftsrelevanten Kompetenzen gewählt. Innerhalb dieser Dimension entfaltet sich das Spannungsverhältnis von Individuum und Gesellschaft: Hochschulbildung soll einerseits die Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung fördern und dadurch zugleich dazu beitragen, dass sich der gebildete Einzelne als Teil einer Gesellschaft versteht, die gleichermaßen Rechte und Pflichten einräumt. In diesem Spannungsfeld besteht die Aufgabe für das Individuum darin, die eigene Identität innerhalb eines sozialen Kontextes auszubilden, aufrechtzuerhalten und ggf. weiterzuentwickeln. Die Kompetenzen dieser Dimension sind ethische Urteilsfähigkeit sowie die Bereitschaft und Fähigkeit, die Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen. Weiterhin gehört dazu, für die eigenen Bedürfnisse, aber auch Werte angemessen einstehen zu können. Schließlich ist hier die Kompetenz zu nennen, dass eine fundierte und begründete Meinung zu aktuellen sozialen Fragen entwickelt und vertreten werden kann.

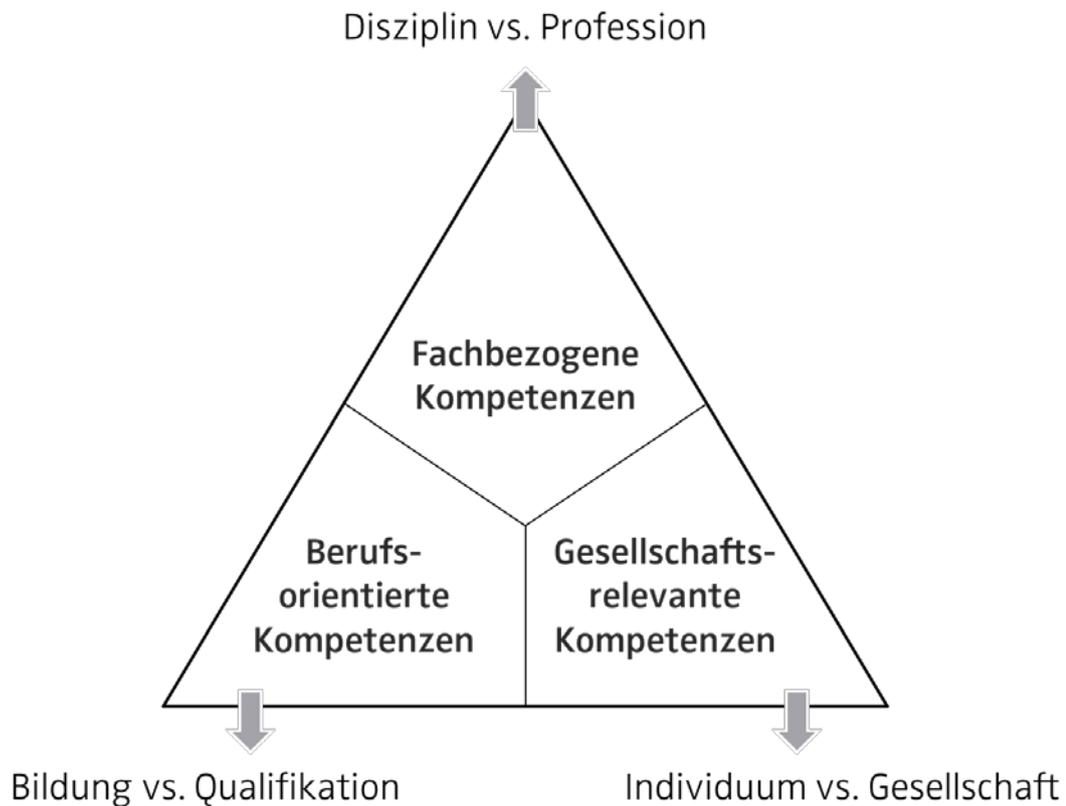


ABB. 3: KOMPETENZDIMENSIONEN VON HOCHSCHULBILDUNG (EIGENE DARSTELLUNG)

### 2.3 Kompetenzbereiche für Gesundheitsberufe

Für die Gesundheitsberufe werden die drei Kompetenzbereiche nun weiter präzisiert und exemplarisch sowie berufsübergreifend ausgeführt.

Zur fachbezogenen Dimension gehört in erster Linie die Kompetenz, »Gesundheit« als wissenschaftlichen Gegenstand betrachten und bearbeiten zu können. Gerade bei Gegenständen, von denen jeder ein Alltagsverständnis hat und für den immer eine Art eigene Betroffenheit vorliegt, ist es zentral, eine wissenschaftlich-distanzierte Haltung zu ihnen zu entwickeln. Dazu ist es von zentraler Bedeutung, dass aktuelle und historische Paradigmen von Gesundheit in ihrem Entstehungskontext verstanden, eingeschätzt und kritisch gewürdigt werden können.

Die berufsorientierten Kompetenzen lassen sich hier bereits konkreter als oben, aber immer noch notwendigerweise abstrakt – da berufsübergreifend – beschreiben. In erster Linie geht es in diesem Kompetenzbereich darum, professionsspezifische Interventionen planen, koordinieren, evaluieren und dabei professionelle Beziehungen zur Klientel gestalten zu können. Als Vermittlungskompetenz sind hier die Fähigkeit und Bereitschaft zu nennen, Betroffene, Angehörige und andere Berufsangehörige beraten und anleiten zu können. Außerdem ist die Fähigkeit zur intra-, inter- und transdisziplinären Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung. Im Sinne der gesellschaftlichen Praxis zählt zu den berufsorientierten Kompetenzen die Fähigkeit und Bereitschaft, die Rolle der eigenen Profession im System der Gesundheitsversorgung einschätzen, gestalten und ggf. in Aushandlung mit anderen Gesundheits-

professionen weiterentwickeln zu können. Weiterhin gehört zur gesellschaftlichen Praxis die Kompetenz, die gesellschaftliche Bedingtheit von Gesundheit in das eigene professionelle Handeln einbeziehen zu können.

Der Bereich gesellschaftsrelevanter Kompetenzen bedeutet an erster Stelle, dass sich das Individuum als Person und Persönlichkeit in der professionellen Rolle entfalten und weiterentwickeln kann. Diese Kompetenzen beinhalten ferner die Fähigkeit und Bereitschaft, den eigenen gesellschaftlichen Auftrag im Rahmen der Gesundheitsversorgung kritisch reflektieren zu können. Aufgrund der eigenen Involviertheit in das Thema – jeder »hat« Gesundheit und ist mehr oder weniger um deren Erhalt bemüht – ist es wichtig, einen skeptischen Zugang dazu zu haben, sodass eigene dogmatische Voreinstellungen, aber auch normative Setzungen anderer im Sinne einer »reflexiven Verwissenschaftlichung« (Stroß, 2009: 36) kritisch reflektiert werden. Gerade für Gesundheitsberufe ist die ethische Urteilsfähigkeit sowohl in ganz konkreten Entscheidungssituationen, aber auch bei der Beteiligung im Diskurs im öffentlichen Umfeld zu aktuellen Fragestellungen, von zentraler Bedeutung. Die Eigenverantwortung entfaltet sich als gesellschaftsrelevante Kompetenz im Spannungsverhältnis zwischen eigenen Werten, den Bedürfnissen und Erwartungen der Klientel, ggf. und abweichend davon auch deren sozialer Netzwerke (z. B. Angehörige), den Meinungen anderer beteiligter Berufsgruppen und rechtlicher sowie institutioneller Rahmenbedingungen. Hier bedarf es eines eigenen Standpunkts, der zum Ausgangspunkt wird für vielschichtige Aushandlungsprozesse. Dafür ist es sicher ebenso notwendig wie hilfreich, sich in entsprechenden Entscheidungsprozessen oder Konfliktlagen durch geeignete Instanzen und Personen begleiten und beraten zu lassen – im Sinne der Nutzung externer Ressourcen.

### 3 Die paradigmatische Strukturebene: Fallerschließung zwischen hermeneutischem Fallverstehen und analytischem Fallklären

Im zweiten Schritt der Theoriebildung, die der von Peterßen geforderten paradigmatischen Strukturebene entspricht, geht es um unterschiedliche erkenntnistheoretische Zugänge zu und Perspektiven auf den Gegenstand »Gesundheit«. Dazu wird eine Grundstruktur genutzt, die von Beattie (1993) entwickelt wurde, um unterschiedliche Begriffe und Auffassungen von Gesundheit einzuteilen, Grenzzlinien der Betrachtungsweise und deren Verlagerungen sowie die dahinterstehenden Interessen und Normen offenzulegen.

#### 3.1 Modelle von Gesundheit

Beattie stellt in seinem Aufsatz drei unterschiedliche Rahmenkonzepte zur Kategorisierung verschiedener »Erzählungen von Gesundheit« (Beattie, 1993: 260; Übersetzung K. R.) und den dahinterstehenden Motiven vor. Hier ist insbesondere das erste Rahmenkonzept von Interesse, da es die Grundlage für die paradigmatische Verortung der didaktischen Theoriebildung darstellt. In diesem ersten Modell stellt Beattie einerseits zwei unterschiedliche Denkmodi, andererseits zwei unterschiedliche Perspektiven gegenüber. Beide Gegensatzpaare sind als Achsen angeordnet, die sich kreuzen, sodass eine Matrix mit vier Quadranten entsteht. Bei den Denkmodi unterscheidet er die mechanistisch-erklärende von einem humanistischen Zugang – es stehen sich hier hard und soft facts gegenüber. Diese unterschiedlichen Zugänge korrespondieren auch mit einem Prestigegefälle: Die rationale und seriöse Erklärung von Gesundheit und Krankheit ist die Angelegenheit der Profis, während die vorrationalen und trivialen Verständnisse von Gesundheit dem Laien zuzuordnen sind. Auf der anderen Achse kontrastiert Beattie die Perspektive auf das Individuum mit einem kollektiven Blickwinkel. Der Fokus »Individuum« richtet sich auf den menschlichen Organismus und die einzelne Person, der Fokus »Kollektiv« blickt auf eine Gruppe oder Gemeinschaft. Den aus den beiden sich kreuzenden durch jeweils ein Gegensatzpaar gebildeten Achsen resultierenden Quadranten ordnet Beattie vier verschiedene Modelle von Gesundheit zu:

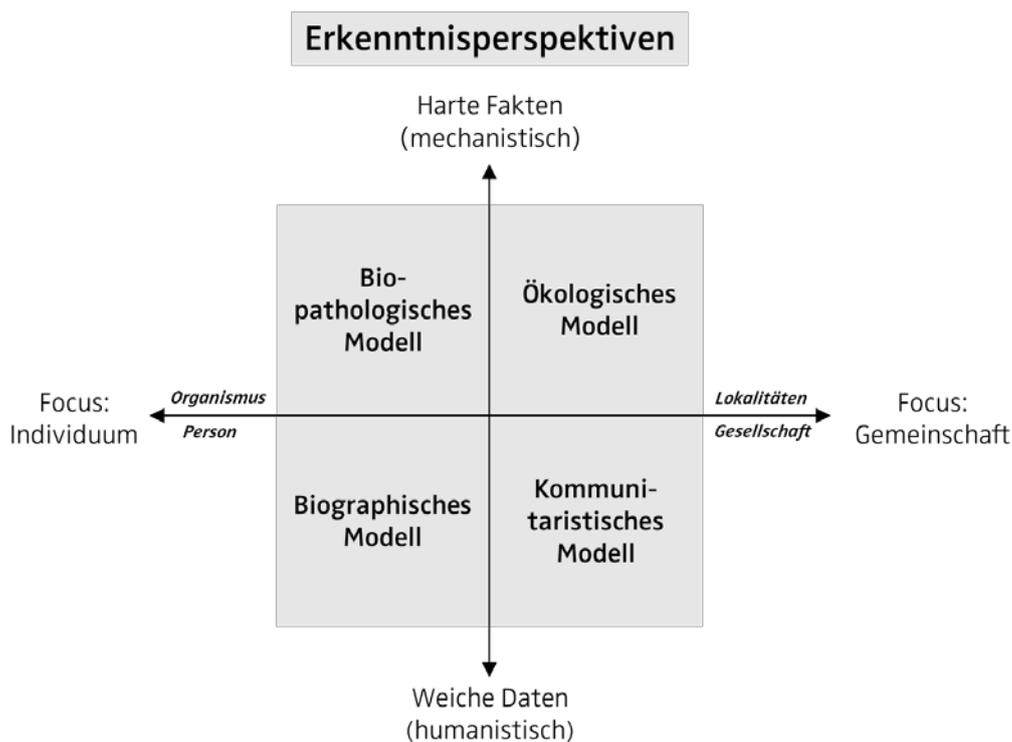


ABB. 4: ZUGÄNGE ZU GESUNDHEIT IM VERHÄLTNIS ZUR ERKENNTNISPERSPEKTIVE (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN BEATTIE, 1993: 262)

Dieses erste Rahmenkonzept der »Art und Weise zu wissen« (Beattie, 1993: 261; Übersetzung K. R.) erweitert er um sozialpolitische Philosophien, bei dem er paternalistische Zugänge zu Gesundheit von partizipativen unterscheidet, die auch wiederum jeweils stärker das Individuum oder das Kollektiv in den Blick nehmen können. Diese beiden Gegensatzpaare resultieren in vier unterschiedliche sozialpolitische Zugänge zu Gesundheit, aus denen sich jeweils andere Strategien der Gesundheitspolitik ableiten lassen. Das dritte Rahmenkonzept spannt einen Gegensatz zwischen den Polen hoher Strukturierung sozialer Gruppen durch Regeln und Hierarchien und niedrig ausgeprägter Ordnung, in der sozialer Status eine flexible Größe ist, die sich an der Leistung einer Person orientiert und sich jederzeit ändern kann. Die zweite Gegenüberstellung ist die einer starken Gruppenbindung und einer schwachen. Hieraus ergeben sich unterschiedliche Kulturen des Umgangs mit Gesundheit.

Das erstgenannte, hier ausführlicher und grafisch dargestellte Koordinatensystem kann genutzt werden, um unterschiedliche Strategien der Gesundheitsförderung mit dem jeweiligen erkenntnisleitenden Interesse zu systematisieren (vgl. Naidoo/Wills, 2003) bzw. um für eine ganzheitliche, d. h. alle Dimensionen umfassende Form der Gesundheitsförderung zu plädieren (vgl. Mühlum /Bartholomeyczik/Göpel, 1997).

### 3.2 Didaktische Zugänge zum Gegenstand »Gesundheit«

Hoch anschlussfähig ist dieses Modell jedoch auch für didaktische Fragestellungen: Göpel verweist auf die vier Erkenntnisperspektiven mit Blick auf »die Vermittlung eines reflexiven Umgangs mit grundlegenden Theoriebildungen, Handlungsmodellen und wissenschaftlichen Methoden in den Gesundheitswissenschaften« (Hochschulen für Gesundheit e. V., 2008: 265) im Rahmen einer »Professionalisierung der Gesundheitsberufe« (a. a. O.: 264). Ausführlicher wird das Modell als Rahmenkonzept für eine reflexive Hochschuldidaktik gesund-

heitsbezogener Studiengänge auf der Basis dieser unterschiedlichen metakognitiven Orientierungen zu »Gesundheit« mit dem Ziel der interprofessionellen Verständigung diskutiert (vgl. Reiber/Göpel, 2011). In weiteren Arbeiten wurde das Modell von Beattie in heuristischer Absicht für die didaktische Fallerschließung (Reiber, 2011) sowie als übergeordnete Zielperspektive für forschendes Lernen in gesundheitsbezogenen Studiengängen (Reiber, 2012) genutzt. Im Folgenden und ergänzend zu diesen Vorarbeiten wird das Modell von Beattie hier zur Herleitung und Begründung der paradigmatischen Strukturebene der didaktischen Theoriebildung verwendet.

### 3.3 Erweiterung zu einem didaktischen Mehrperspektivenschema von »Gesundheit«

Für die paradigmatische Strukturebene der didaktischen Theoriebildung wird die Vertikale des oben ausführlicher vorgestellten Koordinatensystems von Beattie im Anschluss an Mühlum et al. (1997: 106) durch die beiden Pole »sachlogisch-erklärend« und »sinnlogisch-verstehend« (ebd.) bestimmt. Damit erhält man eine zweidimensionale erkenntnistheoretische Betrachtungs- und Zugangsweise, die entweder dem Paradigma des Verstehens mit seinem Anspruch, Phänomene aus den subjektiven bzw. kollektiven Deutungsmustern heraus zu erhellen, verpflichtet ist oder dem Primat des Erklärens folgt, das auf den Nachweis objektiver Wenn-dann-Beziehungen abzielt (vgl. Reiber, 2011). In der Wissenschaftstheorie werden die Operationen »Verstehen« und »Erklären« als unterschiedliche Paradigmen der Erkenntnis behandelt, wobei das Verstehen der geistes-, das Erklären der naturwissenschaftlichen Denktradition zugeordnet wird (vgl. Kron, 1999). Allerdings ist inzwischen die dichotome Gegenüberstellung der beiden Erkenntniszugänge als sich gegenseitig ausschließende Alternativen obsolet (vgl. Schurz, 2006) – insbesondere in den Sozialwissenschaften (vgl. Kron, 1999). Deshalb werden hier Verstehen und Erklären als sich wechselseitig ergänzende und befruchtende wissenschaftliche Zugänge mit gleicher Berechtigung genutzt, wie nach der Herleitung von zwei weiteren Achsen des Koordinatensystems gezeigt werden wird. Wichtig ist es an dieser Stelle zu betonen, dass es sich hier nicht um Forschungsparadigmen und deren pluralistische Anwendung in Form unterschiedlichster Forschungsmethoden handelt – ein solches Vorhaben wäre vermessen –, sondern um Zugänge der Erschließung eines Falls. Im Sinne der vorab postulierten reflexiven Verwissenschaftlichung werden diese unterschiedlichen Perspektiven auf »Gesundheit« wertfrei und nicht dogmatisch genutzt, d. h., die einzelnen Zugänge werden nicht im Sinne von »schlechter als ... – besser als ...« gegeneinander ausgespielt, sondern als multiperspektivisches Modell zur Fallerschließung (siehe dazu Kapitel 5) genutzt.

Die horizontale Achse der Matrix wird von Mühlum u. a. als Person/Organismus einerseits und Lokalitäten/Gemeinschaften andererseits übersetzt sowie mit den Attributen »Innenorientierung« und »Außenorientierung« versehen (Mühlum et al., 1997: 106). Hier werden sie in paradigmatischer Absicht systemtheoretisch gedeutet, und zwar in der Rezeption der Luhmann'schen Systemtheorie von Hohm (2000). Diese Rezeption wird gewählt, weil sie bereits mit dem Fokus auf soziale und pflegerische Berufe vorgenommen wurde (vgl. Hohm, 2000: 11) und deshalb eine Nähe zu den hier verhandelten Fragestellungen aufweist.

Hohm unterscheidet zwischen dem modernen Menschen und sozialen Systemen. In systemtheoretischer Betrachtung ist der moderne Mensch kein »Individuum im Sinne eines unteilbaren Ganzen« (Hohm, 2000: 97), sondern lässt sich differenzieren in psychisches System und Person einerseits, organisches System und Körper andererseits. Das psychische System erzeugt und erhält sich selbst (Autopoiesis) durch Bewusstsein: Durch Gedanken und Vorstellungen bezieht es sich auf sich selbst. Dieses komplexe System ist gemäß des Axioms der Systemtheorie, dass Systeme prinzipiell geschlossen sind, eine nicht öffentliche Eigen-

welt. Gleichwohl ist sie dem Verstehen anderer psychischer Systeme zugänglich. Die sich ständig vollziehende und auf einzelne Wahrnehmungen, Emotionen oder Absichten bezogene Grundoperation der Selbstbeobachtung kann »aufgrund spezieller Anlässe« (a. a. O.: 99) gesteigert werden zur Selbstreflexion; Krankheit kann solch ein Anlass darstellen. Diese identitätsbezogene Sonderform der Selbstbeobachtung kann jedoch kein dauerhafter psychischer Zustand sein. Nach außen tritt das psychische System als Person in Erscheinung, die gleichsam die Adresse für die Kommunikation ist. Neben dem psychischen System funktioniert das organische System meist unbeachtet: Körperliche Regelabläufe werden vom Bewusstsein nicht wahrgenommen. Gleichwohl erfährt das organische System »bewusste Aufmerksamkeit im Sinne eines Körpererlebens« (a. a. O.: 101) in Form von z. B. Hunger, Durst und Müdigkeit. Nie jedoch »hat er bewussten Zugang zur vollen Komplexität seines Organismus« (a. a. O.: 103). Nach außen tritt das organische System in Form des Körpers in Gestalt. Diese differenzierungstheoretische Betrachtungsweise stellt keinen Widerspruch zur – gerade im Kontext von Gesundheitsthemen häufig bemühten – »Semantik der Ganzheitlichkeit des Menschen als Individuum« (a. a. O.: 103) dar.

Der Begriff »soziales System« steht für eine genuin soziologische Betrachtungsweise – in Abgrenzung von z. B. einem mechanischen (Maschinensystem in der Ingenieurwissenschaft) oder organischen (Organsystem in der Biologie) Verständnis: »Sie empfinden keinen Schmerz und funktionieren auch nicht mechanisch« (Hohm, 2000: 14). Soziale Systeme im Sinne der Systemtheorie sind gekennzeichnet durch eine Geschlossenheit gegenüber ihrer Umwelt: Sie grenzen sich durch eine Leitdifferenz von ihrer Umwelt ab. Soziale Systeme reproduzieren sich selbst durch die basale Operation der Kommunikation. Zugänglich sind die sozialen Systeme durch die Beobachtung ihrer Kommunikation, wobei das System auch die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung (Beobachtung zweiter Ordnung) besitzt. Der Begriff »soziales System« weist eine Pluralität auf: Er umfasst flüchtige Interaktionssysteme (Hohm benutzt hierfür die Beispiele der Fahrstuhlfahrt oder das Warten in der Kinoschlange) ebenso wie formale Organisationen oder Funktionssysteme einer Gesellschaft. Eine moderne Gesellschaft besteht aus den Funktionssystemen Recht, Politik, Wirtschaft und Medizin.

Interessant ist nun die Beziehung zwischen modernem Menschen und sozialen Systemen – handelt es sich doch in beiden Fällen um geschlossene Systeme. Innerhalb eines sozialen Systems können sich Menschen als Körper wechselseitig wahrnehmen und als Personen unmittelbar kommunizieren. In dieser wechselseitigen Wahrnehmung und unmittelbaren Kommunikation erfüllt der Mensch als psychisch-organisches System bestimmte Erwartungen und Rollen. Die Komplexität des hinter dem Körper stehenden organischen Systems und des von der Person repräsentierten psychischen Systems bleibt diesen strukturellen Kopplungen zwischen Mensch und sozialem System in ihrer Gesamtheit vorbehalten (vgl. Hohm, 2000: 98, Abb. 4). Sie werden vom Menschen partiell in ein soziales System eingebracht und durch diese Teilnahme an der Kommunikation des Systems wird der Mensch wiederum sozialisiert (vgl. Hohm, 2000: 15).

Diese Nutzung systemtheoretischer Grundbegriffe ist eine weitere paradigmatische Verankerung der hier geleisteten didaktischen Theoriebildung. Sie ermöglicht einen differenzierten Zugang zum einzelnen Menschen sowohl in den für Gesundheitsfragen bedeutsamen organischen Aspekten als auch in psychischer Hinsicht. Zugleich impliziert dieses systemtheoretische Grundverständnis, dass der Mensch nie vollständig zu erfassen ist – weder verstehend, noch erklärend. Vielmehr können Ausschnitte seines Daseins in beschreibender Absicht zur Erschließung seiner gesundheitlichen Situation erhoben werden. Für die andere Seite bedeutet diese Sichtweise, dass unterschiedliche Bezugsgruppen in den Blick genommen werden können; diese reichen von sozialen Großsystemen wie der Gesellschaft bzw. Zugehörigkeit zu einer kulturellen Gruppe bis hin zu sozialen Nahsystemen wie Gemeinwesen und

Familie. Das ermöglicht zum einen den mehrperspektivischen Zugang zum Fall und erlaubt andererseits eine fallbezogene Fokussierung eines bestimmten Systems.

Diese beiden Dimensionen werden um eine dritte Dimension in der Tiefe ergänzt, die sich zwischen den Polen »Gesundheit« und »Krankheit« entfaltet. Damit soll explizit an ein salutogenetisches Paradigma angeknüpft werden, nach dem Gesundheit und Krankheit als Kontinuum gefasst werden, in dem es unterschiedliche Zustände gibt, die sowohl durch Merkmale gesundheitlicher Beeinträchtigung als auch durch Merkmale gesundheitlichen Wohlbefindens gekennzeichnet sind (vgl. Antonovsky, 1997). Mit diesem dritten Paradigma eröffnet sich ein ressourcenorientierter Zugang zu Fällen, weil sowohl Einschränkungen als auch Potenziale in den Blick genommen werden. Bestehende Einschränkungen werden nicht als personales Merkmal aufgefasst, sondern als momentane – möglicherweise vorübergehende oder sich verändernde – Erscheinung.

### Grundstruktur zur Fallerschließung

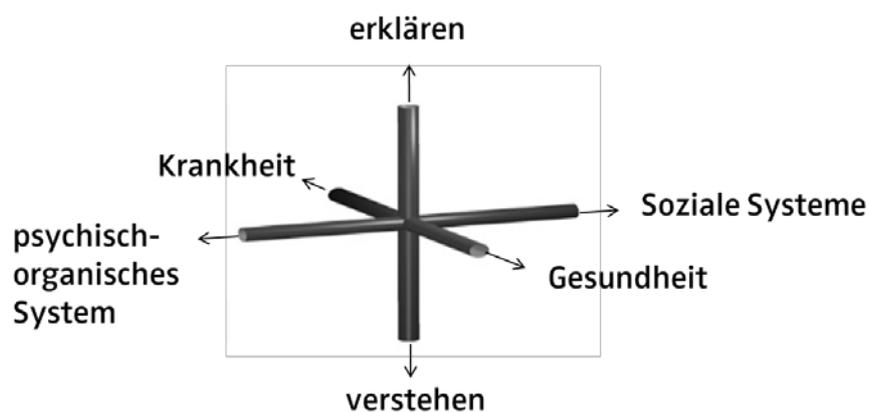


ABB. 5: HEURISTIK ZUR FALLERSCHLIEßUNG (EIGENE DARSTELLUNG)

Die Matrix von Beattie, von der dieser Abschnitt zur paradigmatischen Strukturebene seinen Ausgangspunkt nahm, ordnet den vier Quadranten ein bestimmtes Gesundheitsmodell zu. Die Betrachtung der Gesundheit eines Individuums auf Basis der harten Fakten klassifiziert Beattie als biopathologisches Modell von Gesundheit; die Sicht auf Kollektive anhand dieser Fakten wird als ökologisches Gesundheitsmodell gekennzeichnet. Die humanistische Perspektive auf das Individuum wird ausgewiesen als biographisches, die auf Kollektive als kommunitarisches Modell (vgl. Beattie, 1993: 262, Abb. 28.1). Dem folgen Mühlum et al. (1997: 106 u. 311) weitgehend – abgesehen von zwei Modifikationen: anstelle von »biopathologisch« sprechen sie von »biomedizinisch« im linken oberen Quadranten und das kommunitarische Modell ersetzen sie durch das ethnographische. Diese beiden Änderungen werden bei der weiteren Nutzung der heuristischen Matrix übernommen.

## Gesundheitsmodelle im Verhältnis zu Erkenntnisperspektiven

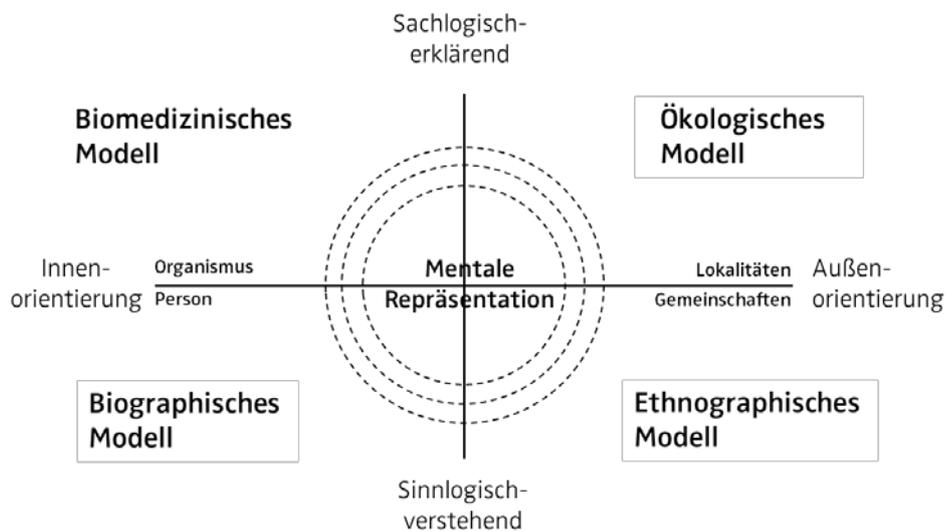


Abb. 6: GESUNDHEITSMODELLE IM VERHÄLTNIS ZU ERKENNTNISPERSPEKTIVEN (MÜHLUM ET AL., 1997: 311)

Innerhalb des vorab erweiterten und modifizierten Koordinatensystems ergeben sich unterschiedliche Erkenntnisperspektiven:

1. Der sachlogisch-erklärende Zugang zum Menschen als organisch-psychisches System auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit: Hier ist zu fragen nach den biomedizinischen Fakten, die einen Beitrag leisten zur Erklärung des Zustands eines Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum;
2. Der sachlogisch-erklärende Zugang zu den relevanten sozialen Systemen mit Blick auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum: In dieser Perspektive geht es um umwelt- und umfeldbezogene Fakten und Zusammenhänge, die zur Erklärung von Zuständen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beitragen;
3. Der sinnlogisch-verstehende Zugang zum Menschen als organisch-psychisches System auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit: Diese Sichtweise nutzt die subjektive Bedeutung einer spezifischen Situation und deren Deutung aus Sicht des Menschen zum Verstehen eines individuellen Zustands auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.
4. Der sinnlogisch-verstehende Zugang zu den relevanten sozialen Systemen mit Blick auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, der die gesellschaftliche Bedeutung und Deutungen spezifischer Zustände auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu verstehen sucht.

## Mehrperspektivische Zugänge zur Fallerschließung

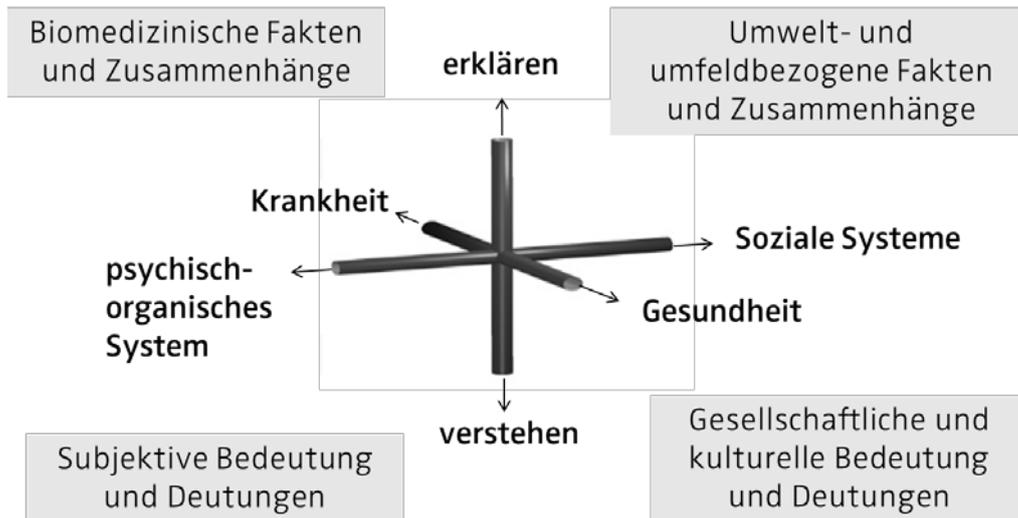


Abb. 7: ERWEITERTE HEURISTIK ZUR FALLERSCHLIEßUNG (EIGENE DARSTELLUNG)

Die fallbezogene Anwendung dieser vier paradigmatischen Perspektiven erfolgt in Kapitel 5.

## 4 Die pragmatische Strukturebene: Fallbearbeitung als rollen-geleiteter Problemlösungsprozess

Nach der normativen Vergewisserung im Hinblick auf Kompetenzbereiche und der paradigmatischen Perspektivenverschränkung auf Gesundheit und Krankheit wird nun im folgenden Schritt der Theoriebildung die pragmatische Strukturebene elaboriert. Dazu sind zwei Schritte erforderlich. Zunächst werden anhand von Bedürfnis- und Aktivitätsmodellen, wie sie in der Pflegewissenschaft entwickelt und genutzt werden, ergänzt um Aspekte aus gängigen Klassifikationssystemen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, Schlüsselprobleme zum Thema »Gesundheit« erörtert. Dann wird ein Rollenmodell aus der Medizinerbildung für die Gesundheitsberufe adaptiert und in einer Matrix den Schlüsselproblemen gegenübergestellt. So können die Ziele und Inhalte von Bildungsangeboten für die Schlüsselprobleme mit Blick auf die verschiedenen professionellen Rollen ermittelt und legitimiert werden. Die Anwendung dieses Schemas erfolgt dann im Rahmen einer fallbezogenen Didaktik im fünften Kapitel.

### 4.1 Schlüsselprobleme auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuums

Der Begriff »Schlüsselproblem« wird hier verwendet in Anlehnung an Klafki (1996). In der Weiterentwicklung seiner bildungstheoretischen zur kritisch-konstruktiven Didaktik wählt Klafki vor dem Hintergrund des sich exponentiell vermehrenden Wissens die Inhalte aus, die von grundlegender Bedeutung für eine Gesellschaft sind. Er bezeichnet damit die dringenden Herausforderungen unserer Zeit und reformuliert sie als allgemeinen Bildungsauftrag. Zu den für alle relevanten Problemen, auf die Bildung vorbereiten muss, zählen u. a. die Friedenssicherung und soziale sowie geschlechtsunabhängige Gerechtigkeit. Klafkis Bildungsprogramm der »epochaltypischen Schlüsselprobleme« gibt damit eine Art Kanon vor, der nicht aus fertigen Antworten besteht, sondern vielmehr aus Aufgegebenheiten, die einem allgemeinen kritisch-konstruktiven Diskurs der Gesellschaft zugeführt werden sollen. »Epochaltypisch« bezeichnet dabei zugleich die Allgemeingültigkeit (typisch) als auch die Zeitgebundenheit dieser Fragen (Epoche).

Formuliert werden nachfolgend Schlüsselprobleme, die das Thema »Gesundheit« insofern abbilden, als durch sie die gesundheitlichen Ressourcen, Probleme und Risiken einer Person oder Gruppe vollständig ermittelt werden können. Diese Schlüsselprobleme sind die körperlichen, geistigen und psychischen Entwicklungs Herausforderungen, die sich aus der Tatsache ergeben, dass wir als Menschen eine Leib-Seele-Geist-Einheit sind, die sich ständig verändert. Diese Veränderungen sind zum einen die Folge der natürlichen biologischen (z. B. Älterwerden) und der spezifisch biographischen Entwicklung. Sie resultieren zum anderen auch aus den externen Anforderungen der natürlichen und sozialen Umwelt, denen der Mensch begegnet und auf die er in einer je individuellen Art reagiert. Mit den Schlüsselproblemen zum Thema »Gesundheit« werden also die Aspekte des menschlichen Lebens erfasst, die für alle Menschen gleichermaßen gelten. Situationsspezifisch (z. B. im Falle einer akuten Erkrankung) oder dauerhaft (z. B. bei chronischer Krankheit und Behinderung) kann es interindividuelle Unterschiede im Hinblick darauf geben, welche Schlüsselprobleme für den Einzelnen oder eine Gruppe eine besonders große Herausforderung darstellen.

Rekurriert wird bei der Entwicklung der Schlüsselprobleme zum einen auf bedürfnisorientierte Pflege Theorien (vgl. zu dieser Systematisierung Meleis, 1991). Sie listen grundlegende Körperfunktionen als auch Aktivitäten des täglichen Lebens auf, um auf dieser Basis die Ressourcen und Einschränkungen erkennen zu können, aus denen sich der professionelle Unter-

stützungs- und Beratungsbedarf ableiten lässt. Die Übersichten der Systematisierungen von Aktivitäten in diesen Modellen von Isfort/Weidner (2001) und Halek (2003) zeigen, dass diese Theorien ähnlich aufgebaut sind: Sie umfassen – mit einem unterschiedlichen Ausmaß an Differenzierung die menschlichen Grundbedürfnisse und operationalisieren sie zu Lebensaktivitäten. Sie umfassen zwischen 12 und 14 solcher Aktivitäten. Henderson hat bereits 1955 auf der Grundlage der Bedürfnispyramide von Maslow (1954) die erste bedürfnisorientierte Pflge Theorie entwickelt, an die sich die folgenden Autorinnen von Lebensaktivitätsmodellen anlehnten (vgl. Newton, 1997). Dementsprechend umfassen alle diese Theorien die Maslow'schen Bedürfnisse: physiologische Bedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse, soziale Bedürfnisse, Ego-Bedürfnisse und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung (vgl. Maslow, 1977). Diese Pflge Theorien fragen also nicht nach Krankheiten und ihren Symptomen, sondern nach den daraus resultierenden Einschränkungen von Funktionen und Fähigkeiten, aus denen sich ein Unterstützungsbedarf ableiten lässt. Wingenfeld u. a. weisen darauf hin, dass der Unterstützungsbedarf an sich nicht notwendigerweise eine pflegerische Intervention nach sich zieht (vgl. Wingenfeld et al., 1997: 42). Vielmehr kann zur Wiederherstellung oder Kompensation der Selbstständigkeit in einem dieser Lebensbereiche auch eine andere professionelle Intervention oder die Unterstützung durch Laien genutzt werden. Aus diesem Grund wird dieser Theoriefundus hier adaptiert: »Gesundheit« ist auf der Basis der Bedürfnisse und Lebensaktivitäten vielschichtiger und berufsübergreifend zu fassen als nur aufgrund von medizinischen Befunden und Symptomen. Diese »(p)flge theoretische(n) Arbeiten ermöglichen eine differenziertere Perspektive, in dem sie Krankheiten und andere gesundheitliche Probleme als ursächlich für Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver/physischer Funktionen ansehen und die daraus resultierenden Anforderungen und Belastungen in das Blickfeld nehmen« (Wingenfeld et al., 2007: 107) und lassen sich deshalb auch für andere Gesundheitsberufe nutzen.

Diese Modelle aus der Pflegewissenschaft sind inzwischen in der Praxis weit verbreitet – z. B. als Systematik zur Erfassung des Pflegebedarfs und zur Planung und Evaluation von Interventionen –, in der Pflegewissenschaft selbst wurden inzwischen »differenziertere(.) (...) Ordnungssysteme(.)« (Wingenfeld et al., 2007: 45) wie z. B. Pflegediagnosen (NANDA, 2010) oder Klassifikationen von Pflegephänomenen und Pflegehandlungen (ICN, 2003) entwickelt. Für den hier vorliegenden didaktischen Theoriekontext ist der Differenzierungsgrad der bedürfnisorientierten Lebensaktivitäten-Modelle jedoch passend, um einerseits die Schlüsselprobleme zum Thema »Gesundheit« abzubilden und andererseits mit Blick auf den Umfang handhabbar zu bleiben. Zugleich werden weitere Klassifikationssysteme daraufhin ausgewertet, ob sie noch zu ergänzende Aspekte für die gesundheitlichen Schlüsselprobleme enthalten.

Dazu wird aus zwei Gründen die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2010) genutzt. Zum einen ist sie mit ihrem Verständnis von Gesundheit als funktionaler Gesundheit hoch anschlussfähig an die oben vorgestellten Modelle: Hier wird auch auf Aktivitäten und Lebensbereiche fokussiert – unter dem Aspekt der Partizipation. Gleichzeitig ergänzt sie die bedürfnisorientierten Lebensaktivitäten-Modelle im Bereich der Aktivitäten und Partizipation. Zum anderen ist diese von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedete Klassifikation von hoher Relevanz für alle Gesundheitsberufe und steht somit nicht im Verdacht, insbesondere pflegespezifisch zu argumentieren. Im Folgenden wird der Teil der Klassifikation zu Aktivitäten und Partizipation in der Form genutzt, dass Aspekte daraus ergänzt werden, die in den bedürfnisorientierten Lebensaktivitätsmodellen fehlen bzw. deutlicher betont werden als es in diesen der Fall ist.

Bei einer Gegenüberstellung des aktuellsten und im deutschsprachigen Raum bekanntesten Modells »Aktivitäten, Beziehungen und Existenzielle Erfahrungen des Lebens« (ABEDLs) nach Krohwinkel (2007) und des ICF-Teils »Aktivitäten und Partizipation« fällt auf, dass

letztere die Aspekte Lernen und Wissensanwendung sowie Häusliches Leben enthalten, die in den ABEDLs wenig berücksichtigt werden. Die Aktivität nach Krohwinkel »Soziale Bereiche des Lebens sichern« ist im ICF weiter gefasst: hier wird auch das staatsbürgerliche Leben einbezogen.

Nachfolgend werden die beiden Systematiken zu Schlüsselproblemen integriert, neu und aufsteigend von basalen nach höheren Bedürfnissen geordnet. Diese Einteilung ist gröber gefasst und hat den Anspruch, berufsübergreifend Potenziale und Risiken eines Gesundheits-Krankheitsprozesses ermitteln zu können.

### Schlüsselprobleme des Gegenstands »Gesundheit«

- **Basale Funktionen**  
Essen, Trinken, Atmen, Ausscheiden
- **Vitale Funktionen**  
Regulation von Temperatur, Puls, Blutdruck
- **Ruhe und Bewegung**  
Mobilität, Rhythmus von An- und Entspannung sowie Wachen und Schlafen
- **Selbstpflege**  
Körperpflege und sich kleiden
- **Entwicklung und Lernen**  
Körperliche, biographische, seelische und kognitive Entwicklung und Nutzung dieser Ressourcen
- **Häusliches Leben**  
Wohnraum gestalten und pflegen sowie Haushalt führen
- **Soziale Grundbedürfnisse**  
Kommunikation und Interaktion
- **Gesellschaftliche Integration**  
Teilhabe an Bildung und/oder Beschäftigung, Wahrnehmung bürgerlicher Rechte und Pflichten
- **Sinn und Identität**  
Kulturelle Zugehörigkeit, sexuelle Identität, Beschäftigung, Freizeit und Religion

Schlüsselprobleme sind diese Funktionen und Lebensbereiche, weil sie Gesundheit umfassend abbilden – Gesundheit besteht gleichsam aus diesen Aktivitäten. Veränderungen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum können sich auf einen oder mehrere dieser Bereiche auswirken, was wiederum einen professionellen Beratungs- oder Unterstützungsbedarf nach sich ziehen kann. Zu diesem Zweck werden die Schlüsselprobleme im Rahmen dieser didaktischen Theoriebildung genutzt: Bei der Fallbearbeitung dienen sie als Heuristik für die Ermittlung von Ressourcen und Einschränkungen zur Planung des konkreten Hilfebedarfs.

## 4.2 Das CanMEDS-Modell

Zur professionellen Bearbeitung dieser Schlüsselprobleme bedarf es verschiedener Kompetenzen. Zur Systematisierung dieser Kompetenzen wird hier das CanMEDS-Modell (Frank, 2005) genutzt, das in einem mehrjährigen Prozess entwickelt und empirisch validiert wurde. Dahinter steht The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, die mit der Entwicklung dieses Rollenmodells auf eine zeitgemäße outcomeorientierte und kompetenzbasierte Ausbildung der Mediziner abzielte. Ursprünglich stand CanMEDS als Akronym für »Canadian Medical Education Directions for Specialists« (Frank, 2005: vii), ist inzwischen jedoch zu einem Eigennamen avanciert und nicht länger auf den kanadischen Raum begrenzt. Zunächst wird der Kompetenzrahmen (original: Competency Framework, Frank, 2005) vorgestellt und sodann begründet, warum und wie dieser Referenzrahmen für die Gesundheitsberufe adaptiert wird.

Im Zentrum von CanMEDS steht die Rolle als medizinischer Experte, die zugleich die anderen professionellen Rollen integriert. In diese Hauptkategorie fallen die Anwendung des medizinischen Fachwissens, die klinischen Fähigkeiten und Fertigkeiten und professionelle Einstellungen und Haltungen im Dienste einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Der Einsatz dieser Kompetenzen erfolgt bei der Erhebung und Interpretation von Informationen, bei der Entscheidungsfindung und bei der Ausführung diagnostischer und therapeutischer Interventionen. Dies geschieht im Rahmen der Leitlinien der eigenen Disziplin, der persönlichen Expertise, des Gesundheitssystems, der Präferenzen des Patienten und des Kontexts. Die Ausübung dieser Rolle lässt sich charakterisieren als auf dem neuesten Stand, ressourcenverantwortlich und im Austausch mit dem Patienten, anderen beteiligten Akteuren im System der Gesundheitsversorgung und der Gesellschaft (vgl. Frank, 2005: 9–11).

Die zweite Rolle innerhalb des Modells ist die des Kommunikators: Diese Rolle fördert und unterstützt die Patienten-Arzt-Beziehung durch einen die Behandlung kontinuierlich begleitenden kommunikativen Austausch. Abgezielt wird auf eine Form der Kommunikation, die den Patienten in den Mittelpunkt stellt und Grundlage für eine partizipative Entscheidungsfindung (»shared decisionmaking«, Frank, 2005: 12) ist. In die Kommunikation einbezogen sind weitere Personen(gruppen), die im Zusammenhang mit der Behandlung relevant sind, wie z. B. Angehörige oder andere an der Gesundheitsversorgung beteiligte Berufsgruppen. Gelingende Kommunikation wird als Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung betrachtet, weil sie eine harmonische Beziehung und Vertrauen fördert und das wechselseitige Verständnis von Arzt und Patient die Voraussetzung für eine gemeinsam getroffene und getragene Entscheidung ist. Zu dieser Kommunikation gehört nicht nur, dass der Arzt die relevanten Informationen vom Patienten erhält und diese richtig kombiniert, sondern auch die Berücksichtigung spezifischer Perspektiven auf den Fall/die Situation – wie die des Patienten, seiner Angehörigen oder die anderer Berufsgruppen. Umgekehrt beinhaltet diese Rolle die Fähigkeit, Informationen adäquat an die anderen Beteiligten weiterzugeben und ihnen medizinische Fakten zu erklären (vgl. Frank, 2005: 12–14).

Das dritte Element des CanMEDS-Modells ist die Rolle des Kollaborators: In dieser Rolle ist der Arzt Mitglied eines Teams der Gesundheitsversorgung im Dienste des Patienten. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team ist unabdingbar für eine zeitgemäße Gesundheitsversorgung, da sich hieraus verschiedenste Perspektiven und Kompetenzen wechselseitig ergänzen. In dieses Team sind nicht nur Angehörige anderer Gesundheitsberufe einbezogen, sondern auch die Patienten und ihre Angehörigen. Diese Form der Zusammenarbeit ist einerseits die Grundlage einer optimalen Patientenversorgung, sie ist andererseits Voraussetzung für das eigene Lernen und Lehren. Zu der Rolle der Kollaboration gehört auch, die Grenzen des eigenen Wissens kennen und die des eigenen Handelns zu erkennen (vgl. Frank, 2005: 15–16).

Mediziner leisten ihren eigenen konstitutiven Beitrag zur Gesundheitsversorgung: Ihre Entscheidungen sind maßgeblich für die Verteilung von Ressourcen verantwortlich im Dienste der Nachhaltigkeit und Leistungsfähigkeit. In diesem Kontext sind sie als Manager gefragt. Managementfähigkeiten sind bei der Koordination sowohl verschiedener Tätigkeiten als auch der dafür erforderlichen Mittel (z. B. Finanzen, Zeit) erforderlich; sie bilden die Voraussetzung für alle organisatorischen Aspekte der Tätigkeit. Dazu benötigen sie die Fähigkeit, Prioritäten setzen zu können, in Kooperation mit Kollegen Aufgaben effektiv zu bearbeiten und bei der Verteilung von begrenzten Ressourcen kriteriengestützt vorzugehen. Weiterhin gehören Verhandlungsgeschick und Führungsqualitäten dazu. Schließlich sind unter diese Rolle auch das Management der eigenen Zeit im Sinne einer ausgewogenen Work-Life-Balance und die Planung der eigenen beruflichen Entwicklung zu nennen (vgl. Frank, 2005: 17–18).

Als Fürsprecher und Anwalt der Gesundheit agieren Ärzte, indem sie ihre fachliche Kompetenz nutzen, um Gesundheit zu befördern – sei es bei Individuen, Gruppen oder der ganzen Gesellschaft. Diese Rolle betrachtet das ärztliche Handeln im Dienste der Gesellschaft und als Beitrag zu Gesundheit insgesamt. Auf individueller Ebene besteht diese Rolle darin, dem Patienten die Orientierung im Gesundheitssystem zu erleichtern und ihm den Zugang zu Institutionen und Maßnahmen der Gesundheitsvor- und -fürsorge zu vermitteln. Auf regionaler und gesellschaftlicher Ebene trägt der Arzt in dieser Rolle dazu bei, Belange der Gesundheit deutlich zu machen und auf entsprechende politische Entscheidungen einzuwirken. Damit ist diese Rolle als sehr bedeutsam für die Gesundheitsförderung einzustufen: »Health advocacy is appropriately expressed both by individual and collective actions of physicians in influencing public health and policy« (Frank, 2005: 19).

Die Rolle des Lerners resultiert aus der Notwendigkeit, dass der Arzt sein Wissen stets weiterentwickeln muss und selbst zur Generierung neuen Wissens beiträgt. Diese Rolle beinhaltet den Anspruch, kontinuierlich der eigenen Wissensdomäne gerecht zu werden und sich aktiv innerhalb dieser Domäne daran zu beteiligen, neues Wissen zu generieren, zu verbreiten, anzuwenden und anderen zu vermitteln (vgl. Frank, 2005: 21–22).

In der Rolle des Professionellen ist der Arzt der Gesundheit und dem Wohlergehen von Individuen und der Gesellschaft verpflichtet, indem er professionelles Verhalten zeigt. Zu diesem professionellen Verhalten gehören hohe ethische, berufsständische und persönliche Standards. In dieser Rolle hat er eine hohe gesellschaftliche Verantwortung und widmet sich der gesundheitlichen Fürsorge anderer. Die Rolle erfordert es, das breite Fachwissen und die praktisch-klinischen Kompetenzen in der Heilkunst miteinander zu verbinden. Bestimmt wird die Rolle durch ethische Leitlinien, die in der Haltung und im Verhalten zum Ausdruck kommen: Sie äußern sich u. a. in Altruismus und Integrität. Innerhalb ihrer Domäne steht die Rolle im Dienste des Allgemeinwohls und beruht auf einem Kontrakt mit der Gesellschaft. Umgekehrt garantiert die Gesellschaft den Ärzten das Privileg der berufsständischen Selbstbestimmung, mit der die Ärzte jedoch verantwortlich umgehen müssen. Die Rolle des Professionellen beinhaltet in erster Linie das Bekenntnis und die Selbstverpflichtung, für Gesundheit und Wohlbefinden der Patienten und der Gesellschaft verantwortlich und nachhaltig einzutreten (vgl. Frank, 2005: 23–24).

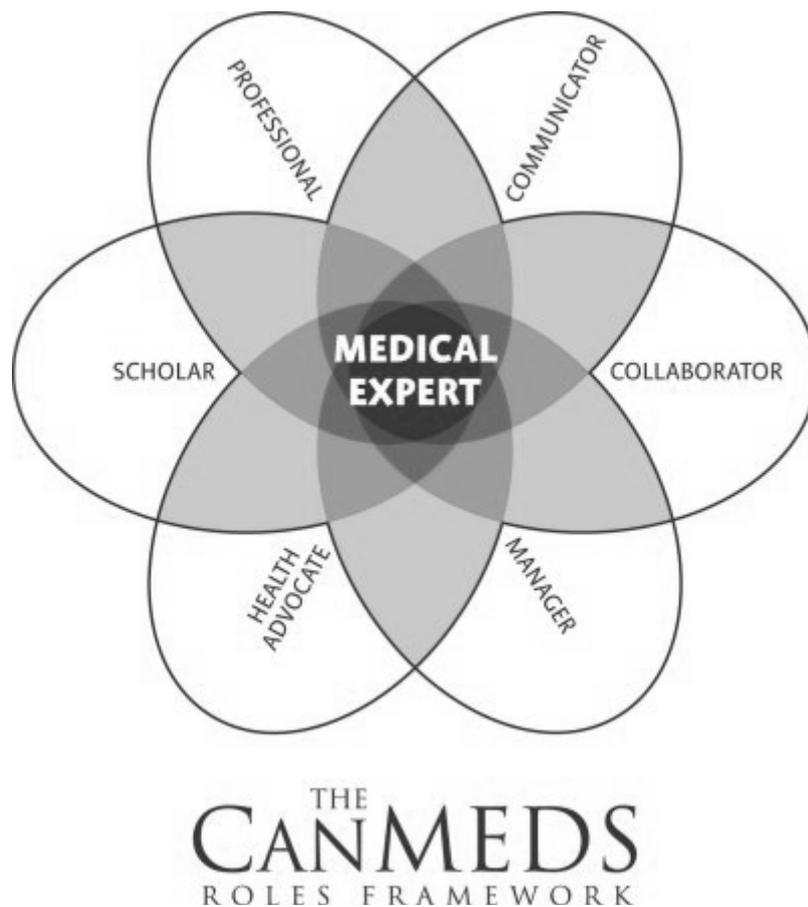


ABB. 8: DAS CANMEDS-MODELL (FRANK, 2005: 3)

Das CanMEDS-Modell genießt inzwischen eine hohe Anerkennung aufgrund seiner ganzheitlichen Sichtweise auf die Bandbreite der Anforderungen in den Gesundheitsberufen (vgl. Panfil/Sottas, 2009). Es wird zur Studienreform in der Medizinerbildung ebenso genutzt (vgl. z. B. Laan et al., 2010) wie zur Konzeption neuer Studiengänge für Gesundheitsberufe (vgl. Sottas, 2011). Zu betonen ist dabei, dass gerade das aus der Medizinausbildung stammende Rollenmodell Anwendung findet, um die Eigenständigkeit und Gleichwertigkeit der Gesundheitsberufe selbstverständlich vorzusetzen:

»Bildungs- und gesundheitspolitisch resultiert aus dieser Konzeption (die Nutzung des CanMEDS-Modells als Referenzrahmen für die Ausbildung der Gesundheitsberufe, Anm. K. R.) zudem ein erheblicher Gewinn, weil alle Diplomierten als vollwertige Berufsleute gelten, nicht als Langzeit-Lernende, die führungsbedürftig in subalternen Positionen verharren.« (Sottas, 2011: 5)

### 4.3 Modifikation des Modells für die professionelle Bearbeitung von Schlüsselproblemen

Die in der Ausbildung von Mediziner/-innen lange Zeit vernachlässigten sozial-kommunikativen Kompetenzen erhalten im CanMEDS-Modell eine neue und herausgehobene Bedeutung. Dieser Entwicklung sind Pflege- und therapeutische Berufe voraus, da sie Handlungskompetenzen zur Kommunikation und Interaktion als selbstverständliche Professionsmerkmale und -anteile auffassen. Deshalb werden die Rollen des Modells nachfolgend zwar aufgegriffen, aber anders geordnet und gewichtet.

Abgesehen von der ersten Rolle des medizinischen Experten lassen sich die anderen Rollen für die hier angesprochenen Gesundheitsberufe übertragen. Diese erste Rolle wird hier zunächst Gesundheitsberufe übergreifend »Experte/-in« genannt und aus dem vorab genannten Grunde deutlicher von den anderen Rollen abgehoben. Die Experten/-innen-Rolle wird definiert als Kernkompetenz, innerhalb derer die anderen Rollen – je nach Situation mit unterschiedlicher Akzentuierung – zur Geltung und Anwendung kommen. Diese Stärkung der Expertenrolle findet sich bereits in der Schweizer Adaption des CanMEDS-Modells (vgl. Sottas, 2011) und wird an dieser Stelle noch deutlicher vorgenommen.

Die zentrale Rolle als Experte/-in einer beruflichen Domäne wird hier beschrieben als umfassende Problemlösekompetenz: Es geht immer darum, eine Situation mit ihren Potenzialen und Risiken zu analysieren und sie mit einem idealen Zustand zu vergleichen. Aus der Diskrepanz von Ist und Soll werden partizipativ die Ziele herausgearbeitet, die in dieser spezifischen Situation mit den beteiligten Personen maximal erreichbar sind. Auf Basis dieser Ziele werden wiederum die professionellen Interventionen, deren Meilensteine und Zwischenevaluationen geplant und durchgeführt. Die Abschlussevaluation ermittelt den Zielerreichungsgrad und den Problemlösungsprozess selbst. Aus ihr werden die folgenden Schritte und Maßnahmen abgeleitet.

Alle weiteren Rollen sind Aspekte des Expertenhandelns und in dieses integriert. Sie werden hier reformuliert und spezifischer gefasst, da sie Teil der pragmatischen Strukturebene sind und um sie hinreichend von den eingangs hergeleiteten allgemeinen Kompetenzen abzugrenzen:

- **Kommunikator/-in**

Der/Die Experte/-in kann Informationen unterschiedlichster Quellen aufnehmen, konstruktiv auswerten und miteinander verknüpfen. Er/Sie kann Informationen und eigenes Fachwissen situations- und zielgruppengerecht vermitteln. Er/Sie kann in kommunikative Aushandlungsprozesse mit Betroffenen und Beteiligten bezüglich der Ziele und Maßnahmen einer Intervention und mit Blick auf die Einschätzung deren Erfolg eintreten.

- **Intra- und interprofessionelle Partner/-in**

Der/Die Experte/-in arbeitet mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe fall- und patientenbezogen gleichberechtigt zusammen. Er/Sie bezieht auch Patienten und deren relevante soziale Netzwerke in die Zusammenarbeit mit ein. Er/Sie nutzt Angehörige anderer Berufsgruppen (z. B. Verwaltung), die die Gesundheitsversorgung unterstützen, zur Bereitstellung der Infrastruktur und liefert ihnen umgekehrt die Daten und Informationen, die diese zur Bereitstellung dieses Supports brauchen.

- **Manager/-in**

Der/Die Experte/-in kann alle mit der Problemlösung verbundenen Organisations- und Steuerungsarbeiten wahrnehmen und führt diese so aus, dass sie der eigentlichen professionellen Expertise dienen (und nicht umgekehrt). Er/Sie trifft Entscheidungen auf der Basis von anerkannten und transparenten Kriterien und macht diese für andere nachvollziehbar. Sie geht verantwortlich mit begrenzten ökologischen, monetären, zeitlichen und personellen Ressourcen um.

- **Gesundheitsfürsprecher/-in**

Der/Die Experte/-in stellt ihr Handeln in den Dienst der Gesundheit einzelner Menschen, sozialer Gruppen und der Gesellschaft. Er/Sie nimmt im Rahmen der professionellen Problemlösung ganz dezidiert eine ressourcenorientierte Perspektive ein, um gesundheitliche Potenziale eines Menschen und seines Umfeldes weitgehend zu nutzen.

- **Lernende und Lehrende**

Der/Die Experte/-in entwickelt ihre domänenbezogene Kompetenz fortlaufend weiter und stellt sie anderen als Anleiter/-in, Mentor/-in und auch als Vorbild zur Verfügung. Er/Sie beteiligt sich aktiv an Prozessen der Wissensgewinnung und -vermehrung.

- **Professionsethiker/-in**

Der/Die Experte/-in folgt in seinem/ihrem Handeln und Verhalten den Standards seiner/ihrer Profession, teilt deren Ethos und ist aktiv an deren Aktualisierung und Weiterentwicklung beteiligt. Er/Sie trägt zum Ausbau professioneller Privilegien im Dienste der gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsversorgung bei und nutzt diese verantwortlich und ohne andere Professionen zu benachteiligen.

Ergänzt wird das CanMEDS-Modell um eine weitere Rolle, die gleichsam das Expertenhandeln als Hauptrolle mit ihren unterschiedlichen Rollenanteilen rahmt: die Reflexion. Diese bezieht sich auf den professionellen Problemlösungsprozess als Kernkompetenz des Expertenhandelns und alle Rollenteilaspekte. Reflektiert wird also die Problemlösungskompetenz mit den Aspekten der Kommunikation, der Zusammenarbeit, der Gesundheitsfürsprache, des Lehrens und Lernens sowie der Professionsethik. Diese Reflexionsbereitschaft und -fähigkeit ist die Voraussetzung dafür, zu einer realistischen Selbsteinschätzung bezüglich der kompetenten Ausübung professioneller Rollen zu gelangen und die dafür erforderlichen Kompetenzen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

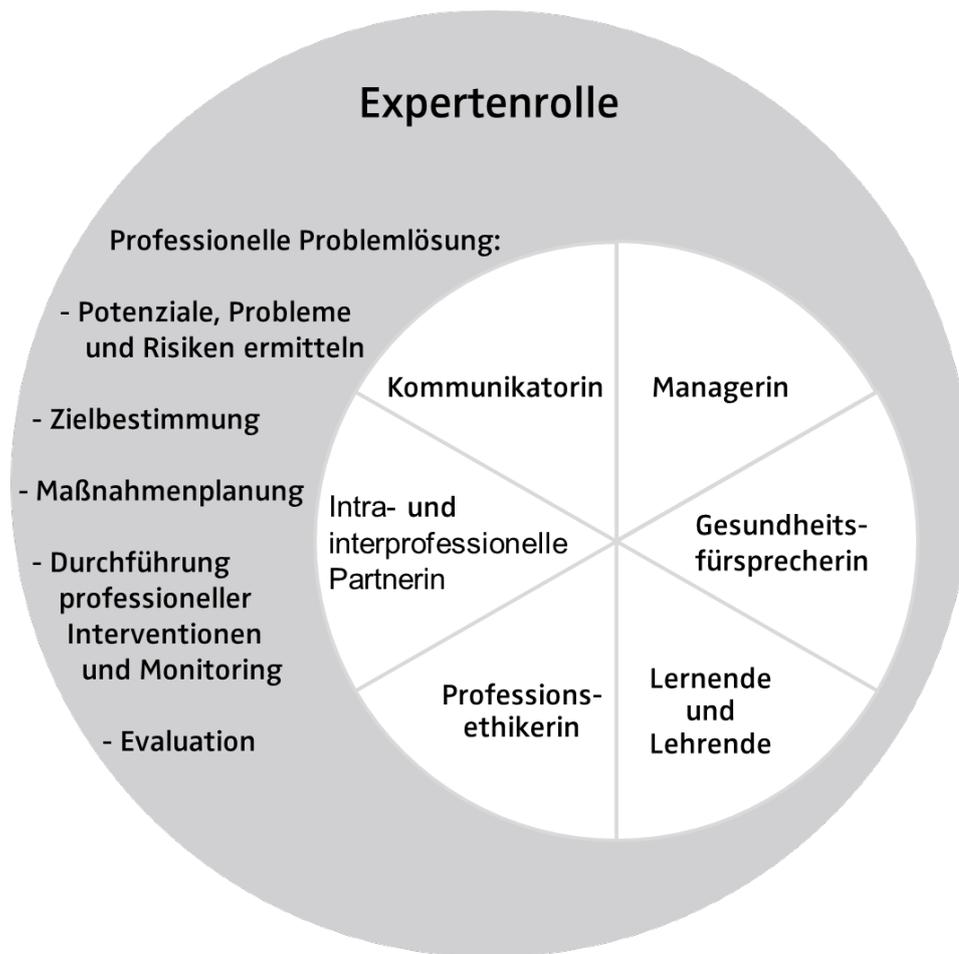


Abb. 9: MODIFIZIERTES UND ERWEITERTES ROLLENMODELL (EIGENE DARSTELLUNG)

Die beiden Ebenen Expertenrolle/Rollenaspekte und die Schlüsselprobleme werden im folgenden Kapitel zur Fallbearbeitung genutzt. Für konkrete Fälle wird dabei für die einzelnen Schlüsselprobleme herausgearbeitet, welche professionellen Problemlösungsschritte erforderlich sind und welche weiteren Rollen Aspekte berücksichtigt werden müssen.

## 5 Die Integration der drei Ebenen im Rahmen einer fallorientierten Didaktik

### 5.1 Grundlagen der fallorientierten Didaktik

Die zuvor hergeleiteten didaktischen Ebenen werden hier zusammenfassend im Rahmen einer fallorientierten Didaktik in einen Gesamtzusammenhang integriert. Die Fallorientierung als grundlegendes Prinzip lässt sich curricular (Modularisierung), professionstheoretisch (Standardisierung professionellen Handelns bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls), mit Blick auf berufspädagogische Paradigmata (Handlungs- und Kompetenzorientierung) und lernpsychologisch (Situationsbewältigung vs. träges Wissen) begründen (vgl. Hundenborn, 2007). Eine wissenschaftliche Begründung und Herleitung der fallorientierten Didaktik sowie ihre Explikation für Fallkonstruktion und -anwendung werden an dieser Stelle nicht vorgenommen, da es dazu bereits die o. g. differenzierte Arbeit von Hundenborn (2007) gibt, auf die verwiesen werden kann. Die fallorientierte Didaktik wird hier vielmehr genutzt, um die drei Strukturebenen zu verbinden.

Die Anwendung der drei didaktischen Ebenen erfolgt anhand von Fallbeispielen. Dieser Fall impliziert einen Handlungsanlass für den jeweiligen Gesundheitsberuf und dessen gesellschaftlichen Auftrag:

»Berufe übernehmen Aufgaben, die in einer Gesellschaft als wichtig erachtet und die ihnen von der Gesellschaft dauerhaft übertragen werden. Was Gegenstand fallbezogener Auseinandersetzung ist, ist demnach abhängig vom Kompetenzbereich des jeweiligen Berufes. Damit wird eine Situation oder eine Begebenheit erst unter einer berufsspezifischen Perspektive zu einem Fall.« (Hundenborn, 2007: 41)

Gemäß der Systematik der Verwendung von »Fall« nach Steiner (2004) hat der hier verwendete Fallbegriff eine doppelte Konnotation: Der Fall steht einerseits für »Exemplum« und soll am Besonderen auch das Allgemeine sichtbar machen. Zum anderen beinhaltet der Fall ein Problem, dessen Lösung lernend erarbeitet werden soll, wobei auch die dabei zu nutzenden Handlungsstrategien noch nicht festgelegt sind: »Im Gegensatz zur Aufgabe, bei der die Methoden zur Bewältigung bekannt sind, muss der Weg zur Lösung im Falle eines Problems zuerst entdeckt und entwickelt werden« (Steiner, 2004: 29). Diese Fälle können sowohl aus realen Fällen heraus entwickelt als auch aus mehreren realen Begebenheiten extrapolierend konstruiert werden (vgl. Hundenborn, 2007). Fallsammlungen für Gesundheitsberufe liegen beispielsweise für die Ergotherapie (Walkenhorst/Becker, 2009; Walkenhorst/Ott, 2010) und die Altenpflege (Kriesten, 2007) vor.

### 5.2 Anwendung der fallorientierten Didaktik

Die Fälle werden im Rahmen des hier vorgelegten didaktischen Mehr-Ebenen-Modells so verwendet, dass zunächst in normativer Hinsicht fachbezogene, berufsorientierte und gesellschaftsrelevante Kompetenzen bestimmt werden. In paradigmatischer Hinsicht erfolgt die reflexive Fallerschließung anhand der Vier-Felder-Matrix, die wertneutral genutzt wird, um sowohl Fakten als auch Bedeutung und Deutungen aus individueller Perspektive sowie aus Sicht der beteiligten sozialen Systeme für die im Fall geschilderte Situation auszuleuchten. Schließlich wird auf der pragmatischen Strukturebene ein professionsspezifischer Problemlösungsprozess für den Fall entlang der Schlüsselprobleme von Gesundheit erarbeitet, der

neben der Rolle des/der Experten/-in weitere Rollen Aspekte, die aus dem CanMEDS-Modells hergeleitet wurden, berücksichtigt:

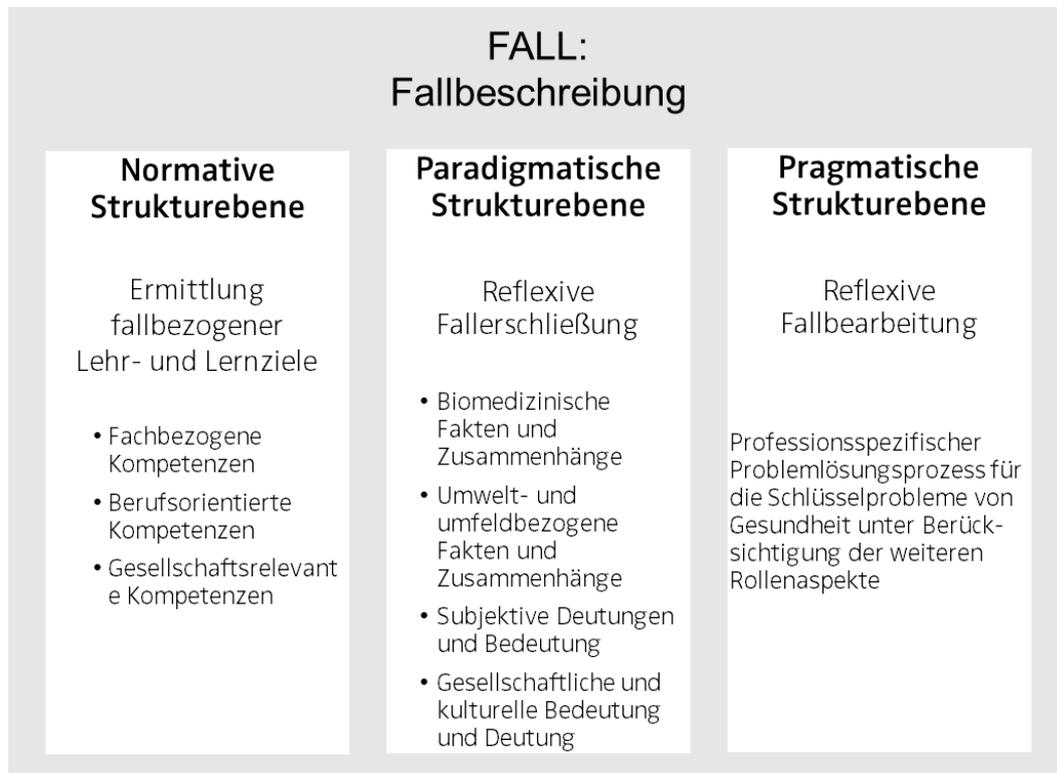


ABB. 10: ZUSAMMENSCHAU DER DREI DIDAKTISCHEN STRUKTUREBENEN (EIGENE DARSTELLUNG)

Ausgangs- und Bezugspunkt der didaktischen Zusammenschau der drei Stufen bildet die normative Strukturebene: Diese Kompetenzen werden als die grundlegenden Bildungsziele verstanden. Mit Blick auf den jeweiligen Fall lassen sich die im dritten Kapitel ausgeführten Kompetenzbereiche weiter präzisieren:

▪ **Fachbezogene Kompetenzen**

Welche wissenschaftlichen Aspekte von »Gesundheit« sind im Fall angesprochen? Welche Paradigmata von Gesundheit können mit diesem Fall in Verbindung stehen?

▪ **Berufsorientierte Kompetenzen**

Welche professionsspezifischen Interventionsgruppen impliziert der Fall? Welche Gestaltungsherausforderungen an die professionellen Beziehungen beinhaltet der Fall? Welche intra-, inter- und transdisziplinären Kompetenzen spricht der Fall an? Welche Rolle hat die jeweilige Profession in diesem Fall im Rahmen der Gesundheitsversorgung und welche Herausforderungen sind damit verbunden? Welche gesellschaftlichen Determinanten müssen bei der Fallbearbeitung berücksichtigt werden?

▪ **Gesellschaftsrelevante Kompetenzen**

Welche Potenziale beinhaltet die spezifische Rolle für die jeweiligen Studierenden? Welcher gesellschaftliche Auftrag verbindet sich mit dem Fall für den jeweiligen Gesundheitsberuf? Welche individuellen Einstellungen bzw. normative Setzungen können an-

hand des Falles reflektiert werden? Welche Kompetenzen werden benötigt, um den ethischen Herausforderungen des Falls begegnen zu können?

Aus diesen Leitfragen können Kompetenzen abgeleitet und formuliert werden, die Auskunft darüber geben, welche Kombination aus Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich ist, um die fallimmanenten Herausforderungen bewältigen zu können und welche somit die gewünschten Lernergebnisse sind.

Die paradigmatische Strukturebene kann im Rahmen einer fallorientierten Didaktik für die reflexive Fallerschließung genutzt werden. Diese Fallerschließung dient dazu, einen mehrperspektivischen Zugang zu der im Fall beschriebenen Gesundheits-/Krankheitssituation zu gewährleisten. Damit wird einerseits eine zu enge Fokussierung auf die offensichtlichen und in der Regel gut zugänglichen medizinischen Fakten verhindert. Zum anderen können eigene subjektive Deutungen bzw. stereotype Erklärungsmuster durch die bewusste Nutzung verschiedener Perspektiven ergänzt und erweitert werden (vgl. Reiber/Göpel, 2011).

Innerhalb des Vier-Koordinaten-Schemas kann das Fallbeispiel aus den vier verschiedenen, sich ergänzenden Perspektiven erschlossen werden:

### **1. Sachlogisch-erklärend auf individueller Ebene**

Welche biomedizinischen Daten zu der Person im Fallbeispiel liegen vor bzw. müssen erhoben werden, um den Fall analysieren zu können? Welche individuellen Ausprägungen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum korrespondieren mit diesen Fakten oder könnten damit zusammenhängen?

### **2. Sinnlogisch-verstehend auf individueller Ebene**

Welche Rückschlüsse oder Vermutungen legt der Fall darüber nahe, wie die im Fallbeispiel geschilderte Person ihre Situation deutet? Welche subjektive Bedeutung legt die Person ihrer aktuellen Situation auf dem Gesundheits- und Krankheits-Kontinuum bei? Welches Gesundheits- und Krankheitserleben kann daraus resultieren? Was stellt sich möglicherweise für sie als besonders belastend dar, wo erlebt sie eigene Ressourcen und externe Unterstützung?

### **3. Sachlogisch-erklärend auf systemischer Ebene**

Welche umwelt- bzw. umfeldbezogenen Daten liegen im Fallbeispiel vor bzw. müssen erhoben werden, um den Fall analysieren zu können? Welche Zusammenhänge zwischen dem beschriebenen Einzelfall und Daten über soziale Systeme, die ähnliche Merkmale aufweisen, bestehen?

### **4. Sinnlogisch-verstehend auf systemischer Ebene**

Welche Rückschlüsse oder Vermutungen legt der Fall darüber nahe, wie die das soziale Umfeld (Familie, relevante Bezugsgruppen, Gesellschaft) der im Fallbeispiel geschilderten Person deren Situation deutet? Welche Bedeutung messen die relevanten sozialen Systeme dem Gesundheits-Krankheits-Prozess der Person bei? Wie deuten sie die damit für die Person verbundenen Risiken und Potenziale?

In der Zusammenschau dieser vier Perspektiven ergibt sich für die Fallerschließung ein differenziertes Bild des Falls, das für die Fallbearbeitung genutzt werden kann. Die Fallbeschreibung selbst wird natürlich nur einen Teil der erforderlichen Daten, Fakten und Angaben liefern. Sie ist vielmehr Ausgangspunkt einer forschenden Recherche mit dem Ziel, die Datenlage des Fallbeispiels um wissenschaftlich fundierte Befunde zu ergänzen. Fakten zu ätiologischen Fragen der Person, ihrer Umwelt und ihres Umfeldes sind dabei ebenso von Interesse

wie Befunde zu subjektiven und sozialen Deutungsmustern von Gesundheits- und Krankheitserleben.

Für die Fallbearbeitung können nun die beiden Dimensionen der pragmatischen Strukturebene zueinander in Beziehung gesetzt werden. Dazu wird der Fall anhand der Schlüsselprobleme durchgearbeitet, um die bestehenden Potenziale, Probleme und Risiken zu bestimmen, daraus Interventionsziele abzuleiten und die geeigneten Maßnahmen durchzuführen und zu evaluieren. Der Problemlösungsprozess kann in dieser formalen Systematik von allen Gesundheitsberufen genutzt werden; eine professionsbezogene Adaption und Erweiterung kann sinnvoll sein – insbesondere dann, wenn professionstypische Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse in einem Gesundheitsberuf *State of the Art* sind (z. B. der Pflegeprozess in den Pflegeberufen, vgl. Krohwinkel, 2007, oder Clinical Reasoning in der Ergo- und Physiotherapie, vgl. Klemme/Siegmann, 2006). Insbesondere die Art der Interventionen stellen die Professionspezifika dar.

Für die Fallbearbeitung in der Rolle des/der Experten/-in ist das Prinzip der Evidenzbasierung hervorzuheben: Als forschend Lernende recherchieren dabei die Studierenden nach der aus empirischer Sicht bestmöglichen Lösung für ein Problem. Für einen spezifischen Fall wird eine Handlungsstrategie erarbeitet, die in dem hierfür verfügbaren Forschungsstand (externe Evidenz) gründet und zugleich individuelles Wissen und Erfahrung aller Beteiligten nutzt (interne Evidenz) unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen (vgl. zu dem Prinzip der Evidenzbasierung z. B. Behrens/Langer, 2010). Der aus der Fallbearbeitung resultierenden Handlungsstrategie liegt dabei eine Haltung zugrunde, die den/die Betroffene/-n als Partner/-in mit einer spezifischen Expertise in eigener Sache betrachtet und einbezieht.

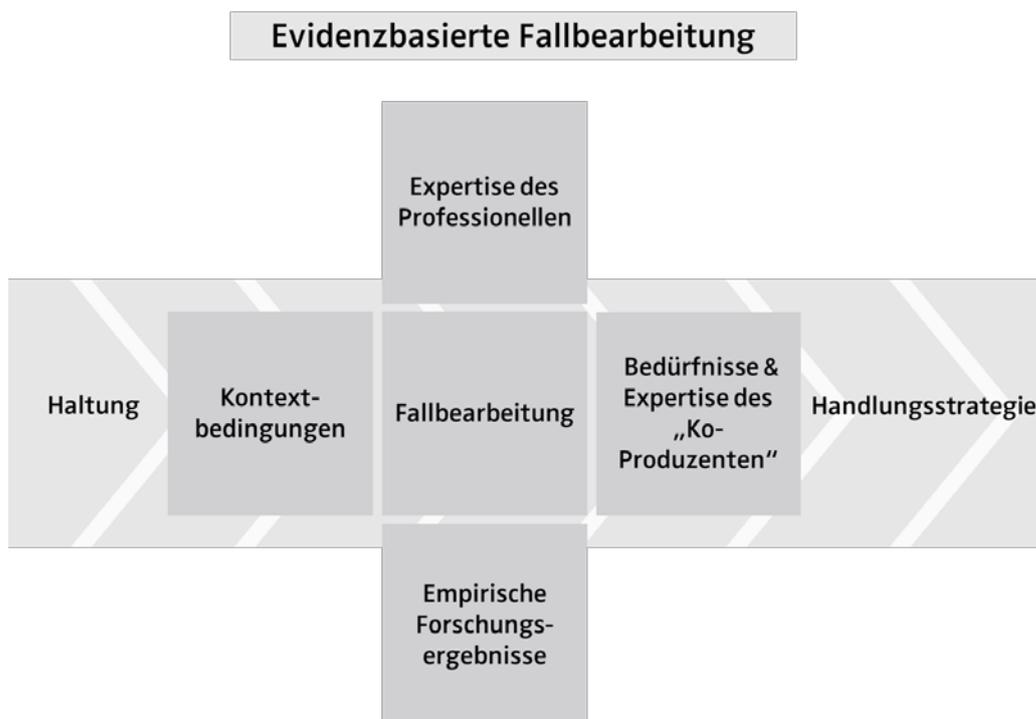


ABB. 11: PRINZIP DER EVIDENZBASIERTEN FALLBEARBEITUNG (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN BEHRENS/LANGER, 2010: 28)

Neben der Hauptrolle als Experte/-in werden bezogen auf die Schlüsselprobleme und den geplanten Problemlösungsprozess weitere Rollen Aspekte herausgearbeitet, die für den Fall von Bedeutung sein können; ferner, welche Maßnahmen diese Aspekte nach sich ziehen.

Ergänzt wird dieses Schema durch Reflexionsschleifen, die die verschiedenen Rollenanteile zum Gegenstand haben – ihre fallbezogene Gewichtung und Ausgewogenheit.

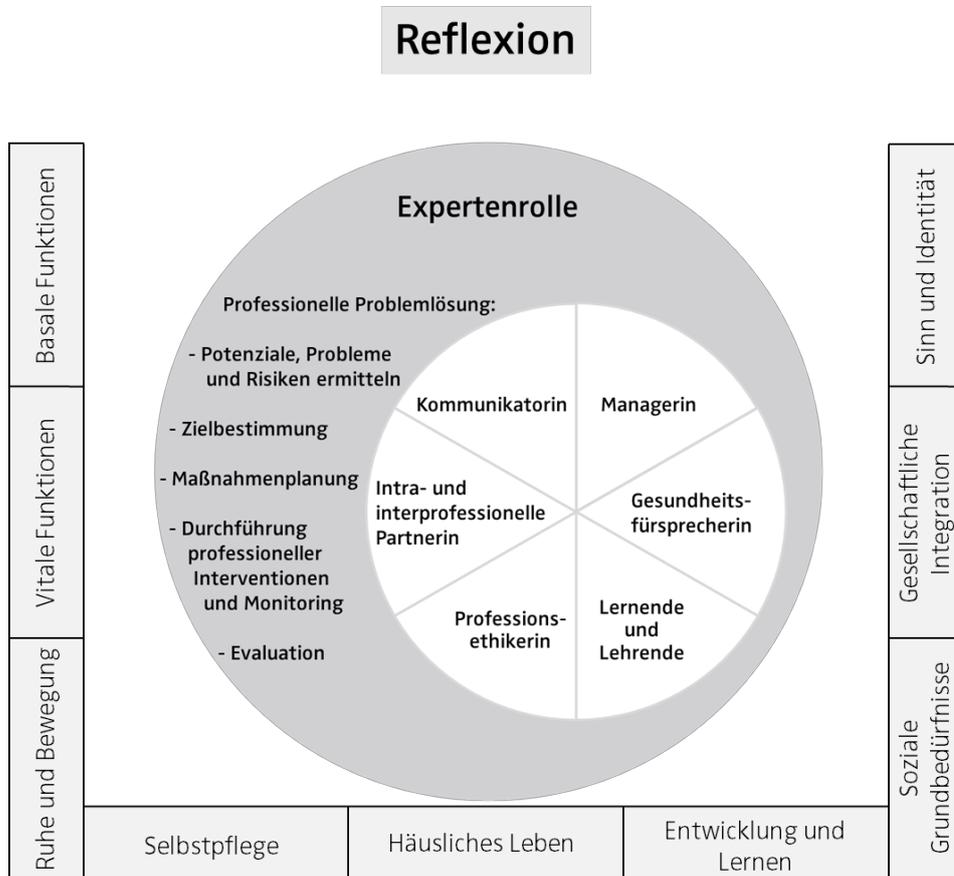


ABB. 12: INTEGRIERTES GESAMTMODELL FÜR DIE FALLBEARBEITUNG (EIGENE DARSTELLUNG)

## 6 Ausblick

Die hier vorgestellte didaktische Grundlegung zum Gegenstand »Gesundheit« kann als gemeinsamer Referenzrahmen für die Ausbildung von Gesundheitsberufen genutzt werden. Es bildet eine Verständigungsgrundlage für die interprofessionelle Kommunikation und Kooperation. Der Beitrag kann dazu genutzt werden, um die für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlichen Kompetenzen curricular abzusichern. Gleichwohl bedarf diese domänenbezogene didaktische Grundlegung der Adaption an die jeweiligen professionsspezifischen Erfordernisse. Dies gilt insbesondere für die Ausgestaltung der Experten/-innen-Rolle und dem damit verbundenen Problemlösungsprozess. Somit bietet das Modell einerseits einen gemeinsamen Rahmen für Fallerschließung und -bearbeitung und zugleich die nötige Offenheit und Anschlussfähigkeit für einzelberufliche Besonderheiten.

Die drei Ebenen verbinden sich zu einem didaktischen Gesamtentwurf. Die Basis bildet die normative Ebene, die mit ihren allgemeinen Zielen in Form von Kompetenzbeschreibungen einen Beitrag zur gesellschaftlichen Legitimation einer Hochschulbildung für Gesundheitsberufe leistet. Die Kompetenzbereiche umfassen berufliche Qualifikation *und* Bildung, eine reflexive Verwissenschaftlichung sowie die individuelle Persönlichkeitsentwicklung in gesellschaftlicher Verantwortung. Darauf baut die paradigmatische Ebene auf, die verschiedene erkenntnistheoretische Perspektiven auf »Gesundheit« integriert und um systemtheoretische sowie salutogenetische Paradigmata erweitert. Hier dient die reflexive Verständigung unterschiedlicher Erkenntnisperspektiven dazu, sowohl hermeneutisches Fallverstehen als auch analytisches Fallklären für die Fallerschließung zu nutzen. Auf einer weiteren und dritten Stufe richtet sich die pragmatische Ebene auf die Handlungsorientierung: Die Fallbearbeitung entlang der Schlüsselprobleme als professioneller Problemlösungsprozess, in den ein vielschichtiges Rollenhandeln eingelagert ist, ist der didaktische Zugang zu professioneller Kompetenzentwicklung.

Diese Grundlegung einer domänenspezifischen Didaktik ist das Ergebnis einer mehrjährigen theoretisch-systematischen Auseinandersetzung und hermeneutischer Arbeit mit verschiedenen (fach-) didaktischen Ansätzen, Modellen und Theorien in enger Rückbindung an den wissenschaftlichen Diskurs. Nach einer relativen theoretischen Sättigung, die inzwischen erreicht ist, wird der weitere Forschungsbedarf umso augenfälliger: In der nächsten Phase der Theoriebildung ist diese empirisch auf ihre Konsistenz zu prüfen. So könnte beispielsweise eine Delphi-Studie (zu diesem Verfahren Häder, 2009) mit Experten/-innen durchgeführt werden, um die für die Ausübung der Experten/-innen-Rolle erforderlichen Kernkompetenzen der einzelnen Gesundheitsberufe und ihre weitere Rollen zu präzisieren. Auch könnten in diesem Verfahren Zuständigkeiten und Schnittstellen der einzelnen Berufe sowie Felder der interprofessionellen Zusammenarbeit identifiziert werden. Weiterhin wäre eine auf empirischer Basis entwickelte Fallsammlung eine ebenso wünschenswerte wie notwendige Ergänzung der Theoriebildung.

Zunächst wünsche ich den vorausgegangenen Überlegungen eine breite Rezeption und eine kritisch-konstruktive Diskussion.

## Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1** Bezüge der Hochschulbildung (Huber, 1995: 128)
- Abb. 2** Kompetenzmodell (eigene Darstellung)
- Abb. 3** Kompetenzdimensionen von Hochschulbildung (eigene Darstellung)
- Abb. 4** Zugänge zu Gesundheit im Verhältnis zur Erkenntnisperspektive (eigene Darstellung in Anlehnung an Beattie, 1993: 262)
- Abb. 5** Heuristik zur Fallerschließung (eigene Darstellung)
- Abb. 6** Gesundheitsmodelle im Verhältnis zu Erkenntnisperspektiven (Mühlum et al., 1997: 311)
- Abb. 7** Erweiterte Heuristik zur Fallerschließung (eigene Darstellung)
- Abb. 8** Das CanMEDS-Modell (Frank, 2005: 3)
- Abb. 9** Modifiziertes und erweitertes Rollenmodell (eigene Darstellung)
- Abb. 10** Zusammenschau der drei didaktischen Strukturebenen (eigene Darstellung)
- Abb. 11** Prinzip der evidenzbasierten Fallbearbeitung (eigene Darstellung in Anlehnung an Behrens/Langer, 2010: 28)
- Abb. 12** Integriertes Gesamtmodell für die Fallbearbeitung (eigene Darstellung)

## Literatur

- Achtenhagen, F. (2004): Prüfung von Leistungsindikatoren für die Berufsbildung sowie zur Ausdifferenzierung beruflicher Kompetenzprofile nach Wissensarten. In: BMBF (Hrsg.): Bildungsreform, Band 8: Expertisen zu den konzeptionellen Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht – Berufliche Bildung und Weiterbildung/Lebenslanges Lernen. [http://www.bmbf.de/pub/expertisen\\_zd\\_konzept\\_grundlagen\\_fn\\_bildungsbericht\\_bb\\_wb\\_III.pdf](http://www.bmbf.de/pub/expertisen_zd_konzept_grundlagen_fn_bildungsbericht_bb_wb_III.pdf). Abgerufen am 11.05.2012
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Erweiterte deutsche Ausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt
- Bals, T. (1998): Zur Pflegewissenschaft und ihrer Didaktik. In: Bonz, B.; Ott, B. (Hrsg.): Fachdidaktik des beruflichen Lernens. Stuttgart: Steiner, S. 174–192
- Bayer, M.; Carle, U.; Wildt, J. (1997): Editorial. In: Dies. (Hrsg.): Brennpunkt: Lehrerbildung. Strukturwandel und Innovation im europäischen Kontext. Beiträge zum 15. Kongreß der DGfE an der Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg 1996. Opladen: Leske und Budrich, S. 7–16
- Beattie, A. (1993): The changing boundaries of health. In: Beattie, A.; Gott, M.; Jones, L.; Sidell, M. (Eds.): Health and Wellbeing: A Reader. Basingstoke: Macmillan, S. 260–271
- Behrens, J.; Langer G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft«. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Huber
- Darmann, I. (2000): Kommunikative Kompetenz in der Pflege – ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kompetenz. Stuttgart: Kohlhammer
- Darmann-Finck, I. (2010): Interaktion im Pflegeunterricht. Begründungslinien der Interaktionistischen Pflegedidaktik. Frankfurt/M. u. a.: Peter Lang
- Ertl-Schmuck, R. (2000): Pflegedidaktik unter subjekttheoretischer Perspektive. Frankfurt/M.: Mabuse
- Ertl-Schmuck, R.; Fichtmüller, F. (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Synopse, Diskussion und Resümee. In: Dies. (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. München/Weinheim: Juventa, S. 203–231
- Fichtmüller, F.; Walter, A. (2007): Pflege gestalten lernen: Empirische pflegedidaktische Befunde und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen: V & R unipress
- Frank, J. R. (Ed.) (2005): The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. [http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005\\_e.pdf](http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_e.pdf). Abgerufen am 11.05.2012

- Friedrichs, A.; Schaub, H.-A. (2010): Interprofessionalität. Aktuelle Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Studium. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer, S. 98–101
- Friedrichs, A.; Schaub, H.-A. (2011): Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2011, Vol. 28 (4), S. 1-13. <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2011-28/zma000762.shtml> . Abgerufen am 11.05.2012
- Greb, U. (2003): Identitätskritik und Lehrerbildung. Ein hochschuldidaktisches Konzept für die Fachdidaktik Pflege. Frankfurt/M.: Mabuse
- Goldschmidt, D. (1973): Zum Schicksal der deutschen Universität am Ausgang ihrer bürgerlichen Epoche. In: Neue Sammlung, Göttinger Zeitschrift für Erziehung und Gesellschaft, 13. Jahrgang, S. 2–4
- Häder, M. (2009): Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Halek, M. (2003): Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit. Hannover: Schlüterscher Verlag
- Heil, S.; Faust-Siehl, G. (2000): Universitäre Lehrerausbildung und pädagogische Professionalität im Spiegel von Lehrenden. Eine qualitative empirische Untersuchung. Weinheim: Beltz/Deutscher Studien Verlag
- Henderson, V. (1997): Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer, S. (Hrsg.): Pflgetheorien – Beispiele aus den USA. Bern: Huber, S. 39–54
- Hochschulen für Gesundheit e. V. (2008): Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e. V. In: Göpel, E./GesundheitsAkademie e. V. (2008): Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten, Band 3. Frankfurt/M: Mabuse, S. 263–271
- Hörmann, G. (2009): Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines »alten« neuen Fachs. In: Ritterbach, U.; Nicolaus, J.; Spörhase, U.; Schleider, K. (Hrsg.): Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg i. Br.: Centaurus, S. 13–33. [http://www.pedocs.de/volltexte/2009/2250/pdf/Hoermann\\_2009\\_Gesundheitserziehung\\_D\\_A.pdf](http://www.pedocs.de/volltexte/2009/2250/pdf/Hoermann_2009_Gesundheitserziehung_D_A.pdf). Abgerufen am 11.05.2012
- Hörmann, G. (2011): Einführung in die Gesundheitspädagogik. Einführungstexte Erziehungswissenschaft, Band 14. Stuttgart: utb (im Erscheinen)
- Hohm, H.-J. (2000): Soziale Systeme, Kommunikation, Mensch. Eine Einführung in die soziologische Systemtheorie. Weinheim/München: Juventa
- Holoch, E. (2002): Situieretes Lernen und Pflegekompetenz. Entwicklung, Einführung und Evaluation von Modellen Situiereten Lernens für die Pflegeausbildung. Bern u. a.: Huber
- Huber, L. (1995): Hochschuldidaktik als Theorie der Bildung und Ausbildung. In: Ders. (Hrsg.): Ausbildung und Sozialisation in der Hochschule. Band 10 der Enzyklopädie Erziehungswissenschaft: Handbuch und Lexikon der Erziehung in 11 Bänden und einem Registerband, hrsg. von Lenzen, D. unter Mitarbeit von Schröder, A. Stuttgart/Dresden: Klett-Verlag für Wissen und Bildung, S. 114–138

- International Council of Nurses (ICN) (2003): ICNP®. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Huber
- Klafki, W. (1994): Zweite Studie: Grundzüge eines neuen Allgemeinbildungskonzeptes. Im Zentrum: Epochaltypische Schlüsselprobleme. In: Ders.: Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. 4. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag
- Klemme, B.; Siegmann, G. (2006): Clinical Reasoning. Therapeutische Denkprozesse lernen. Stuttgart: Thieme
- Kneer, G.; Nassehi, A. (2000): Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. 4. unveränderte Auflage. Stuttgart: utb für Wissenschaft/W. Fink
- Kriesten, U. (2007): Fallsammlung für die lernfeldorientierte Altenpflegeausbildung. Lern- und Handlungssituationen für den Unterricht und zur Vorbereitung auf die staatliche Prüfung. Hannover: Schlütersche/Brigitte Kunz
- Krohwinkel, M. (2007): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Ruth Schröck. 3., durchgesehene Auflage 2008. Bern: Huber
- Kron, F. (1999): Wissenschaftstheorie für Pädagogen. München/Basel: Reinhardt
- Laan, R. F. J. M.; Leunissen, R. R. M.; Herwaarden, C. L. A. van (2010): The 2009 framework for undergraduate medical education in the Netherlands. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, Vol. 27 (2), S. 1–4. <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2010-27/zma000672.shtml>. Abgerufen am 11.05.2012
- Luhmann, N. (1999): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Maslow, A. H. (1954): Motivation and personality. New York: Harper & Row
- Maslow, A. H. (1977): Motivation und Persönlichkeit. Olten: Walter-Verlag
- Meleis, A. (1991): Theoretical Nursing: Development & Progress. 2. Auflage. New York: Lippincott
- Mühlum, A.; Bartholomeyczik, S.; Göpel, E. (1997): Sozialarbeitswissenschaft, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft. Freiburg i. Br.: Lambertus
- Naidoo, J.; Wills, J. (2003): BZgA (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- NANDA International (2010): Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikationen 2009–2011. Kassel: Recom
- Nefiodow, L. A. (2007): Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. 6. Auflage. St. Augustin: Rhein-Sieg-Verlag
- Newton, C. (1997): Pflege nach Roper, Logan und Thierney. Freiburg i. Br.: Lambertus
- Oechsner, W.; Reiber, K. (2010): Synergie-Effekte und wechselseitige Ergänzung von Hochschuldidaktik und Medizindidaktik. In: Zeitschrift für Hochschulentwicklung, 5. Jahrgang, 2010 (3), S. 116–127. <http://www.zfhe.at/index.php/zfhe/article/download/36/16>. Abgerufen am 11.05.2012
- Olbrich, C. (1999): Pflegekompetenz. Bern u. a.: Huber

- Olbrich, C. (2010): Pflegekompetenz. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber
- Panfil, E. M.; Sottas, B. (2009): Where do the best come from? Global competition in education.
- Who trains the competent healthcare professionals of the future? Zürich: Careum.  
[http://www.stiftungcareum.ch/files/media/files/af9b91d64870ab4563ce7af191702f03/Careum\\_Working\\_Paper\\_02\\_en.pdf](http://www.stiftungcareum.ch/files/media/files/af9b91d64870ab4563ce7af191702f03/Careum_Working_Paper_02_en.pdf). Abgerufen am 11.05.2012.
- Peterßen, W. H. (2001): Lehrbuch Allgemeine Didaktik. 6., völlig veränderte, aktualisierte und stark erweiterte Auflage. München u. a.: Oldenbourg
- Reiber, K. (2010): Empirische Befunde zur Unterrichtskultur in der Pflegeausbildung. In: *bildungsforschung*, 7. Jahrgang, Ausgabe 1. <http://www.bildungsforschung.org/index.php/bildungsforschung/article/viewFile/109/pdf>. Abgerufen am 11.05.2012.
- Reiber, K. (2011): Berufsfeld- und hochschuldidaktische Perspektiven auf Gesundheitsprofessionen. Ein bildungstheoretisch-fallorientierter Zugang. In: *Lernwelten* (Hrsg.): *Didaktik und Bildungsverständnis. Pädagogik in der Pflege- und Therapieausbildung*. Hungen: hpsmedia (Buchreihe Pflegewissenschaft), S. 139–145
- Reiber, K. (2012): Kompetenzentwicklung durch forschendes Lernen in pflege- und gesundheitsbezogenen Studiengängen. In: Nauerth, A.; Walkenhorst, U.; von der Heyden, R. (Hrsg.): *Hochschuldidaktik in pflegerischen & therapeutischen Studiengängen. Beiträge zur Fachtagung am 19. Mai 2010*. Münster: LIT-Verlag, S. 17–27
- Reiber, K.; Göpel, E. (2011): Metakognitive Orientierungen als Grundlage einer reflexiven Hochschuldidaktik gesundheitsbezogener Studiengänge – fachübergreifende Beiträge zu einer interprofessionellen Verständigung. In: Wildt, J.; Jahnke, I. (Hrsg.): *Fachbezogene und fachübergreifende Hochschuldidaktik*. Bielefeld: Bertelsmann, S. 237–244
- Reiber, K.; Remme, M. (2009): Das erziehungswissenschaftlich-berufspädagogische Selbstverständnis der Pflegepädagogik – Empirische Befunde und wissenschaftstheoretische Positionen. In: *bwp@ – Berufs- und Wirtschaftspädagogik online*, Nr. 16, S. 1–28. [http://www.bwpat.de/ausgabe16/reiber\\_remme\\_bwpat16.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe16/reiber_remme_bwpat16.pdf). Abgerufen am 11.05.2012.
- Reiss, K.; Ufer, S. (2010): Fachdidaktische Forschung im Rahmen der Bildungsforschung: Eine Diskussion wesentlicher Aspekte am Beispiel der Mathematikdidaktik. In: Tippelt, R.; Schmidt, B. (Hrsg.): *Handbuch Bildungsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag, 3., durchgesehene Auflage, S. 199–213
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (svr) (2008): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007*. Baden-Baden: Nomos
- Schneider, A. (2003): *Wie lehrt und lernt man Gesundheit? Problem- und erfahrungsorientierte Fachdidaktik am Beispiel eines Curriculums Gesundheitswissenschaften*. Lage: Verlag Hans Jacobs
- Schurz, G. (2006): *Einführung in die Wissenschaftstheorie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Schwarz-Govaers, R. (2005): *Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell*. Bern u. a.: Huber

- Sloane, P. F. E. (2007): Bildungsstandards in der beruflichen Bildung. Wirkungssteuerung beruflicher Bildung. Paderborn: Eusl
- Sloane, P. F. E.; Dilger, B. (2005): The Competence Clash – Dilemmata bei der Übertragung des Konzepts der nationalen Bildungsstandards auf die berufliche Bildung. In: bwp@ – Berufs- und Wirtschaftspädagogik online, Nr. 8, S. 1–32. [http://www.bwpat.de/ausgabe8/sloane\\_dilger\\_bwpat8.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe8/sloane_dilger_bwpat8.pdf). Abgerufen am 11.05.2012.
- Sottas, B. (2011): Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, Vol. 28 (1), S. 1–12. <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2011-28/zma000723.shtml>. Abgerufen am 11.05.2012.
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit: Personal 2009. Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Personal2120731097004,property=file.pdf>. Abgerufen am 11.05.2012.
- Steiner, E. (2004): Erkenntnisentwicklung durch Arbeiten am Fall. Ein Beitrag zur Theorie fallbezogenen Lehrens und Lernens in Professionsausbildungen mit besonderer Berücksichtigung des Semiotischen Pragmatismus von Charles Sanders Peirce. Zürich: Universität. [http://www.ewi.tu-berlin.de/fileadmin/i49/dokumente/1143711480\\_diss\\_steiner.pdf](http://www.ewi.tu-berlin.de/fileadmin/i49/dokumente/1143711480_diss_steiner.pdf). Abgerufen am 11.05.2012.
- Stroß, A. M. (2009): Reflexive Gesundheitspädagogik. Interdisziplinäre Zugänge - Erziehungswissenschaftliche Perspektiven. Berlin: Lit-Verlag
- Walkenhorst, U.; Becker, H. (2009): Fallbuch Ergotherapie in der Pädiatrie. Unter Mitarbeit von Espei, A.; Heller, B.; Hessenauer, M. u. a. Stuttgart/New York: Thieme
- Walkenhorst, U.; Ott, U. (2010): Fallbuch Ergotherapie in der Psychiatrie. Unter Mitarbeit von Becker, H.; Berding, J.; Eiling, Ch. u. a. Stuttgart/New York: Thieme
- Weinert, F. E. (2001): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Ders. (Hrsg.): Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim/Basel: Beltz, S. 17–31
- Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Überarbeitete, korrigierte Fassung. [http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw\\_bericht\\_20070323.pdf](http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_bericht_20070323.pdf). Abgerufen am 11.05.2012.
- Wittneben, K. (1991): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. Frankfurt/M. u. a.: Peter Lang
- Wittneben, K. (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. Frankfurt/M. u. a.: Peter Lang
- Wulfhorst, Britta (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik: Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim/München: Juventa

## Anschrift der Autorin

### **Dr. Karin Reiber**

Prof. Dr. rer. soc. Karin Reiber  
Studiendekanin/wiss. Leiterin des Didaktikzentrums  
Hochschule Esslingen  
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege  
Flandernstraße 101  
73732 Esslingen  
[www.dr-reiber.de](http://www.dr-reiber.de)

## Herausgeberinnen

### **Regine Richter**

Leiterin der Arbeitsstelle Hochschuldidaktik

### **Christine Baatz**

Akademische Mitarbeiterin  
Eberhard Karls Universität Tübingen

## Anschrift der Redaktion

Eberhard Karls Universität Tübingen  
Zentrale Verwaltung II – Arbeitsstelle Hochschuldidaktik  
Sigwartstr. 20  
72076 Tübingen  
Tel. +49 (0) 70 71–29 78 385  
Fax +49 (0) 70 71–29 56 15  
[hochschuldidaktik@uni-tuebingen.de](mailto:hochschuldidaktik@uni-tuebingen.de)  
[www.uni-tuebingen.de/hochschuldidaktik](http://www.uni-tuebingen.de/hochschuldidaktik)

Tübinger Beiträge zur Hochschuldidaktik  
Herausgeberinnen: Christine Baatz, Regine Richter  
Die Beiträge sind abrufbar unter:  
<http://w210.ub.uni-tuebingen.de/portal/tbhd/>

- **(2011) 7,1**  
**Konflikte in der Hochschullehre. Die Moderationsmethode als Möglichkeit der Bearbeitung**  
Martina Wanner
- **(2010) 6,1**  
**Projektarbeit mit Symposium als neue Lehrform im Fach »Medizinische Psychologie und Soziologie«**  
Andrea Kübler; Ute Strehl
- **(2009) 5,2**  
**Integration der Kategorie Gender in die Hochschuldidaktik**  
Patricia Graf
- **(2009) 5,1**  
**Ein Lehrportfolio als Teil von Bewerbungsunterlagen**  
Miriam Noël Haidle
- **(2008) 4,3**  
**Lernerzentrierte und aktivierende Lehre: Konzeption und Umsetzung am Beispiel des teilvirtuellen Seminars »Multimediale Landeskunde«**  
Birke Dockhorn
- **(2008) 4,2**  
**Strengthening Cooperation and Enhancing Activation in Problem-Based Learning through Concrete External Representations**  
Manfred Künzel; Daniel Inderbitzin
- **(2008) 4,1**  
**»Das zersägte Klassenzimmer«: Ein Gruppenpuzzle-Experiment in Zeiten der Ökonomisierung von Bildungsprozessen**  
Rolf Frankenberger
- **(2007) 3,2**  
**Aktive Studierende - kompetenzorientierte Ausbildung: Fallbeispiele lernender Lehrender**  
Manfred Künzel; Silvana Rizzi; Heike Zinsmeister; Andreas Oelze; Thomas D'Souza; Patricia Graf
- **(2007) 3,1**  
**Forschendes Lernen als hochschuldidaktisches Prinzip - Grundlegung und Beispiele**  
Karin Reiber
- **(2006) 2,1**  
**Wissen - Können - Handeln: ein Kompetenzmodell für lernorientiertes Lehren**  
Karin Reiber
- **(2005) 1,2**  
**Vielfalt als Chance: konstruktiver Umgang mit Heterogenität in Lehrveranstaltungen**  
Autorin: Regine Richter
- **(2005) 1,1**  
**Schriftliches Gutachten und Checkliste als Form der Rückmeldung zu studentischen Haus- und Abschlussarbeiten: ein Modell aus dem Fach Evangelische Theologie**  
Ulrike Treusch

