

# Communicative positioning of one's own profession in interprofessional settings

## Abstract

**Aim:** Interprofessional education (IPE) is taking on increasing importance in our complex healthcare system and receiving ever greater attention in the teaching of health science. The majority of concepts and methods employed in this area are based on normative ideas about interprofessional cooperation and only seldom based on empirical research. This paper is an initial attempt to augment this deductive approach with an inductive perspective for the purpose of subsequently providing empirical support for IPE teaching methods.

**Method:** Drawing on the qualitative approach to linguistic conversation analysis, language-based professional markers are identified on the basis of recorded classroom simulations with nursing and midwifery students; it is assumed that these markers are significant in relevant interprofessional communication processes and, as a result, influence actual collaboration between the health professions. These markers are classified and commented on, and their importance to teaching and practical implementation in interprofessional interaction is emphasized.

**Results:** Students routinely use various professional markers in simulations. However, these occur much less frequently than initially expected, except when marking difference in relation to physicians. At the same time, all the interactions are shaped by pronounced self-presentation among the students, and this comprises a large aspect of the interactions observed here. Profession-specific communication and differentiation processes also appear to be slow in establishing themselves in terms of students delegating tasks or voicing expectations. In addition, the role of "student" has a function that should not be underestimated in these interactions.

**Conclusion:** Professional markers are an essential component of interprofessional communication and are based on numerous, observable linguistic phenomena, of which only a few are presented here. This empirical approach has not yet appeared in the discourse surrounding IPE; however, it is, in the authors' opinion, not only necessary to compare interprofessional interactions with lived reality, but also to be in a position to operationalize interprofessional practice and ultimately assign it to competency areas. For this reason, further empirical observations and analyses are needed to tighten the still unclear definition of interprofessional communication and to develop empirically founded, measurable criteria for teaching and testing.

**Keywords:** Interprofessional education, interprofessional practice, interprofessional collaboration, communication skills, grounded theory, midwifery, nursing, conversation analysis

## Authors

Shared first authorship

### 1. Aim

In the discussion about how to define interprofessional settings, communication is repeatedly emphasized as an

important competency in connection with the professional roles of those working in health care, and as being significant for successful collaboration [1] [<http://www.nklm.de> cited 2015 Aug 4]. Yet, no empirical studies currently exist concerning communicative positioning within interprofessional interactions. Frequently, learned roles necessary to education and learning and the resulting mode of interprofessional communication shaped by these roles has been guided by normative ideas and de-

André Posenau<sup>1</sup>

Tim Peters<sup>2</sup>

1 Hochschule für Gesundheit,  
Department für Angewandte  
Gesundheitswissenschaften,  
Bochum, Germany

2 Ruhr-Universität Bochum,  
Medizinische Fakultät,  
Zentrum für Medizinische  
Lehre, Germany

veloped in consensus procedures based on experience [2]. In addition, with the increasing relevance of the topic in the curricular context, the issue arises as to how the corresponding competencies can be assessed adequately, since in the authors' opinion, no empirically founded evaluation scale has been developed. As is the case with practical skills, students cannot be compared with fully trained professionals in the health professions when it comes to interprofessional communication in the curriculum and assessment practices. Therefore, objectives and standards must be adapted to or reformulated for the various levels of education.

To address this issue, concrete empirical data from relevant interactions are necessary to analyze the communication of students' own professional roles and assign it to competency areas, to then, in turn, be able to teach and assess it in the future on an empirical basis. The aim of this paper is to introduce empirical data gathered from student communication into the current discussion regarding interprofessional communication in education. In the near future, a catalogue will be drafted listing categories for positioning strategies drawn from authentic data, from which empirically based inspiration for teaching and assessing can be derived.

In this paper, we address the issues of how students' own roles are presented and demarcated in relation to other professions, and which function or communicative task is taken on by these processes in interprofessional settings. Our focus is on the identification and discussion of positioning markers in interprofessional settings involving second-semester students of midwifery and nursing.

In order to fully appreciate the implications for teaching and curriculum, a brief deconstruction of IPE and the object of investigation is necessary, since these theoretical concepts have strongly influenced curricular design and especially the communication setting undergoing analysis here. In essence, the authors subscribe to the definition of CAIPE, the Center for Advancement of Interprofessional Education in the UK, which defines IPE as occurring "when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care" [3]. In the process of doing this, the material taught should improve collaborative skills, teamwork, understanding the interacting roles, and improving attitudes toward the other professions [4]; all of this can and must be realized primarily through communication. Furthermore, it must be considered that learning communication skills in this case does not involve learning new material, but rather "unlearning" [5], since students are already familiar with linguistic strategies for controlling conversational processes and with means for expression from various other cooperative settings (group work in school, group presentations, etc.), which, in terms of conversation analysis, do not differ from the communicative methods seen in interprofessional interactions.

## 2. Method

This paper investigates the positioning strategies employed in interprofessional interactions between nurses and midwives as seen in second-semester students at the Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum, Germany. To improve collaborative skills, students complete six modules on interprofessional interaction, of which the IPE04 module (Interprofessional Communication) is meant to promote pragmatic cooperation between the professions. Theories of communication, communication techniques, conversational features, and psychosocial principles are covered in lectures during the first part, and the material is then practiced and applied during two-day workshops. The module's core element consists of a simulation and its subsequent evaluation in small groups. To accomplish this, the students were divided into two groups (occupational therapists and physiotherapists, midwives and nurses) and then confronted with appropriate interprofessional patient cases. Due to the narrowed focus on nursing and midwifery, the following illustrations refer only to these two subgroups. It must be noted that all members of the groups investigated here had attained the German Abitur (the school-leaving certificate conferring the right to study at a German university) and thus had been exclusively subject to academic socialization. There were no practitioners with relevant prior experience in these groups.

After receiving the patient case, students were filmed as they brainstormed on how to approach the patient, interacted with the simulated patient, and then conducted an internal follow-up discussion about planned therapy and care. The students then received two hours of feedback in small groups as part of the video analysis to raise their awareness of the interactional processes covered in advance. This approach combines aspects of problem-based learning [6], [7] with simulated patients [8], respectively contact with real patients, with already proven training and feedback methods [9]. These videos also represent the data on which the results presented in this paper are based.

The eight groups investigated here consisted randomly of four to eight nursing and midwifery students. As preparation, the students were given the case information in advance; in this case this was the prenatal care record (Mutterpass) and medical chart of a pregnant patient who had a groin hernia in the third month of pregnancy and suffers from gestational diabetes, as well as an elevated lipoprotein count. Each of these findings had been diagnosed by the attending physician and documented accordingly on the medical records, the disclosure of which the patient had expressly consented to. The students were given the task of advising the patient during a simulated hospital admission and of coming up with appropriate, interprofessional nursing care and additional measures. The students' initial conferencing took place during one session, contact with the patient and the follow-up discussion during a second one. While all students participated in the initial and follow-up discussions, only

two to three students were chosen by the groups to interact with the simulated patient.

The initial discussion, the contact with the patient, and the follow-up discussion were all captured on film, and the resulting 7 hours and 33 minutes of material were then notated in the manner of a score using the transcription program EXMARaLDA [10]. We followed the basic conventions of GAT2 [11], which can at present be described as the standard transcription system for conversational analysis in German linguistics. This system allows observed communication to be presented with differing degrees of detail without having to use coding. We chose to use medium transcript resolution for the data, meaning that along with the content of the spoken language, some relevant, but for practical reasons not all, verbal and nonverbal aspects were documented in writing such as pauses (length in seconds, [1.5]), stressed elements (capitalization, e.g. "NO"), and paraverbal aspects (described in angle brackets, e. g. <<laughing> yes >). All of the transcription conventions are listed in the appendix. The material was then reviewed separately by the authors and subjected to a detailed analysis using linguistic conversational analysis [12]. When performing the conversational analysis, purely superficially observable linguistic and grammatical phenomena (subjunctives, imperatives or complex technical jargon) were identified at first, and the results were clustered. Based on this, hypotheses were then formulated and explored to identify rules, structures and processes that played a role in the observed communicative context based on frequency, form, placement and function. This qualitative method contains aspects of *grounded theory* [13], discourse analysis [14] and ethnomethodological conversation analysis [15], [16] and has been employed for over 40 years in research on communication in health care [17], [18]. Relevant quality criteria for this kind of qualitative analysis are the quality of the recording and transcription data, the role and consideration of the observer's paradox, the theoretical saturation and, in particular, the issue of generalizability [12], which will be addressed in more detail in the discussion.

Unfortunately, consideration of the non-verbal aspects was not possible due to the large group of students, the would be necessary numbers of cameras, and the current lack of validated instruments for dealing with such large amounts of data [19]. For this reason, the focus of this study lies on verbal and paraverbal aspects of interprofessional communication.

### 3. Results

The basic results of the analysis are presented here in five subsections that, due to the observed internal and external communicative functions of positive self-presentation, achieving conversational goals, and controlling the structure of the conversation, are viewed as relevant and pedagogically useful. In the transcripts, "St" paired with specific numbers indicates an individual stu-

dent; the abbreviations P (nursing) and H (midwifery) denote the professional field.

#### 3.1. Positioning a profession by naming the profession

A central communicative task which must be carried out at all times during interactions is giving structure to the conversation and addressing the individual contributions to it (see figure 1).

In the recorded conversations, the positioning of a profession, as is visible in this example, is frequently accomplished by multiple addresses and the direct naming of the profession. The nursing student does this when addressing a question to the collaborating profession ("well my first question (0.5) for the midwives is,"). By doing this, she addresses only a part of the group and excludes her own profession (nursing) from the obligation to respond. This selection is a competency-based selection through which it is implicitly implied that certain tasks can be accomplished by a certain profession with a higher level of efficiency. It is, however, more a marker giving structure to the spoken exchange, rather than a mostly identity-building one in relation to medical doctors as seen in the following example (see figure 2).

It is frequently observed that when communicative positioning takes place in relation to physicians, this occurs exclusively with a reduction of a profession's own scope of responsibility and options, as is demonstrated in the statement by St06-H. Positioning in terms of the frequently discussed limitations of one's own profession and other professions is never used in our corpus as a strategy for taking actions, but rather only as a means of relinquishing competency and passing on responsibility. In the situation presented here it would also be possible to discuss various options after a formal medical finding has been made in order to react more flexibly to the imminent contact with the patient. This was not seen in any of the interactions, but would very much need to be done in reference to holistic and effective health care. Instead of viewing the physician as an isolated, foreign and potentially superior element, integrating the results and findings of medical practice would allow a high potential for collaboration.

#### 3.2. Positive self-image

Another important and essentially always relevant function is that of self-presentation in interactions, meaning the issue of shaping one's own identity and the ensuing relationship to others. In respect to this, there are two basic attitudes: a defensive attitude in which one attempts to protect and present one's own image as competent within the context at hand, and a protective attitude in which this is realized in the other party (in this case, the other students) [20]. Self-presentation becomes particularly tricky in conflict situations, as in the following example, where a nursing student proposes a cesarean

St02-P [v]	(3.0) well my first question (0.5) for the midwives is, what kind of eh interventions
St02-P [v]	do you have due to the hernia; because that made me a bit eh
St02-P [v]	confused, (-) °h yes well, not really confused; (0.5) e:hm I can't find many
St02-P [v]	possibilities how to help and support her anyway; (0.5)

Figure 1: Addressing the individual contributions

St03-P [v]	but stupid right, (-) we are somehow (0.5) not very good prepared concerning these
St03-P [v]	hernia operations (-)
St01-P [v]	Yes but there's nothing we can do anyway
St06-H [v]	yes; (-) but even WHEN, (-) nurses and midwives
St01-P [v]	about
St06-H [v]	still have no clue about that; (0.5) well yes; but not in a way that
St01-P [v]	we can't say how the operation will go or something like that; (0.5) well;
St06-H [v]	how people (we and the doctor) explain the operation

Figure 2: Example responses

St05-P [v]	if it isn't an emergency this isn't the (2.0) first choice at all (0.5)
St05-P [v]	but it is (1.0) perhaps a suggestion you should make to her but you'd have to
St05-P [v]	tell her (0.5) in the meantime that there (1.0) are risks, too (0.5)
St05-P [v]	which can complicate that (0.5)
St07-H [v]	well, I as, well I as midwife (-)
St07-H [v]	wouldn't (-) make such a suggestion, because <<smirk> I
St05-P [v]	<<laughing> <<loud> that was
St07-H [v]	am against c-sections anyway > <<laughing 1.5>>
St05-P [v]	cause that (0.5) what I meant >>
St07-H [v]	
St02-P [v]	<<laughing> YES >

Figure 3: Example responses in conflict situations

section as an option that the midwifery student rejects (see figure 3).

Doubly restricted at first (“if it isn't an emergency this isn't the (2.0) first choice at all (0.5) but it is (1.0) perhaps a suggestion you should make to her but you'd have to

tell her”), nursing student St05-P introduces the cesarean section as a possible course of action into the conversation. The right to speak is then assumed by the midwifery student by naming her own profession (“well, I as, well I as midwife (-) wouldn't (-) make such a suggestion,”) and assumes a defensive attitude by “hiding” behind the naming of the functional position since the formulation of a contrary personal opinion could potentially mean a face threatening act for the nursing student. This strategy is, however, rarely followed; most frequently this is expressed by vagueness markers (e.g. adverbs such as “somehow” or subjunctive constructions) and by shared laughter. This method offers a high probability that the relationship will remain unthreatening even in conflict situations. It can also be seen here that with intense self-

presentation, communication techniques from other life or work contexts are already known and practiced, and need only be applied in this new surrounding.

### 3.3. Profession-specific assignment of tasks

Alongside the more structuring and identity-building devices discussed in 3.1 and 3.2, naming roles in conversation is also used as a means to coordinate efforts (see figure 4).

Given the clinical picture, midwifery student St06-H focuses on the topic of patient mobilization which falls more clearly under nursing than midwifery. In combination with markers of vagueness (“ehm” and “maybe”), the identity of the other profession is indicated in the German adjectival form (e.g. “maybe best explained from a nursing perspective”) when delegating tasks and responsibilities. Concrete nominal designations (for instance, “that is the responsibility of nursing/midwifery”) are not employed when delegating work. Expression in adjectival form appears to imply vagueness and cautiousness, since the

St06-H [v]	that thing with the mobilisation (-) I think (0.5) ehm that should be in custodial terms (-)
St06-H [v]	perhaps, (-) better (0.5) explained, <<quietly> with a physiotherapy
St06-H [v]	or, >
St05-P [v]	YES; absolutely; physiotherapy ((...))

Figure 4: Designation of roles in the conversations

St05-P [v]	and the hernia; (0.5) that should definitely include a custodial
St05-P [v]	intervention, (1.0)
St06-H [v]	ehm YES;

Figure 5: Distribution of tasks by naming the profession as an adjective

delegation of tasks among equally ranked students has a potential for threat by limiting the freedom to determine one's own actions [20]. The same is observed when students lay claim to the right to exercise skills or assume tasks (see figure 5).

Early on in the conversation as the clarification of open questions concerning the case are being addressed, St05-P takes the initiative and claims responsibility for handling the hernia using a linguistic device equivalent to the one outlined in the previous example, but conversely to the proposed action. Neither the interventional possibilities the student sees, nor a reason for her assertion are provided as she simply states in German that she sees the need for nursing intervention. Here in the German statements also, in reference to presumed competency only the adjectival, and thus the more cautious, form for assigning concrete tasks is used.

### 3.4. Transfer of knowledge

An essential aspect of interprofessional (and also student) communication is the transfer of knowledge and use of technical terminology. While this will promote precision in expression later on in practice and ensure time-saving when communicating with other professionals [21], for students learning precisely this aspect is the primary focus at present (see figure 6).

In this example, the term "anterior placenta" is used by midwifery student St06-H to specify the pregnant patient's situation. Only after it becomes clear with a pause and a chuckle that no reaction is forthcoming, and the nursing student requests explanation by posing a question, does St06-H elucidate this term. In an interprofessional setting with students the precision and time-saving aspects of technical language do not automatically apply because the term used in this instance was apparently unfamiliar to the nursing students (see figure 7).

In a second example, midwifery student St06-H uses the term "muscle venous pump", which is confirmed by the other midwife with audible sounds of agreement ("hm\_hm"); after a pause nursing student St03-P asks for clarification. The longer length of the pause demonstrates, just as in the first example, the nursing students' need for detailed explanation and is an indication of insecurity. In her response the midwifery student emphas-

izes the personal pronoun "we" to stress that this term is used by midwives. A clear delineation between the two groups (midwife vs. nurse) takes place through the use of terminology and its explanation. Similar sequences were observed regularly, but not unusually often, in the corpus under investigation here. Technical terms were used by both professions with approximately the same frequency, with those coming from the field of obstetrics being more frequently unfamiliar to the nursing students and leading to clarification and repair sequences more often than in the reverse situation.

### 3.5. Student-specific addresses

One result which became visible only when reviewing the empirical material was the influence of the student role. This significantly influenced the interprofessional communication in the group settings (see figure 8).

At the end of the follow-up discussion midwifery student St01-H poses a suggestion that a midwife speak with the patient, and a nurse speak with the physician. Of interest here is the introduction which begins as a question ("do we ..."), makes use of relativization ("somehow"), and finally continues in the subjunctive. The subsequent utterance is also accompanied by many micro-pauses and the use of adverbs irrelevant to the actual content, such as "somehow" and "then", which are typical of complex expression and imply a weakening of the stated content. The suggestion could also have been formulated much more clearly as a question, or even as a command. The high level of caution exhibited here can even be explained by the fact that the student is assigning the tasks typical to the professions (midwifery students explain the inclusion of a midwife, nursing students speak with the physicians) and very clearly wishes to mark what she says here as a suggestion in order to avert any opposition, avoid any hierarchical relationships, and make a rejection of her proposal possible without incurring damage to any one's self-image. At the same time, this can also be identified as a typical characteristic of student group work in which suggestions about the delegation of tasks are presumably formulated cautiously and without reference to a hierarchy. Such group dynamics are conceivable in both constellations, and it is not possible to clearly sep-

St06-H [v]	with HER the problem is still; (-) she has a anterior placenta (1.)
St06-H [v]	<<smilingly 1.5>> <<laughing> hä:: > so sitting in front <<quite> yes; >
St05-P [v]	WHERE: then;
St01-P [v]	hm_hm
St06-H [v]	NO not IN FRONT (-- not in front of the mouth of the uterus (-)
St05-P [v]	but not quite in front of the (-)
St06-H [v]	rather (0.5) front belly
St05-P [v]	In front

Figure 6: Explanation of the term “anterior placenta”

St06-H [v]	so then measures ehm::; muscle venus pump (1.0) (1.5)
St03-P [v]	what is it called?
St01-H [v]	hm_hm
St06-H [v]	so WE call it; (0.5) muscle venus pump
St03-P [v]	(1.0) ((...))
St01-H [v]	but we do not know
St01-H [v]	if that really means so, <<laughing 1.0>>

Figure 7: Transfer of knowledge

St01-H [v]	do we somehow care of it, (-) we would agree who speaks to her
St01-H [v]	because the midwife, (-) and that one of us (-) you (-) somehow then
St03-P [v]	yes;
St01-H [v]	speak with the doctors, and clarifies the procedure with the pain and other things;
St01-H [v]	(-) GOOD,
St03-P [v]	we do so;
St05-P [v]	yes; that makes the most sense;

Figure 8: Student-specific addresses in interprofessional communication during a small-group assignment

arate them here. Similar situations were observed very frequently in our corpus.

## 4. Discussion

This paper focused on five linguistic devices that play a role in interprofessional communication. It is assumed that even more strategies exist and are relevant, including nonverbal ones. It was not possible to address all of the basic elements of interprofessional communication in this paper due to the data and its scope. With this study, however, it has been possible to initially explore empirically observable phenomena.

In the course of doing this, it became apparent that the linguistic professional markers and the assignment of tasks and competencies played a much smaller role than expected. Although such phenomena were used regularly by students, so that it is possible to speak of established processes, this did not occur with the expected frequency. These were very clearly accompanied by or combined with defensive and protective instances of self-presentation that framed most of the communicative action in critical situations, such as the assignment of tasks or the ethical assessment of findings, such as a potential indic-

ation for cesarean section. Only to differentiate from physicians were professional markers and the delegation of tasks clearly observable without much protective self-presentation. The responsibilities of physicians and the options open to them were not productively incorporated into either the conversation or the plans to provide care. Instead, unpopular tasks, insecurities or responsibilities were often assigned away.

At the same time, the extent to which the role of “student” influences interprofessional communication was noticeable; students communicate as groups of students, just as they most likely would on any other group assignment. Pronounced interactions exist between student communication and (inter-) professional communication making a clear classification of the observed phenomena difficult at present. However, the material does suggest that student communication, which is very probably based on earlier modes of school-based communication, serves as a safe base from which students can begin to communicate with other professions and successively develop and establish a new communicative style.

One reason for the results seen in this study is most certainly the early point in the second semester of study when the recording was made. The role of “student” appears to be pronounced and influential, while the profes-

sional role has not yet taken on great relevance and must still be internalized. Further studies not only at later study phases, but also involving experienced practitioners are necessary to identify differences and learning curves. In addition, this explorative approach should be continued, but with quantitative methods to better understand the various developmental stages, as well as the realization and relevance of individual communicative acts, including their frequency.

Alongside the need for empirical research mentioned here, and also called for by others [1], a broad discussion must take place about what interprofessional communication means beyond the established models of communication and their techniques, and how this should be measured in future. Only on the basis of hard evidence, unavailable at present, should normative guidelines be formulated and used to define the learning objectives and teaching strategies that will set the stage for teaching and assessing interprofessional communication.

## 5. Attachment

Information on the relevant transcript conventions (see attachment 1)

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## Attachments

Available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001026.shtml>

1. Attachment.pdf (79 KB)

Information on the relevant transcript conventions

## References

- Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Position statement GMA Committee – "Interprofessional Education for the Health Care Professions". *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964
- WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010. Zugänglich unter/available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1)
- CAIPE. Interprofessional Education – A definition. *CAIPE Bulletin.* London: CAIPE; 1997. S. 13 :19.
- Bluteau P, Jackson A. Interprofessional Education: Unpacking the early Challenges. In: Bluteau P, Jackson A (Hrsg). *Interprofessional Education, making it happen.* New York: Palgrave Macmillan; 2009. S. 24-36.
- Becker-Mrotzek M, Brünner G. Der Erwerb kommunikativer Fähigkeiten: Kategorien und systematischer Überblick. In: Becker-Mrotzek M, Brünner G (Hrsg). *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz.* Frankfurt am Main: Peter Lang; 2004. p. 29-47.
- Dolmans DH, De Grave W, Wolfhagen IH, van der Vleuten CP. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Med Educ.* 2005;39(7):732-741. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02205.x
- arrows HS. A taxonomy of problem-based learning methods. *Med Educ.* 1986;20(6):481-486. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1986.tb01386.x
- Cleland J, Abe K, Rethans, JJ. AMEE Guide No. 42, Teaching and Learning. The Use of Simulated Patients in Medical Education. *Med Teach.* 2010;31(6):477–486. DOI: 10.1080/01421590903002821
- Rethans JJ, Grosfeld FJ, Aper L, Reniers J, Westen JH, van Wijngaarden JJ, van Weel-Baumgarten EM. Six formats in simulated and standardized patients use, based on experiences of 13 undergraduate medical curricula in Belgium and the Netherlands. *Med Teach.* 2012;34(9):710-716. DOI: 10.3109/0142159X.2012.708466
- Schmidt T, Wörner K. EXMARaLDA - Creating, Analysing and Sharing Spoken Language Corpora for Pragmatic Research. *J Pragmat.* 2009;19(4):565–582. DOI: 10.1075/prag.19.4.06sch
- Selting M, Auer P, Barth-Weingarten D, Bergmann J, Bergmann P, Birkner K, Couper-Kuhlen E, Deppermann A, Gilles P, Günthner E, Hartung M, Kern F, Mertzluft C, Meyer C, Morek M, Oberzaucher F, Peters J, Quasthoff U, Schütte W, Stukenbrock A, Uhmann S. *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT2).* *Gesprächsforsch.* 2009;10:353-402. Zugänglich unter/available from: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>
- Deppermann A. *Gespräche analysieren.* Wiesbaden: VS Verlag; 2008. DOI: 10.1007/978-3-531-91973-7
- Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory - Strategies for Qualitative Research.* Chicago: Aldine Publishing; 1967.
- Rehbein J. Das Konzept der Diskursanalyse. In: Brinker K, Antos G, Heinemann W, Sager S (Hrsg). *Text- und Gesprächslinguistik.* Berlin: Walter de Gruyter; 2001. S. 927–945.
- Heritage J. *Garfinkel and Ethnomethodology.* Oxford: Polity Press; 1984.
- Kallmeyer W. *Konversationsanalytische Beschreibung / Conversational Analysis.* In: Ammon U, Dittmar N, Mattheier K, Trudgill P (Hrsg). *Soziolinguistik.* Berlin: Walter de Gruyter; 2005. S. 1212–1225.
- Nowak P. *Eine Systematik der Arzt-Patienten-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten.* Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag; 2010.
- Heritage J, Maynard D. *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients.* Cambridge: University Press; 2006. DOI: 10.1017/CBO9780511607172
- Stukenbrock A. Herausforderungen der multimodalen Transkription: Methodische und theoretische Überlegungen aus der wissenschaftlichen Praxis. In: Birkner K, Stukenbrock A (Hrsg). *Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung.* Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung; 2009. S. 144–170.
- Goffman E. *Interaktionsrituale, Über das Verhalten in direkter Kommunikation.* Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1986.
- Roelcke T. *Fachsprachen.* Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2010.

**Corresponding author:**

Prof. Dr. phil. André Posenau  
Hochschule für Gesundheit, Department für Angewandte  
Gesundheitswissenschaften, Gesundheitscampus 6-8,  
D-44801 Bochum, Germany, Phone: +49  
(0)234/77727-650  
andre.posenau@hs-gesundheit.de

**Please cite as**

Posenau A, Peters T. Communicative positioning of one's own profession  
in interprofessional settings. *GMS J Med Educ.* 2016;33(2):Doc27.  
DOI: 10.3205/zma001026, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010263

**This article is freely available from**

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001026.shtml>

**Received:** 2015-08-14

**Revised:** 2015-10-15

**Accepted:** 2015-11-16

**Published:** 2016-04-29

**Copyright**

©2016 Posenau et al. This is an Open Access article distributed under  
the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license  
information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Kommunikative Positionierung der eigenen Profession in interprofessionellen Settings

## Zusammenfassung

**Zielsetzung:** Interprofessional Education (IPE) ist im sich ausdifferenzierenden Gesundheitssystem von wachsender Bedeutung und nimmt bei der Lehre in Gesundheitsberufen einen immer größeren Raum ein. Der Großteil der Konzepte und Verfahren in diesem Bereich basiert auf normativen Vorstellungen über interprofessionelle Kooperation und ist selten empirisch fundiert. Dieser Beitrag ist ein erster Versuch, die deduktive Herangehensweise mit einer induktiven Perspektive zu ergänzen, um didaktische Konzepte des IPE anschließend empirisch zu untermauern.

**Methodik:** Mithilfe des qualitativen Ansatzes der linguistischen Gesprächsanalyse werden explorativ anhand von im Unterricht aufgezeichneten Simulationen mit Studierenden der Pflege und Hebammenkunde sprachliche Professionsmarker herausgearbeitet, von denen ausgegangen wird, dass sie für relevante interprofessionelle Kommunikationsprozesse von Bedeutung sind und damit die konkrete Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen beeinflussen. Diese werden kategorisiert, kommentiert und ihre Bedeutung für die Lehre und die praktische Umsetzung in interprofessionellen Interaktionen herausgestellt.

**Ergebnisse:** Die Studierenden nutzen verschiedene Professionsmarker regelmäßig in den Simulationen. Allerdings treten diese - außer bei der Abgrenzung zu Ärzten - nicht so häufig wie zunächst erwartet auf. Gleichzeitig sind alle Interaktionen von starker Imagearbeit zwischen den Studierenden geprägt, die einen großen Raum in den beobachteten Interaktionen einnimmt. Auch bei der Aufgabendelegation und -beanspruchung scheinen die professionsspezifischen Kommunikations- und Abgrenzungsverfahren sich erst langsam zu etablieren. Zudem spielt die Studierendenrolle eine nicht zu unterschätzende Funktion in den Interaktionen.

**Schlussfolgerung:** Professionsmarkierungen sind ein wesentlicher Bestandteil interprofessionelle Kommunikation und basieren auf einer (hier nur ausschnitthaft präsentierten) Vielzahl beobachtbarer sprachlicher Phänomene. Dieser empirische Ansatz wurde in der Debatte um IPE bisher nicht aufgegriffen, ist jedoch nach Meinung der Autoren notwendig, um interprofessionelles Handeln mit der gelebten Realität abzugleichen, zu Operationalisieren und schließlich Kompetenzbereichen zuordnen zu können. Daher braucht es weitere empirische Beobachtungen und Analysen, um das teilweise unscharfe Profil interprofessioneller Kommunikation zu schärfen und empirisch fundierte, messbare Kriterien für Lehre und Prüfungen zu entwickeln.

**Schlüsselwörter:** interprofessional education, interprofessional practice, interprofessional collaboration, kommunikative Kompetenzen, grounded theory, Hebammenkunde, Pflege, conversation analysis

André Posenau<sup>1</sup>

Tim Peters<sup>2</sup>

1 Hochschule für Gesundheit,  
Department für Angewandte  
Gesundheitswissenschaften,  
Bochum, Deutschland

2 Ruhr-Universität Bochum,  
Medizinische Fakultät,  
Zentrum für Medizinische  
Lehre, Deutschland

## Autoren

Geteilte Erstautorenschaft

## 1. Zielsetzung

In der Diskussion zur Gestaltung interprofessioneller Interaktionszusammenhänge wird immer wieder die Kommunikation bezüglich der professionellen Rolle als Ge-

sundheitsakteur als wichtige Kompetenz herausgestellt und auf deren Bedeutung für eine gelingende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verwiesen [1], [http://www.nklm.de zitiert am 04.08.2015]. Doch bislang fehlen diesbezüglich empirisch fundierte Studien zu kommunikativen Positionierungsverfahren in interprofessionellen Interaktionen. Häufig sind das didaktisch geforderte und schließlich gelehrte Rollenverständnis und eine darauf aufbauende interprofessionelle Kommunikation normativ geleitet und wurden in erfahrungsbasierten Konsensprozessen entwickelt [2]. Zudem stellt sich bei ansteigender Relevanz der Thematik im curricularen Kontext letztlich auch die Frage, wie die entsprechenden Kompetenzen angemessen geprüft werden können, da nach Ansicht der Autoren noch keine empirisch fundierten Bewertungsschemata entwickelt wurden. Analog zu praktischen Fertigkeiten können die Studierenden bei interprofessioneller Kommunikation in Lehre und Prüfung noch nicht mit vollausgebildeten Akteuren aus dem Gesundheitswesen verglichen werden. Daher müssen angepasste Ziele und Standards für die verschiedenen Stufen der Ausbildung generiert werden.

Um diese Problemstellung zu bearbeiten, sind zunächst konkrete empirische Daten aus entsprechenden Interaktionen nötig, um das Kommunizieren der eigenen Professionsrolle bei Studierenden zu kategorisieren, Kompetenzbereichen zuzuordnen und um dies schließlich in Zukunft evidenzbasiert lehren und prüfen zu können. Darauf aufbauend ist das Ziel dieses Beitrags die Diskussion um interprofessionelle Kommunikation in der Lehre mit empirischen Daten aus studentischer Kommunikation anzureichern. Mittelfristig soll ein Katalog von kategorisierten Positionierungsverfahren aus authentischem Datenmaterial erarbeitet werden, anhand dessen empirisch fundierte Impulse für Lehre und Prüfungen abgeleitet werden können.

Für diesen Beitrag gehen wir den Forschungsfragen nach, wie die eigene Rolle von Studierenden dargestellt und in Abgrenzung zu anderen Professionen markiert wird und welche Funktion bzw. welche kommunikativen Aufgaben diesen Verfahren in interprofessionellen Settings zukommt. Der Fokus liegt dabei konkret auf der Vorstellung und der Diskussion einiger Positionierungsmarker in interprofessionellen Settings bei Studierenden der Hebammenkunde und Pflege im 2. Semester.

Um die didaktischen und curricularen Konsequenzen nachvollziehen zu können, ist eine kurzer Abriss des IPE-Verständnisses und des Untersuchungsgegenstands unabdingbar, da diese theoretischen Implikaturen die Gestaltung der Lehreinheiten und besonders das untersuchte Kommunikationssetting maßgeblich beeinflusst hat. Grundsätzlich folgen die Autoren der Definition von CAIPE [3], dem Zentrum für Weiterentwicklung der interprofessionellen Ausbildung in England, bei der IPE als ein von, mit und übereinander Lernen unterschiedlicher Professionen definiert wird, um sie auf eine kooperierende Zusammenarbeit im Gesundheitssystem nach ihrer Ausbildung vorzubereiten. Dabei sollen die Lehreinheiten Fähigkeiten für kooperatives Arbeiten, Teamwork, das Verständ-

nis der interagierenden Rolle und die Einstellung gegenüber den anderen Professionen verbessern [4], was überwiegend durch Kommunikation realisiert werden kann bzw. muss.

Weiterhin ist zu bedenken, dass es sich bei der Aneignung kommunikativer Kompetenzen in diesem Fall um ein Um-Lernen und nicht um ein generelles Neulernen handelt [5], da die Studierenden die Steuerungs- und Darstellungsverfahren schon aus unterschiedlichen anderen kooperativen Settings (z. B. schulische Gruppenarbeiten, Referatgruppen etc.) kennen, die sich von der kommunikativen Verfahrensweise her aus konversationsanalytischer Perspektive nicht von denen in interprofessionellen Interaktionen unterscheiden.

## 2. Methode

Untersucht wurden im Rahmen dieser Arbeit die Positionierungsverfahren in interprofessionellen Interaktionen zwischen Pflegekräften und Hebammen bei Studierenden des 2. Semesters an der hsg (Hochschule für Gesundheit) in Bochum. Um die Kooperationskompetenzen bei den Studierenden zu verbessern, durchlaufen die Studierenden im Rahmen ihres Studiums sechs Module zum interprofessionellen Handeln, wovon das IPE04-Modul (interprofessionelle Kommunikation) die pragmatische Kooperation zwischen den Professionen fördern soll. Thematisch wurden im ersten Teil in Form von Vorlesungen Kommunikationstheorien, Kommunikationstechniken, Gesprächsmerkmale und sozialpsychologische Grundlagen vermittelt. Anschließend wurden die zuvor theoretisch vermittelten Techniken in Form von zweitägigen Workshops eingeübt. Das Kernstück des Moduls bildet eine Simulation und die daran anschließende Auswertung der Performanz in Kleingruppen. Hierfür wurden die Studierenden in zwei Gruppen eingeteilt (Ergo- und Physiotherapeuten, Hebammen und Pflegende) und mit jeweils abgestimmten interprofessionellen Patientenfällen konfrontiert. Aufgrund des oben genannten Fokus (Pflege und Hebammen), beziehen sich die folgenden Ausführungen nur auf diese besagte Teilgruppe. Ergänzend ist noch anzumerken, dass alle Mitglieder der untersuchten Gruppen vor dem Studienbeginn ihr Abitur gemacht haben und somit eine ausschließlich schulische Sozialisation erfahren. Es gab keine Praktiker mit relevanten Vorerfahrungen.

Nachdem die Studierenden den Patientenfall ausgehändigt bekommen haben, wurden Sie bei der Gesprächsvorbereitung, dem Simulationspatientenkontakt und der Nachbesprechung (Therapie-/Betreuungsplanung) gefilmt und erhielten anschließend ein 2-stündiges Feedback in der Kleingruppe im Rahmen einer Videoanalyse, um sie für zuvor behandelte interaktionale Prozesse zu sensibilisieren. Das Konzept verbindet Aspekte des problem-based-learning [6], [7] mit dem Simulationspatienten- [8] bzw. dem Realpatientenkontakt und ähnlichen, bereits bewährten Trainings- und Feedbackkonzepten [9]. Diese Videos sind auch die Datengrundlage, auf der die später vorgestellten Ergebnisse basieren.

Die 8 hier untersuchten Gruppen bestanden aus 4-8 Studierenden der Pflege und der Hebammenkunde, die zufällig zusammengestellt wurden. Diese erhielten im Vorfeld die Fallunterlagen zur Vorbereitung; in diesem Fall den Mutterpass und die Krankenunterlagen einer real schwangeren Simulationspatientin im 6. Monat. Sie hatte sich im 3. Monat eine Leistenhernie zugezogen und litt unter Schwangerschaftsdiabetes und einem erhöhten Lipoproteinwert. Alle Aspekte waren durch ihre betreuende Ärztin diagnostiziert worden und in den Krankenunterlagen entsprechend vermerkt, deren Herausgabe sie ausdrücklich zugestimmt hatte. Die Studierenden sollten die Schauspielerin bei einer simulierten Aufnahme im Krankenhaus beraten und interprofessionell entsprechende Pflege- und Begleitkonzepte erarbeiten. Die Vorbereitungen der Studierenden fanden an einem Termin, der Patientenkontakt und die Nachbesprechung an einem zweiten Termin statt. Während die Vor- und Nachbesprechung von allen Studierenden durchgeführt wurde, gingen nach interner Absprache nur jeweils 2-3 Studierende zur Simulationspatientin.

Das Vorgespräch, der Patientenkontakt sowie die Nachbesprechung aller Gruppen wurden mit Kameras aufgezeichnet und die entstandenen 07:33 Stunden Material anschließend mit dem Transkriptionsprogramm EXMARALDA [10] in Partiturschreibweise transkribiert. Dabei wurde sich an den Konventionen des Basistranskripts des gesprächsanalytischen Transkriptionssystems 2 [11] orientiert, welches in der deutschsprachigen Linguistik derzeit als Standard bezeichnet werden kann. Dieses System erlaubt, die beobachtbare Kommunikation in verschiedenen Detailgraden abzubilden ohne auf zusammenfassende Codierungen zurückzugreifen. Wir entschieden uns für eine mittlere Transkriptionsauflösung der Daten, was bedeutet, dass neben dem inhaltlich Gesprochenen einige relevante (aber aus Gründen der Darstellbarkeit bewusst nicht alle) verbale und paraverbale Aspekte wie beispielsweise Pausen (dargestellt durch Längenangabe in Sekunden, z. B. „(1.5)“), Betonungen (durch durchgehende Großschreibung, z. B. „NEIN“) und paraverbale Aspekte (durch Erwähnung in spitzen Klammern, z. B. „<lachend> ja >“) verschriftlicht wurden. Die vollständigen verwendeten Transkriptionskonventionen sind im Anhang beigefügt.

Anschließend wurde das Material von den Autoren getrennt gesichtet und mittels der linguistischen Gesprächsanalyse [12] einer ausführlichen Analyse unterzogen. Bei der Gesprächsanalyse werden zunächst rein oberflächlich beobachtbare sprachliche und grammatische Phänomene (wie z. B. Konjunktive, Imperative oder komplexe Fachwortkonstruktionen) identifiziert und die Ergebnisse anschließend geclustert. Auf dieser Basis werden Hypothesen explorativ aus den Transkripten heraus erarbeitet, um Regeln, Strukturen und Prozesse zu identifizieren, die in der beobachteten Kommunikationssituation aufgrund von Häufung, Umsetzung, Platzierung und Funktion eine Rolle spielen. Diese qualitative Methode beinhaltet Aspekte der *grounded theory* [13], der Diskursanalyse [14] sowie der ethnomethodologischen Konversations-

analyse [15], [16] und hat in der Auseinandersetzung mit der Kommunikation im Gesundheitswesen bereits eine über 40jährige Forschungstradition [17], [18]. Relevante Gütekriterien bei dieser Art der qualitativen Analyse sind die Qualität der Aufnahme- und Transkriptionsdaten, die Rolle und Berücksichtigung des Beobachterparadoxons, die theoretische Sättigung und insbesondere die Frage nach der Generalisierbarkeit [12], auf die im Verlauf der Diskussion noch näher eingegangen wird.

Eine Berücksichtigung der nonverbalen Aspekte war leider aufgrund der größeren Studierendengruppe, der dafür benötigten vielfachen Kameras und nicht zuletzt wegen der bisher fehlenden Instrumente für solch große Datenmengen [19] nicht möglich. Daher liegt der Fokus im vorliegenden Beitrag auf verbalen und paraverbalen Aspekten interprofessioneller Kommunikation.

### 3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Analyse anhand ihrer kommunikativen Funktion in fünf Kategorien dargestellt, die aufgrund der internen und externen kommunikativen Aufgaben, in diesem Fall Imagearbeit, Zielerreichung und Gesprächssteuerung, als relevant und didaktisch nutzbar erachtet werden. In den Transkripten steht „St“ mit anschließender Nummerierung jeweils für verschiedene Studierende, die angehängten Kürzel „P“ und „H“ bezeichnen dabei jeweils die fachliche Verortung in der „Pflege“ bzw. der „Hebammenkunde“.

#### 3.1. Professionspositionierungen durch Nennung der Profession

Eine zentrale kommunikative Aufgabe, die in Interaktionen zu jedem Zeitpunkt vollzogen werden muss, ist die Gesprächsteuerung und die Adressierung der einzelnen Beiträge (siehe Abbildung 1).

In den aufgezeichneten Gesprächen wird die Professionspositionierung, wie in diesem Beispiel ersichtlich, häufig mithilfe von Mehrfachadressierungen und durch die direkte Nennung der Profession umgesetzt. Die Pflegestudierende realisiert dies bei der Adressierung einer Frage durch die Nennung („also meine erste frage (0.5) an die hebammen wäre,“) der kooperierenden Profession. Sie adressiert damit nur einen Teil der Gruppe und grenzt bei der Obligation auf die Frage die eigene (Pflege-)Profession aus. Diese Selektion ist eine kompetenzorientierte Selektion, durch die implizit unterstellt wird, dass bestimmte Aufgaben primär von einer Profession mit höherer Effizienz bearbeitet werden können. Sie ist jedoch eher ein gesprächsorganisatorischer Marker, anstatt ein primär identitätskonstituierender, wie im folgenden Beispiel, bei der Abgrenzung zu Ärzten (siehe Abbildung 2).

Es ist häufig zu beobachten das, wenn eine kommunikative Positionierung gegenüber Ärzten konstituiert wird, diese ausschließlich mit der Selbstreduktion der eigenen Wirkungsbereiche und -möglichkeiten einhergeht, wie es

St02-P [v]	(3.0) also meine erste fra:ge (0.5) an die hebammen wäre, was habt ihr denn äh für
St02-P [v]	interventionen wegen dem leistenbruch; weil mich hat das nämlich ein bisschen äh
St02-P [v]	verwirrt, (-) °h ja was heißt verwirrt aber; (0.5) ä:hm ich finde da nicht viele
St02-P [v]	möglichkeiten wie man ihr eh unterstützend weiterhelfen könnte; (0.5)

Abbildung 1: Adressierung der einzelnen Beiträge

St03-P [v]	aber wie doof ne, (-) auf diese ganzen: (0.5) leistenop sind wir irgendwie nicht gut
St03-P [v]	vorbereitet (-)
St01-P [v]	ja aber über wir können doch eh nix
St06-H [v]	ja; (-) aber selbst WENN, (-) Krankenschwestern und hebammen
St01-P [v]	darüber
St06-H [v]	haben trotzdem keine ahnung davon; (0.5) also SCHON; aber nicht jetzt so das
St01-P [v]	wir können nicht sagen wie die op verläuft oder sowas; (0.5) also;
St06-H [v]	man (wir wie der arzt) über die op aufklärt

Abbildung 2: Beispielsantworten

St06-H in diesem Beispiel vollzieht. Die Positionierung hinsichtlich der so häufig diskutierten Grenzen der eigenen und anderer Professionen, wird in unserem Korpus nie als eine Ressource für das eigene Handeln genutzt, sondern ausschließlich als Kompetenzabgabe und damit einhergehende Verantwortungsübertragung.

In der dargestellten Situation wäre es auch möglich, unterschiedliche Optionen im Anschluss an einen künftigen ärztlichen Befund zu diskutieren, um beim anstehenden Patientenkontakt flexibler agieren zu können, was jedoch in keiner der Interaktionen realisiert wird, aber in Bezug auf eine holistische und effektive Patientenversorgung dringend zu implementieren wäre. Anstatt den Arzt als isoliertes, fremdes und eventuell übergeordnetes Element zu betrachten, würde die Integration der Ergebnisse der ärztlichen Tätigkeiten ein hohes Potenzial für die Zusammenarbeit ermöglichen.

### 3.2. Imagearbeit

Eine weitere wichtige und grundsätzlich permanent relevante Funktion ist die Imagearbeit in Interaktionen, also die Frage nach der Gestaltung der eigenen Identität und der damit einhergehenden Beziehung zum Anderen. Hier gibt es zwei grundsätzliche Orientierungen: eine defensive Orientierung, bei der das eigene Image geschützt, aufgebaut und als situativ kompetent konstituiert wird, und eine protektive Orientierung, bei der dies beim Gegenüber (in unserem Fall den anderen Studierenden) realisiert wird [20]. Besonders heikel wird die Imagearbeit in Konfliktsituation, wie im folgenden Beispiel, bei der eine Pflegestudierende einen Kaiserschnitt als Option einbringt, was die Hebammenstudentin aber ablehnt (siehe Abbildung 3).

Zunächst zweifach eingeschränkt („wenn es jetzt keine notsituation ist vielleicht gar nicht die (2.0) erste wa:hl (0.5) aber es is (1.) vielleicht nen vorschlag den man ihr machen kann“) positioniert die Pflegestudierende St05-P den Kaiserschnitt als eine mögliche Handlungsempfeh-

lung im Gespräch. Das Rederecht übernimmt anschließend die Hebammenstudierende durch die Nennung ihrer eigenen Profession („also ich als (0.5) also ich als hebamme (-)würd (-) ihr gar nicht den vorschlag machen eigentlich“), und leistet so durch das „Verstecken“ hinter der Benennung der funktionalen Position defensive Imagearbeit, da die Formulierung eines konträren persönlichen Standpunkts eine potenzielle Gesichtsbildung der Pflegestudierenden sein könnte. Diese Verfahrensweise wird jedoch selten realisiert; überwiegend wird dies über Vagheitsmarkierungen (z. B. durch Adverbien wie „irgendwie“ oder Konjunktivkonstruktionen) und über gemeinsames Lachen vollzogen. Dieses Verfahren bietet ein hohes Potenzial, um die Beziehung in konflikträchtigen Situation gesichtsschonend zu gestalten. Hier zeigt sich zudem, dass mit intensiver Imagearbeit schon Kommunikationstechniken aus anderen Lebens- oder Arbeitssituationen bekannt und eingeübt sind und hier lediglich in einem neuen Umfeld realisiert werden müssen.

### 3.3. Professionsspezifische Aufgabenverteilung

Neben den eher gesprächsorganisatorischen und identitätskonstituierenden Verfahrensweisen wie in 3.1 und 3.2 wird die Nennung der Rolle in den Gesprächen auch als handlungskordinierendes Mittel verwendet (siehe Abbildung 4).

Die Hebammenstudierende St06-H thematisiert aufgrund des Krankheitsbilds das Thema Mobilisierung, was eher der Pflege als der Hebammenkunde zugerechnet wird. In Kombination mit Vagheitsmarkierungen (z. B. „ähm“ und „vielleicht“) wird die Konstitution der anderen Profession bei der Delegation der Aufgabe und Kompetenz in einer adjektivierten Form („das das pflegerisch vielleicht“) vollzogen. Konkrete nominale Nennungen (z. B. „das ist Aufgabe der Pflege/Hebammenkunde“) werden bei der Delegation nicht verwendet. Die adjektivistische Realisation scheint Vagheit und Vorsicht zu implizieren, da die Delegation von Aufgaben unter gleichrangigen Studieren-

St05-P [v]	wenn es jetzt keine notsituation ist vielleicht gar nicht die (2.0) erste wa:hl (0.5)
St05-P [v]	aber es is (1.0) vielleicht nen vorschlag den man ihr machen kann aber man müsste
St05-P [v]	ihr mittlerweile (0.5) also mitteilen auch das (1.0) sie auch (0.5) risikofaktoren hat
St05-P [v]	die das auch erschweren können (0.5)
St07-H [v]	also ich als (0.5) also ich als hebamme (-)
St07-H [v]	würd (-) ihr gar nicht den vorschlag machen eigentlich, weil <<schmunzelnd> ich
St05-P [v]	<<lachend> <<laut> das war
St07-H [v]	sowieso grundsätzlich gegen kaiserschnitt bin > <<lachen 1.5>>
St05-P [v]	nämlich das (0.5) was ich gerade meinte >>
St07-H [v]	
St02-P [v]	<<lachend> JA >

Abbildung 3: Antwortenbeispiele in Konfliktsituationen

St06-H [v]	dann das mit der mobilisation (-) finde ich (0.5) ähm auch das das pflegerisch (-)
St06-H [v]	vielleicht, (-) besser (0.5) erklärt werden könnte, <<leise> mit ner physiotherapie
St06-H [v]	oder, >
St05-P [v]	JA; auf jeden fall; physiotherapie ((...))

Abbildung 4: Nennung der Rolle in den Gesprächen

St05-P [v]	und den leistenbruch; (0.5) da sehe ich auf jeden fall pflegerische intervention
St05-P [v]	drin, (1.0)
St06-H [v]	hm JA;

Abbildung 5: Verteilung von Aufgaben durch die Benennung der Profession in Form eines Adjektivs

den eine potenzielle Gesichtsbedrohung durch die Einschränkung der freien Handlungswahl darstellt [20]. Ebenso verhält es sich bei der Beanspruchung von Kompetenzen und Aufgaben (siehe Abbildung 5).

St05-P übernimmt in einer frühen Phase im Gespräch, in der es eigentlich noch um die Erläuterung offener Fragen zum Fall geht, die Initiative und beansprucht mithilfe des äquivalenten Verfahrens wie im Beispiel zuvor, nur mit der gegensätzlichen Orientierung auf der Handlungsebene, die Kompetenz bei der Behandlung des Leistenbruchs. Welche Interventionsmöglichkeiten der Studierende sieht oder gar eine Begründung für die Beanspruchung wird nicht geliefert. Auch hier wird unter Bezugnahme auf vermeintliche Kompetenzen ausschließlich die adjektivierte und damit vorsichtigere Form für die Vergabe konkreter Aufgaben verwendet.

### 3.4. Wissenstransfer

Ein wesentlicher Aspekt der interprofessionellen (als auch der studentischen) Kommunikation ist der Wissenstransfer und die Verwendung fachspezifischer Terminologie. Während dies im späteren Berufsalltag die Genauigkeit der Sprache fördern und zeitliche Ökonomie bei der Kommunikation gewährleisten soll [21], steht bei Studierenden das Erlernen eben dieser Aspekte im Fokus (siehe Abbildung 6).

In diesem Beispiel wird der Begriff „vorderwandplazenta“ von der Hebammenstudentin St06-H benutzt, um die Si-

tuation der Schwangeren zu spezifizieren. Erst als nach einer Pause und einem Schmunzeln keine Reaktion zu erkennen ist und die Pflege mit einer Frage um Erläuterung bittet, führt sie diesen Begriff weiter aus. Hier im interprofessionellen Studierendensetting kann die präzisierende und zeitsparende Funktion des Fachworts nicht greifen, da den Pflegestudierenden der Begriff vermutlich nicht geläufig ist (siehe Abbildung 7).

In diesem zweiten Beispiel verwendet die Hebammenstudierende St06-H einen Fachbegriff („muskelenenpumpe“), der von der anderen Hebamme mit einer zustimmenden Hörrückmeldung („hm\_hm“) bestätigt wird, nach einer anschließenden Pause allerdings von der Pflegestudierenden St03-P erfragt wird. Die längere Pause vor der Frage zeigt hier, wie im ersten Beispiel, die Erwartungshaltung der Pflegestudierenden für detailliertere Erläuterungen bzw. ist ein Anzeichen von Unsicherheit. In der Antwort bezieht sich die Hebammenstudierende mit dem betonten Personalpronomen „WIR“ darauf, dass dieser Begriff bei den Hebammen Verwendung findet. Über die Terminologie und die Erklärung findet eine klare Gruppenmarkierung (Hebammen vs. Nicht-Hebammen) statt. Ähnliche Sequenzen waren im untersuchten Korpus regelmäßig, aber nicht auffallend häufig zu beobachten. Fachterminologie wurde von beiden Professionen ungefähr gleich häufig verwendet, wobei die Fachwörter der Hebammen den Pflegestudierenden häufiger unbekannt

St06-H [v]	bei IHR ist das problem aber noch; (-) sie hat ne vorderwandplazenta (1.)
St06-H [v] St05-P [v] St01-P [v]	<<schmunzeln 1.5>> <<lachend> hä:: > also die sitzt vorne <<leise> ja; > WO: denn; hm_hm
St06-H [v] St05-P [v]	NEIN nicht VOR (-) nicht vor muttermund (-) aber nicht nicht ganz vor der (-)
St06-H [v] St05-P [v]	sondern (0.5) vorderer bauch vorne halt

Abbildung 6: Wissenstransfer

St06-H [v] St03-P [v] St01-H [v]	also maßnahmen dann ehm:: muskelvenenpumpe (1.0) (1.5) wie heißt das? hm_hm
St06-H [v] St03-P [v] St01-H [v]	also so nennen WIR das; (0.5) muskelvenenpumpe (1.0) ((...)) wir wissen aber nicht ob
St01-H [v]	das wirklich so heißt, <<lachen 1.0>>

Abbildung 7: Erläuterung des Begriffs „Vorderwandplazenta“

waren und zu entsprechenden Klärungs- und Reparatursequenzen geführt haben als umgekehrt.

### 3.5. Studierendenspezifische Adressierungen

Ein Ergebnis, welches erst bei der Auseinandersetzung mit dem empirischen Material ersichtlich wurde, war die Wirkmächtigkeit der Studierendenrolle. Diese beeinflusst im wesentlichen Maße die interprofessionelle Kommunikation in der Gruppenarbeit (siehe Abbildung 8).

Die Hebammenstudierende St01-H positioniert am Ende des Nachbereitungsgesprächs einen Vorschlag. Interessant ist hierbei die Einleitung, die zunächst als Frage beginnt („wollen wir ...“), eine Relativierung verwendet („irgendwie“) und anschließend im Konjunktiv fortfährt („würden“). Auch das weitere Vorgehen ist von vielen Mikropausen und der Verwendung von inhaltlich zunächst nicht relevanten Adverbien „irgendwie“ und „dann“ gekennzeichnet, die typisch für einen hohen kognitiven Formulierungsaufwand sind und eine Abschwächung des Gesagten implizieren. Der Vorschlag hätte auch deutlich direkter als Frage oder sogar als Aufforderung formuliert werden können. Diese hier beobachtete hohe Vorsicht kann sowohl darin begründet sein, dass sie anschließend den Professionen „typische“ Aufgaben zuordnet (Hebammenstudierende klären den Einbezug einer Hebamme, Pflegestudierende sprechen mit den Ärzten) und es hier deutlich als Vorschlag markieren will, um möglichst geringe Gegenwehr zu provozieren, keine Hierarchie anzudeuten und eine Ablehnung frei von Imageschäden zu ermöglichen. Gleichzeitig kann dies aber auch als typisches Merkmal einer studentischen Gruppenarbeit identifiziert werden, in der Vorschläge über eine Aufgabenverteilung vermutlich ebenfalls vorsichtig und unter Vermeidung von Hierarchie formuliert werden. Entsprechende Gruppendynamiken sind in beiden Konstellationen denkbar

und hier nicht klar zuzuordnen. Ähnliche Situationen waren sehr häufig im Material zu beobachten.

## 4. Diskussion

Im folgenden Beitrag wurde auf insgesamt 5 Verfahren fokussiert, die im Rahmen der interprofessionellen Kommunikation eine Rolle spielen. Es ist davon auszugehen, dass insgesamt noch weitere Verfahren (u. a. auch nonverbale) eine Rolle spielen. Eine umfassende Berücksichtigung aller wesentlichen Elemente interprofessioneller Kommunikation war aufgrund des Umfangs und der Datengrundlage nicht möglich. Mit diesem Beitrag soll ein erster explorativer Zugang zu empirisch beobachtbaren Phänomenen geschaffen werden.

Dabei fiel auf, dass die sprachlichen Professionsmarkierungen und die darauf aufbauenden Aufgabenverteilungen und Kompetenzzuschreibungen eine wesentlich geringere Rolle spielten als zunächst erwartet. Entsprechende Phänomene wurden zwar regelmäßig von den Studierenden verwendet, so dass durchaus von etablierten Verfahren ausgegangen werden kann, aber nicht in der erwarteten Häufigkeit. Sie waren sehr stark von defensiver und protektiver Imagearbeit begleitet bzw. überlagert, die gerade in kritischen Situationen wie der Aufgabenverteilung oder der ethischen Bewertung von Befunden (z. B. Kaiserschnittoption) einen Großteil der kommunikativen Handlungen rahmten. Nur in Abgrenzung zu Ärzten wurden Professionsmarkierungen und Aufgabendelegationen deutlich und ohne viel protektive Imagearbeit realisiert. Die Kompetenzen und möglichen Leistungen der Ärzte wurden dabei nicht produktiv ins Gespräch integriert oder in Planungskonzepte mit einbezogen, sondern unliebsame Aufgaben, Unsicherheiten oder Verantwortung wurden häufig „wegdelegiert“.

St01-H [v]	wollen wir irgendwie uns da drum kümmern, (-) wir würden uns einigen wer mit
St01-H [v] St03-P [v]	ihr spricht wegen der hebamme, (-) und das einer (-) von euch (-) irgendwie dann ja;
St01-H [v]	mit den ärzten spricht, und das mit den schmerzen und das weitere vorgehen klärt;
St01-H [v] St03-P [v] St05-P [v]	(-) GUT, machen wir so; ja; macht am meisten sinn so;

Abbildung 8: Studierendenspezifische Adressierungen in der interprofessionellen Kommunikation während der Gruppenarbeit

Zugleich war auffällig, inwieweit die Rolle eines oder einer Studierenden die interprofessionelle Kommunikation beeinflusste; die Studierenden kommunizierten eben auch als Gruppe von Studierenden, wie sie dies in anderen Gruppenarbeitssettings vermutlich auch tun würden. Es bestehen starke Wechselwirkungen zwischen den Bereichen studentischer und (inter-) professioneller Kommunikation, die eine eindeutige Zuordnung beobachteter Phänomene zum jetzigen Zeitpunkt erschweren. Gleichzeitig legt das Material aber auch nahe, dass die studentische Kommunikation, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf der früher erlernten schulischen Kommunikation basiert, als „sichere“ Basis dient, um sich der Kommunikation mit anderen Professionen zu nähern und hier sukzessiv ein neuer Kommunikationsstil eingeübt und etabliert wird.

Ein Grund für die beschriebenen Ergebnisse ist sicherlich auch der frühe Zeitpunkt der Aufzeichnung im 2. Semester des Studiums. Die Studierendenrolle scheint hier gerade ausgeprägt und wirkmächtig zu sein, während die Professionsrolle noch keine große Relevanz hat und noch internalisiert werden muss. Hier sind weitere Untersuchungen sowohl im weiteren Studienverlauf als auch bei erfahrenen Praktikern notwendig, um Unterschiede und Lernkurven herauszuarbeiten. Zudem sollten in diesem Rahmen die explorativen Ansätze mit quantitativen Verfahren fortgeführt werden, um die verschiedenen Entwicklungsstufen sowie die Umsetzung und Relevanz einzelner kommunikativer Handlungen auch in der verwendeten Häufigkeit besser nachvollziehen zu können.

Neben dem skizzierten empirischen Forschungsbedarf, der auch von anderer Seite gefordert wird [1], muss auf dieser Basis eine breite Diskussion stattfinden, was interprofessionelle Kommunikation fernab von etablierten Kommunikationsmodellen und ihren Techniken konkret bedeutet und wie sich dies künftig messen lassen soll. Erst auf Basis dieser bisher fehlenden Evidenzbasierung sollten normative Vorgaben formuliert werden, die schließlich in Lernzielkatalogen und Unterrichtskonzepten Berücksichtigung finden und damit den Rahmen für Lehre und Prüfung interprofessioneller Kommunikation setzen.

## 5. Anhang

Angabe der relevanten Transkriptionskonventionen (siehe Anhang 1)

## Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001026.shtml>

1. Anhang.pdf (59 KB)  
Angabe der relevanten Transkriptionskonventionen

## Literatur

1. Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Position statement GMA Committee – "Interprofessional Education for the Health Care Professions". GMS Z Med Ausbild. 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964
2. WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010. Zugänglich unter/available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1)
3. CAIPE. Interprofessional Education – A definition. CAIPE Bulletin. London: CAIPE; 1997. S. 13 :19.
4. Bluteau P, Jackson A. Interprofessional Education: Unpacking the early Challenges. In: Bluteau P, Jackson A (Hrsg). Interprofessional Education, making it happen. New York: Palgrave Macmillan; 2009. S. 24-36.
5. Becker-Mrotzek M, Brünner G. Der Erwerb kommunikativer Fähigkeiten: Kategorien und systematischer Überblick. In: Becker-Mrotzek M, Brünner G (Hrsg). Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Frankfurt am Main: Peter Lang; 2004. p. 29-47.
6. Dolmans DH, De Grave W, Wolfhagen IH, van der Vleuten CP. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. Med Educ. 2005;39(7):732-741. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02205.x
7. arrows HS. A taxonomy of problem-based learning methods. Med Educ. 1986;20(6):481-486. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1986.tb01386.x
8. Cleland J, Abe K, Rethans, JJ. AMEE Guide No. 42, Teaching and Learning. The Use of Simulated Patients in Medical Education. Med Teach. 2010;31(6):477–486. DOI: 10.1080/01421590903002821

9. Rethans JJ, Grosfeld FJ, Aper L, Reniers J, Westen JH, van Wijngaarden JJ, van Weel-Baumgarten EM. Six formats in simulated and standardized patients use, based on experiences of 13 undergraduate medical curricula in Belgium and the Netherlands. *Med Teach*. 2012;34(9):710-716. DOI: 10.3109/0142159X.2012.708466
10. Schmidt T, Wörner K. EXMARaLDA - Creating, Analysing and Sharing Spoken Language Corpora for Pragmatic Research. *J Pragmat*. 2009;19(4):565-582. DOI: 10.1075/prag.19.4.06sch
11. Selting M, Auer P, Barth-Weingarten D, Bergmann J, Bergmann P, Birkner K, Couper-Kuhlen E, Deppermann A, Gilles P, Günthner E, Hartung M, Kern F, Mertzluft C, Meyer C, Morek M, Oberzaucher F, Peters J, Quasthoff U, Schütte W, Stukenbrock A, Uhmann S. Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT2). *Gesprächsforsch*. 2009;10:353-402. Zugänglich unter/available from: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>
12. Deppermann A. Gespräche analysieren. Wiesbaden: VS Verlag; 2008. DOI: 10.1007/978-3-531-91973-7
13. Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory - Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing; 1967.
14. Rehbein J. Das Konzept der Diskursanalyse. In: Brinker K, Antos G, Heinemann W, Sager S (Hrsg). *Text- und Gesprächslinguistik*. Berlin: Walter de Gruyter; 2001. S. 927-945.
15. Heritage J. *Garfinkel and Ethnomethodology*. Oxford: Polity Press; 1984.
16. Kallmeyer W. Konversationsanalytische Beschreibung / Conversational Analysis. In: Ammon U, Dittmar N, Mattheier K, Trudgill P (Hrsg). *Soziolinguistik*. Berlin: Walter de Gruyter; 2005. S. 1212-1225.
17. Nowak P. Eine Systematik der Arzt-Patienten-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag; 2010.
18. Heritage J, Maynard D. *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: University Press; 2006. DOI: 10.1017/CBO9780511607172
19. Stukenbrock A. Herausforderungen der multimodalen Transkription: Methodische und theoretische Überlegungen aus der wissenschaftlichen Praxis. In: Birkner K, Stukenbrock A (Hrsg). *Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung; 2009. S. 144-170.
20. Goffman E. *Interaktionsrituale, Über das Verhalten in direkter Kommunikation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1986.
21. Roelcke T. *Fachsprachen*. Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2010.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. phil. André Posenau  
 Hochschule für Gesundheit, Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Gesundheitscampus 6-8, 44801 Bochum, Deutschland, Tel.: +49 (0)234/77727-650  
[andre.posenau@hs-gesundheit.de](mailto:andre.posenau@hs-gesundheit.de)

**Bitte zitieren als**

Posenau A, Peters T. *Communicative positioning of one's own profession in interprofessional settings*. *GMS J Med Educ*. 2016;33(2):Doc27. DOI: 10.3205/zma001026, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010263

**Artikel online frei zugänglich unter**

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2016-33/zma001026.shtml>

**Eingereicht:** 14.08.2015

**Überarbeitet:** 15.10.2015

**Angenommen:** 16.11.2015

**Veröffentlicht:** 29.04.2016

**Copyright**

©2016 Posenau et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.