



Abschlussbericht

Dezember 2014

„Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“

Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung: Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
Sabine Muths

Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung: Prof. Dr. Stefan Görres
Christin Adrian
Dr. Jaqueline Bomball

Katholische Stiftungsfachhochschule München

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

Studie im Auftrag des Ministeriums
für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Zusammenfassung

Seit Inkrafttreten der pflegerischen Berufsgesetze 2003 und 2004, sowie dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopädinnen und Logopäden und Physio- bzw. Ergotherapeutinnen und -therapeuten (ModellKIG) 2009 können auf der Grundlage der jeweiligen Modellklauseln duale Studiengänge entwickelt und eingerichtet werden, die neben dem Bachelorabschluss auch zu einer Berufszulassung führen. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen hat elf Modellstudiengänge genehmigt, die im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) extern vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, und der Katholischen Stiftungshochschule München evaluiert wurden. Die Evaluation bezog sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene bzw. auf das intendierte, das implementierte und das erreichte Curriculum. Dabei waren die BMG-Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben vom 16.11.2009 zu berücksichtigen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation zusammengefasst, wobei zunächst die Ergebnisse hinsichtlich des mit einer Erstausbildung der anderen als ärztlichen Heilberufe verbundenen Nutzens bezogen auf Patientenergebnisse und bezogen auf Lernergebnisse der Studierenden präsentiert werden. Im Anschluss folgen Erkenntnisse zur Konstruktion der Studiengänge auf institutioneller und curricularer Ebene sowie zu den Lehr-/Lernangeboten bezogen auf die Verknüpfung von Theorie und Praxis und die praktischen Studienanteile.

Auswirkungen einer hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgung (Outcome)

Da in Deutschland die Forschung über die anderen als ärztlichen Heilberufe noch wenig ausgebaut ist und eine Wirksamkeitsforschung erst in Ansätzen besteht, wurde anhand einer systematischen internationalen Literaturrecherche nach Anhaltspunkten dafür gesucht, dass eine Ausbildung auf Bachelorniveau mit einer Verbesserung des Patientenergebnisses bzw. einer Vermeidung von unerwünschten Patientenergebnissen assoziiert ist. Im Ergebnis konnten für die Hebammenkunde und die drei therapeutischen Berufe keine Studien zu dieser Fragestellung gefunden werden. Dies lässt sich möglicherweise damit erklären, dass die Qualifizierung in diesen Berufen auf Bachelor-, Master- oder sogar Promotionsniveau international längst selbstverständlich ist. Für das Berufsfeld Pflege wurden insgesamt 12 vorwiegend US-amerikanische und kanadische Studien, aber auch eine vergleichende europäische Studie aus den Jahren 2001 bis 2014 identifiziert, von denen zehn Studien zu dem Ergebnis kommen, dass ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen einem erhöhten Anteil an Pflegenden mit einem Bachelorabschluss am Gesamtpflegepersonal und dem Patientenoutcome, gemessen etwa an einer Reduktion der Mortalitätsraten, der Anzahl an postoperativen Komplikationen oder der Dekubitusraten besteht. Insbesondere die jüngeren Studien erfüllen vergleichsweise hohe methodische Standards (z. B. umfangreiche Risikoadjustierungen, multivariate Analysen), so dass die Aussagekraft dieser Studien als sehr hoch bewertet werden kann. Auch wenn die Ergebnisse aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungs- und Gesundheitssysteme nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können, so kann resümierend aber doch davon ausgegangen werden, dass zumindest in der Pflege mit der Einführung eines hochschulischen Qualifikationsniveaus auch eine Verbesserung der Patientenversorgung assoziiert ist.

Kompetenzmessung (Output) und Berufseinmündung

Auch die mit einem Methoden-Mix erschlossenen Kompetenzen der Studierenden bzw. Absolventinnen und Absolventen verdeutlichen in wesentlichen Dimensionen einen Mehrwert durch das Studium. Die Fähigkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten, die kritische Reflexion des traditions- und regelgeleiteten Wissens in der Praxis, die Fähigkeit, die eigene Profession weiterzuentwickeln sowie die Fähigkeit zu einem fachlichen Austausch mit anderen Berufen auf Augenhöhe sind wesentliche Kompetenzen, die sich die Studierenden selbst zuschreiben bzw. die sie von Berufstätigen in den Praxisfeldern zugeschrieben bekommen. Insbesondere Praktikerinnen und Praktiker mit akademischem Hintergrund beschreiben eine qualitative Verbesserung in der Versorgung durch die klinischen Kompetenzen auf Bachelorniveau. Die Ergebnisse gelten für alle Berufe und Studienstandorte. Die Befunde der Kompetenzmessung werden durch die Online-Erhebung gestützt, wonach die Studierenden bei sich einen Kompetenzzuwachs im Vergleich zur beruflichen Ausbildung in fachlicher Hinsicht, in der wissenschaftlichen Fundierung wie auch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung wahrnehmen.

Im Rahmen der Online-Erhebung wurden des Weiteren Erkenntnisse zu den beruflichen Perspektiven der Studierenden gewonnen. Berufliche Chancen sehen die Befragten sowohl innerhalb aber auch außerhalb Deutschlands, wenngleich letzteres nur für wenige eine interessante Option darstellt. Die vorrangige bzw. bevorzugte Arbeitsplatzwahl stellt zum Zeitpunkt der Befragung die direkte Tätigkeit mit Klienten und Klientinnen, Patienten und Patientinnen, Bewohnern und Bewohnerinnen oder Frauen und ihren Familien dar. Bislang besteht allerdings bei über der Hälfte der Studierenden insbesondere in der Pflege – trotz Einschätzung guter nationaler sowie internationaler Berufschancen – zum Studienabschluss noch Unklarheit, welche Vorteile ihnen das Studium im Gegensatz zur beruflichen Ausbildung bringt. Aus diesem Befund lässt sich schließen, dass in den Versorgungseinrichtungen bislang kaum Konzepte zur systematischen Integration von Fachkräften mit einem Bachelorabschluss in den Qualifikationsmix existieren.

Konzeption der Studiengänge auf institutioneller Ebene

Als Hauptproblem auf der institutionellen Ebene erweisen sich für die Modellstudiengänge momentan verschiedene Inkompatibilitäten zwischen berufrechtlichen und hochschulrechtlichen Vorgaben, die gegenwärtig gleichermaßen zu beachten sind. Sowohl auf der inhaltlichen (z. B. Fächer-, Themen- oder Lernfeldorientierung in der beruflichen Ausbildung versus Kompetenz- und Handlungsorientierung im Studium) als auch auf der formalen Ebene (z. B. Input- versus Outputorientierung) bestehen divergierende Ansätze, die nicht ohne Abstriche hinsichtlich der Qualität der hochschulischen Ausbildung integriert werden können. Eine berufsgesetzliche Regelung für die hochschulische Erstausbildung, die neben rechtlich begründeten Interessen der Qualitätssicherung der Ausbildung und Prüfung in den anderen als ärztlichen Heilberufen hochschulischen Standards Rechnung trägt, ist deshalb dringend erforderlich.

Hinsichtlich der Umsetzung der staatlichen Prüfungen im Rahmen der Modellstudiengänge wird der Befund bestätigt, dass die derzeit notwendige Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben für die berufliche Ausbildung und die beruflichen Abschlussprüfungen einerseits und das Hochschulstudium und die hochschulischen Prüfungen andererseits nicht nur mit einem erheblichen Aufwand für die Studiengänge einhergeht, sondern auch dazu führt, dass die Prüfungen nicht durchgängig hochschulischen Standards entspre-

chend gestaltet werden können (z. B. was abschichtende Modulprüfungen sowie eine BA-Abschlussprüfung und kompetenzübergreifende, handlungsorientierte Prüfungen betrifft).

Die gesetzlichen Inkompatibilitäten schlagen sich auch in der zeitlichen Ausgestaltung der Studiengänge nieder. Während berufsgesetzlich Präsenzzeiten für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie die praktische Ausbildung ausgewiesen sind, wird in Studiengängen als zeitliche Maßeinheit der Workload, die Arbeitslast, angegeben, der bzw. die für die Studierenden entsteht und die sowohl Präsenz- als auch typischerweise in hohem Maße (ca. 60%) Selbstlernzeiten beinhaltet. Um für ein Studium typische Lernprozesse zu ermöglichen und weil beim Lernen in der Praxis nicht immer sichergestellt ist, dass Kompetenzen auf EQR 6 bzw. hochschulischem Niveau angeeignet werden können, hat der überwiegende Teil der Studiengänge einen größeren Stundenanteil aus der praktischen Ausbildung (zwischen 700 und 2110 Stunden) nicht in den Workload des Studiums integriert. Drei therapeutischen Studiengängen und einem Pflegestudiengang gelingt es, die Stunden vollständig in den Workload des Bachelorstudiums, den sie auf 210 CP angehoben haben, einzubinden. Ein Pflege- und ein Hebammenkundlicher Studiengang weisen einen Workload von 210 CP aus und haben außerdem einen Überhang an nicht akkreditierten Zeiten im Umfang von 1300 bzw. 1120 Stunden. Diese Befunde demonstrieren, dass die derzeit vorgesehenen Ausbildungszeiten nicht ohne Qualitätsverlust bzw. nur bei gleichzeitiger Reduktion der Selbstlernzeiten und der Zeiten für das theoretische Studium (verbunden mit negativen Folgen für den Aufbau einer soliden wissenschaftlichen Grundlage als Voraussetzung für wissensbasiertes Handeln) in ein Studium im Umfang von 180 CP, das in sechs Semestern absolviert werden kann, integriert werden können. In der Pflege und der Hebammenkunde ist dies aufgrund der hohen berufsgesetzlich vorgeschriebenen praktischen Ausbildungszeiten selbst mit 210 CP kaum zu realisieren. In den therapeutischen Berufen können die gesamten Ausbildungszeiten dagegen in ein 210 CP umfassendes Studium überführt werden, was allerdings eine zeitliche Reduktion bei den darauf aufbauenden Masterstudiengängen und damit verbunden einen geringeren Spielraum für den Aufbau von Kompetenzen und Spezialisierungen auf Masterniveau mit sich bringt.

Die Studiengänge sind hinsichtlich der strukturellen Kooperationen innerhalb der Hochschulen, mit den Berufsfachschulen und mit Praxiseinrichtungen sehr unterschiedlich aufgestellt. Diese breite Streuung wurde vom MGEPA bewusst im Rahmen des Genehmigungsverfahrens der Modellstudiengänge angelegt, um die Potenziale und Grenzen der jeweiligen Modelle ausloten zu können. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Formen der strukturellen Kooperationen der Studiengänge innerhalb der Hochschule, mit Berufsfachschulen und Praxiseinrichtungen in Form von drei Modelltypen (Strukturmodellen) differenziert. Bei Modell A wird die Ausbildung komplett in ein Hochschulstudium überführt, dort curricular konzipiert und von hochschulischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Auch die Kooperationen mit den Praxiseinrichtungen sowie die Praxisbegleitungen werden von den Hochschulen selbst übernommen. Bei den in Modell B zusammengefassten Studiengängen kooperieren die Hochschulen bei der Konzeption und Durchführung der theoretischen Studienanteile sowie auch bei der Organisation und Koordination der praktischen Studienanteile und der Praxisbegleitung in unterschiedlicher Intensität mit Berufsfachschulen. Durch eine begrenzte Auswahl an beteiligten Schulen und – sofern Unterricht in den Berufsfachschulen stattfindet – homogene Klassen mit Studierenden wird bei diesem Modell ein hochschulisches Niveau der Lehrangebote sichergestellt. Studiengänge der Modellgruppe C binden das Lehrangebot der Berufsfachschu-

len eher formal in das Studium ein. Die von den Schulen verantwortete Lehre erfolgt in heterogen zusammengesetzten Lerngruppen mit jeweils nur einer geringen Anzahl von Studierenden und die Schulen übernehmen weitgehend selbstständig die Kooperation mit den Praxiseinrichtungen sowie die Praxisbegleitung, so dass nicht sicher gewährleistet werden kann, dass die auf das Studium angerechneten Anteile tatsächlich durchgängig Bachelorniveau erreichen. Da die gefundenen Modelle stark durch die Notwendigkeit geprägt sind, die rechtlichen Regelungen für die berufliche Ausbildung zu integrieren, kann letztlich keines der Modelle richtungsweisend sein. Die Strukturmodelle verweisen aber auf Potenziale und Grenzen unterschiedlicher Kooperationsformen im Rahmen einer zukünftigen neuen berufrechtlichen Regelung für die hochschulische Ausbildung:

- Die in Modell A gewählte Kooperationsform gewährleistet bei entsprechender personeller und materieller Ausstattung zumindest in der theoretischen Ausbildung durchgängig ein Lehrangebot auf Bachelorniveau. Die hierfür erforderlichen umfangreichen Ressourcen stehen aber derzeit nur an wenigen Hochschulstandorten zur Verfügung.
- Den B-Modellen kommt vor allem in der gegenwärtigen Phase der Umstellung durch die Einführung des neuen Qualifikationsniveaus der hochschulischen Erstausbildung in den Qualifikationsmix der hier untersuchten Berufe eine gewichtige Rolle zu, indem sie die berufliche Ausbildung einbinden, sich ihre Unterstützung sichern und sie „mitnehmen“, ein Aspekt, der vor dem Hintergrund von Akzeptanzproblemen hochschulisch Qualifizierter in der beruflichen Praxis nicht zu vernachlässigen ist. Andererseits bestehen an Schulen und Hochschulen unterschiedliche Lern- und Wissenskulturen, die nicht nur intensive Abstimmungsprozesse erfordern, sondern auch zu Brüchen in der Vermittlung von Kompetenzen auf Bachelorniveau führen können.
- Modell C ähnelt von der Struktur her eher ausbildungsbegleitenden Studienprogrammen. Ausbildungsbegleitende Studienstrukturmodelle haben eine wichtige Funktion in der Studienlandschaft der Gesundheitsfachberufe, da sie die Akademisierung in die Breite tragen und Durchlässigkeit ermöglichen. Für eine hochschulische Erstausbildung ist aber nicht genügend sichergestellt, dass sich die Lehrangebote an allen Lernorten auf Bachelorniveau bewegen. Studiengänge des Modells C könnten etwa durch Intensivierung der inhaltlichen Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und Berufsfachschulen z. B. durch die gemeinsame Konzeption und Durchführung von Lehr-/Lernangeboten und durch die Einrichtung homogener Klassen Strukturvoraussetzungen für eine hochschulische Erstausbildung schaffen.

Die vorliegende Untersuchung kommt des Weiteren zu dem Schluss, dass bei den für die Studiengänge gewählten Begrifflichkeiten gegenwärtig zu wenig zwischen dualen und anderen Studienprogrammen unterschieden wird. Im Unterschied zu anderen, z. B. ausbildungsbegleitenden Studienprogrammen, bei denen die Hochschulen lediglich formal und vertraglich abgesichert mit Lernorten der beruflichen Ausbildung kooperieren, sind dem Wissenschaftsrat zufolge duale Studienprogramme dadurch gekennzeichnet, dass die Lernorte eng inhaltlich, zeitlich und institutionell verkoppelt sind und das Niveau der an den Lernorten der beruflichen Ausbildung erworbenen Kompetenzen durchgängig wissenschaftlichen Anforderungen entspricht.

Curriculare Konzeption der Studiengänge

Die Studiengänge gelangen zu sehr unterschiedlichen curricularen Konzeptionen. Hinsichtlich der strukturbildenden Prinzipien der Curricula wählen einige Hochschulen den eher traditionellen Weg der Orientierung an Disziplinen, über die Hälfte der Studiengänge entwickeln aber auch innovative Konzepte mit stärker fächerintegrativen Modulen, die deutlicher die Entwicklung von umfassender beruflicher Handlungskompetenz und damit eine wesentliche Zielsetzung des Bolognaprozesses („Beschäftigungsfähigkeit“) aufgreifen.

Sofern die Studiengänge bei der Durchführung ihrer Studienangebote mit Berufsfachschulen kooperieren und die Berufsfachschulen primär die Vermittlung der berufsgesetzlich vorgeschriebenen Inhalte übernehmen, kann daraus eine Aufgabenteilung resultieren, die es mit sich bringen kann, dass einige professionelle Kernkompetenzen überwiegend von den Berufsfachschulen vermittelt werden. Was sich erschwerend auf die Entwicklung eines hochschulischen Profils auswirken kann.

Der mit der Bologna-Reform verknüpfte Vorwurf einer Verschulung der Studiengänge trifft auch auf die Pflege- und Gesundheitsfachberufe zu. So ist festzustellen, dass die Studiengänge ganz oder teilweise den Charakter von Lehrgängen haben, d. h. dass die Studierenden eine bestimmte Anzahl von definierten Modulen in einer festgelegten Reihenfolge und i.d.R. in einer festen Lerngruppe absolvieren. Diese Form der curricularen Strukturierung birgt das Potenzial einer stabilen Orientierung für die Studierenden, ermöglicht die kontinuierliche Unterstützung in der Persönlichkeitsentwicklung und macht Bildungsprozesse systematisch planbar. Auf der anderen Seite haben die Studierenden kaum Freiräume für eine individuelle Gestaltung des Studiums im Sinne hochschulischer Bildung.

Die Analyse der inhaltlichen Profile der Studiengänge erfolgte anhand von sog. Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge, die im Rahmen des Evaluationsprojekts auf der Basis des Status Quo Berichts und unter Hinzuziehung unter/schiedlicher theoretischer Ansätze entwickelt und mit den Vertreterinnen und Vertretern der Studiengänge konsentiert wurden. In Hinblick auf die Qualitätsdimensionen kam die Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die Intentionen der Studienangebote über die Zielsetzungen der Berufsausbildung deutlich hinausweisen. Quantitativ verteilen sich die vermittelten Kenntnisse und Kompetenzen durchschnittlich über alle Studiengänge hinweg wie folgt auf die vier Qualitätsdimensionen:

- Anwendung wissenschaftlichen Wissens (Begründen und Handeln auf der Basis von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen): Ø 40 CP (Spektrum 23 bis 60 CP)
- Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau (Anwendung des wissenschaftlichen Wissens auf die singuläre Situation von Personen im Rahmen der Interaktion mit den Betroffenen und unter Berücksichtigung komplexer systemischer Anforderungen): Ø 80 CP (Spektrum 60 bis 130 CP)
- Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses (reflektierte Beziehungsgestaltung unter Ausbalancierung der damit verbundenen Widersprüche z. B. zwischen Nähe und Distanz oder Autonomie und Fürsorge): Ø 20 CP (Spektrum 2 bis 34 CP)
- Förderung von (inter-)professionellem Handeln: Ø 30 CP (Spektrum 5 bis 60 CP)

Bei der Typisierung der Studiengänge anhand von quantitativen Schwerpunktsetzungen können folgende, sich zum Teil ergänzende oder überschneidende Profilbildungen ausdifferenziert werden:

- Studiengänge, die eine breite Kompetenzentwicklung in alle vier Qualitätsdimensionen hinein anstreben und eine Profilbildung im Verlauf der Bachelorphase bewusst vermeiden,

sowie Studiengänge mit Fokus

- auf dem wissenschaftlichen Arbeiten,
- auf dem medizinisch-klinischen Bereich,
- auf Persönlichkeitsbildung,
- auf Professionalisierung und sozial- und gesundheitspolitische Positionierung,
- auf systemische Aspekte und managerielle Kompetenzen.

Resümierend ist festzuhalten, dass die Studiengänge sowohl auf der Ebene der curricularen Strukturierung als auch auf der Ebene der inhaltlichen Gestaltung der Module eine große Vielfalt aufweisen. Dadurch sind die Studienangebote kaum vergleichbar, was nicht nur im Hinblick auf die von allen gleichermaßen angestrebten Qualifikationsziele Fragen aufwirft, sondern zudem die Anerkennung von in anderen Studiengängen erworbenen Leistungen und damit die Mobilität der Studierenden erschwert. Darüber hinaus ist zu konstatieren, dass die Modulbeschreibungen auf der Basis von formal formulierten Lernergebnissen etwa in Anlehnung an den Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse kaum geeignet sind, Transparenz hinsichtlich der Inhalte und Methoden des Lehr-/Lernangebots herzustellen.

Lehr-/Lernangebote für die Theorie-Praxis-Verknüpfung und die praktischen Studienanteile

Die Studiengänge haben vielfältige Modelle arbeitsbezogenen Lernens für die hochschulische Erstausbildung entwickelt. Unter arbeitsbezogenem Lernen werden solche betrieblichen, außerbetrieblichen und schulischen Lehr-/Lernangebote verstanden, bei denen das Lernen von der Arbeit und den Arbeitsabläufen geprägt wird bzw. auf diesen basiert. Die gefundenen Modelle arbeitsbezogenen Lernens lassen sich anhand der Differenzierung nach **arbeitsgebundenem** Lernen (Lernen am Arbeitsplatz bzw. im Arbeitsprozess), **arbeitsverbundenem Lernen** (räumliche Nähe von Arbeits- und Lernort, das Lernen dient der Reflexion der Arbeit) und **arbeitsorientiertem Lernen** (Lernen in simulierten Arbeitsumgebungen) analysieren.

Quantitativ (stundenmäßig) am stärksten ausgeprägt ist das **arbeitsgebundene Lernen** in Form des Lernens und Arbeitshandelns in realen Arbeitsprozessen bzw. des Lernens durch Instruktion. Die Umsetzung des arbeitsgebundenen Lernens unterscheidet sich in den meisten Studiengängen nicht wesentlich von den beruflichen Ausbildungen. Ausnahme bilden die von den Studiengängen realisierten spezifischen Lernangebote (z.B. s. unten), die aber vom Umfang her begrenzt sind. Wie in der beruflichen Ausbildung ist die Qualität der Arbeitsumgebung oftmals nicht dazu angetan, die Kompetenzzaneignung und das Lernen zu unterstützen. Sowohl die für die berufliche Ausbildung relevanten Kriterien für lern- und kompetenzförderliche Arbeit als auch die Kriterien, die für eine hochschulische Erstausbildung grundlegend sind, werden in der Praxis nicht ausreichend realisiert. So haben die Studierenden nur selten die Möglichkeit, einen Austausch in Expertenkulturen zu erfahren, eine wissensbasierte Praxis zu erleben, sich an reflexiven Prozessen zu beteiligen oder Kooperation und Interprofessionalität auf Augenhöhe kennenzulernen. Von ihnen erfahrene Praxisanleitungen werden von den Studierenden in den qualitativen Erhebungen zwar überwiegend als sehr lernförderlich bewertet, im Rahmen der Onlineer-

hebung gibt insbesondere in der Pflege aber nur ein Drittel der Studierenden an, regelmäßig Praxisanleitungen zu erhalten und nur 10% halten die Praxisanleiterinnen und – anleiter für gut ausgebildet. Nur ein Drittel aller Studierenden nehmen Unterschiede in der Anleitung im Vergleich zur Anleitung in der beruflichen Ausbildung an, d. h. die Anleitungen bewegen sich nach Einschätzung der Studierenden überwiegend auf dem Niveau der beruflichen Ausbildung.

Die tiefgehend analysierten und von den Studiengängen realisierten Modelle **arbeitsgebundenen Lernens**, die Lehr- und Forschungsambulanz (LuFA) und das Mentee-Mentoren-Lehrer-System (MML-System) setzen an unterschiedlichen Stellen an, um die Lernpotenziale des arbeitsgebundenen Lernens zu erhöhen und den Erwerb von praktischen und reflexiven Kompetenzen auf EQR 6 Niveau zu ermöglichen. Während das MML-System vor allem die soziale Unterstützung/die Kollektivität, Kooperation und Interprofessionalität sowie die Reflexivität im Sinne der Etablierung von Expertenkulturen steigert, werden mit der LuFA darüber hinaus noch gezielt Bedingungen für eine wissensbasierte und forschungsbezogene Praxis geschaffen. Sie geht insofern über die auch in der beruflichen Ausbildung enge Begleitung von Lernenden durch Lehrtherapeutinnen und -therapeuten hinaus, als die im Studium erworbene wissenschaftliche Wissensbasis gezielt zur Anwendung kommen kann und ggf. auch kleine Forschungsvorhaben angestoßen werden. Das Potenzial der LuFA ist derzeit zwar dadurch eingeschränkt, dass eine Abrechnung der klinisch-therapeutischen Leistungen nicht möglich und somit das Spektrum an Störungsbildern und der entsprechend erforderlichen therapeutischen Interventionen begrenzt ist. Grundsätzlich bietet der Ansatz, in und mit der Praxis gezielt Arbeitsumgebungen zu entwickeln, in denen die Merkmale lern- und kompetenzförderlicher Arbeit in der hochschulischen Erstausbildung realisiert und zudem noch mit Forschung verknüpft sind, ideale Bedingungen für hochschulisches Lernen in den untersuchten Berufen. Werden zukünftig nicht wie in diesen beiden Beispielen gezielt Bedingungen zur Realisierung der Kriterien lern- und kompetenzförderlicher Arbeitsumgebungen vorgehalten, kann der Aufbau der angestrebten Kompetenzen als reflektierte Praktikerinnen und Praktiker auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Handlungs begründung nicht in vollem Umfang erwartet werden.

Möglicherweise auch als Reaktion auf die festgestellten Mängel im Bereich des arbeitsgebundenen Lernens haben die Studiengänge eine Reihe von **Modellen arbeitsverbundenen und arbeitsorientierten Lernens** entwickelt. Die Vielfalt an im Rahmen der Untersuchung identifizierten Modellen arbeitsbezogenen Lernens ist beim **arbeitsverbundenen Lernen** über alle Studiengänge hinweg am größten. Exemplarisch untersucht wurden das Konzept der Transferaufgaben (Lernaufgaben), das Projektstudium und die Supervision. Diese Modelle sind u.a. geeignet, in der Handlungspause durch reflexive Prozesse (reflection-on-action) Mängel der beruflichen Praxis etwa in Bezug auf Wissensbasierung oder Patientenorientierung aufzudecken und/oder berufliche Konflikt- und Dilemmasituationen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und dafür Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Damit können die Studierenden zwar vielfältige reflexive Kompetenzen aufbauen (reflective practitioner) – und dies auch unter besonderer Berücksichtigung im Studium angeeigneter wissenschaftlicher Grundlagen – das Fehlen einer entsprechend entwickelten Praxis kann damit aber nicht kompensiert werden. Die gefundenen Ansätze arbeitsverbundenen Lernens erfordern jeweils in unterschiedlichem Ausmaß eine Betreuung und Begleitung der Studierenden, zum Teil in kleinen Gruppen, und sind dadurch ausgesprochen personalintensiv.

Die beobachteten Modelle **arbeitsorientierten Lernens** sind über alle Studiengänge hinweg in ihren Variationen weniger stark ausgeprägt als die Modelle arbeitsverbundenen Lernens. Das Lernen durch Simulationen hebt auf die Einübung von regelgeleiteten Handlungen in einer simulierten, die Komplexität der Praxis teilweise abbildenden Lernumgebung ab und ist verbunden mit einer engen, an den Lerninhalten und den individuellen Lernbedarfen der Studierenden ausgerichteten Begleitung durch Lehrende. Skills-Labs bzw. die Simulation anhand einer Puppe, die so programmiert werden kann, dass sie physiologische Antworten auf die Aktionen der Studierenden geben kann, kommen vor allem dann sinnvoll zum Einsatz, wenn regelgeleitete Handlungen aufgrund möglicher folgenreicher Komplikationen aus ethischen Gründen nicht in der Echtsituation geübt werden können oder sollen. Letztlich sind die Lernpotenziale der Modelle arbeitsorientierten Lernens aber wegen der Fokussierung auf Skills begrenzt. Die im Skills-Lab eingesetzte Zeit kann jedoch sinnvoll investiert sein, wenn durch das gezielte, strukturierte Üben die Lernzeit im Rahmen der anderen arbeitsbezogenen Lernformen effektiver für nur in der realen Arbeitsumgebung umzusetzende Lernprozesse genutzt werden kann.

Die im Rahmen der Modelle **arbeitsverbundenen und arbeitsorientierten Lernens** abgeleiteten Ausbildungszeiten werden derzeit, obwohl in ihnen arbeitsbezogenes Lernen stattfindet, überwiegend auf den theoretischen Teil der Ausbildung/des Studiums angerechnet. Diese Lösung lässt sich zum einen vermutlich damit erklären, dass die Modelle eine umfangreiche Begleitung von Seiten der Hochschule (oder der Berufsfachschule) erfordern, was – falls die Hochschule die Verantwortung hat – sonst kaum lehrdeputatswirksam wäre. Ein weiterer Grund besteht vor allem in den Pflegestudiengängen darin, dass aufgrund der Rahmenbedingungen und des mit dem bezahlten Ausbildungsverhältnis verbundenen Interesses der Pflegeeinrichtungen an der Arbeitskraft der Studierenden kaum Freiräume für Lernprozesse bestehen. Die Lösung, diese Studienzeiten auf den theoretischen Teil des Studiums anzurechnen, hat jedoch zur Folge, dass der hier investierte studentische Workload für eigentlich arbeitsbezogenes Lernen der Theorieausbildung verloren geht. In einigen Studiengängen gehen die Stunden für die realisierten Ansätze arbeitsverbundenen Lernens (z. B. Transfer- bzw. Lernaufgaben im Umfang von knapp 1000 Stunden oder ein Modul „Fallmanagement“ im Umfang von 750 Stunden) aber auch in die praktischen Studienzeiten ein. Durch Ausweisung der Stundenumfänge als Lernzeiten werden die Studierenden in der Praxis dafür freigestellt. Dieses alternative Vorgehen hat den Vorteil, dass die theoretischen Studienzeiten auch voll für das theoretische Studium genutzt werden können. Die für das arbeitsgebundene Lernen verbliebenen Lernzeiten reduzieren sich entsprechend.

Empfehlungen

Hochschulische Erstausbildung in den Regelbetrieb überführen

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Kompetenzmessung, wonach eine hochschulische Erstausbildung zu einem Kompetenzgewinn führt, wie auch der internationalen Literaturrecherche zu Patientenoutcomes, die Anhaltspunkte dafür gibt, dass eine verbesserte Versorgungsqualität zu erwarten ist, empfehlen die Gutachterinnen und Gutachter, die hochschulische Erstausbildung in der Pflege, der Hebammenkunde und den therapeutischen Gesundheitsfachberufen in den Regelbetrieb zu überführen und die entsprechenden Studiengänge auszubauen.

Berufliche Einmündung evaluieren

Die Wirksamkeit erweiterter hochschulischer Kompetenzen auf die Versorgungsqualität wird durch die Entfaltungsmöglichkeiten in der Praxis bestimmt. Einsatzfelder und Handlungsmöglichkeiten der Hochschulabsolventinnen und -absolventen sollten zukünftig kontinuierlich erfasst, die Effekte auf die Beschäftigten mit anderen Qualifikationsniveaus analysiert und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität in Deutschland evaluiert werden.

Studiengangstrukturen

Entsprechende gesetzliche Regelungen für die hochschulische Erstausbildung schaffen

Vor dem Hintergrund der festgestellten Inkompatibilitäten zwischen dem Beruferecht der anderen als ärztlichen Heilberufe und den hochschulrechtlichen Vorgaben sollten entsprechende gesetzliche Regelungen für die hochschulische Erstausbildung entstehen, wobei Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Bildungswegen sichergestellt werden muss. Die neue Rechtsgrundlage sollte sowohl den Anforderungen an die Qualitätssicherung der hochschulischen Ausbildungen in den anderen als ärztlichen Heilberufen als auch den u.a. aus dem Bologna-Prozess erwachsenen hochschulischen Standards Rechnung tragen.

Den Begriff „dualer Studiengang“ schärfen

Bei der Begriffsverwendung sollte der Begriff „dual“ im Sinne der Transparenz ausschließlich für Studienprogramme verwendet werden, die dadurch gekennzeichnet sind, dass die Lernorte eng inhaltlich, zeitlich und institutionell verkoppelt sind und das Niveau der an allen Lernorten der beruflichen Ausbildung erworbenen Kompetenzen wissenschaftlichen Anforderungen entspricht. Nicht als dual sind Studiengänge dem Wissenschaftsrat zufolge dann zu bezeichnen, wenn Studium und Berufsausbildung weitgehend unabhängig nebeneinander herlaufen und lediglich über formale Vereinbarungen (z. B. Anerkennungsregelungen) miteinander verknüpft sind (z. B. ausbildungsbegleitende Studiengänge). Eine hochschulische Erstausbildung, die, wie hier vorgeschlagen, mit einem hochschulischen Abschluss endet, der zugleich mit einer Berufszulassung verbunden ist, sollte nur im Rahmen von dualen Studienprogrammen stattfinden.

Berufszulassung durch eine hochschulische Erstausbildung ermöglichen

Über entsprechende gesetzliche Regelungen wird die Möglichkeit geschaffen, praxisintegrierende, mit einer Berufszulassung verbundene Studiengänge anzubieten, wobei die praktische Ausbildung in der Pflege – im Unterschied zu den therapeutischen Berufen und der Hebammenkunde - über einen Ausbildungsvertrag zwischen Studierenden und kooperierendem Betrieb abgesichert würde. Im Unterschied zu den im Rahmen der Evaluation untersuchten Strukturmodellen würden diese Studiengänge nicht mehr die berufliche Ausbildung integrieren, sondern konsequent auf einem hochschulischen Niveau ausbilden.

Bei Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen Mindestkriterien sicherstellen

Weiterhin sollte die Möglichkeit bestehen, praxisintegrierende, mit einer Berufszulassung verbundene Studiengänge in Kooperation mit Berufsfachschulen durchzuführen. Um die Vermittlung von Kompetenzen auf EQR 6 Niveau in allen Phasen des theoretischen und fachpraktischen Studiums gewährleisten zu können, sollten Studienprogramme, die in Kooperation mit Berufsfachschulen durchgeführt werden, an eindeutige Kriterien geknüpft werden:

- Für die von den Berufsfachschulen verantwortete Lehre sollten die Studierenden geschlossene (homogene) Lerngruppen bilden.
- Die von den Berufsfachschulen verantwortete Lehre sollte von hochschulisch qualifizierten Lehrkräften durchgeführt werden.

Neben einer formalen Abstimmung der von Hochschulen bzw. Berufsfachschulen verantworteten Lehr-/Lernangebote sollten außerdem theoretische oder fachpraktische Lehr-/Lernangebote gemeinsam konzipiert und durchgeführt werden. Aufgrund des hohen Aufwands für die Sicherstellung der Kooperation mit den Berufsfachschulen wie auch der Bedeutung der Berufsfachschulen im Rahmen des Wandels des Bildungssystems durch Einführung der neuen Qualifikationsebene der Bachelorabsolventinnen und -absolventen sind die Studiengänge, die mit Berufsfachschulen kooperieren, perspektivisch vermutlich als eine bedeutsame Zwischenlösung mit hohem Innovationspotenzial zu betrachten.

Umfang der Integration der Praxiszeiten in das Studium prüfen

- Gegenwärtig sind für die **Pflegestudiengänge** Praxiszeiten im Umfang von 2500 Stunden vorgesehen. Gemäß den Vorgaben der Berufsanerkenntnisrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG, geändert durch Richtlinie 2013/55/EU) muss der Umfang mindestens 2300 Stunden betragen. Da diese umfangreichen Praxiszeiten nur mit erheblichen Abstrichen bei Tiefe und Anspruchsniveau oder nur bei Anhebung des Studienumfangs auf 210 CP (bei gleichzeitiger Reduktion eines darauf aufsetzenden Masterprogramms auf 90 CP) in den Workload eines Bachelorstudiums integriert werden können, sollte zukünftig geklärt werden, wie hoch der Anteil sein soll, der in das Studium integriert wird bzw. wie hoch der Anteil ist, der nicht integriert und in welcher Form der nicht integrierte Anteil mit dem Studium verknüpft wird (z. B. Anerkennungsjahr, Praktisches Jahr, Vorbereitungspraktikum, studienbegleitende Anerkennungspraktika). Gegenwärtig gibt es in den Pflegestudiengängen Überhänge im Umfang von 1300-1800 Stunden, die nicht in den Workload eingerechnet werden, nur ein Studiengang bezieht die praktischen Ausbildungszeiten komplett ein. Als Richtgröße könnte die Empfehlung des Wissenschaftsrates (WR 2013, 28) herangezogen werden, wonach

zwei Drittel der Leistungspunkte theoriebasiert erworben werden sollten, d. h. es sollten nicht mehr als 60 CP den fachpraktischen Studienanteilen zugeschlagen werden.

- In **hebammenkundlichen Studiengängen** muss die klinisch-praktische Ausbildung laut der EU-Anerkennungsrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG, geändert durch Richtlinie 2013/55/EU) mindestens 1800 Stunden betragen, so dass zunächst auf der Basis einer wissenschaftlicher Evaluation geprüft werden könnte, ob eine Reduktion der berufsgesetzlich in Deutschland vorgesehenen Praxiszeiten von 3000 Stunden fachlich möglich ist. Je nach Ergebnis ist ähnlich wie bei den Pflegestudiengängen zu klären, in welchem Umfang die Praxiszeiten in den Workload integriert werden sollen und wie der nicht integrierte Anteil mit dem Studium verknüpft wird. Ein Umfang von 60 CP an praktischen Studienzeiten könnte auch hier als Richtgröße in den Workload aufgenommen werden.
- In den **Studiengängen** der therapeutischen Gesundheitsfachberufe könnte in der Ergo- und der Physiotherapie der Umfang der bisher vorgesehenen Zeiten für die fachpraktische Ausbildung schon jetzt in den Workload der Studiengänge von 210 CP integriert werden. Da aber keine Festlegungen durch die Richtlinie 2005/36/EG bestehen, sollte in allen drei therapeutischen Berufen und vor allem in der Logopädie, die derzeit mit 2100 Stunden vergleichsweise hohe Praxiszeiten aufweist, ebenfalls anhand einer wissenschaftlicher Evaluation geprüft werden, ob eine Reduktion der praktischen Studienzeiten zugunsten einer stärkeren Gewichtung der theoretischen Studienanteile fachlich gerechtfertigt werden kann, um mehr Freiräume für die Schaffung einer fundierten theoretischen Wissensgrundlage zu eröffnen.

Studiendauer 6-7 (therapeutische Gesundheitsfachberufe) bzw. 7-8 (Pflege/ Hebammenkunde) Semester

In den therapiewissenschaftlichen Studiengängen können unter Beibehaltung der in den jetzigen berufsgesetzlichen Regelungen vorgesehenen Praxiszeiten Studienprogramme im Umfang von sieben Semestern und einem Workload von 210 CP konzipiert werden (in der Logopädie allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die Praxiszeiten reduziert werden). In allen untersuchten Pflegestudiengängen und dem Hebammenkundlichen Studiengang beträgt die Studiendauer acht Semester. In der Pflege und der Hebammenkunde ist es aufgrund der berufsgesetzlich vorgegebenen hohen Praxiszeiten nicht ohne Abstriche in der Qualität möglich, einen Studiengang zu konzipieren, der weniger als acht Semester umfasst, zumindest nicht, wenn zwei Drittel der Leistungspunkte theoriebasiert erworben werden sollen. Die Studiendauer sollte daher in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen auf sieben und in der Pflege und der Hebammenkunde auf mindestens acht Semester festgelegt werden. Bei Reduktion der Praxiszeiten könnte in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen und ggf. auch in der Hebammenkunde eine Reduktion der Studiendauer vorgenommen werden. In den Pflegestudiengängen ist dies aufgrund der Vorgaben der Berufsankennungsrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG, geändert durch Richtlinie 2013/55/EU) nicht möglich.

Curriculumentwicklung

Einen inhaltlichen Rahmen festlegen

Um zu einer stärkeren Vereinheitlichung der Studienangebote bei gleichzeitiger Möglichkeit der Profilbildung zu gelangen, sollte in den Berufsgesetzen ein inhaltlicher Rahmen definiert werden. Hierfür könnten die im Verlauf der Evaluation in Abstimmung mit den Modellstudiengängen entwickelten Qualitätsdimensionen eine Diskussionsgrundlage bieten. Die auf der Basis von in den Studiengängen realisierten Durchschnittswerten gefundenen Volumina für die einzelnen Qualitätsdimensionen könnten darüber hinaus einen Anhaltspunkt für deren quantitative Gewichtung liefern:

- Qualitätsdimension 1 „Anwendung wissenschaftlichen Wissens“ → mindestens 30 CP
- Qualitätsdimension 2 „Entwicklung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau“ → mindestens 70 CP
- Qualitätsdimension 3 „Fähigkeit zum Aufbau eines Arbeitsbündnisses“ → mindestens 15 CP
- Qualitätsdimension 4 „Förderung von (inter-)professionellem Handeln“ → 25 CP

Die verbleibenden CP könnten frei verteilt und für die Profilbildung genutzt werden bzw. für die Bachelorthesis veranschlagt werden.

Theorie-Praxis-Verknüpfung

Verbindliche Kriterien für die Praxisausbildung berufsgesetzlich festlegen

Da die Qualität der Praxisausbildung in den Studiengängen wie auch in der beruflichen Ausbildung nicht durchgängig gesichert ist, sollte ein Gesamtkonzept zur Qualitätssicherung der praktischen Studienzeiten wie auch der praktischen beruflichen Ausbildung entwickelt und berufsgesetzlich verankert werden. Folgende Kriterien sollten für den praktischen Teil der hochschulischen Erstausbildung festgelegt werden, wobei sie im Detail noch für die unterschiedlichen Berufsgruppen ausdifferenzieren sind:

- Festlegung der Anzahl und der Qualifikation (pflege-, therapie- bzw. hebammenkundlicher Bachelorabschluss mit berufspädagogischer Zusatzqualifikation) von freigestellten Praxisanleitenden (bzw. des Umfangs an Freistellung) pro ausbildender Einrichtung bzw. Schaffung einer solchen Qualifizierung in den Therapieberufen,
- Festlegung eines zeitlich definierten Raums, der ausschließlich für Lernzwecke genutzt wird (z.B. für gezielte Anleitung).

Pflege und Hebammenkunde: Modellklausel zur Durchführung von Studiengängen ohne Ausbildungsverhältnis

Für die pflegewissenschaftlichen und hebammenkundlichen Studiengänge ist zukünftig zu prüfen, ob eine hochschulische Erstausbildung in der Pflege und der Hebammenkunde weiterhin mit einem Ausbildungsverhältnis verknüpft oder dies lediglich als vorübergehende Lösung betrachtet werden sollte. In der Hebammenkunde ist bereits jetzt schon ein Studium ohne Ausbildungsverhältnis möglich, sofern die Ausbildung im Rahmen eines Modellvorhabens an einer Hochschule abgeleistet wird (HebG § 20a). Stattdessen wer-

den im Studium Praktika durchgeführt. Gegenwärtig ist mit dem Ausbildungsverhältnis in der Pflege auch ein Interesse an der Arbeitskraft der Studierenden verknüpft, was dazu führt, dass die Arbeitszeit kaum als Lernzeit genutzt werden kann. Da aber die Abschaffung eines Ausbildungsverhältnisses auch mit Nachteilen verbunden sein kann (z. B. abnehmende Bereitschaft der Einrichtungen, Praktikumsplätze zur Verfügung zu stellen), sollte zunächst eine Datengrundlage geschaffen werden, um die Auswirkungen eines Ausbildungsverhältnisses im Unterschied zur Ableistung von Praktika zu untersuchen. In den Berufsgesetzen für die hochschulische Erstausbildung in der Pflege und der Hebammenkunde sollten daher in einem ersten Schritt Modellklauseln zur Erprobung und Evaluation eines Studiums ohne Ausbildungsverhältnis aufgenommen werden.

Politisch auf europäischer Ebene dafür einsetzen, dass auch Formen des arbeitsverbundenen und des arbeitsorientierten Lernens auf die praktischen Studienzeiten angerechnet werden können

Aufgrund der Lernpotenziale dieser Formen des arbeitsbezogenen Lernens für das praktische Können sollten auch das arbeitsverbundene und das arbeitsorientierte Lernen anteilig auf die fachpraktischen Studienanteile angerechnet werden. Auch wenn sich das arbeitsverbundene Lernen unmittelbar auf den Arbeitsprozess bezieht und größtenteils arbeitsplatznah stattfindet, wird es gegenwärtig überwiegend als zum theoretischen Teil des Studiums gehörig ausgewiesen, da vor allem in den Pflegestudiengängen aufgrund des Interesses der Pflegeeinrichtungen an der Arbeitskraft der Studierenden sonst kaum Freiräume für Lernprozesse bestehen. Werden das arbeitsverbundene und das arbeitsorientierte Lernen als Bestandteil der praktischen Studienzeiten ausgewiesen, müsste sich der Anteil für das arbeitsgebundene Lernen folglich entsprechend reduzieren, wobei der Umfang der Studienanteile je nach Beruf ausdifferenzieren ist. Im Hinblick auf die Pflege ist die beruferechtliche Begleitforschung zu dem Schluss gekommen, dass eine solche Regelung nicht mit der Richtlinie 2005/36/EG vereinbar ist. Die Gutachterinnen und Gutachter empfehlen daher, dass sich die politisch Verantwortlichen auf europäischer Ebene dafür einsetzen, dass die Richtlinie 2005/36/EG dahingehend geändert wird, dass auch Formen des arbeitsverbundenen und des arbeitsorientierten Lernens anteilig auf die praktischen Studienzeiten angerechnet werden können.

Geeignete personelle Rahmenbedingungen an den Hochschulen sicherstellen

Um seitens der Hochschulen eine qualitativ hochwertige Koordination und Begleitung der praktischen Studienanteile anbieten zu können, sollten dort entsprechende Ressourcen geschaffen werden:

- Die Lehrtätigkeit im Rahmen der praktischen Studienanteile sollte auf das Lehrdeputat von Professorinnen und Professoren in Relation zum tatsächlich damit verbundenen Aufwand anrechenbar sein. Demzufolge sollte der Curricularnormwert (CNW) in den betroffenen Studiengängen auf Werte erhöht werden, die denen medizinischer Studiengänge entsprechen.
- Darüber hinaus sollten zusätzliche Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Begleitung der Studierenden während der praktischen Studienanteile eingerichtet werden.
- Diese wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (und nach Möglichkeit auch die Hochschullehrenden) sollten über eine spezifische hochschuldidaktische Qualifikation verfügen.

tion, etwa zur Vermittlung von fachpraktischen Kompetenzen oder in der Unterstützung der Theorie-Praxis-Verknüpfung, verfügen.

- Für die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in erstausbildenden Studiengängen sollten spezifische hochschuldidaktische Studienangebote auf Masterniveau eingerichtet werden.
- Außerdem sollten mittelfristig klinische Professuren eingerichtet werden, um hochschulische Lehre vor Ort in der Praxis zu verankern und mit praxisorientierter Forschung zu verknüpfen.

Ein Zertifikat für hochschulische Lehreinrichtungen für die Pflege, Hebammenkunde und therapeutischen Gesundheitsfachberufe einführen

Um die Bereitschaft zur Schaffung kompetenzförderlicher Arbeitsbedingungen zu erhöhen, sollte für Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung, Rehabilitationseinrichtungen und ambulante Versorgungseinrichtungen, ähnlich wie bei den Akademischen Lehrkrankenhäusern für die Medizinerausbildung, ein qualitätssicherndes Zertifikat für hochschulische Lehreinrichtungen für therapeutische Gesundheitsfachberufe, Hebammen und Pflegende etabliert werden.

Inhaltverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Status Quo der Situation der Gesundheitsberufe	12
3	Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge	17
3.1	Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand	18
3.2	Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau	18
3.3	Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses.....	19
3.4	Förderung von interprofessionellem Lernen und Handeln	20
4	Auswirkungen der hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgungsqualität	21
4.1	Methode.....	21
4.2	Ergebnisse.....	22
4.2.1	Ergotherapie	24
4.2.2	Logopädie.....	25
4.2.3	Physiotherapie	26
4.2.4	Pflege	27
4.2.5	Hebammen / Entbindungspfleger	28
4.3	Zusammenfassung und Diskussion.....	29
5	Kompetenzanalyse	30
5.1	Einordnung in das Evaluationsmodell	30
5.2	Kompetenzbegriff und Kompetenzmodell.....	31
5.3	Fragestellungen	32
5.4	Methoden.....	32
5.5	Kompetenzselbsteinschätzung.....	33
5.5.1	Fragebogenentwicklung	33
5.5.2	Finale Fassung des Fragebogens.....	37
5.5.3	Stichproben.....	38
5.5.3.1	Studierende.....	38
5.5.3.2	Auszubildende	38

5.5.4	Befragungssetting und Datenschutz.....	39
5.5.5	Ergebnisse der standardisierten Befragung	40
5.5.5.1	Studierende und Absolventinnen bzw. Absolventen	40
5.5.5.2	Einfluss anderer Prädiktoren	44
5.5.6	Auswertung der freien Antworten	45
5.5.6.1	Methode.....	46
5.5.6.2	Ergebnisse der Auswertung der freien Antworten.....	46
5.5.7	Diskussion der Selbsteinschätzungsmethode	48
5.6	Kompetenzeinschätzung im Praxisfeld.....	50
5.6.1	Fragestellung.....	50
5.6.2	Methode.....	50
5.6.3	Stichprobe.....	51
5.6.4	Ergebnisse.....	52
5.6.5	Diskussion	56
5.7	Kompetenzanalysen in anderen Arbeitspaketen	57
5.7.1	Online-Erhebung.....	57
5.7.2	Fokusgruppen.....	57
5.8	Allgemeine Diskussion	58
5.9	Fazit.....	59
6	Ergebnisse der Online-Befragung der Studierenden	60
6.1	Einleitung.....	60
6.2	Ziele.....	60
6.3	Datenschutz.....	60
6.4	Methodisches Vorgehen und Stichprobenbeschreibung.....	61
6.5	Ergebnisse.....	63
6.5.1	Zentrale Faktoren der Studiengangwahl und Erwartungen an das Studium	63
6.5.2	Rahmenbedingungen.....	64
6.5.3	Theorie-Praxis-Transfer	65
6.5.4	Kompetenzen und Rollenidentität	68
6.5.5	Machbarkeit und Umsetzung des Studiums	69
6.5.6	Berufliche Perspektiven und Einschätzung der Berufschancen.....	70
6.5.7	Zufriedenheit und abschließende Bewertung	73
6.6	Methodendiskussion	73
6.7	Zusammenfassung	74

7	Qualität der Bildungseinrichtungen	76
7.1	Rahmenbedingungen für die strukturelle Konzeption von Studiengängen...	76
7.1.1	Rahmenbedingungen für die Konzeption von Studiengängen nach Bologna	76
7.1.2	Rahmenbedingungen der Berufsgesetze in den Pflege- und Gesundheitsberufen.....	78
7.1.3	Besonderheiten und Formate dualer Studiengänge	80
7.2	Methodisches Vorgehen	81
7.3	Studiengangübergreifende Ergebnisse zu den entwickelten Strukturmodellen.....	81
7.3.1	Inkompatibilität der Strukturen hochschulischer und beruflicher Ausbildung.....	82
7.3.2	Begrifflichkeiten	83
7.3.3	Kooperationsstrukturen.....	84
7.3.3.1	Hochschulinterne Strukturen und Kooperationen	84
7.3.3.2	Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen im Rahmen der theoretischen und fachpraktischen Studienanteile.....	85
7.3.3.3	Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen und strukturelle Einbindung praktischer/klinischer Studienanteile in die Kooperation	87
7.3.4	Abbildung studentischen Workloads in den Studienprogrammen vs. Erfüllung berufsgesetzlicher Vorgaben.....	89
8	Untersuchung der Curricula.....	91
8.1	Theoretischer Rahmen.....	91
8.1.1	Steuerungsgrundlagen der hochschulischen im Vergleich zur beruflichen Bildung.....	92
8.1.1.1	Hochschulische Bildung	92
8.1.1.2	Berufliche Bildung	94
8.1.2	Curriculumtheoretische Grundlagen.....	95
8.1.3	Fazit: Untersuchungskriterien für die Analyse der Curricula	97
8.1.4	Fragestellungen der Untersuchung	100
8.2	Methodisches Vorgehen	100
8.3	Studiengangübergreifende Ergebnisse	102
8.3.1	Formale Gestaltung der Modulbeschreibungen.....	103
8.3.2	Curriculare Strukturierung.....	103
8.3.2.1	Gewählte Bezugsrahmen für die Curriculumentwicklung.....	103
8.3.2.2	Studiengangsarchitektur.....	105
8.3.2.3	Abbildung der Kooperationen auf der curricularem Ebene	107
8.3.3	Inhaltliche Profile.....	108

8.3.3.1	Qualitätsdimension „Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens“	108
8.3.3.2	Qualitätsdimension „Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau“	109
8.3.3.3	Qualitätsdimension „Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses“	111
8.3.3.4	Qualitätsdimension „Förderung von (inter-)professionellem Handeln“	112
8.3.3.5	Durchschnittswerte und Schwerpunktsetzungen in den Qualitätsdimensionen - Zusammenfassende Einschätzung	113
8.3.4	Zusammenfassung	114
9	Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung	117
9.1	Theoretischer Rahmen.....	117
9.1.1	Ziele der hochschulischen Ausbildung	118
9.1.2	Theoretische Hintergründe arbeitsbezogenen Lernens	118
9.1.3	Modelle arbeitsbezogenen Lernens	119
9.1.3.1	Arbeitsgebundenes Lernen	120
9.1.3.2	Arbeitsverbundenes Lernen	122
9.1.3.3	Arbeitsorientiertes Lernen	122
9.1.4	Zusammenfassung	122
9.2	Fazit und Forschungsfragen	124
9.3	Methoden.....	124
9.4	Ergebnisse.....	125
9.4.1	Deskriptive Ergebnisse	125
9.4.1.1	Modelle arbeitsgebundenen Lernens	127
9.4.1.2	Modelle arbeitsverbundenen Lernens - Lernen durch Integration von informellem und formellem Lernen	138
9.4.1.3	Modelle Arbeitsorientierten Lernens: Skills-Lab – Erlernen und Üben von Fertigkeiten an Modellen und/oder in simulierten Situationen	152
9.4.2	Modellübergreifende Analyse.....	156
9.4.2.1	Analyse der Modelle hinsichtlich der Anforderungen lern- und kompetenzförderlicher Arbeitsumgebungen oder Lernangebote	156
9.4.2.2	Wirkungen der Modelle arbeitsbezogenen Lernens.....	159
10	Zu den Fragestellungen der Evaluationsrichtlinien.....	162

11	Literaturverzeichnis	171
11.1	Zu Kapitel 4 „Auswirkungen der hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgungsqualität“, S. 21ff	171
11.1.1	Gesichtete und eingeschlossene Quellen	171
11.1.1.1	Ergotherapie	171
11.1.1.2	Logopädie	171
11.1.1.3	Physiotherapie	173
11.1.1.4	Pflege.....	173
11.1.1.5	Hebammenkunde.....	174
11.1.2	Gesichtete und ausgeschlossene Quellen	174
11.1.2.1	Ergotherapie	174
11.1.2.2	Logopädie	175
11.1.2.3	Physiotherapie	178
11.1.2.4	Pflege.....	180
11.1.2.5	Hebammenkunde.....	182
11.1.3	Zusätzliche Quellen	183
11.1.3.1	Ergotherapie	183
11.1.3.2	Physiotherapie	184
11.1.3.3	Pflege.....	184
11.2	Zu Kapitel 5 „Kompetenzanalyse“ – S.30ff	185
11.3	Zu den Kapiteln 3, S.17ff u. 7, 8 und 9, S. 76ff.....	187
11.3.1	Literatur	187
11.3.2	Gesetze und Verordnungen	199
11.3.3	Arbeitspapiere und Dokumente zu den einzelnen Studiengängen (unveröffentlicht)	202
11.3.4	Evaluationsberichte und Arbeitsdokumente der Hochschulen	202
11.3.5	Modulhandbücher der Studiengänge (MHB):.....	203
Anhang	205

1 Einleitung

Seit Inkrafttreten der pflegerischen Berufsgesetze 2003 und 2004, sowie dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die „Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden/innen, Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen“ (ModellKIG) 2009¹ können auf der Grundlage der jeweiligen Modellklauseln duale bzw. primärqualifizierende Studiengänge entwickelt und eingerichtet werden, die neben dem Bachelorabschluss auch zu einer Berufszulassung führen. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen hat hierzu elf Modellstudiengänge genehmigt, die im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) extern vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, und der Katholischen Stiftungshochschule München evaluiert wurden.

Aufgabe der Evaluation war es erstens, den Status der aktuellen Entwicklungen in den Pflege- und therapeutischen Gesundheitsfachberufen sowie der Hebammenkunde mit Hinweisen für die Weiterentwicklung der Berufe und der Ausbildungsstrukturen zu ermitteln. Zweitens sollten die von den Modellstudiengängen jährlich vorgelegten Evaluationsberichte, die sich größtenteils an den BMG-Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben vom 16.11.2009 orientierten, zusammengefasst und ggf. zusätzliche Erhebungen durchgeführt werden. Dabei sollten die Fragen aus den Evaluationsrichtlinien einer Beantwortung zugeführt und aus den Ergebnissen Empfehlungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Ausbildungsstrukturen im Allgemeinen und der Modellstudiengänge im Besonderen abgeleitet werden.

Um die Synthese der Evaluationsberichte sowie die in den Evaluationsrichtlinien enthaltenen Fragen systematisieren sowie Schwerpunktsetzungen für die Erhebung weiterer Daten setzen zu können, stützt sich die Evaluation auf das „Modell zu Evaluation und Qualitätssicherung im Bildungswesen“ (Ditton 2006,). Das Modell unterscheidet erstens und zweitens die Bedingungen bzw. die Intentionen (*intendiertes Curriculum*), drittens und viertens die Qualität der einzelnen Bildungseinrichtungen bzw. die Qualität der Lehr- und Lernsituation (*implementiertes Curriculum*) und fünftens und sechstens den Output bzw. das Outcome (*erreichtes Curriculum*).

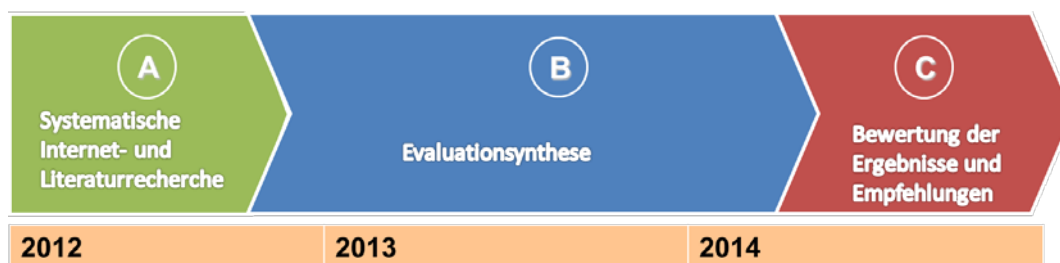


Abbildung 1: Projektverlauf (März 2012 bis Dezember 2014)

¹ Gesetz v. 25.09.2009 [BGBl. I S. 3158](#); Geltung ab 03.10.2009

Das Evaluationsvorhaben gliederte sich entsprechend der Ausschreibung in drei Arbeitspakete (und das Arbeitspaket der Evaluationssynthese noch in mehrere Schwerpunkte (vgl. Abbildung 1 bzw. Abbildung 3):

Arbeitspaket A: Darstellung des „Status Quo“

Das Arbeitspaket A umfasste die systematisierte Darstellung des „Status Quo“ in den Pflege- und therapeutischen Gesundheitsfachberufen sowie im Hebammenberuf auf Basis einer umfassenden und systematischen Internet- und Literaturrecherche. Hierzu wurde ein Erster Zwischenbericht zum 15. Februar 2013 vorgelegt. Die Ergebnisse und die in diesem Schritt abgeleiteten Qualitätsdimensionen für eine Weiterentwicklung der Modellstudiengänge in den untersuchten Berufsfeldern bildeten einen wesentlichen inhaltlichen Bezugspunkt für die sich anschließenden Untersuchungsschritte (vgl. Abbildung 2). Die zentralen Aussagen und die identifizierten Qualitätsdimensionen werden in diesem Berichtsteil im Anschluss (Kapitel 2 und 3) zusammenfassend vorgestellt.



Abbildung 2: Arbeitspaket A zur Darstellung des „Status Quo“

Arbeitspaket B: Evaluationssynthese sowie Erhebung ergänzender Daten

Die vorliegenden Daten und Informationen aus den Evaluationsberichten der Modellstudiengänge wurden anhand des Modells zur Evaluation und Qualitätssicherung im Bildungswesen (Ditton 2006) geordnet und synthetisierend ausgewertet (Abbildung 3).

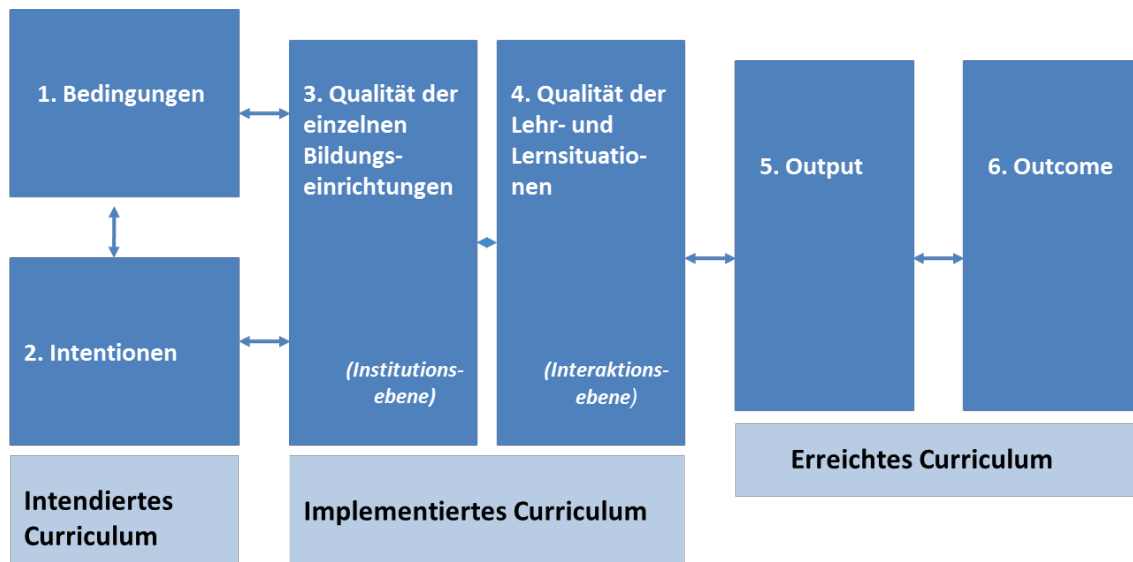


Abbildung 3: Modell zur Evaluation und Qualitätssicherung im Bildungswesen (n. Ditton 2006)

Folgende Schwerpunkte wurden bei der Auswertung der Evaluationsberichte wie auch bei der Erhebung zusätzlicher Daten gesetzt:

Analyse der Curricula

Die Untersuchung der Intentionen der Studienprogramme beruhte auf einer inhaltsanalytischen Analyse der seitens der Hochschule formulierten informierenden Schriftstücke (v. a. der Modulhandbücher) anhand von verschiedenen curriculumtheoretischen Kriterien sowie der Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge. Dabei wurde zunächst jeder Studiengang separat analysiert und im Anschluss wurden die Ergebnisse vergleichend zusammengefasst.

Qualität der Bildungseinrichtungen

Mit den Intentionen des Studiengangs steht die strukturelle Gestaltung des Studienangebots auf institutioneller Ebene in einem engen, gegenseitigen Bedingungsverhältnis. Im Mittelpunkt der Analyse standen die Formen der strukturellen Kooperationen der Studiengänge innerhalb der Hochschule, mit Berufsfachschulen und Praxiseinrichtungen, wobei die gefundenen Kooperationsmuster in Form von Strukturmodellen kategorisiert wurden. Des Weiteren erfolgte eine Betrachtung der von den Studiengängen entwickelten Lösungen, um die in den Berufsgesetzen angegebenen Stundenvolumina für die verschiedenen Ausbildungsanteile in Workloads der Studierenden zu übersetzen. Auch in diesem Schwerpunkt wurde zunächst jeder Studiengang für sich untersucht, im Anschluss erfolgte eine vergleichende Synthese. Die Ergebnisse wurden umfassend in dem zum

31.12.2013 vorgelegten Zweiten Zwischenbericht vorgestellt und werden im vorliegenden Abschlussbericht nur zusammenfassend präsentiert.

Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung

Bei der Untersuchung der Qualität der Lehr-/Lernsituationen wurde der Schwerpunkt auf die Koppelung zwischen der theoretisch-wissenschaftlichen Ausbildung an der Hochschule (und ggf. der kooperierenden Fachschule) und der fachpraktischen Ausbildung in der beruflichen Praxis (und ggf. im Skills-Lab bzw. in Lehr- und Forschungsambulanzen) gelegt. Die Datenerhebung erfolgte anhand von multiperspektivisch zusammengesetzten Experten-Fokusgruppen, um in jedem Studiengang die praktizierten Ansätze identifizieren zu können. Im Anschluss wurden unter Berücksichtigung der drei Formen arbeitsbezogenen Lernens sechs Beispiele ausgewählt und anhand von verschiedenen Methoden vertiefend untersucht. Für diese sechs Beispiele wurden Prinzipien, Wirkungen und strukturelle Anforderungen einer gelungenen hochschulisch verantworteten Vermittlung praxisbezogener Kompetenzen ermittelt.

Wirkungen (Output)

Im Sinne des Evaluationsmodells von Ditton stellt die Erfassung der Kompetenzen den Nexus zwischen Bildungsintentionen der Hochschule und den Wirkungen auf die Versorgungsqualität (Outcome) dar. Im Mittelpunkt dieses Arbeitspaketes steht die Analyse von Effekten der unterschiedlichen Bildungstypen (hochschulische Bildung vs. Berufliche Ausbildung) auf die Kompetenzen. Die Kompetenzen wurden mittels standardisierter Messinstrumente im Sinne einer Selbsteinschätzung erhoben und Unterschiede zur Selbsteinschätzung der Auszubildenden analysiert. Konkurrierende Erklärungsmodelle wie die Art der Hochschulzugangsberechtigung, das Alter oder familiäre Bildungshintergründe wurden ergänzend mit regressionsanalytischen Methoden analysiert und bewertet. Die methodenhäufigen Limitationen einer Kompetenz-Selbsteinschätzung führten zur Hinzunahme weiterer qualitativ orientierter Methoden der Kompetenzdiagnostik. Ergänzend wurden die Freitextangaben zum Kompetenzmehrwert des Studiums inhaltsanalytisch ausgewertet und in den Kanon der identifizierten Qualifikations-/Bildungsziele eingeordnet. Weiterhin wurden ergänzende Interviews zu den erlebten Kompetenzunterschieden im Praxisfeld durchgeführt, die zu exemplarischen Schilderungen über die Wirkung der Kompetenzen führten. Schließlich erfolgte eine Re-Analyse der Fokusgruppeninterviews, die im Rahmen der Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung erhoben wurden, unter der Maßgabe, Kompetenzunterschiede zu entdecken. Die aufgrund dieses Methodenmixes entstandenen Ergebnisse wurden zu den Befunden der Online-Erhebung und der Outcome-Messung in Beziehung gesetzt.

Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung (Outcome):

Um Anhaltspunkte hinsichtlich der Auswirkungen der Einführung einer hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten gewinnen zu können, wurde der internationale Forschungsstand zu dieser Frage anhand einer systematischen Recherche in einschlägigen Datenbanken ermittelt. Die gefundenen Studien wurden kritisch analysiert und bewertet, die Ergebnisse zusammengefasst.

Onlineerhebung

Da die Studiengänge bei der Studierendenbefragung sehr unterschiedliche Instrumente einsetzen und die Ergebnisse daher kaum vergleichbar sind, wurden mit einem studien-

gangübergreifenden Instrument die Zufriedenheit und die Erfahrungen der Studierenden im Verlauf des Evaluationszeitraums anhand einer Online-Befragung als Vollerhebung mit insgesamt drei Befragungswellen ermittelt.

C Bewertung der Ergebnisse und Empfehlungen

In Arbeitspaket C wurden die Ergebnisse aus Arbeitspaket B unter Berücksichtigung der in Arbeitspaket A ermittelten (Qualitäts-)Kriterien (bezogen auf Bedarfe und Entwicklung neuer Arbeitsfelder, Attraktivitätssteigerung, Weiterentwicklung der Ausbildungsstrukturen, potentielle Verbesserungen der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität) und ggf. weiterer Kriterien überprüft und bewertet und Empfehlungen für Entwicklungsperspektiven abgeleitet.

Um den Besonderheiten insbesondere der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und der Hebammenkunde besser Rechnung zu tragen zu können, wurden zusätzlich externe fachspezifische Expertinnen hinzugezogen, nämlich Prof. Dr. Mieke Wasner für die Physiotherapie, Prof. Dr. Ulrike Marotzki für die Ergotherapie, Prof. Dr. Hilke Hansen für die Logopädie und Prof. Dr. Claudia Hellmers für das Hebammenwesen. Die externen Expertinnen wurden in Rahmen von gemeinsamen Fachgesprächen zu zwei Zeitpunkten (September 2012 und November 2014) und ergänzend durch Telefon- und Mail-Kontakte konsultiert.

Das durchgeführte Evaluationsvorhaben orientierte sich an den Standards des „Joint Committees on Standards for Educational Evaluation“ in Bezug auf Nützlichkeit (Ausrichtung der Evaluation an den Informationsbedürfnissen der vorgesehenen Evaluationsnutzerinnen und -nutzer), Durchführbarkeit (realistische, gut durchdachte, diplomatische und kostenbewusste Evaluation), Korrektheit (rechtliche und ethische Korrektheit, Berücksichtigung des Wohlergehens der betroffenen Personen) und Genauigkeit (fachliche angemessene Informationen werden hervorgebracht und vermittelt) (Joint Committee 2000). Wesentliche Prinzipien des Vorhabens bestanden in einer größtmöglichen Partizipation der Beteiligten sowie in einer zunächst individuellen Untersuchung der einzelnen Modellversuche mit dem Ziel, jeweils differenzierte Studiengangprofile zu ermitteln. Im zweiten Schritt wurden die Studiengänge jeweils vergleichend untersucht, um besonders ertragreiche Strukturen und Prozesse identifizieren zu können.

Wir danken an dieser Stelle den verantwortlichen Kolleginnen und Kollegen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hochschulen sowie den externen Expertinnen für die konstruktive Zusammenarbeit und Unterstützung unserer Arbeit. Wir danken selbstverständlich weiterhin allen Studierenden und Auszubildenden, den Lehrenden und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden Praxisbetriebe, die an den verschiedenen Befragungen im Rahmen dieser Evaluation teilgenommen haben. Schließlich gilt unser Dank den Verantwortlichen des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) für ihr Vertrauen in unsere Arbeit wie auch für die konstruktive Zusammenarbeit.

Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse gliedert sich folgendermaßen:

Nach einer Zusammenfassung der Ergebnisse des Status-Quo-Berichts (Kapitel 2, S.12) und der daraus hervorgegangenen Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge (Kapitel 3 unten, Seite 17) werden zunächst die Untersuchungsergebnisse zum Nutzen, der mit einer Qualifizierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe, der Pflegeberufe und der Hebammenkunde auf Hochschulniveau einhergeht, präsentiert. Diese Ergebnisse beziehen sich einerseits auf die internationale Literaturrecherche zu den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität (Kapitel 4, unten, S.21) und zum anderen auf die Messung der erreichten Kompetenzen (Kapitel 5 unten, Seite 30). Im Anschluss werden die Ergebnisse der Online-Erhebung vorgestellt, da diese ebenfalls in einer Reihe von Fragen auf die rückblickende Bewertung von Ergebnisparametern des Studiums durch die Studierenden abhebt (Kapitel 6 unten, Seite 60). Die dann folgenden Kapitel fokussieren eher konzeptionelle Aspekte von Studiengängen, nämlich die Analyse der strukturellen Kooperationen der Studiengänge (Strukturmodelle) (Kapitel 7 unten, Seite 76), die Analyse der Curricula (Kapitel 8 unten, Seite 91) sowie die Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung (Kapitel 9 unten, Seite 117). Auf der Grundlage der Ergebnisse der Evaluation werden Antworten der Evaluatorinnen und Evaluatoren zu den im amtlichen Teil der Bekanntmachungen des BMG publizierten Evaluationsrichtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben (Nummer 180 v. 27.11.2009, 4052f) (Kapitel 10 unten, Seite 162) gegeben. Die aus den Ergebnissen resultierenden Empfehlungen werden im Kapitel „Empfehlungen“ (oben, S.X) vorgestellt.

2 Status Quo der Situation der Gesundheitsberufe

Stefan Görres, Helen Beckmann, Christin Adrian, Martina Stöver, Jaqueline Bomball²

Die Erhebung und Dokumentation zum Status Quo in den Pflege- und Therapeutischen Gesundheitsfachberufen auf der Basis einer umfassenden und systematischen Internet- und Literaturrecherche (Recherchezeitraum: Mai 2012 bis September 2012) bildete den ersten Baustein (Arbeitspaket A) innerhalb der Evaluation der Modellstudiengänge. Damit konnte ein erster umfassender Überblick über aktuelle Entwicklungen in den jeweiligen Berufen mit Hinweisen für die zukünftige Weiterentwicklung der Berufsfelder und Ausbildungsstrukturen gewonnen werden. Inhaltlich werden verschiedene Fragestellungen zu aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfen, Einsatz- und Arbeitsfeldern sowie Ausbildungsstrukturen der einzelnen Gesundheitsfachberufe untersucht und vorläufig beantwortet:

1. Welche aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfe können identifiziert werden?
2. Wie stellt sich die derzeitige Ausbildungslandschaft dar und wie sind konkrete Ausbildungsstrukturen für die einzelnen Berufe gestaltet?
3. Welche zukünftigen Einsatz- und Arbeitsfelder sind in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit zu identifizieren?

Aufbauend auf die Beschreibung der Ist-Situation wurden in diesem Arbeitspaket abschließend wesentliche Qualitätsdimensionen generiert, die für eine zukunftsweisende Gestaltung der Ausbildungsstruktur und Weiterentwicklung in primärqualifizierenden Studiengängen in den Pflege- und Gesundheitsberufen herangezogen werden können. Diese Qualitätsdimensionen bilden eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung des Analyseinstruments zur Kompetenzmessung, für die Diskussion der im Rahmen der Evaluation erhobenen Daten und für die Ableitung von Empfehlungen und werden in Kapitel 3 vorgestellt.

Als zentrale Ergebnisse aus dem Status quo Bericht können festgehalten werden (vgl. 1. Zwischenbericht 2012, 134 – 139):

Welche aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfe können identifiziert werden?

- *Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird in den nächsten Jahren weiterhin kontinuierlich zunehmen:* Insbesondere im ambulanten und teilstationären Bereich ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg des pflegerischen und gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarfs zu verzeichnen. Derzeit findet die pflegerische Versorgung größtenteils zu Hause statt und die informelle bzw. familiäre Pflege bildet bislang noch die wichtigste Säule in der Versorgung. Infolge gesellschaftlicher Veränderungen bricht dieser Bereich jedoch zunehmend weg. Der Bedarf an professionellen Pflegekräften

² unter Mitarbeit von Melanie Bremer und Salina Schreiber

steigt sowohl im ambulanten (Altenpflege-)Sektor als auch in der stationären (Langzeit-)Pflege deutlich an.

- *Kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen:* Physiotherapeutische Leistungen weisen die höchste Inanspruchnahme und damit die höchsten Kosten im Bereich Heilmittel auf. Die Inanspruchnahme von therapeutischen Leistungen unterliegt insgesamt zahlreichen Einflussfaktoren und aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen³. Aufgrund des soziodemographischen Wandels wird sich auch hieraus quantitativ ein zukünftiger Mehrbedarf an therapeutischen Leistungen ergeben.
- *Anstieg der Kosten für Schwangerschaft und Mutterschutz trotz abnehmender Geburtenzahlen:* Vorsorge und Schwangerenbetreuung sowie Leistungen während der Wochenbettbetreuung bilden derzeit die häufigsten und kostenintensivsten Hebammenleistungen. Gegenwärtig finden nahezu alle Geburten im klinischen Setting statt. Die Kaiserschnittraten sind seit Jahren kontinuierlich gewachsen. Parallel dazu sind die Kosten für stationäre Entbindungen erheblich angestiegen. Die Leistung mit höchster Abrechnungshäufigkeit und höchstem Vergütungsanteil zugleich stellt die „aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin nach Geburt“ dar.
- *Fachkräfteentwicklung - Kontinuierlicher Zuwachs der Beschäftigtenzahlen in allen Gesundheitsfachberufen⁴:* Die Anzahl Berufsangehöriger in den Gesundheitsfachberufen hat in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen. Parallel dazu ist es - mit Ausnahme der Pflege⁵ - im gleichen Zeitraum zu einem kontinuierlichen Anstieg der Ausbildungsstätten im sekundären Bildungsbereich gekommen. Resultierend ist die Anzahl der Schülerinnen bzw. Schüler und Absolventeninnen bzw. Absolventen mit Ausnahme der Hebammenkunde und Ergotherapie⁶ konstant gestiegen.
- *Deutlicher Beschäftigungszuwachs im ambulanten Versorgungsbereich:* Die Entwicklungen der Beschäftigtenzahlen in unterschiedlichen Einsatzgebieten zeigen einen besonders starken Bedeutungszuwachs des ambulanten Versorgungsbereichs in allen betrachteten Gesundheitsfachberufen. Ein ebenfalls zu bemerkender Beschäftigungszuwachs in Pflegeheimen gilt insbesondere für Pflegeberufe und in der Ergotherapie.
- *Fachkräftemangel und Imageprobleme in den Pflegeberufen⁷:* Im Gegensatz zu den Gesundheitsfachberufen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Hebammenwesen kann für die Pflegeberufe von einem bereits vorherrschenden und sich in Zu-

³ Allgemeine Kostendämpfungsbestrebungen seitens der Krankenkassen, Restriktionen und ärztliche Budgeteinschränkungen bzw. Androhung von Regressforderungen bei Budgetüberschreitungen beeinflussen die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen.

⁴ Es existiert bislang keine valide Statistik, die Auskunft über die genaue Anzahl von Ergotherapeutinnen bzw. -therapeuten und Logopädinnen bzw. Logopäden in Deutschland. Das Statistische Bundesamt führt in seiner Übersicht zum Gesundheitspersonal lediglich Daten zu den Beschäftigten in therapeutischen Berufen von insgesamt 108.000 auf.

⁵ Die Entwicklung der Anzahl der Schulen in der Pflege verzeichnet in den letzten Jahren einen leichten Rückgang, der insbesondere der Abnahme von Schulen, an denen Gesundheits- und Krankenpfleger/Krankenpflegerinnen ausgebildet werden, geschuldet ist.

⁶ Eine Betrachtung der Schüler/Schülerinnen- und Absolventen/Absolventinnenzahlen dieser Berufe im Zeitraum von 2000 bis 2011 zeigt ein nahezu gleichbleibendes Niveau.

⁷ Aussagen zu einem zukünftigen Bedarf an Fachkräften können nur konkreter für die Pflege getroffen werden, da hier auf prognostische Modellrechnungen und Studien zurückgegriffen werden kann. Für die anderen Gesundheitsfachberufe liegen lediglich sehr vereinzelt spezifische regionale Analysen zum Fachkräftebedarf vor (vgl. IWAK-Studie für Rheinland-Pfalz), deren Ergebnisse nicht generalisiert bzw. auf das ganze Bundesgebiet übertragen werden können.

kunft noch weiter verschärfenden Fachkräftemangel ausgegangen werden. Gleichzeitig lässt das Interesse an Pflegeberufen durch ein deutliches Imageproblem erkennbar nach, was die Situation vor dem Hintergrund kommender geburtenschwacher Jahrgänge zuspitzt.

Wie stellt sich die derzeitige Ausbildungslandschaft dar und wie sind konkrete Ausbildungsstrukturen für die einzelnen Berufe gestaltet?

- *Heterogene Ausbildungsstrukturen der Gesundheitsfachberufe auf sekundärer und tertiärer Bildungsebene:* Die bildungspolitische Sonderstellung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland geht mit unterschiedlichen Eigenheiten bzgl. der rechtlichen und administrativen Zuständigkeit, institutionellen Verortung sowie pädagogischen Qualifikation einher. Aufgrund des föderalen Organisationsprinzips bleibt es jedem Bundesland selbst überlassen, wie die „neue“ Möglichkeit der parallelen Berufs- und Hochschulausbildung im Detail ausgestaltet wird. Die Vielfalt der bisher angebotenen Studiengänge und das Nebeneinander verschiedener Studiengangmodelle für alle Gesundheitsfachberufe verdeutlichen die heterogene und intransparente Studienlandschaft.
- *Defizite in der nicht-hochschulischen Ausbildungsstruktur aufgrund fehlender einheitlicher Standards:* Da die teils 20-30 Jahre alten Berufszulassungsgesetze (AltPflG von 2003, KrPflG von 2003, MPhG von 1994, ErgThG von 1976, LogopG von 1980 und HebG von 1985) anstelle des Berufsbildungsgesetzes den gesetzlichen Rahmen der Ausbildungen darstellen und diese nicht dem öffentlich-rechtlichen Schulberufssystem unterstehen, ergeben sich Mängel im Rahmen der nicht-hochschulischen Ausbildung, die durch eine vorherrschende Zuständigkeitsvielfalt, Qualitätsunterschiede⁸, unklare fachliche Qualifikation des Lehrpersonals⁹, mangelnde horizontale und vertikale Durchlässigkeit, unzureichende Kompatibilität mit dem Hochschulrecht sowie mangelnden EU-Anschluss gekennzeichnet sind.

Insgesamt betrachtet steht die Ausbildung auf Sekundärniveau (Berufsfachschuleebene) in allen betrachteten Gesundheitsfachberufen, insbesondere aber in den Berufen, in denen die Berufsgesetze lange nicht reformiert wurden, unter zunehmender Kritik, notwendige Kompetenzen nicht in erforderlichem Umfang vermitteln zu können. Die Forderungen nach wissenschaftlich fundiertem, evidenzbasiertem, qualitätsbewusstem, reflektiertem sowie inter- und transdisziplinärem Handeln ergeben sich aus den zukünftigen Anforderungen an die Berufe. Im Hinblick auf die „neuen“ Qualifikationsanforderungen, erhöhte Mobilität, Wettbewerbsfähigkeit im internationalen Vergleich sowie Wirksamkeits- und Versorgungsforschung stellt die Professionalisierung und Akademisierung eines Teils der Gesundheitsfachberufe eine notwendige Voraussetzung dar.

- *Unterschiedliche Qualifikationsprofile als Folge der heterogenen Ausbildungslandschaft:* Aufgrund der heterogenen Ausbildungsstrukturen auf sekundärer und auch tertiärer Ebene sind unterschiedliche Qualifikationsprofile in den jeweiligen Berufen die

⁸ Insgesamt betrachtet ist der Präzisionsgrad der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die jeweiligen Gesundheitsfachberufe eher gering angelegt, so dass die konkreten Ausgestaltungen der Ausbildung den einzelnen Bundesländern überlassen bleibt, was eine bundesweite Heterogenität in der Schul- bzw. Ausbildungsqualität zur Folge hat.

⁹ Die Pflege ist hier ausgenommen

Folge, deren Auswirkungen bislang nicht untersucht wurde. Die unterschiedlichen Kompetenzprofile sind dabei nicht nur der parallelen Existenz der Fachschulausbildungen und der hochschulischen Ausbildung geschuldet¹⁰, sondern auch durch die sehr unterschiedliche inhaltliche Ausrichtung der Studiengänge gegeben.

- *Deutsche Ausbildung hinkt dem europäischen Ausland hinterher:* Der exemplarische Vergleich europäischer Ausbildungsstrukturen der Gesundheitsfachberufe zeigt, dass die Ausbildungen in der Regel auf Hochschulniveau angesiedelt sind und eine allgemeine (Fach-)Hochschulreife voraussetzen. Die hiezulande in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (AltPflAPrV, KrPflAPrV, PhysTh-APrV, ErgThPrV, LogAPrO, HebAPrV) festgelegte Zulassungsvoraussetzung des „mittleren Bildungsabschlusses“ für die nicht hochschulische Ausbildung der Gesundheitsfachberufe stellt im europäischen Ländervergleich damit eine Ausnahme dar und gefährdet die internationale Anschluss- und Konkurrenzfähigkeit. Die Pflege leidet diesbezüglich zusätzlich noch unter der systemischen Trennung der Berufsgesetze Altenpflege sowie Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Ein Nachholbedarf besteht insbesondere an der Einrichtung von Masterstudiengängen, universitären Lehrstühlen sowie Promotionsmöglichkeiten, um wissenschaftliche Karrierechancen zu eröffnen.

Welche zukünftigen Einsatz- und Arbeitsfelder sind in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit zu identifizieren?

Aktuelle und zukünftige Einsatz- und Arbeitsfelder ergeben sich aus dem Anforderungswandel an die Gesundheitsfachberufe und der damit zusammenhängenden Erweiterung des Leistungsspektrums zur Anpassung an gesellschaftspolitische Veränderungen und Modernisierungsprozesse. Im Zuge des notwendigen Ausbaus von Gesundheitsförderung und Prävention, des Beratungsbereichs, integrierter bzw. vernetzender Versorgungsformen und des Ausbaus von Forschungsstrukturen entwickeln sich derzeit neue Einsatz- und Arbeitsfelder, auf die alle betrachteten Gesundheitsfachberufe zukünftig vorbereitet werden müssen.

- *Einsatz- und Arbeitsfelder im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention:* Gesundheitsförderung und Prävention in unterschiedlichen Settings gewinnt für alle Gesundheitsfachberufe an Bedeutung. Berufsspezifische Entwicklungen zeigen, dass präventive und gesundheitsfördernde Konzepte besonders in Betrieben, Schulen und Kindergärten sowie Familien neue und notwendige Einsatzfelder bieten. Organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen sind bei diesen „aufsuchenden“ Angeboten größtenteils noch zu entwickeln. Vor allem der vermehrte Einsatz von Heilmitteln zu präventiven Zwecken verdeutlicht den berufsübergreifenden Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung.
- *Einsatz- und Arbeitsfelder im Beratungsbereich:* Beratung, Schulung und Anleitung stellen für alle Gesundheitsfachberufe weiterhin wichtige zukünftige Aufgaben dar. Der ambulante Sektor und niederschwellige Dienste gewinnen dabei besonders an Bedeutung. Die berufsspezifischen Ausführungen deuten darauf hin, dass sich zukünftig eine Vielzahl von Aufgabenkomplexen für eine zielgruppenspezifische Beratung und Hilfe-

¹⁰ die seit den jeweiligen Modellklauseln in den Berufsgesetzen nicht verzahnt bzw. aufeinander aufbauend konzipiert werden müssen

stellung zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung vom präventiven bis zum rehabilitativen Versorgungsbereich eröffnen.

- *Einsatz- und Arbeitsfelder in vernetzten und multidisziplinären Versorgungsformen:* Um zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung im Rahmen des sich wandelnden Krankheitsspektrums hin zu chronischen Langzeiterkrankungen und Multimorbidität sicherzustellen, werden neue Versorgungs- und Kooperationsformen notwendig, die verstärkt interdisziplinäre bzw. multiprofessionelle Arbeitsweisen erfordern. Dabei nehmen für die Gesundheitsfachberufe Aufgabenkomplexe, die im Zusammenhang mit Versorgungsprozesssteuerung stehen (Schnittstellenmanagement, Care- und Case Management), auf allen Ebenen der Versorgung (Mikro-, Meso- und Makroebene) an Bedeutung zu.
- *Einsatz- und Arbeitsfelder in Forschung und Wissenschaft:* Aus dem Nachholbedarf und dem Professionalisierungsdruck der Gesundheitsfachberufe ergibt sich im Rahmen der Akademisierung die Chance und Notwendigkeit zum Auf- und Ausbau einer eigenständigen Wissenschaft (Forschung und Lehre).
- *Einsatz- und Arbeitsfelder mit mehr Handlungskompetenz:* Berufsspezifische Entwicklungen und Diskussionen über Delegation oder Substitution heilkundlicher Tätigkeiten sowie über den Direktzugang weisen auf zukünftige Einsatz- und Arbeitsfelder mit mehr Autonomie und Handlungsspielraum hin. Damit einhergehend ist eine Neudefinition der Berufsfelder und Kompetenzprofile notwendig sowie die Definition von Verantwortungs- und Haftungsbereichen der einzelnen Berufsprofile, insbesondere von hochschulisch qualifizierten Personen.

3 Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge

Ingrid Darmann-Finck

Mit Bezug auf die im Status-Quo-Bericht dargestellten Ergebnisse und die dort abgeleiteten Perspektiven für zukünftige Arbeits- und Einsatzfelder in den Pflege- und Gesundheitsberufen wurde durch Hinzuziehung von Theorieansätzen, die einen Beitrag zur Konzeptionalisierung des professionellen Handelns in der Gesundheitsversorgung leisten können, ein erster Entwurf der Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge gewonnen. Im Einzelnen wurden herangezogen:

- Die strukturtheoretische Professionalisierungstheorie von Oevermann (1996; 2002). Sie lässt sich als eine Reflexionsfolie für das professionelle Handeln in den Gesundheitsfachberufen nutzen (z. B. Weidner 2011; Raven 2009), auch wenn sich nicht alle Punkte übertragen lassen (Darmann-Finck 2009). Professionen sind mit der stellvertretenden Krisenbewältigung von Laien befasst, wobei die Gesundheitsfachberufe auf die (Wieder-) Herstellung der somato-psycho-sozialen Integrität der Menschen gerichtet sind. Die Strukturlogik professionalisierten Handelns ist Oevermann zufolge durch die widersprüchliche Einheit der **Anwendung einer wissenschaftlich fundierten generalisierten Wissensbasis** auf der einen Seite und der **Rekonstruktion des individuellen Falls einer/eines Klientin/Klienten im Arbeitsbündnis** zwischen Professionellen und den Klienten und Klientinnen auf der anderen Seite gekennzeichnet. Indem die Gesundheitsfachberufe stellvertretend für die Krise bzw. das Gesundheits- oder Pflegeproblem einer/eines individuellen Patientin/Patienten eine Intervention finden müssen, ist das Handeln nur bedingt standardisierbar und in der letzten Konsequenz von Nicht-Wissen geprägt. Da die Gesundheitsfachberufe wie Professionen insgesamt mit zentralen Werten (hier der somato-psycho-sozialen Integrität der Menschen) zu tun haben und weil die professionelle Beziehungsstruktur anfällig ist für Rollenkonfusionen, ist des Weiteren **ethisch-moralische Kompetenz** unabdingbar.
- Um zugleich die berufsfeldspezifischen Aspekte zu berücksichtigen, wird neben der Oevermannschen Professionalisierungstheorie der Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft von Friesacher (2008) hinzugezogen. Zwar handelt es sich um eine Pflgetheorie, diese ist aber auf einem hohen Abstraktionsniveau angesiedelt und lässt sich daher in ihren Komponenten auch auf die anderen Gesundheitsfachberufe, die an den zu evaluierenden Modellstudiengänge beteiligt sind, übertragen. Zudem liegt für die anderen Berufe bislang kein vergleichbares theoretisches Konstrukt vor. Auch Friesacher bezieht sich zunächst auf den o.g. Oevermannschen Ansatz, zusätzlich greift er auf die Habermassche kritische Gesellschaftstheorie zurück und erweitert diese durch Honneths Theorie der Anerkennung. Diese Theorien liefern nicht nur einen kritischen Maßstab zur moralischen Bewertung der Praxis in der Gesundheitsversorgung, sondern sie bieten zugleich eine **normative bzw. eine moralische Basis für das Handeln** von Professionellen. Schließlich ergänzt Friesacher seine kritische pflegewissenschaftliche Theorie um eine kritische Theorie der Natur und Technik im Anschluss an Böhme und Manzei (Böhme/Manzei 2003). Im **sinnlich-leiblichen Zugang zum Patienten/Klienten** sieht Friesacher die Spezialität der Pfl-

ge, u.E. gilt dies ebenfalls, vielleicht zum Teil in unterschiedlicher Ausprägung, ebenso für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe und die Hebammen, auch wenn das in diesen Berufen selbst noch nicht thematisiert wird.

Aus den dann vorliegenden vorläufigen Kategorien wurden im November 2012 in einem Diskussionsprozess mit den Vertreterinnen und Vertretern der an der Evaluation beteiligten Modellstudiengänge folgende Qualitätsdimensionen für eine hochschulische Ausbildung in den Pflege- und therapeutischen Gesundheitsfachberufen sowie der Hebammenkunde bzw. für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge abschließend konsentiert:

1. Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand
2. Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau
3. Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses
4. Förderung von interprofessionellem Lernen und Handeln

3.1 Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand

Allen Berufsgruppen gemeinsam ist, dass die Anforderungen an die Wissensbasierung des professionellen Handelns gestiegen sind. Die Angehörigen der Pflege- und Gesundheitsfachberufe sollen in der Lage sein, ihr Handeln anhand von aktuellen wissenschaftlichen Evidenzen zu überprüfen und anzupassen.

Hinsichtlich der Frage, welcher Anspruch für einen Bachelorstudiengang angemessen ist, kann auf die Aussage von Oevermann (2002, 29) Bezug genommen werden, der zwischen der „Anwendung methodisierten Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand“ und der „Lösung von Krisen der Wissensbasis“ differenziert. Während er diese verschiedenen Ziele noch den Fachhochschulen einerseits und den Universitäten andererseits zuweist, könnte damit u. E. besser eine Unterscheidung zwischen Bachelor- und Masterniveau getroffen werden. Die „Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand“ enthält auch die Fähigkeiten zur Recherche und Bewertung des Wissens.

Als Fragestellung ergab sich daraus für den weiteren Evaluationsprozess: *„Wie fördert der Studiengang die Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand? und: „Werden die Studierenden zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens in der Praxis befähigt?“*

3.2 Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau

Die beruflichen Ausbildungen in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen in Deutschland sind dadurch gekennzeichnet, dass sie einen großen Schwerpunkt auf die praktische Ausbildung legen mit dem Ziel, klinische Handlungskompetenz zu fördern. Den Berufsgesetzen zufolge erstreckt sich die Ausbildung in der Praxis zwischen 1600 (Physiotherapie)

und 3000 (Hebammenwesen) Stunden. Demgegenüber liegen die theoretischen (und praktischen) Anteile, die in Form von Unterricht erteilt werden, zwischen 1600 (Hebammenwesen) und 2900 Stunden (Physiotherapie). In der klinischen Ausbildung verortet Oevermann die zweite Professionalisierung, bei der die Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf die Lösung eines konkreten Falls im Arbeitsbündnis mit der Patientin/dem Patienten im Mittelpunkt steht. Der hohe Stellenwert, den die klinische Ausbildung in Deutschland hat, führt dazu, dass die Absolventinnen und Absolventen der Ausbildungen unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung bereits auf der Kompetenzstufe der „Kompetenten“ angesiedelt werden können, legt man das Kompetenzmodell von Benner (1994) zugrunde.¹¹

An die Modellstudiengänge lässt sich aus dem Gesagten die Frage ableiten: *Wie, also anhand welcher Konzeptionen wird eine klinische Ausbildung, als Bestandteil der hochschulischen Ausbildung gestaltet, wenn sie auf Kompetenzen zur Anwendung des wissenschaftlichen Wissens in der singulären Situation einer Patientin bzw. eines Patienten im Arbeitsbündnis vor dem Hintergrund komplexer systemischer Anforderungen abzielt?*

Eine offene Frage, die u. E. im Rahmen der vorliegenden Evaluation nur begrenzt geklärt werden kann, besteht darin, *wo und wie die Studierenden die Gestaltung und Reflexion des sinnlich-leiblichen Zugangs zur/m Patientin/Patienten lernen, eines Zugangs, der für das Fallverstehen von hoher Bedeutung ist?*

3.3 Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses

In allen Gesundheitsfachberufen verschiebt sich, das geht aus dem Status Quo Bericht hervor, bedingt durch den demographischen Wandel und die Veränderung des Krankheitspanoramas das Aufgabenspektrum zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention auf der einen und Rehabilitation sowie Palliation auf der anderen Seite. Diese Aufgaben erfordern noch stärker als eine kurativ ausgerichtete Gesundheitsversorgung die Berücksichtigung individueller, biographisch geprägter Besonderheiten der Patientinnen und Patienten etwa im Rahmen von Beratung. Die Herausforderung bei der Gestaltung dieser Aufgaben besteht zwar auch in der Beherrschung technisch-instrumenteller Verfahren etwa der Patientenedukation, aber mehr noch in der Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses zwischen Professionellen und Patientinnen/Patienten. Oevermann (2002, 35) zufolge ist das Arbeitsbündnis von Professionellen durch die widersprüchliche Einheit von Elementen der rollenförmigen und der diffusen Sozialbeziehung geprägt. Friesacher (2008) spezifiziert die Anforderungen an die Beziehungsgestaltung, indem eine gleichberechtigte und rationale Verständigung über Geltungsansprüche und zugleich Fürsorge für eine notleidende Person in ihrer Besonderheit einfordert. Charakteristisch für die professionelle Gesundheitsversorgung ist eine „leichte Fürsorge“ (Friesacher 2008, 301), bei der es sich um eine grundlegende Handlung und Einstellung der Für-

¹¹ Benner et al. (2000, 105) gehen davon aus, dass diese Stufe „normalerweise“ nach ca. zwei Jahren Berufstätigkeit erreicht wird. „Auf der Stufe der/des kompetenten Pflegenden hat sich eine Pflegeperson die Fähigkeit angeeignet, gewisse typische Fortschritte im Genesungsprozess vorherzusehen und fühlt sich dementsprechend unbehaglich, wenn die Fortschritte, die die/der Patient/in macht, diesen auf Erfahrung beruhenden Erwartungen zuwiderlaufen.“ (Benner et al. 2000, ebd.).

sorge handelt, die von dem Bewusstsein der „Nicht-Identität“ und Andersheit der/des Anderen geprägt ist. Die genannten Aspekte berühren damit auch Fragen des moralischen Urteils als Basis der Beziehungsgestaltung. Die Modellstudiengänge sollen vor diesem Hintergrund daraufhin untersucht werden, *wie sie die Studierenden dazu befähigen, ein Arbeitsbündnis mit Patienten bzw. Patientinnen zu entwickeln und zu reflektieren bzw. ob und wie den Studierenden eine entsprechende Kompetenzentwicklung gelingt.*

3.4 Förderung von interprofessionellem Lernen und Handeln

In keinem Papier, das sich mit Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Zukunft beschäftigt, fehlt die Forderung nach Kooperation und Interprofessionalität (z. B. Sachverständigenrat 2007; 2009; Wissenschaftsrat 2012; Robert Bosch Stiftung 2011). Um den zukünftigen Bedarfen in qualitativer und quantitativer Hinsicht gerecht werden zu können, muss die Zusammenarbeit der Berufe stärker von kooperativen Strukturen und geteilter Verantwortung geprägt sein als bisher. Dass darüber die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert werden kann, belegen empirische Studien (Zwarenstein et al. 2009). Für die Modellstudiengänge folgt daraus, dass sie Kompetenzen anbahnen müssen, die für eine Zusammenarbeit der Berufe auf Augenhöhe notwendig sind.

Für die Untersuchung der Studiengänge resultiert aus dieser Dimension die Frage, *wie die Studiengänge die Befähigung zu interprofessionellem Lernen und Handeln fördern – bzw. ob und wie diese Kompetenzen von den Studierenden entwickelt werden.*

Die damit entwickelten Fragestellungen sind für den Fortgang der weiteren Untersuchungsabschnitte, insbesondere für die Entwicklung des Messinstruments zur Kompetenzeinschätzung (Kapitel 5, unten, S.30, vgl. dort insbesondere Tabelle 3, S.37), für die Analyse der Curricula (Kapitel 8 unten, insbesondere 8.1.3, unten, S.97ff und 8.3.3, S.108ff) und für die Einordnung der Wirkungen von Lehr-/Lernangeboten zur Theorie-Praxisverknüpfung (Kapitel 9, unten, insbesondere S. 118 u. 159ff) bedeutungsvoll.

4 Auswirkungen der hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgungsqualität

Ingrid Darmann-Finck, Nicole Duveneck, Miriam Richter

4.1 Methode

Mittels einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, CINAHL, Cochrane, ERIC (Ergo-/Physiotherapie und Pflege), OTseeker (Ergotherapie), SpeechBI-TE (Logopädie) und PEDRO (Physiotherapie) wurden international und national Studien recherchiert, die untersuchen, welcher Nutzen mit einer hochschulischen Primärqualifikation in der jeweiligen Berufsgruppe für die gesundheitliche Versorgung bzw. die Patientenergebnisse verbunden ist. In den genannten Datenbanken wurde systematisch sowohl über Freitext- als auch Schlagwortsuche mit Hilfe einschlägiger Suchbegriffe¹² und den entsprechenden logischen Booleschen Operatoren recherchiert. Eingeschlossen wurden deutsche und englischsprachige Publikationen. Aufgrund der überschaubaren Datenlage wurden keine zeitlichen und methodischen Eingrenzungen vorgenommen. Alle Studien des westlichen Kulturraums mit Aussagen zum Zusammenhang zwischen hochschulischer Primärqualifikation in den jeweiligen Berufen und dem Patientenoutcome wurden berücksichtigt. Weil die Professionalisierung im internationalen Kontext wesentlich weiter fortgeschritten ist als in Deutschland¹³, wurden darüber hinaus Studien eingeschlossen, die auf Kompetenzzugewinn durch einen Masterabschluss abheben.

¹² Für alle Berufsgruppen: bachelor, baccalaureate, graduate, educational level, education, competence, competency, patient outcome, effect, benefit, outcome, und ergänzend für die *Ergotherapie*: occupational therapy, ergotherapy, master, competence, intervention, morbidity, disability

für die *Logopädie*: speech therapy, speech language, logopedic

für die *Physiotherapie*: physiotherapy, physical therapy, remedial gymnastic, master, intervention, morbidity, disability

für die Pflege: nurse, intervention, morbidity, disability

für die Hebammenkunde: midwifery, midwife, intervention, birth, interaction, maternity, disability, morbidity

¹³ So wurde beispielsweise für die *Ergotherapie* in den USA bereits 1978 der Abschluss eines Masterstudiums empfohlen (Pierce et al. 1987; List Hilton 2005). 2007 schlossen in den USA die meisten Ergotherapeutinnen / Ergotherapeuten ihr Studium mit einem Dokortitel ab (Bollag 2007). Seit den 1970er Jahren gilt der Bachelorabschluss in Kanada als berufsqualifizierend, ab 2010 soll der Masterabschluss vorausgesetzt werden (Lall et al. 2003). Der angloamerikanische Raum nimmt im Hinblick auf die Ausbildung der Ergotherapeutinnen eine Vorreiterrolle ein. In den meisten europäischen Ländern gilt der Bachelorabschluss oder ein gleichwertiger hochschulischer Abschluss als berufsqualifizierend. Ausnahme bildet hier alleine Deutschland (ENOTHE 2014). Ende der 90er Jahre sind die ersten Masterstudiengänge in Ländern wie Niederlande, Schweden, Dänemark, Finnland und Großbritannien gegründet worden (Runge et al. o.J.). Die Absolventinnen bzw. Absolventen sollen Aufgaben in spezialisierten Bereichen der Ergotherapie oder im Managementbereich übernehmen. Der Doktorabschluss gilt in der Regel für den Bildungs- und die Forschungsbereich als Zugangsvoraussetzung (ENOTHE, COTEC 2006). Vereinzelt gibt es Forderungen, die Berufszulassung wegen der neuen beruflichen Anforderungen auf Master-Niveau zu erhöhen (Green, Perry, Harrison 2008). Vergleichbar wurde auch für die *Physiotherapie* in den USA schon seit Mitte der 1980er Jahre der Masterabschluss für die Berufszulassung vorausgesetzt (Rapport et al. 2007). Die American Physical Therapy Association fordert mittlerweile eine Anhebung der Zulassungsvoraussetzungen auf den Doktorabschluss (Brooks 2011). 2003 verfügten bereits 83% der Physiotherapeutinnen bzw.

Für die *Pflege* konnte als Ausgangspunkt der Recherche das vorliegende Review von Darmann-Finck (2012) genutzt werden. In diesem wurden für den Zeitraum 2000-2009 acht Studien zum Zusammenhang zwischen dem Anteil von Pflegenden mit einem Bachelorabschluss am Gesamtpflegepersonal und dem Patientenoutcome identifiziert. Das Review kam zu dem Ergebnis, dass „durch eine Reihe von qualitativ hochwertigen Querschnittstudien, insbesondere der Arbeitsgruppe um Aiken, (...) inzwischen ein positiver Zusammenhang zwischen einer Ausbildung auf Bachelorniveau und dem Patientenoutcome als bewiesen angesehen werden (kann)“ (Darmann-Finck 2012). Um die Ergebnisse des Reviews auf den aktuellsten Stand zu bringen, wurde für den vorliegenden Bericht lediglich für den Publikationszeitraum 2010-2014 nach weiteren empirischen Studien gesucht.

Tabellarische Übersichten zur Suchstrategie und Darlegung der Auswahl- und Ausschlussprozesse, die während der Recherche durchlaufen wurden, können auf Nachfrage von den Untersucherinnen angefordert werden.

4.2 Ergebnisse

Anhand der Recherchen in den unterschiedlichen Datenbanken wurden für die einzelnen Berufe insgesamt zwischen 1251 (Ergotherapie) und 5447 (Hebammenkunde) Datensätze identifiziert (vgl. Tabelle 1, S. 23), die auf den untersuchten Gegenstand des Zusammenhangs zwischen einer hochschulischen Primärqualifikation (z. T. auch einem Masterabschluss) und dem Patientenoutcome bzw. in den Therapieberufen und der Hebammenkunde auch auf durch eine hochschulische Bildung erzielte Lernergebnisse hindeuten. Es wurden solche Beiträge ausgeschlossen, die z.B. aufgrund ihres älteren Erscheinungsdatums bzw. im Volltext nicht zur Verfügung standen. Ergänzend zur Recherche anhand von Datenbanken wurden durch die Sichtung der Literaturverzeichnisse der gefundenen Quellen weitere relevante Publikationen ermittelt. Nach Sichtung der Titel und Abstracts im

therapeuten über einen Doktorabschluss in Physiotherapie (Rapport et al. 2007). Uneinheitlicher ist das Bild hier in Europa. Während Länder, wie Frankreich, die Ausbildung an staatlichen Berufsschulen verankern, sind in Finnland und Polen sowohl z.B. Diplome als auch BA-Abschüsse berufsqualifizierend. In Schweden und dem UK gilt flächendeckend der BA Abschluss als Berufszulassung. In den meisten Ländern werden darüber hinaus Master- und Doktorstudiengänge angeboten (ER-WCPT o.J.). Einzig in Belgien wird ein Master-Abschluss als Berufsqualifikation erwartet.

Für die *Logopädie* (bzw. Sprachheiltherapie) gilt in den meisten europäischen Ländern ein Bachelordiplom als berufsqualifizierender Abschluss. Auch hier bildet Deutschland die Ausnahme, wobei auch Deutschland stark in Richtung Akademisierung voranschreitet. Während die Qualifizierungen in dieser Fachrichtung in Schweden und Großbritannien an den Universitäten verortet sind, wird der Studiengang in Österreich und den Niederlanden an Fachhochschulen angeboten. In den meisten dieser Länder wird die Möglichkeit eines aufbauenden Masterstudiengangs gegeben. In Großbritannien wird zusätzlich ein entsprechender Doktorstudiengang angeboten (vgl. CPLOL Summary 2009).

In den Ländern Schweden und Großbritannien wurde die *Hebammenausbildung* bereits vor mehr als zehn Jahren auf ein universitäres Niveau angehoben. Mit Ausnahme von Deutschland schließt die Ausbildung zum jetzigen Zeitpunkt in den meisten europäischen Ländern mit einem Bachelor-Titel ab. Während die Ausbildung in Schweden und Großbritannien an Universitäten stattfindet, ist sie in Dänemark an drei sogenannten „University Colleges“ und in Österreich sowie den Niederlanden an Fachhochschulen verortet. Als Zugangsvoraussetzung gilt die Fachhochschulreife bzw. allgemeine Hochschulreife oder eine Studienberechtigungsprüfung. Darüber hinaus werden in den meisten europäischen Ländern Masterstudiengänge angeboten. Auch in diesem Ausbildungsbereich bietet Großbritannien zusätzlich die Chance zu promovieren (vgl. Büscher et al. (2010); ONSF-Survey of European Midwifery Regulators (2010); NMC (2009); Malott et al. (2009); Emons & Luiten o.J., OECD (2011)).

Hinblick auf die Fragestellungen sowie nach Ausschluss von Redundanzen wurden für die fünf Berufe zwischen 20 und 59 Artikel im Volltext geprüft und anhand ihrer Fragestellung geordnet und bewertet. Dabei wurden Publikationen, die zum Zusammenhang zwischen hochschulischer Primärqualifikation und dem Patientenoutcome bzw. zu den Lernergebnissen der hochschulischen Ausbildung keine spezifischen bzw. neuen Ergebnisse beförderten (d.h. Diskussionspapiere etc.), keine Angaben zum Studiendesign enthielten oder sich nicht auf den westlichen Kulturkreis bezogen, ausgeschlossen.

	Identifizierte Datensätze insgesamt	nach Ausschluss von Redundanzen im Volltext geprüfte Artikel ¹⁴	Letztlich in die Ergebnisdarstellung aufgenommene Beiträge ¹⁵
Ergotherapie	1251	24	6
Logopädie	3936	59	8
Physiotherapie	4260	46	8
Pflege ¹⁶	2529	36	4
Hebammenkunde	5447	20	2

Tabelle 1: Übersicht zu den untersuchten Publikationen

Bei der Begutachtung der Volltexte stellte sich außerdem heraus, dass in manchen Untersuchungen ein Vergleich von Fähigkeiten unterschiedlicher Berufsgruppen fokussiert wird. Andere Studien richten sich auf die durch den Einsatz pädagogischer Methoden erzielten Lernergebnisse oder durch berufsspezifische Interventionen erzielte Patientenoutcomes. Oftmals werden die untersuchten Patientenoutcomes nicht auf das Qualifikationsniveau bezogen. Alle Studien, die sich durch die in diesem Absatz beschriebenen Merkmale auszeichnen, wurden nicht berücksichtigt. Für die Pflege, wurden aufgrund der relativ guten Datenlage weiterhin auch Studien ausgeschlossen, in denen Lernergebnisse (in Form von Kompetenzen oder Performanzen) untersucht wurden, selbst wenn sie sich auf das Qualifikationsniveau bezogen. Die Auswahl und Qualitätsbeurteilung der Beiträge erfolgten ausschließlich entweder durch Nicole Duveneck oder Miriam Richter. Letztlich wurden für die untersuchten Berufe zwischen zwei und acht Studien in die Darstellung aufgenommen.

¹⁴ Vgl. Literaturverzeichnis 3.1 + 3.2

¹⁵ Vgl. dto. Nur 3.1

¹⁶ in der Weiterführung der Untersuchung von Darmann-Finck 2012

4.2.1 Ergotherapie

Miriam Richter

Im Ergebnis konnte durch die Begutachtung keine Studie identifiziert werden, in der der Zusammenhang zwischen einer Qualifizierung in der Ergotherapie auf Hochschulniveau (Bachelor, Master oder Promotion) und dem Patientenoutcome untersucht wurde. Gefunden wurden jedoch sechs Studien, in denen Lernergebnisse (Kompetenzen) im Zusammenhang mit einer hochschulischen Qualifizierung auf Bachelor- oder Masterniveau fokussiert werden. Diese Studien weisen zwei Schwerpunkte auf, nämlich den Einsatz von EBP (zwei Studien) und die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung (vier Studien). Die Datenerhebung erfolgte durchgängig anhand von Fragebogenerhebungen mit Ergotherapeutinnen und -therapeuten, also folglich anhand von Selbsteinschätzungen.

Im Hinblick auf die Forschungskompetenzen von Ergotherapeutinnen und -therapeuten ist die Studienlage uneindeutig. In einer US-amerikanischen Studie erwies sich, dass nur eine Minderheit der Untersuchten sich überhaupt bei der Planung von Interventionen durch EBP leiten ließ. Darüber hinaus stellte sich heraus, dass mit zunehmendem Qualifikationsniveau den Forschungsergebnissen weniger Bedeutung zugewiesen wurde, gleiches wurde bei zunehmender Berufserfahrung gefunden (Cameron et al. 2005, 123-136). Eine aktuellere ebenfalls US-amerikanische Studie fokussiert die wissenschaftlichen Fähigkeiten von Personen mit Masterabschluss im Vergleich zu Bachelorabsolventinnen und -absolventen in der Ergotherapie. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass bei vorliegendem Masterabschluss u.a. ein größeren Fokus auf die evidenzbasierte Praxis gelegt wird, eine stärkere Neigung besteht, sich an Forschungsprojekten zu beteiligen, eine höhere Sicherheit in der Forschungspraxis aufgewiesen wird und wissenschaftliche Datenbanken für die Recherchen genutzt werden. Diese Absolventinnen und Absolventen entwickelten insgesamt vielfältigere Fähigkeiten in der Informationssammlung und -analyse und in der Anwendung evidenzbasierten Wissens (Powell, Case-Smith 2010, 363-380).

Dem zweiten Schwerpunkt sei vorangestellt, dass negative Einstellungen von Professionellen gegenüber Menschen mit Behinderung nachweislich eine große Barriere für eine erfolgreiche Rehabilitation und Reintegration darstellen (Stachura, Garven 2003). Während in einer früheren US-amerikanischen Studie von 1994 noch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einstellung von Ergotherapeutinnen und -therapeuten und der Berufsqualifikation hergestellt werden konnte (Eberhardt, Mayberry 1994), kam eine australische Studie 2011 zu dem Ergebnis, dass sich die Einstellungen von Studierenden gegenüber Menschen mit Behinderung durch eine hochschulische Qualifikation änderten. Bei 59% der Studierenden hob sich eine bestehende negative Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung am Studienende auf. Bei 37% verringerte sich die Ausprägung bezüglich kritisch eingestufte Einstellungen, wie Vorurteilen oder Mitleid (McKenna et al. 2001).

In einer ähnlich angelegten englischen Querschnittstudie anhand eines standardisierten Messinstruments (der „Interaction with Disabled Persons Scala“) wurde ein Vergleich zwischen Studierenden der Physiotherapie, der Erziehungswissenschaft und der Ergotherapie durchgeführt. Die Ergotherapeutinnen und -therapeuten hatten bereits zu Beginn des Studiums positivere Einstellungen im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen. Beim zweiten Messzeitpunkt wiesen sie zwar immer noch bessere Werte auf, konnten diese aber nur noch geringfügig verbessern (Stachura, Garven 2003).

Fünf Jahre später wurden die zuletzt dargestellten Ergebnisse auch im internationalen Vergleich am Beispiel der Länder Australien, Taiwan, England und den USA bestätigt. Zwar unterlagen die Ergebnisse kulturellen und berufsspezifischen Variablen, insgesamt entwickelten die Studierenden im letzten Studienjahr signifikant positivere Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung. Dies wird auf die höhere universitäre Ausbildung und die Zunahme an klinischer Erfahrung zurückgeführt (Brown et al. 2009, 1541-1555).

4.2.2 Logopädie

Nicole Duveneck

Nach Begutachtung der Volltexte lag keine Studie vor, die den Zusammenhang zwischen einer hochschulischen Primärqualifikation in der Logopädie und dem Patientenoutcome untersucht. Es wurde eine Studie ermittelt, die die Zusammenarbeit zwischen hochschulisch gebildeten Logopädinnen und Logopäden und sprachtherapeutischen Assistentinnen und Assistenten fokussiert, drei Studien befassen sich mit Lernergebnissen und Kompetenzen der hochschulischen Logopädieausbildung.

Die Untersuchung von McCartney et al. (2005) beleuchtet aus der subjektiven Sicht der Logopädinnen und Logopäden die Organisation der Behandlung von Kindern mit einem primären Sprachfehler unterstützt durch eine logopädische Assistenz sowie die Vor- und Nachteile eines solchen Grade-Mix. Als wesentliches Ergebnis wird konstatiert, dass die fünf interviewten Logopädinnen bzw. Logopäden fast einstimmig die unmittelbare Sprachtherapie als wichtigen Teil der Entscheidungsfindung und der Therapieplanung sehen, die nicht einfach zu ersetzen ist. Diese Schwierigkeiten im Einsatz von Assistenzberufen deklarieren die Logopädinnen bzw. Logopäden, obwohl die an der Studie teilnehmenden Assistentinnen und Assistenten alle einen Hochschulabschluss in Psychologie haben.

Lediglich drei Arbeiten analysieren den Lernzuwachs in der hochschulischen logopädischen Erstausbildung. Spek et al. (2013) untersuchen die Selbstwirksamkeit und den Nutzen evidenzbasierter Praxis aus Sicht der Studierenden und stellen fest, dass es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und dem Nutzen evidenzbasierter Praxis zwischen den Studierenden des ersten, zweiten und dritten Studienjahrs gibt, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung sogar im dritten Studienjahr leicht niedriger ist, obwohl das Wissen und die Fähigkeiten zur evidenzbasierten Praxis ansteigen (Spek et al. 2013, 448f.). Größere positive Effekte sind auch im Bereich der Stimmbildung nicht dokumentiert. Betreffs der Stimmqualität kann kein signifikanter Unterschied zwischen den Studienjahren verzeichnet werden (van Lierde et al. 2010; Warhurst et al. 2010). Allerdings haben Studiengangsabsolventinnen und -absolventen niedrigere Werte in Bezug auf das Schwanken der Lautstärke und der Tonhöhe (Warhurst et al. 2010, 65). Ebenso ist ein Effekt in der Wahrnehmung der Studierenden im vierten Jahr hinsichtlich ihrer physikalischen, emotionalen und insbesondere ihrer funktionellen stimmlichen Belastungen belegbar (van Lierde et al. 2010, 594f.).

4.2.3 Physiotherapie

Miriam Richter

Im Ergebnis konnte durch die Begutachtung keine Studie identifiziert werden, in der der Zusammenhang zwischen einer Qualifizierung in der Physiotherapie auf Hochschulniveau (Bachelor, Master oder Promotion) und dem Patientenoutcome untersucht wird. Gefunden wurden jedoch acht Studien, in denen Lernergebnisse (Kompetenzen) im Zusammenhang mit einer hochschulischen Qualifizierung auf Bachelor- oder Masterniveau fokussiert werden. Zwei der acht Studien beziehen sich (auch) auf das Bachelor-, sechs auf das Masterniveau.

In einer frühen Studie von Turner und Whitfield (1997) wurden die Auswirkungen einer hochschulischen Primärqualifikation auf Lernergebnisse im Hinblick auf den Einsatz von Evidence-based Physiotherapy (EBP) in England und Australien erforscht, wobei die hochschulische Primärqualifikation in England zum Zeitpunkt der Studie erst kurz zuvor eingeführt wurde, wohingegen sie in Australien bereits seit zwei Jahrzehnten bestand, so dass die australischen Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten fast durchweg einen hochschulischen Abschluss besaßen, wohingegen dies nur bei 22% der Befragten in England der Fall war. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass die Nutzung von wissenschaftlichen Studien umso häufiger war, je kürzer die hochschulische Ausbildung zurücklag und je höher diese ausfiel. Allerdings gaben die Befragten in Australien nur unwesentlich geringer als ihre englischen Kolleginnen und Kollegen an, dass sie sich für die Auswahl von Interventionen auf Erfahrungs- und Regelwissen beziehen, obwohl ihre hochschulische Ausbildung eher darauf abzielen sollte, kritisches Denken und eine Kenntnis von Forschungsberichten zu unterstützen. Daher wird der Einfluss der hochschulischen Primärqualifizierung in dieser Studie als eher marginal bezeichnet (Turner, Whitfield 1997). In einer neueren Querschnittstudie aus Schweden konnte allerdings ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsniveau und der Anwendung von EBP nachgewiesen werden. In dieser Studie sollten das Wissen, die Einstellung, das Verhalten und die Bedingungen der evidenzbasierten physiotherapeutischen Praxis untersucht werden. Zusätzlich wurden auch die unterschiedlichen Ausbildungsstufen der untersuchten Physiotherapeutinnen und -therapeuten betrachtet. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit einem höheren Qualifikationsniveau über ein größeres Ausmaß an klinischem Wissen verfügen und die Bedingungen für die Anwendung von EBP positiver bzw. die diesbezüglichen Barrieren geringer einschätzen. Die Fähigkeit der kritischen Bewertung der wissenschaftlichen Literatur und das Verstehen wissenschaftlicher Begrifflichkeiten waren bei einem höheren hochschulischen Niveau signifikant höher, wobei jedoch konkrete Angaben zur Art des hochschulischen Abschlusses fehlen (Nilsgård, Lohse 2010).

Weitere sechs Studien fokussieren die Wirkungen von Masterprogrammen auf die Lernergebnisse/Kompetenzen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten. In einer qualitativen englischen Studie wird ein Vergleich zwischen einem Masterabschluss und der Spezialisierung zur/zum neuro-muskuloskeletalen Physiotherapeutin/-therapeuten mit der früheren Berufspraxis vor der Qualifizierung auf Masterniveau vorgenommen. In mehreren leitfadengestützten Interviews zeigte sich bei den Absolventinnen bzw. Absolventen im Gegensatz zur früheren Praxis eine Entwicklung hin zu autonomen und kritisch-

reflektierenden klinischen Expertinnen/Experten. Während die Absolventinnen und Absolventen vor dem Masterabschluss u.a. das Wissen unkritisch übernahmen, in ihrem Lernprozess ausschließlich auf andere angewiesen waren, häufiger Routinen folgten und nicht fähig waren, ihr Handeln zu reflektieren, verbesserten sich durch den Masterstudiengang drei zusammenhängende Aspekte: die Masterabsolventinnen und -absolventen gewannen ein kritischeres Verständnis von praktischem Wissen, setzten eine patientenorientierte Praxis um und entwickelten die Fähigkeit, in und von der Praxis zu lernen (Petty et al. 2011a). Eine qualitative US-amerikanische Untersuchung eines Masterstudiengangs in Manueller Therapie kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Die wahrgenommenen Veränderungen dokumentierten sich in der Fähigkeit, neu erworbene Fertigkeiten und Kenntnisse so einzusetzen, dass die Interventionen stärker patientenorientiert gestaltet wurden und auf Forschungsergebnissen beruhten (precision thinking). Darüber hinaus konnte eine größere Kreativität in der Umsetzung von Wissen in der klinischen Praxis entwickelt werden und es kam dadurch zu einer Verbesserung der professionellen Rolle und des persönlichen Entwicklungsprozesses (Constantine, Carpenter 2012). Weitere Studien stützen diese beiden Ergebnisse. Die Ergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass Masterabsolventinnen und -absolventen in der Physiotherapie mehr Selbstvertrauen und ein größeres Vertrauen in ihre Kenntnisse hatten sowie besser in der Lage waren, ihre klinischen Schlussfolgerungen zu optimieren und eine evidenz-basierte Praxis anzuwenden (Rushton, Lindsay 2010; Green, Harrison 2008; Stathopolous, Harrison 2003). Zusätzlich verbesserte sich ihre Kritik- und Analysefähigkeit hinsichtlich klinischer Entscheidungen (Rushton, Lindsay 2010; Green, Harrison 2008), es gelang ihnen, vermehrt patientenzentriert zu arbeiten (Rushton, Lindsay 2010; Stathopolous, Harrison 2003) und es kam zu einer Steigerung der Fähigkeit, in und durch die Praxis zu lernen und diese kritisch zu reflektieren (Petty et al. 2011b).

4.2.4 Pflege

Miriam Richter

In dem Review von Darmann-Finck (2012) wurde bereits festgestellt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der hochschulischen Ausbildung und dem Patientenoutcome, insbesondere in Bezug auf die Mortalität, die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und die Häufigkeit von Komplikationen, besteht. Dieses Ergebnis wird durch die in den letzten vier Jahren erschienen vier Studien untermauert.

In einer Sekundäranalyse von Kendall-Gallagher et al. (2011), die sich auf administrativ gewonnene, risikoadjustierte Daten von 1.283.241 chirurgischen Patientinnen und Patienten (allgemeinchirurgisch, orthopädisch und gefäßchirurgisch) und eine Befragung von 25.598 Pflegenden in vier US-amerikanischen Staaten bezieht, wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil an Pflegenden mit einem Bachelor- oder einem höheren Abschluss am Gesamtpflegepersonal und der 30-Tage Mortalität sowie dem Tod nach erlittener Komplikation nachgewiesen. Der Studie zufolge führt eine 10%ige Zunahme von Pflegenden mit einem BA- oder einem höheren Abschluss zu einer Abnahme der 30 Tage-Mortalität von stationären Patientinnen und Patienten um 6% und die von Misserfolgen nach erlittener Komplikation (failure to resucue) um 2%.

In einer Querschnittstudie von Blegen et al. (2013) wurden 21 Universitätskliniken untersucht. Die Datengrundlage bildeten administrativ gewonnene Patientendaten sowie eine Befragung von leitenden Pflegekräften dieser Kliniken hinsichtlich des Qualifikationsni-

veaus der beschäftigten Pflegenden. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Krankenhäuser mit einem höheren Anteil von Pflegenden mit einem Bachelorabschluss auch bei Kontrolle der Anzahl der Pflegenden und der Kennzeichen der Krankenhäuser signifikant bessere Patientenergebnisse im Hinblick auf Dekubiti, postoperative tiefe Beckenvenenthrombose sowie Lungenembolie, Verweildauer, Tod nach erlittener Komplikation (failure to rescue) sowie Mortalität bei Herzinsuffizienz aufweisen. Die Autorinnen und Autoren heben hervor, dass damit erstmals der Zugewinn durch hochschulisch ausgebildete Pflegende auch für Patientenergebnisse nachgewiesen wurde, die stärker pflegeassoziiert sind als die Patientenmortalität.

In der Studie von Kutney-Lee et al. (2013) wurden Daten aus 134 Krankenhäusern in Pennsylvania genutzt, darunter zwei Pflegendenbefragungen aus den Jahren 1999 und 2006 mit 42.000 bzw. 25.000 Pflegenden sowie administrativ gewonnene Patientendaten von chirurgischen Patientinnen und Patienten, ebenfalls aus den Jahren 1999 und 2006 (223.000 bzw. 244.000 Personen). Anhand einer retrospektiven zweistufigen Paneldatenanalyse wurden die Daten miteinander verglichen. In der Gegenüberstellung zeigte sich auch hier, dass nicht die Anzahl der Pflegenden, sondern deren Qualifikation die postoperative Mortalität und den Tod nach erlittener Komplikation (failure to rescue) signifikant reduzierten. Eine Zunahme von Pflegenden mit BA-Abschluss um jeweils 10% verminderte die Gesamtanzahl der Verstorbenen auf 2,12 auf 1.000 Patientinnen bzw. Patienten und die der Komplikationen auf 7,47 auf 1.000 Patientinnen bzw. Patienten.

Aiken et al. (2014) stellten anhand einer vergleichenden Studie in neun europäischen Ländern (Belgien, UK, Finnland, Irland, Niederlande, Norwegen, Spanien, Schweden, Schweiz), in die die risikoadjustierten Daten von 422.730 chirurgischen Patientinnen bzw. Patienten und 26.516 Pflegenden eingingen, fest, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil an Pflegenden mit Bachelorabschluss am Gesamtpflegepersonal und der postoperativen Mortalität von chirurgischen Patientinnen und Patienten besteht. Den Ergebnissen zufolge führt eine Erhöhung der Anzahl von BA-Pflegenden um 10% zu einer Abnahme der Wahrscheinlichkeit der postoperativen Mortalität bis zu 30 Tagen nach der Operation um 7%. Die Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen gleich angelegter Studien in Kanada und den USA (ebd.).

4.2.5 Hebammen / Entbindungspfleger

Nicole Duveneck

Auf Grundlage der Begutachtung der Volltexte konnten nur zwei Studien ermittelt werden, die Lernergebnisse einer hochschulischen Ausbildung in der Hebammenkunde dokumentieren. Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen hochschulischer Primärqualifikation in der Hebammenkunde und dem Patientinnenoutcome liegen nicht vor.

Die Studie von McKenna et al. (2011) fokussiert die Entwicklung von Empathie im dreijährigen Bachelorstudiengang Hebammenkunde, wobei die Messung anhand des Messinstruments „Jefferson Scala of Physician Empathy (JSPE)-Health Professional (HP) Version“ erfolgte. Anhand der Untersuchung wird nachgewiesen, dass Studierende höherer Fachsemester auch höhere Empathiewerte erzielen als ihre Kommilitoninnen und Kommilitonen aus niedrigeren Fachsemestern. Allerdings liegt der Mittelwert an Empathie für die untersuchte Gruppe insgesamt unter dem der Kohorten anderer Studien, die das Instrument JSPH nutzten. Hinweise auf die von der Profession erwarteten Kompetenzen gibt die Studie von Fasan et al. (2012). Sie deutet aber darauf hin, dass Absolventinnen und

Absolventen der Bachelorstudiengänge in der Hebammenkunde zweier verschiedener italienischer Universitäten in der Mehrzahl ein ausreichendes Maß an Kernkompetenzen erkennen lassen (Fasan et al. 2012, 212).

4.3 Zusammenfassung und Diskussion

Die Literaturrecherche ergab für die Pflege in Ergänzung zum Review von Darmann-Finck 2012 vier aktuelle Studien zum Zusammenhang zwischen einer Qualifikation der Pflegenden auf Bachelor- oder einem höheren Niveau und dem Patientenoutcome. Alle Studien bestätigen gleichermaßen, dass ein höheres Qualifikationsniveau auch mit einem verbesserten Patientenoutcome – bislang vor allem untersucht an chirurgischen Patientinnen und Patienten – bezogen auf die Mortalität, den Tod nach erlittener Komplikation (failure to rescue), die Dekubitusrate und einigen postoperativen Komplikationen assoziiert ist. Zwar weisen die Studien einige methodische Schwächen auf (z. B. Verwendung von administrativen Daten anstelle von Primärdaten), insgesamt handelt es sich aber um Studien, die bereits vergleichsweise hohe methodische Standards erfüllen (z. B. umfangreiche Risikoadjustierungen, multivariate Analysen), so dass die Aussagekraft der Studien als sehr hoch bewertet werden kann.

Demgegenüber konnten für die Therapieberufe und die Hebammenkunde anhand der Recherche keine Studien zum Zusammenhang zwischen einer Qualifizierung auf Bachelor- oder Masterniveau und dem Patientenoutcome gefunden werden. Diese Frage wird international kaum gestellt, da in den meisten Ländern in diesen Berufen schon lange auf Hochschulniveau ausgebildet und sogar ein Bachelorabschluss längst nicht mehr als ausreichend angesehen wird.

Die gefundenen Studien zu Lernergebnissen durch eine Qualifizierung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Hebammen und Entbindungspfleger auf Bachelor- und zum Teil auf Masterniveau geben Hinweise darauf, dass ein höheres Qualifikationsniveau auch mit besseren Lernergebnissen assoziiert ist. Den Ergebnissen der gefundenen Studien zufolge sind durch eine höhere Qualifizierung positive Lerneffekte etwa hinsichtlich des Wissenszuwachses und der Anwendung von Forschungsergebnissen, der Kritik- und Analysefähigkeiten, des persönlichen Entwicklungsprozesses und einer patientenorientierten Praxis festzustellen. Aufgrund zahlreicher methodischer Schwächen ist die Evidenz der Studien eher als gering einzuschätzen.

Die Recherche verdeutlicht, dass in allen Berufen noch erhebliche Forschungslücken hinsichtlich der Lernergebnisse wie auch der Patientenergebnisse, die im Zusammenhang mit einer hochschulischen Erstausbildung stehen, bestehen.

5 Kompetenzanalyse

Bernd Reuschenbach

Dieses Kapitel zielt auf eine Kompetenzanalyse, die, dem Evaluationsmodell von Ditton (2006) folgend, den Output des Bildungsprozesses validiert. Das Vorgehen und die Ergebnisse basieren auf den Vorarbeiten der anderen Arbeitspakete.

Zunächst erfolgt eine Einordnung in das Evaluationsmodell (Kapitel 5.1), die der Wahl des Kompetenzmodells und des Kompetenzbegriffs vorgeordnet ist (vgl. Kapitel 5.2, S.31). Beides bestimmt die Fragestellungen (Kapitel 5.3, S.32), die für dieses Arbeitspaket leitend sind und die Wahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode (Kapitel 5.4, S.32).

Der anschließende Abschnitt stellt die eigentlichen Ergebnisse der Kompetenzanalyse dar, die bedeutsame Kompetenzdimensionen im Selbstbild der Studierenden identifiziert und diese mit den Einschätzungen von Auszubildenden kontrastiert (Kapitel 5.5, Seite 33). Die quantifizierenden Analysen werden durch Befragungen von Praktikerinnen und Praktikern zu den von ihnen erlebten Kompetenzunterschieden (Kapitel 5.6 unten, Seite 50) ergänzt. Des Weiteren werden Bezüge zu den Ergebnissen der Online-Befragung und der im Rahmen der Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung geführten Fokusgruppen-Interviews hergestellt (Kapitel 5.7, Seite 57) und die Gesamtergebnisse methodisch und inhaltlich diskutiert (Kapitel 5.8 unten, Seite 58). Im abschließenden Abschnitt (Kapitel 5.9 unten, Seite 59) werden in der Zusammenführung der Ergebnisse Schlussfolgerungen gezogen, die eine Basis für die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Studiengänge (vgl. Empfehlungen, oben, S.X) bilden.

5.1 Einordnung in das Evaluationsmodell

Im Sinne des zugrunde liegenden Evaluationsmodells von Ditton (2006) ist mit der Kompetenzanalyse zu prüfen, ob die durch die Studiengänge anvisierten Kompetenzentwicklungen tatsächlich bei den Studierenden nachweisbar sind, d.h., ob die hochschulisch intendierten Curricula auf Ebene der Studierenden und Studierten entsprechende Effekte entfalten. Ob mit dem Nachweis von Effekten der hochschulischen Bildung auch ein Wirkungsnachweis erbracht wird, ist vor dem Hintergrund der genutzten Methoden zu bewerten (vgl. Kapitel 5.8, S.58).

Die Kompetenzanalyse ist damit im Evaluationsmodell der Nexus zwischen den hochschulischen Bildungsansprüchen und den Wirkungen, die diese auf die Versorgungsqualität haben. Diese Kompetenzen werden als Präkursor des Outcomes angesehen. Sie sind bildungsbezogene Lernergebnisse und im Sinne des systemtheoretischen Versorgungsmodells (Pfaff 2013) als Output zu bewerten.

Im Kapitel 2 (S.12) wurden, auf der Grundlage einer Literaturanalyse, die insbesondere die zukünftige Versorgungsanforderungen des Gesundheitswesens in den Blick nahm, Qualitätsdimensionen entwickelt (Kapitel 3, S.17), die für die inhaltliche Ausgestaltung des Studiums wesentlich sind. Diese lassen sich auch als Qualifikationsziele verstehen, die

mit den entwickelten Kompetenzen in enger Verbindung stehen und daher die Kompetenzanalyse leiten können.

5.2 Kompetenzbegriff und Kompetenzmodell

Für die Kompetenzdiagnostik sind die Wahl eines Kompetenzmodells und die Darlegung des genutzten Kompetenzbegriffs unerlässlich. Abweichend von dem üblichen Weg der Instrumentenentwicklung, der mit der Auswahl eines normativen und damit Stichproben übergreifenden **Kompetenzmodells** beginnt, wurden hier die Intentionen der Studiengänge an den Anfang gestellt. Die Items haben damit eine Nähe zu den beruflichen Anforderungen und Lernzielen, denen sich die Hochschulen verpflichtet fühlen. Damit handelt es sich um eine anforderungsnahe Itemkonstruktion.

Die Herausforderung bestand darin, inmitten der großen Vielfalt an Kompetenz- und Qualifikationszielen, die für und durch die Studiengänge formuliert wurden, bei gleichzeitig heterogenem Begriffsverständnis, studiengangübergreifende Kompetenzdimensionen zu identifizieren. Mit den aus der Status-Quo-Analyse abgeleiteten vier Qualitätsdimensionen (vgl. Kapitel 3, S.17) lag ein brauchbares, gliederndes System vor, dass mit anderen Rahmenmodellen kompatibel ist (z.B. dem Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung oder dem Deutschen Qualifikationsrahmen). Folglich lassen sich auch die im Folgenden genutzten Kompetenzdimensionen in diese Rahmenmodelle einordnen.

Es wird ein dispositionaler Ansatz der **Kompetenz** zugrunde gelegt, demzufolge Kompetenzen „Selbstorganisationsdispositionen des gedanklichen und gegenständlichen Handelns“ (Erpenbeck/von Rosenstiel 2007, XI) sind. Im Sinne von Erpenbeck und von Rosenstiel inkludieren Dispositionen auch Qualifikationen, Wissen und Fertigkeiten. Dieses erweiterte Kompetenzverständnis deckt sich damit weitgehend mit der Definition, die im Europäischen Qualifikationsrahmen (EQF) formuliert wurde. Demnach ist Kompetenz „die nachgewiesene Fähigkeit, Kenntnisse, Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und/oder methodische Fähigkeiten in Arbeits- oder Lernsituationen und für die berufliche und/oder persönliche Entwicklung zu nutzen. Im Europäischen Qualifikationsrahmen wird Kompetenz im Sinne der Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit beschrieben“ (Europäisches Parlament, 2007, Anhang). So verstanden, stehen Kompetenzen immer mit Arbeits- und Lernsituationen in Verbindung, in denen sie Menschen befähigen, bestimmte Anforderungen zu bewältigen. Kompetenzen sind situative Entfaltungsmöglichkeiten. Für die Entwicklung der Items zur Selbsteinschätzung der Kompetenzen ergibt sich daraus die Notwendigkeit, in den Antwortoptionen einen situativen Bezug herzustellen (z.B. „Wenn ich mit einem Patienten konfrontiert bin....“ oder „In der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen...“ etc.) und gleichzeitig die Entfaltung („ich tue ...“) oder die Entfaltungsmöglichkeit („ich kann ...“) in der sprachlichen Gestaltung zu berücksichtigen.

Für die Terminierung der Erhebung im Laufe des Studiums sind weiterhin Überlegungen zur **Kompetenzentwicklung** notwendig. Alle Studiengänge gehen von einem systematischen Konzept der Kompetenzentwicklung aus, aus dem sich ein sukzessiver, wenn auch nicht immer linearer Kompetenzgewinn ergibt. Dies spricht dafür, die Analyse der Kompetenzen am Ende des Studiums zu platzieren. Dann ist der Bildungsauftrag erfüllt und es kann geprüft werden, ob die auf die Kompetenzentwicklung bezogenen Ansprüche umgesetzt wurden.

5.3 Fragestellungen

Das Evaluationsangebot sah vor, die Kompetenzselbsteinschätzungen der Studierenden zu analysieren und Unterschiede zu den Einschätzungen der Auszubildenden darzustellen.

Während der laufenden Evaluation wurde seitens der Auftraggeberin der Wunsch geäußert, ergänzend situationsbezogene Kompetenzunterschiede im Praxisfeld aufzudecken. Aus diesen beiden Ansprüchen leiteten sich die folgenden drei Fragestellungen ab:

- Wie schätzen sich Studierende/Absolventinnen/Absolventen der Modellstudiengänge in den relevanten Kompetenzdimensionen ein?
- Gibt es Unterschiede in der Ausprägung der Kompetenzselbsteinschätzung zwischen den Studierenden/Absolventinnen/Absolventen auf der einen Seite und den Auszubildenden auf der anderen Seite?
- Wie bewerten erfahrene Fachkräfte in der Praxis die Kompetenzunterschiede zwischen Auszubildenden und Studierenden/Studierten und in welchen Situationen werden diese deutlich?

5.4 Methoden

Für die Kompetenzdiagnostik steht ein großer Fundus an Methoden zur Verfügung. Die Wahl des methodischen Zugangs wird durch das zugrunde gelegte Kompetenzmodell, die Größe der Zielstichprobe, die notwendige Situertheit der Erhebung sowie die Forschungsressourcen bestimmt. Sollen Daten an größeren Stichproben zur Aufdeckung von Bildungsunterschieden erhoben werden, sind standardisierte quantifizierende Analysen zu bevorzugen („large scale assessments“). Sollen jedoch im Praxisfeld Kompetenzen analysiert werden, so sind Methoden zu nutzen, die die Anforderungen und resultierenden Verhaltensweisen (= Performanz) in der jeweiligen Situation erfassen. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen schließt sich eine verhaltensnahe Erfassung bei großen Stichproben praktisch aus. Weiterhin beeinflusst die Zielsetzung der Evaluation die Art des gewählten Verfahrens. Einerseits sollen Kompetenzunterschiede zwischen Auszubildenden und Studierenden, andererseits konkrete Situationen (= Anforderungen) identifiziert werden, in denen Unterschiede deutlich werden. Um beiden Bedingungen und Ansprüchen gerecht zu werden, wurde ein Methoden-Mix umgesetzt.

Zur Anwendung kamen folgende Methoden:

- a) Zur Analyse der Kompetenzselbsteinschätzung wurde ein 19-Item-Fragebogen entwickelt und validiert. Ergänzt durch offene Fragen zum Selbst- und Fremdbild diente dieser dazu, Kompetenzunterschiede zu erfassen. Der Fragebogen adressierte Auszubildende, Absolventinnen/Absolventen und Studierende.
- b) Halbstandardisierte Interviews in Anlehnung an die Critical Incident Technique (Flanagan 1954) dienten der Aufdeckung von Performanzunterschieden in spezifischen Berufssituationen. Diese Befragung adressierte Praktikerinnen und Praktiker, die im Handlungsfeld beide Gruppen erlebt haben.

Tabelle 2, (S.33) zeigt die den Fragestellungen zugeordneten Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Sie sind Teil eines querschnittlichen Studiendesigns.

Tabelle 2: Zuordnung der Fragestellung zu den Erhebungs- und Auswertungsmethoden

	Erhebungsmethode	Auswertungsmethode
1) Wie schätzen sich Studierende/Absolventinnen/Absolventen der Modellstudiengänge in den relevanten Kompetenzdimensionen ein?	19-Item-Fragebogen und offene Fragen zur Selbst- und Fremdeinschätzung	Deskriptive Analyse
2) Gibt es Unterschiede in der Ausprägung der Kompetenzselbsteinschätzungen zwischen den Studierenden/Absolventinnen/Absolventen auf der einen Seite und den Auszubildenden auf der anderen Seite?	19-Item-Fragebogen und offene Fragen zur Selbst- und Fremdeinschätzung	Komparative Analysen (2-Gruppenvergleich)
3) Wie bewerten erfahrene Fachkräfte in der Praxis die Kompetenzunterschiede zwischen Auszubildenden und Studierenden/Studierten und in welchen Situationen können - in der Sichtweise der erfahrenen Fachkräfte - die im Studium angebahnten Kompetenzen hilfreich zur Lösung berufsfeldspezifischer Anforderungen sein?	Halbstandardisierte Interviews auf der Grundlage der Critical Incident Technique	Inhaltsanalytische Auswertung

Zur weiteren Stützung der Befunde werden die Fokusgruppeninterviews, die im Kontext der Analyse zu Ansätzen der Theorie-Praxis-Verknüpfung erhoben wurden (vgl. Kapitel 9, S.117ff, insbes. 9.3, S.124f) unter dem Blickwinkel der erreichten Kompetenzdimensionen betrachtet und Bezüge zur Kompetenzzuschreibung in der Online-Befragung (Kapitel 6, S.60ff, insbes. 6.5.4, S.68f) hergestellt.

5.5 Kompetenzselbsteinschätzung

Zunächst werden die Entwicklungsschritte des Fragebogens (5.5.1) und dann der finale Bogen mit der Zuordnung zu den Kompetenzdimensionen dargestellt (5.5.2, S.37). In der eigentlichen Analyse werden die beiden Gruppen (5.5.3, S.38), die in unterschiedlichen Befragungssettings erreicht wurden (5.5.4, S.39), hinsichtlich der Kompetenzselbsteinschätzung verglichen (5.5.5, S.40). Die Ergebnisse der quantitativen Erfassung werden mit den freien Antworten der Befragten verglichen (5.5.6, S.45) und erste Schlüsse zur Wirksamkeit der intendierten Curricula gezogen (5.5.7, S.48).

5.5.1 Fragebogenentwicklung

Die Entwicklung des Fragebogens folgte dem üblichen Weg der Testkonstruktion, wie er beispielsweise bei Bühner (2006) beschrieben ist.

- a) Festlegung der Art der Indikatoren
- b) Festlegung der Zielgruppe
- c) Konstruktion
- d) Generierung von Indikatoren
- e) Wahl des Itemformates
- f) Überprüfung der Testgütekriterien

a) Art der Indikatoren

Die Items wurden aus dem vorher dargelegten Kompetenzverständnis abgeleitet, orientieren sich also an den vier Qualitätsdimensionen. Als Indikatoren wurden entsprechende Selbsteinschätzungen formuliert, die sich auf Praxiskontexte beziehen.

b) Zielgruppe

Zielgruppe des Fragebogens waren Auszubildende sowie Studierende und Absolventinnen/Absolventen der Modellstudiengänge. Die Gestaltung der Items musste dabei den unterschiedlichen Zielgruppen gerecht werden. Bei der Erhebung der Hebammenauszubildenden und der Studierenden der Hebammenkunde wurden die Begriffe „Patient/Klient“ durch „die zu betreuende Frau“ ersetzt.

c) Konstruktion

Zur Konstruktion des Fragebogens wurde eine deduktive Methode gewählt.

Die Dimensionen sollten die studiengangs- und berufsgruppenübergreifenden Intentionen aufnehmen. Relevante Vorarbeiten wurden dazu in der Status-Quo-Analyse und den darauf basierenden Qualitätsdimensionen (Kapitel 2 und 3, S.17ff) und in der Curriculumanalyse (vgl. Kapitel 8.1.3, S.97 bzw. Tabelle 12, S.102) geleistet. Die dort identifizierten Dimensionen und inhaltlichen Facetten, die sich aus den Versorgungsbedarfen ableiten, (professions)theoretisch begründet sind und mit Expertinnen/Experten der Hochschulen konsentiert wurden, bilden die Grundlage für die Faktoren des Fragebogens.

d) Generierung von Items

Zur Itemgenerierung wurde zunächst in den Datenbanken PUBMED, CINAHL und Cochrane nach geeigneten validierten Kompetenzdiagnostika recherchiert (Suchbegriff: („scale“ OR „assessment“ OR "questionnaire in TI) AND „competen* in TX). Aus den Items der Verfahren, die frei verfügbar waren oder auf Nachfrage von den Autorinnen/Autoren kostenlos zur Verfügung gestellt wurden, ergaben sich erste Anregungen für die inhaltliche und sprachliche Ausgestaltung der Items¹⁷.

Ergänzend zu den englischsprachigen Verfahren wurden die im zikzak-Projekt (Knigge-Demal et al. 2012) genutzten Verfahren zur Evaluation des Pflegestudiengangs gesichtet. Items folgender Skalen wurden berücksichtigt:

- Research Utilization Questionnaire (Champion/Leach 1989)
- Nursing Competence Scale (NCS) (Meretoja/Isoaho/Leino-Kilpi 2004; deutsche Fassung Girbig 2011).
- Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) (Orchard et al. 2012)
- Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ) (Pintrich et al. 1991)
- Nurses Professional Value Scale (NPVS) (Weis/Schank 2000)

Eine identische Nutzung eines kompletten Fragebogens war aus zwei Gründen nicht möglich: (1) Ziel war es, einen kurzen Fragebogen mit hoher Rücklaufwahrscheinlichkeit

¹⁷ Die für die Dimension „Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses“ bedeutsamen Verfahren zur Messung des Konstrukts „critical thinking“ (Watson/Glaser 1991; Facione/Facione 1992) konnten aufgrund hoher Kosten für die Einzeltestung nicht berücksichtigt werden.

zu entwickeln. Mit sehr umfangreichen Fragebogensets wäre angesichts sehr vielfältiger weiterer Evaluationsaktivitäten an den Hochschulen der Rücklauf bedroht gewesen. (2) Die Items der Fragebögen beziehen sich teilweise auf spezifische Handlungsfelder und haben unterschiedliche Antwortformate. Sie wurden daher im Sinne des oben definierten Kompetenzbegriffs so verändert, dass sie auf eine selbstbezogene Einschätzung des tatsächlichen Verhaltens („ich tue“) oder der Verhaltensmöglichkeiten („ich bin in der Lage“, „ich kann“) bezogen sind. Alle Items reflektieren inhaltlich auf das berufliche Handlungsfeld (z.B. „in meiner täglichen Arbeit“, „in der Praxis“).

In einer ersten Version entstand ein 66-Item-Fragebogen, der von fünf Expertinnen bzw. Experten im Hinblick auf die sprachliche Eignung, Redundanzen, Verständlichkeit und Passung zu den Kompetenzdimensionen bewertet wurde. Die Anzahl der Items reduzierte sich damit auf eine 42-Item-Fassung. Der 42-Item-Fragebogen wurde bei einer Gruppe von Pflegestudierenden im ersten, dritten und fünften Semester (N = 145) angewendet und nach itemanalytischen Kriterien (z.B. Varianz im Antwortverhalten, Anzahl fehlender Antworten, Deckeneffekte, korrelativer Bezug zu den Dimensionen) reduziert. Die damit entwickelte 22-Item-Fassung wurde schließlich in den Modellstudiengängen genutzt. Die nach der Datenerhebung durchgeführten testtheoretischen Auswertungen (CFA, PCA) legen jedoch eine 19-Item-Lösung als Ideallösung nahe. Drei Items wurden wegen fehlender Passung zu den Faktoren oder wegen eines berufsgruppenspezifischen Antwortverhaltens ausgeschlossen.¹⁸

Kontrastiert mit den Qualitätsdimensionen des Status-Quo-Berichts und den Konkretisierungen der Analyse der Curricula sieht die Faktorenstruktur des 19-Item-Fragebogens wie folgt aus:

- Die Dimension A des Fragebogens („Fähigkeit zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens“) greift die Kompetenz zur Recherche von Studien, zur Reflexion von Gewohnheiten und Ritualen auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz und zur Einbindung wissenschaftlicher Evidenz bei der Planung von Maßnahmen auf.
- Die Dimension B des Fragebogens („Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorlevel“) entfaltet sich in konkreten klinischen Anforderungen. Je nach Berufs- und Handlungsfeld sind sehr unterschiedliche Handlungsmuster und -routinen zur Bewertung heranzuziehen, so dass kaum für alle Berufsgruppen gleichermaßen gültige Kompetenzen beschrieben werden können. Daher ist für diese Dimension kein Item zur Selbsteinschätzung entwickelt worden.
- Die Dimension C des Fragebogens („Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses“) greift die Kompetenz zur Berücksichtigung somatischer, psychischer und sozialer Aspekte, die Kompetenz zur Einbindung des Patienten/Klienten und die Fähigkeit zum präventiven und gesundheitsförderlichen Handeln auf.
- Die Dimensionen D des Fragebogens („Fähigkeit zum interprofessionellen Lernen und Handeln“) wurde in drei Subkategorien aufgeteilt. Erstens die Kategorie D1, die als „Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessionellen Diskursen und zur Förderung der Kooperationen“ benannt wurde. Die Kategorie D2 bezieht sich auf die „Fähigkeit zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung“. Die Kategorie D3 umfasst die „Fähigkeit zur

¹⁸ So wurde beispielsweise das Item, das sich auf die Einbindung von Angehörigen bezieht, selten von den Hebammen in Ausbildung beantwortet.

Förderung der eigenen Profession". Die Dreigliedrigkeit dieser Dimension findet sich auch in der Systematik der curricularen Analyse wieder (vgl. Kapitel 8, S.91, insbes. 8.1.3, S.97)

Damit werden inhaltlich drei der vier Qualitätsdimensionen aufgegriffen. Durch die Differenzierung der vierten Dimension „Fähigkeit zum interprofessionellen Lernen und Handeln" in drei Subskalen ergeben sich damit fünf Faktoren des Fragebogens (Tabelle 3, S.37)

e) Wahl des Itemformates

Im Entwicklungsprozess der Skala wurden vier- und fünfstufige Likert-Skalen getestet. Bei Teilstichproben zu Beginn der Erhebung wurde die fünfstufige Skala genutzt. Dabei lag der Anteil der „Unentschieden“-Antworten bei 7,8%. In den nachfolgenden Erhebungen wurde daher eine vierstufige Skala (1 = „trifft nicht zu“, 2 = „trifft weniger zu“, 3 = „trifft eher zu“, 4 = „trifft zu“) ohne Mittelkategorie genutzt („forced choice“).¹⁹ Dies erleichtert die Darstellung der Ergebnisse in Form von zwei dichotomen Kategorien. Auch in der Online-Fassung wurde eine vierstufige Skala genutzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten dort die Möglichkeit, den Fragebogen zu bewerten. Hier gaben nur drei Personen an, dass sie die „forced choice“-Variante als störend oder unpassend empfanden. Der prozentuale Anteil der nicht beantworteten Fragen wurde dadurch nicht reduziert.

f) Überprüfung der Testgütekriterien

Zur Bewertung der Konstruktvalidität ist die Klärung des theoretischen Bezugsrahmens wesentlich. Die Qualitätsdimensionen und deren Ableitung aus dem Status-Quo-Bericht bzw. ihre (professions-)theoretische Herleitung und die Konkretisierungen einzelner Dimensionen in der curricularen Analyse haben zur Klärung des Konstrukts beigetragen.

Die in der Anwendung des Bogens identifizierten Kompetenzprofile spiegeln sich auch in den Freitextantworten und in den Interviews mit den Vertreterinnen bzw. Vertretern der Praxis wider (Kapitel 5.5.6, S.45).

Die explorative Faktorenanalyse (PCA) belegt die 5-Faktorenlösung. Die Varianzaufklärung liegt bei 52%. Die konfirmatorische Faktorenanalyse (Anhang, Abbildung 13, S.205) weist auf einen ausreichenden Modellfit der 5-Faktorenlösung hin.²⁰ Die Interkorrelation der Faktoren ist im Anhang in der Tabelle 17 (S.205) zu sehen. Die Reliabilitätskoeffizienten der einzelnen Subskalen weist Tabelle 3, S.37 aus.

¹⁹ Die wenigen mittelständigen Antworten wurden randomisiert den nächstliegenden Randkategorien zugeordnet.

²⁰ Modellfit: $n_{\text{total}}=439$, $n_{\text{used}}=399$;

$\chi^2(142)=459.379$, $p<.01$, CFI=0.834, TLI=0.800, RMSEA=0.075, 95-KI für RMSEA [0.067; 0.083], SRMR=0.086.

5.5.2 Finale Fassung des Fragebogens

Die finalisierte Fassung besteht aus 19 Items. Die Zuordnung zu den Faktoren ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 3: Zuordnung von Items zu Dimensionen und Faktoren²¹

	Konkretisierungen	Cronbachs Alpha	Itemnr.	Item
A) Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand (EBN)	<ul style="list-style-type: none"> - Fähigkeit zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis - Fähigkeit Gewohnheiten und Rituale zu hinterfragen 	.73	1	Ich versuche, in der Praxis Routinen und Gewohnheiten zu verändern, wenn dies aufgrund des aktuellen Forschungsstandes sinnvoll ist.
			2	Wenn im Team Uneinigkeit über geeignete Maßnahme/Intervention besteht, dann suche ich nach wissenschaftlichen Studien, um zu einer Lösung zu kommen.
			3	In der Praxis hinterfrage ich Gewohnheiten und Rituale.
			4	Unabhängig von den Erklärungen, die ich in der Praxis höre, versuche ich selbst zu ergründen, warum etwas so gemacht wird und nicht anders.
			5	Ich bin in der Lage, wissenschaftliche Studien zu recherchieren.
			6	Wenn ich in der Praxis erstmals mit Empfehlungen oder Standards konfrontiert bin, dann überlege ich zunächst, wie die wissenschaftliche Basis dafür ist.
B) Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau	Keine Fragestellung ableitbar, denn diese klinischen Kompetenzen zeigen sich erst im Praxisfeld			
C) Befähigung zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses	<ul style="list-style-type: none"> - Fähigkeit zur Gesundheitsförderung und Prävention - Fähigkeit zur Berücksichtigung der individuellen, Besonderheiten des Patienten - Fähigkeit zur Einbeziehung der somatischen, psychischen und sozialen/lebensweltlich-biografischen Ressourcen 	.69	7	In meiner praktischen Tätigkeit spielt die Gesundheitsförderung und Prävention für die Klienten/Patienten eine große Rolle.
			9	In meiner täglichen Arbeit versuche ich, neben den somatischen auch die psychischen und sozialen Aspekte des Menschen ausreichend zu berücksichtigen.
			10	Ich ermutige die Patienten/Klienten, ihre Sicht der Dinge bei der Planung von Maßnahmen einzubringen.
			11	Bevor ich eine Maßnahme/Intervention umsetze, frage ich zunächst die Patienten/Klienten, ob das so in ihrem Sinne ist.
D) Befähigung zur Kooperation und zum interprofessionellen Handeln	<ul style="list-style-type: none"> - D1: Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit anderen Professionen und zur 	.70	14	In der beruflichen Praxis begegnen mir Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter aus anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe.
			15	Ich tausche mich regelmäßig mit anderen Berufsgruppen über den Patienten/Klienten

²¹ Die Nutzung des Fragebogens bedarf der Zustimmung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen / Referat "Grundsatzfragen Pflegewissenschaft und-pädagogik/Modellstudiengänge".

	Förderung der Kooperation.			aus.
			16	Maßnahmen für den Patienten/Klienten plane ich mit anderen Berufsgruppen gemeinsam.
	- D2: Fähigkeit zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung	.56	19	Ich versuche, die Patienten/Klienten, die verschiedene Stellen im Gesundheitswesen durchlaufen müssen, durch das Gesundheitssystem zu lotsen.
			20	Über meinen eigentlichen Tätigkeitsbereich hinaus versuche ich die Versorgung des Patienten/Klienten auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens zu regeln.
			8	Wenn ich mit akuten Problemen des Patienten/Klienten konfrontiert bin, dann überlege ich, welche weiteren präventiven Maßnahmen über das aktuelle Problem hinaus für die Personen hilfreich sein könnten.
	- D3: Fähigkeit zur Förderung/Weiterentwicklung der Profession.	.59	13	Gegenüber anderen Berufsgruppen mache ich meine beruflichen Ideale und Ansprüche deutlich und vertrete sie offen.
			18	Ich bin berufspolitisch aktiv.
22			Ich mache in der Praxis immer wieder deutlich, welche besonderen Kompetenzen ich aufgrund meiner Ausbildung mitbringe.	

5.5.3 Stichproben

Zur Aufdeckung von Unterschieden war eine Vollerhebung bei Studierenden/Absolventinnen/Absolventen und eine Erhebung bei einer vergleichbaren berufsspezifischen Gruppe von Auszubildenden geplant.

5.5.3.1 Studierende

Durch den unterschiedlichen Start der Modellstudiengänge konnten nicht alle Studierenden/Absolventen/Absolventinnen zum gleichen Zeitpunkt ihres Studienverlaufs erfasst werden. Die Zielstichprobe besteht daher aus Personen, die ihr Studium bereits beendet haben und solchen, die sich im letzten Semester ihres Studiums befinden. Ausnahmen davon bilden der Studiengang Pflege an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf und der Studiengang Logopädie an der RWTH Aachen, bei denen Studierende aufgrund des späten Einstieges in die Modellprojektphase schon im 5. bzw. 6. Semester befragt wurden.

Die Rekrutierung der Studierenden erfolgte durch die Studiengangsleitungen oder die Evaluationsbeauftragten der jeweiligen Hochschulen.

5.5.3.2 Auszubildende

Für die Auswahl der Auszubildendenstichprobe bestand die besondere Herausforderung darin, eine angemessene Vergleichsstichprobe zu erreichen. Es sollten Personen befragt werden, die im Alter den Studierenden ähnlich waren und die gleiche zeitliche Nähe zum jeweiligen Berufsabschluss hatten. Aus diesem Grund wurden Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr, bevorzugt wenige Monate vor dem Abschluss der Berufsausbildung, für die Befragung rekrutiert. Für die Auswahl der Auszubildenden in den therapeutischen Berufe wurden auf Anraten der Expertinnen sowohl Schulen mit als auch ohne Schulgeld in

unterschiedlicher Trägerschaft berücksichtigt. Es beteiligten sich Auszubildende aus Bayern, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen an der Erhebung.

5.5.4 Befragungssetting und Datenschutz

Aufgrund der unterschiedlichen Erreichbarkeit wurden drei verschiedene Zugangswege gewählt.

- a) **Gruppentestung:** In den meisten Fällen wurde die Erhebung als Gruppentestung vor Ort vorgenommen. Nach der Terminierung der Befragung durch die Studiengangleitung bzw. die Schulleitung der Berufsfachschule wurde die Befragung während der regulären Studiums- bzw. Ausbildungszeit durchgeführt. Die Befragenden/Befragter stellten dazu das Ziel der Erhebung (Kompetenzerhebung in den Gesundheitsberufen) vor, erläuterten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die Nutzung und Verwendung der Daten und instruierten das Ausfüllen des Bogens. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde betont. Die Mitarbeiterin des Evaluationsteams verließ während der Erhebung den Raum. Die Erhebung dauerte jeweils ca. 15 Minuten.
- b) **Postalische Befragung:** Die Befragungen an der Hochschule für Gesundheit in Bochum und an der Fachhochschule Bielefeld fanden postalisch statt. Zum geplanten Zeitpunkt der Erhebung waren die Studierenden nicht mehr als Gesamtgruppe in der Hochschule erreichbar bzw. das Studium war schon beendet, daher wurde dieser Weg gewählt. Zur Befragung an der Hochschule für Gesundheit in Bochum wurden die Fragebögen gemeinsam mit hochschulinternen Evaluationsbögen und einer Einverständniserklärung zur Verarbeitung der Daten postalisch versendet und sollten mit einem frankierten Rückumschlag an die Stelle für Qualitätsmanagement & Evaluation der Hochschule zurückgesendet werden. Die Fragebögen und Einverständniserklärungen wurden unmittelbar nach dem Eintreffen in der Hochschule separat voneinander aufbewahrt, so dass eine Identifizierung der Personen ausgeschlossen war. Die Hochschule sammelte die Bögen und leitete sie an das Münchner Evaluationsteam weiter. An der Hochschule Bielefeld wurden die Fragebögen durch die Hochschule an die Studierenden versendet. Die Rücksendung mit frankiertem Rückumschlag erfolgte hier jedoch direkt an das Evaluationsteam der Katholischen Stiftungsfachhochschule.
- c) **Online-Erhebung:** Die Befragungen der Studierenden in Münster und Aachen wurden als Online-Erhebung durchgeführt. Der Fragebogen wurde dazu über die Plattform <https://www.soscisurvey.de> bereitgestellt. Ein Anschreiben des Evaluationsteams mit dem Link zur Befragung wurde per Email über die Studiengangleitungen der jeweiligen Modellstandorte an die relevante Kohorte der Studierenden distribuiert. Die Startseite der Online-Erhebung klärte über die Hintergründe der Befragung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen auf. In der Befragung wurden keine IP-Adressen gespeichert, so dass die Befragung keinen Rückschluss auf die ausfüllende Person ermöglichte. Eine Mehrfachteilnahme kann damit nicht ausgeschlossen werden. Wenn ein Abbruch der Befragung vor dem Ende erfolgte, wurden die Daten nicht in die Auswertung einbezogen, da dies als Ablehnung

einer Nutzung der Daten gewertet wurde. Etwa zwei Wochen nach der ersten Email wurde an die laufende Befragung erinnert.

Die testtheoretischen Auswertungen zeigen, dass es zwischen den drei Varianten keine bedeutsamen Unterschiede gibt. In allen Befragungsvarianten wurde den Befragten die Anonymität der Befragung zugesichert. Es wurde darauf hingewiesen, dass Personen zur Sicherung der Anonymität auf die Angabe der soziodemografischen Daten verzichten konnten, dass die Teilnahme freiwillig war und dass es in der Auswertung um die Aufdeckung von Gruppenunterschieden und nicht um die Ergebnisse einzelner Personen oder Studienorte ging. Alle Mitarbeitenden des Evaluationsteams sind arbeitsvertraglich zur Geheimhaltung über die Prozesse, Strukturen und Ergebnisse des Evaluationsprojektes verpflichtet. Ebenso verpflichtet der Vertrag mit dem Auftraggeber zu einer vertraulichen Nutzung der Daten und Ergebnisse. Die Datensätze auf der Online-Plattform Soscisurvey werden zum Ende des Projektzeitraums gelöscht. Der Anbieter der Online-Plattform verpflichtet sich zur Umsetzung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Die Befragung ist SSL-verschlüsselt und die Server-Umgebung entspricht gängigen Standards der Datensicherung.

5.5.5 Ergebnisse der standardisierten Befragung

5.5.5.1 Studierende und Absolventinnen bzw. Absolventen

Insgesamt nahmen 211 Studierende an der Befragung teil. 27,1% hatten das Studium bereits beendet. Tabelle 4 zeigt die Stichprobengröße an den einzelnen Standorten.²² Die Rücklauf-, bzw. Teilnahmequote lag bei 60,1%. Die Erhebungen fanden zwischen Frühjahr und Herbst 2014 statt.

Tabelle 4: Rücklauf- und Teilnahmequoten an den einzelnen Befragungsorten

Studienstandort	Studiengang	Studienfortschritt zum Zeitpunkt der Befragung (Start der Kohorte)	Befragungsmodus	N	Studierende in der Kohorte zum Zeitpunkt der Befragung	Teilnahme bzw. Rücklauf
Rhein-Westfälische Hochschule Aachen						
	Logopädie (B.Sc.)	5. Sem. (1. Kohorte - Start Wintersemester 2011/2012)	Online-Erhebung	17	18	94,4%
Fachhochschule Bielefeld						
	Gesundheits- und Krankenpflege (B.Sc.)	8. Sem. (1. Kohorte- Start Wintersemester 2010/2011)	Postalische Befragung	10	19	52,6%
Hochschule für Gesundheit Bochum						
	Ergotherapie (B.Sc.)	Nach Studienabschluss (1. Kohorte- Start Wintersemester	Postalische Befragung	5	21	23,8%

²² Die hier untersuchte „Abschlusskohorte“ ist identisch mit der Gruppe, die zum Zeitpunkt T1 mittels Online-Befragung erhoben wurde. Die unterschiedlichen Kohortengrößen ergeben sich durch die Fluktuation zwischen den Befragungen.

		2010/2011)				
	Logopädie (B.Sc.)	Nach Studienabschluss (1. Kohorte- Start Wintersemester 2010/2011)	Postalische Befragung	7	31	22,6%
	Physiotherapie (B.Sc.)	Nach Studienabschluss (1. Kohorte- Start Wintersemester 2010/2011)	Postalische Befragung	18	26	69,2%
	Hebammenkunde (B.Sc.)	8. Sem.	Gruppentestung vor Ort	25	29	86,2%
	Pflege (B.Sc.)	8. Sem.	Gruppentestung vor Ort	17	26	65,4%
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf						
	Pflege und Gesundheit (B.A., dual)	6. Sem. (1. Kohorte Start WS 2012/2013)	Gruppentestung vor Ort	9	13	69,2%
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen						
	Pflege (B.Sc.)	6. Sem. (1. Kohorte- Start Wintersemester 2011/2012)	Gruppentestung vor Ort	38	56	67,9%
Mathias Hochschule Rheine (MHR)						
	Pflege (B.Sc.)	7. Sem. (2. Studienkohorte, Start WS 2011/2012)	Online-Erhebung	12	26 ²³	42,3%
		Nach Studienabschluss (1. Studienkohorte WS 2010/2011)	Online-Erhebung	13	26	50,0%
Fachhochschule Münster						
	Therapie- und Gesundheitsmanagement- Fachrichtung Logopädie (B.Sc.)	7. Sem. + (Start: WS 2011/2012) Nach Studienabschluss (Start WS 2010/2011)	Online-Erhebung	15	24	62,5
	Therapie- und Gesundheitsmanagement- Fachrichtung Physiotherapie (B.Sc.)	7. Sem. + (Start: WS 2011/2012) Nach Studienabschluss (Start WS 2010/2011) ²⁴	Online-Erhebung	25	34	73,5%
Gesamt				211	349	60,4%

Von den Befragten waren 87,6 % weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 24,3 Jahren (SD = 3,9). 75,2% der Befragten hatten die allgemeine Hochschulreife, 24,8% die Fachhochschulreife oder eine fachgebundene Hochschulreife. Die Durchschnittsnote des letzten Zeugnisses der allgemeinbildenden Schule lag bei 2,3 (SD = 0,5). 22,4% der Befragten kommen aus einer Familie mit einem Akademiker/einer Akademikerin als Elternteil. 16,7% stammen aus einem Elternhaus mit zwei Akademikerinnen/Akademikern.

²³ Hier wurde die Kohortengröße der Online-Befragung zugrunde gelegt

²⁴ Im Rahmen der Online-Erhebung konnte keine angemessene Trennung der beiden Kohorten erreicht werden. Es wird die Stichprobengröße der Online-Erhebung zugrunde gelegt

5.5.5.2 Auszubildende

Die Befragungen der Auszubildenden fanden von Mai bis November 2014 statt. Es wurden Ausbildungsstätten in Bayern, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen aufgesucht. Es wurden 229 Auszubildende im 3. Ausbildungsjahr befragt. Tabelle 5 zeigt die Aufteilung nach Ausbildungsberufen und Befragungsorten.

Tabelle 5: Stichprobengröße in den einzelnen Ausbildungsberufen

Berufsfeld	Bundesland	Trägerschaft	N
Gesundheits- und Krankenpflege (116)	BY	Öffentliche Trägerschaft	19
	BY	Kirchliche Trägerschaft	46
	BY	Kirchliche Trägerschaft	40
	RLP	Kirchliche Trägerschaft	11
Hebammenkunde (11)	RLP	Kirchliche Trägerschaft	11
Physiotherapie (44)	BY	Öffentliche Trägerschaft	24
	NRW	Kirchliche Trägerschaft	20
Logopädie (38)	BY	Öffentliche Trägerschaft	11
	BY	Öffentliche Trägerschaft	12
	BY	Privat	15
Ergotherapie (20)	BY	Öffentliche Trägerschaft	12
	BY	Freie Trägerschaft	8
Summe			228

Von den 229 Auszubildenden waren 84,7% weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 23,7 Jahren (SD = 4,5). 45,0% der Befragten hatten die allgemeine Hochschulreife, 19,8% die Fachhochschulreife oder eine fachgebundene Hochschulreife. Die Durchschnittsnote des letzten Zeugnisses der allgemeinbildenden Schule lag bei 2,4 (SD = 0,6). 18,4% der Befragten kommen aus einem Elternhaus mit einem Akademiker/einer Akademikerin, 16,2% kommen aus einem Haushalt mit zwei Akademikerinnen/Akademikern.

5.5.5.3 Gruppenunterschiede

Um bedeutsame Unterschiede inferenzstatistisch zu bewerten, wurden für die 5 Faktoren T-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Die Faktoren wurden über den Mittelwert der jeweiligen Subskalen-Items gebildet.

In allen Dimensionen ergaben sich signifikante Unterschiede. Davon erreichen in vier Dimensionen Studierende/Studierte höhere Werte als Auszubildende (Abbildung 4).

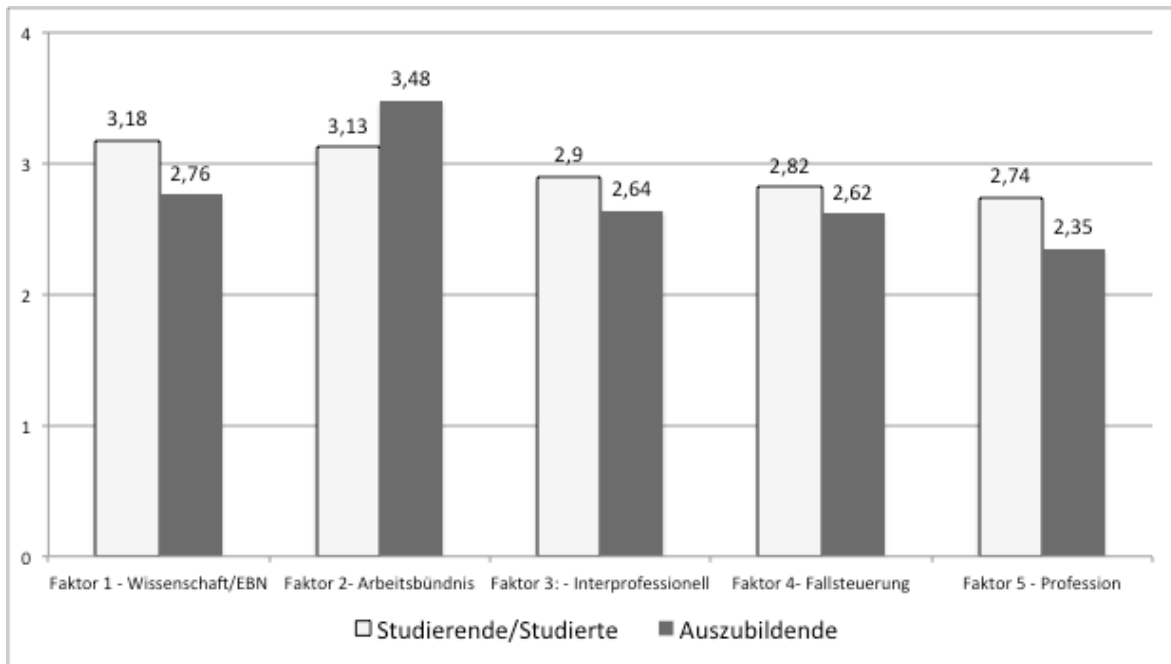


Abbildung 4: Vergleich der Faktormittelwerte zwischen Auszubildenden und Studierenden/Studierten.

Den größten Unterschied gibt es im Faktor 1 („Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens“). Hier erreichen die Studierenden einen um 0,42 höheren Wert auf der vierstufigen Skala ($t = 8.90$, $df = 436$, $p < .001$). Beim Faktor „Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessionellen Diskursen und zur Förderung der Kooperationen“ erreichen Studierende einen um 0,25 höheren Wert ($t = 4.24$, $df = 436$, $p < .001$). Der Unterschied beim Faktor „Fähigkeit zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung“ beträgt 0,20 ($t = 3.34$, $df = 437$, $p < .001$). Beim Faktor „Fähigkeit zur Förderung der eigenen Profession“ erzielten Studierende einen Wert, der um 0,39 über dem der Auszubildenden liegt ($t = 6.20$, $df = 437$, $p < .001$). Lediglich beim Faktor „Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses“ sind Auszubildende mit einem Mittelwertsunterschied von 0,35 im Vorteil ($t = 6.95$, $df = 436$, $p < .001$). Dieses Muster zeigt sich auch bei der separaten Auswertung für einzelne Berufe, d.h. auch dort erreichen Studierende höhere Werte auf vier Faktoren, während Auszubildende beim Faktor „Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses“ in allen Berufen höhere Werte erzielen.

Bei der Anwendung multipler T-Tests zur Aufdeckung von bedeutsamen Mittelwertsunterschieden ergibt sich bei 15 der 19 Items ein bedeutsamer Unterschied (Anhang, Tabelle 18 u. Tabelle 19, S.206ff). Bei vier dieser Items schätzen sich die Auszubildenden signifikant höher ein. Bei weiteren vier Items gibt es keine statistisch bedeutsamen Unterschiede.

Um die Relevanz einzelner Items in ihrem Beitrag zur Erreichung des signifikanten Unterschiedes darzustellen, wurden in der folgenden Abbildung 5 aus jedem Faktor nur die Items mit dem größten Gruppenunterschied dargestellt. Die Darstellung erfolgt zur einfacheren Übersicht in Form von dichotomen Kategorien, zu denen die Antwortoptionen 1 = „trifft nicht zu“ und 2 = „trifft weniger zu“ sowie die Antwortoptionen 3 = „trifft eher zu“ und 4 = „trifft zu“ jeweils zusammengefasst wurden.

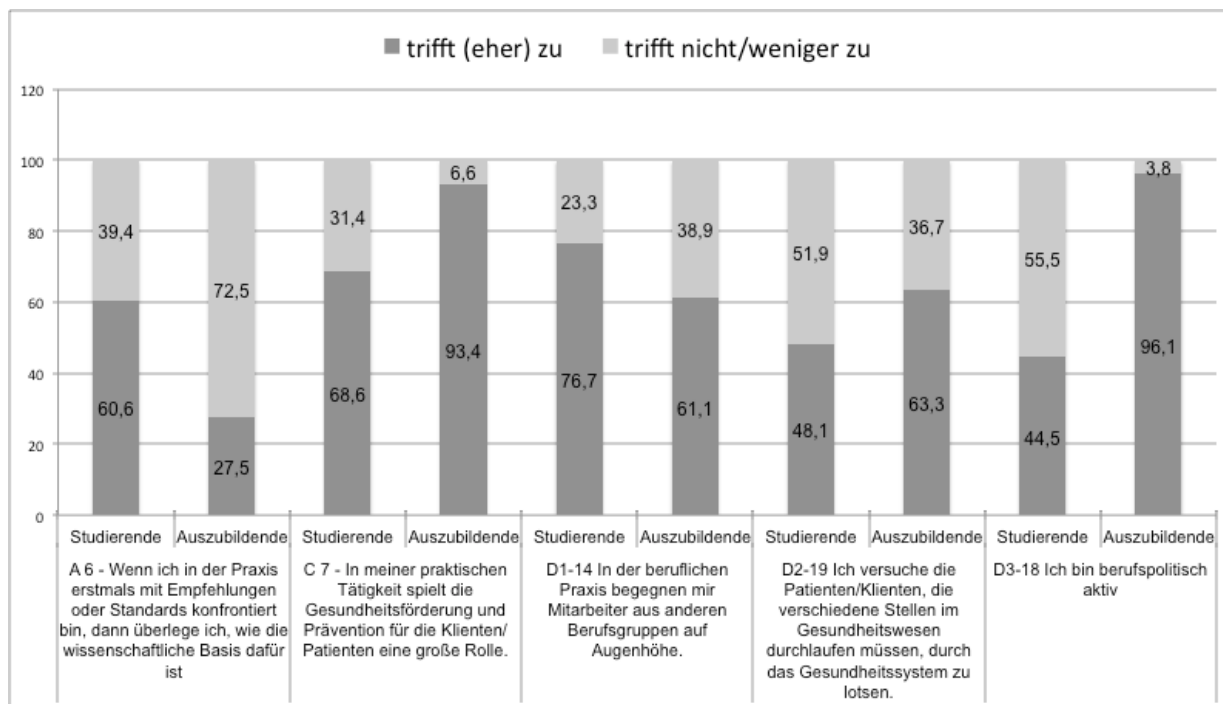


Abbildung 5: Prozentanteil der Zustimmung zu den Antwortkategorien für die fünf Items jedes Faktors mit den deutlichsten Gruppenunterschieden

Die Abbildung belegt, dass besonders bei den Items, die die Einschätzung zur Reflexion der Praxis auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse thematisieren (A6), und denen, die sich auf berufspolitischen Aktivitäten beziehen (D3-18), Studierende wesentliche höhere Werte erreichen.

5.5.5.2 Einfluss anderer Prädiktoren

Bei der Darstellung der soziodemografischen Angaben zeigten sich Ähnlichkeiten in den beiden Gruppen. So sind die Noten des Abschlusszeugnisses der allgemeinbildenden Schule (2.3 vs. 2.4) und der prozentuale Anteil von Personen aus Akademikerfamilien fast identisch. Aufgrund der längeren Dauer des Studiums ist der Altersdurchschnitt in der Kohorte der Studierenden und Studienabsolventinnen/-absolventen ($M = 24.3$; $SD = 3.9$) im Schnitt um ein Jahr höher als bei den Auszubildenden ($M = 23.3$; $SD = 4.5$).

Es war nun zu prüfen, wie bedeutsam der Einfluss dieser Prädiktoren auf die Selbsteinschätzung ist. Mittels eines Regressionsmodells wurde geprüft, wie stark diese Variablen im Vergleich zur Variable „Hochschulische Bildung vs. Ausbildung“ die Selbsteinschätzungen beeinflussen.²⁵ Die folgende Tabelle 6 zeigt die standardisierten Regressionskoeffizienten, die einen direkten Vergleich der Einflussstärke ermöglichen.

²⁵ Das Lebensalter und die Note gingen als metrische Variablen in die Modellrechnung ein. Die Variable (Akademikerhaushalt) war dreifach gestuft: Kein(e), ein(e) oder zwei Elternteil(e), das/die Akademiker/Akademikerin sind. Die Variable „Studium vs. Ausbildung“ wurde als Dummy codierte Variable (0 = Auszubildende, 1 = Studierende) in die Modellprüfung aufgenommen.

Tabelle 6: Regressionskoeffizienten einzelner Prädiktoren

	Faktor A	Faktor C	Faktor D1	Faktor D2	Faktor D3
Ausbildung (0) vs. Hochschulstudium (1)	.362**	-.297**	.168**	.142**	.256**
Alter	.166**	-.044	.077	.032	.078
Note	-.028	.101*	-.069	-.004	-.057
Akademikerhaushalt (0,1,2)	-.069	-.019	-.014	.008	.017
R ²	.187	.113	.046	.023	.085

*p<.05, **p<.01

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Variable „Studium vs. Ausbildung“ maßgeblich mit den Ausprägungen der Selbsteinschätzung in Zusammenhang steht. Das Studium ist für alle fünf Faktoren ein signifikanter Prädiktor. Beim Faktor A („Fähigkeit zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens“) leistet weiterhin, aber deutlich schwächer, das Alter für die Aufklärung der Kompetenzselbsteinschätzung einen bedeutsamen Beitrag. Die Determinationskoeffizienten R² am Ende der Tabelle geben Auskunft über die Varianzaufklärung der einzelnen Prädiktoren für die fünf Faktoren. Hier zeigt sich, dass die Varianzaufklärung im Faktor A am höchsten ist, die Ausprägung wird maßgeblich durch den Prädiktor „Studium vs. Ausbildung“ bestimmt. Dies deckt sich mit den Ergebnisse der komparativen Analysen und der Auswertung der offenen Antworten (5.5.6), die zeigen, dass sich die beiden Gruppen bei den Items des Faktors „Befähigung zur Anwendung wissenschaftlich Wissens“ am stärksten unterscheiden.

Bei der Analyse auf Ebene einzelner Berufsgruppen wurden identische Abhängigkeiten festgestellt.

5.5.6 Auswertung der freien Antworten

Am Ende des Fragebogens wurden Studierende und Absolventinnen/Absolventen gefragt, ob diese durch das Studium besondere Fähigkeiten/Kompetenzen erworben haben, die für die Praxis wichtig sind, und wenn ja, welche dies sind. Es waren offenen Antworten möglich.

Die Auszubildenden wurden wie folgt befragt: „Derzeit wird viel über Studiengänge für Gesundheitsberufe (z.B. – je nach Befragungsgruppe anders formuliert - ein Pflege-, Physiotherapie-, Logotherapie-, Ergotherapie-, Hebammenstudium) gesprochen. Denken Sie, dass durch ein solches Studium besondere Kompetenzen/Fähigkeiten erworben werden, die für die Praxis wichtig sind? (Antwortoption Ja/Nein). Wenn „Ja“, welche Fähigkeiten/Kompetenzen werden Ihrer Meinung nach durch ein solches Studium besonders gefördert?“

Damit stand für Studierende das Selbstbild und für Auszubildende das Fremdbild im Mittelpunkt.

5.5.6.1 Methode

Die Ja-Nein-Antworten der beiden Gruppen wurden deskriptiv und inferenzstatistisch ausgewertet.

Die freien Antworten wurden personenbezogen in MaxQDA importiert und dann qualitativ-quantifizierend ausgewertet. Die Qualitätsdimensionen bildeten dabei die Hauptkategorien des Auswertungssystems. Die Konkretisierungen wurden interpretativ aus den Nennungen der Befragten gebildet. Die Klassifikation der Wirkungen im Rahmen der Untersuchung verschiedener hochschulischer Modelle zum Theorie-Praxistransfer in Kapitel 9 (vgl. insbes. 9.4.2.2, S. 159 u. Tabelle 24, S.219) und die Faktoren des Fragebogens dienten dabei als Einordnungshilfe. Die Antworten formten allmählich ein stabiles Kategoriensystem, das die weitere Zuordnung der sinnstiftenden Texteinheiten (Codings) zu den Kategorien (Codes) bestimmte. Im Sinne von Groeben und Rustemeyer (2001) gab es in der Kategorisierung einen sukzessiven Übergang vom variablen zum regelkonstanten Vorgehen. Die Herausforderung bestand darin, dass vereinzelt sehr abstrakte Begriffe genannt wurden, z.B. „Methodenkompetenz“ oder „personale Kompetenz“, die sich keiner der Hauptdimensionen klar zuordnen ließ. Hierfür wurden dann ergänzende Kategorien gebildet. Das finale Kategoriensystem ist hierarchisch aufgebaut und beinhaltet maximal drei Ebenen. Die Kategorien sind disjunkt. Die Kategorien und deren Quantifizierungen wurden zur Analyse von Gruppenunterschieden in SPSS importiert.

5.5.6.2 Ergebnisse der Auswertung der freien Antworten

Insgesamt haben 228 Auszubildenden und 207 Studierenden, die Frage beantwortet, ob durch das Studium Kompetenzen erworben werden, die für die Praxis wichtig sind (vgl. Abbildung 4).

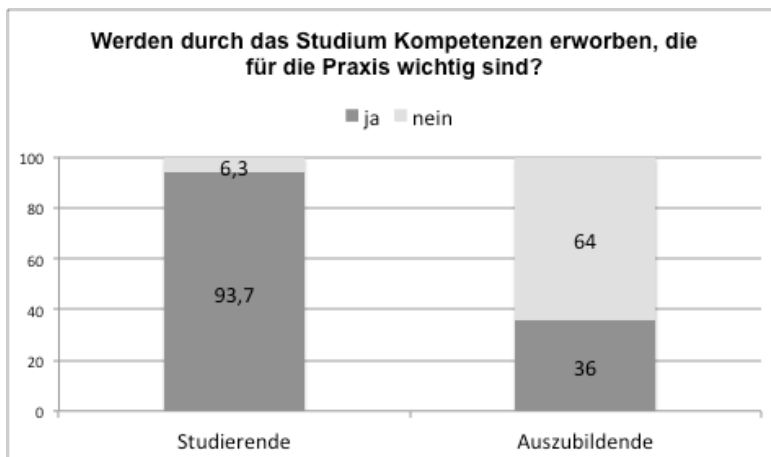


Abbildung 6: Prozentanteil an Studierenden (N = 207) und Auszubildenden (N= 228), die die Frage nach der Relevanz der Kompetenzen für die Praxis bejahen oder verneinen

Die signifikanten Unterschiede ($\chi^2 = 156,0$, $df = 1$, $p < .001$) zeigen, dass Studierende deutlich häufiger die Ansicht vertreten, dass durch das Studium praxisrelevante Kompetenzen erworben werden. Knapp zwei Drittel der Auszubildenden sehen keine studiumsbezogenen praxisrelevanten Kompetenzen.

Freie Angaben zu der Art der Kompetenzen wurden von 255 Befragten gemacht, denen 668 Codings zugeordnet wurden, d.h. pro Person wurden etwa 2-3 Begriffe genannt. Es haben 67 Auszubildende (138 Codings) und 188 Studierenden (530 Codings) Angaben gemacht.²⁶

Dem Anhang sind die Zuordnungen der Freitexte zu den einzelnen Dimensionen (Subkategorie) zu entnehmen (Anhang, Tabelle 20. S.208). Verdichtet auf die Hauptkategorien ergeben sich folgende Häufigkeiten (Tabelle 7).

Tabelle 7: Kategorisierung der offenen Antworten, getrennt nach Studierenden und Auszubildenden (nicht aufgenommen wurden die globalen Kategorien „Personale Kompetenz“ (5), „Sozialkompetenz“ (10), „Methodenkompetenz“ (13))

	Auszubildende (N = 67)		Studierende (N = 188)		Gesamt	
	Anzahl der Nennungen / Anzahl der Personen, die Angaben dazu gemacht haben	% aller Nennungen	Anzahl der Nennungen	% aller Nennungen		
A Fähigkeit zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand	63 /41	48,4%	253/151	49,6%	316	49,4%
B Klinische Kompetenzen auf Bachelorniveau	25/23	19,2%	69/59	13,5%	94	14,6%
C Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses	6/6	4,6%	95/74	18,6%	101	15,8%
D1 Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessionellen Diskursen und zur Förderung der Kooperationen	5/4	3,8%	23/20	4,5%	28	5,2%
D2 Fähigkeit zur (sektorübergreifenden) Fallsteuerung	6/5	4,6%	29/27	5,7%	35	6,4%
D3 Fähigkeit zur Förderung der eigenen Profession	8/8	6,2%	17/14	3,3%	25	3,9%
Sekundärwirkungen	17/13	13,1%	24/15	4,7%	41	6,4%
Gesamt	130		510		640	

Die Tabelle verdeutlicht, dass wissenschaftliche Kompetenzen mit Abstand am häufigsten als studiumsbezogene Kompetenz wahrgenommen werden. Der Begriff „Wissenschaftli-

²⁶ Hier werden nur die Ergebnisse der finalen Befragung dargestellt. In den weiteren 275 Fragebögen (634 Codings) aus der Entwicklungsphase und den Validierungsstichproben bestätigt sich die Struktur des Kategoriensystems und die Rangfolge der Nennungen in den einzelnen Kategorien.

ches Arbeiten“ ist in dieser Hauptkategorie dabei mit 11,9% die häufigste Nennung, gefolgt von der Formulierung „Kritisches Hinterfragen“ (10,6%).

Die Möglichkeit, die Praxis mit wissenschaftlichen Erkenntnissen im Sinne des EBN/EBM-Konzeptes zu verändern (6,8%) und in diesem Zusammenhang auch selbst Studien zu recherchieren (5,3%) wurden von den Studierenden und den Auszubildenden als wesentliche Kompetenzen genannt, die durch das Studium gefördert werden. Innerhalb der Hauptkategorien stehen die Nennungen zur Dimension „Fähigkeit zum Aufbau und Reflexion eines Arbeitsbündnisses“ an zweiter Stelle. Der Begriff „Reflexionsvermögen“ (5,0%) und speziell die selbstreflexive Kompetenz (2,8%) sind in dieser Kategorie die häufigsten Nennungen.

In der dritthäufigsten Kategorienzuordnung „Klinische Kompetenzen auf Bachelorniveau“ wird ohne weitere Konkretisierung der Erwerb von „Fachkompetenz“ (5,8%) als studienbezogene Kompetenz genannt. Weitere bedeutungsvolle Nennungen bestehen in der Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit (4,2%) und dem erweiterten Blick auf das Gesundheitswesen (4,0%). Vereinzelt werden „Sekundäre Wirkungen“ beschrieben, fast ausschließlich von den Personen in den Therapiestudiengängen. Diese Wirkungen umfassen managerielle Kompetenzen, die für eine berufliche Selbstständigkeit und Praxisführung relevant sind.

Der Vergleich der Nennungen zwischen Studierenden und Auszubildenden lässt eine weitgehende Übereinstimmung der Rangreihe einzelner Kompetenzen erkennen.

Eine Ausnahme bildet hier lediglich die Dimension C „Fähigkeit zum Aufbau und Reflexion eines Arbeitsbündnisses“. Hierzu werden nur von 6 der 67 (= 8,9%) Auszubildenden Angaben gemacht, die zu dieser Kategorie passen, aber es sind 74 von 188 Studierenden (= 39,4%), die hierzu Angaben machen. Auf der Ebene der Subkategorien zeigt sich, dass Studierende hier gehäuft das Reflexionsvermögen und die selbstreflexiven Kompetenzen als wesentlichen Kompetenzgewinn des Studiums ansehen (72 Personen). Keine einzige Person aus der Gruppe der Auszubildenden wählt diesen Begriff.

5.5.7 Diskussion der Selbsteinschätzungsmethode

Mit dem Anspruch, an möglichst großen Stichproben die Kompetenzen zu erheben, um damit generalisierbare Ergebnisse nachzuweisen, wurden Fragebogenverfahren als Erhebungsmethoden genutzt. Zum einen in Form einer strukturierten Abfrage mittels eines validierten Fragebogens und zum anderen in Form offener Fragen. Beide Methoden nutzen selbstbezogene Einschätzungen, die typischen Verzerrungen unterworfen sein können. Sind Gruppenvergleiche salient, so können klassische Ingroup-Outgroup-Phänomene (Tajfel, 1974) zur Aufwertung der eigene Gruppe und deren Kompetenzen, bei gleichzeitiger Abwertung der Eigenschaften der anderen Gruppe führen. In der Instruktion wurde zwar auf eine Kontrastierung Ausbildung vs. Studium verzichtet, dennoch kann inmitten der allgemeinen Diskussion zur Akademisierung in den Gesundheitsberufen und aufgrund der Itemgestaltung nicht ausgeschlossen werden, dass die Befragten gruppenförderliche Antworten geben. Es ist damit zu hinterfragen, ob solche Selbsteinschätzungen reliabel und valide die tatsächlichen Kompetenzen repräsentieren. Die gewählte Methode wird in der Erfassung beruflicher Kompetenzen oft genutzt. Validierungsstudien, die Selbsteinschätzungen mit Verhaltensdaten korrelieren, kommen zu dem Ergebnis, dass es hier bedeutsame Zusammenhänge gibt, die dafür sprechen, dass Kompetenzselbstkonzepte durchaus valide Indikatoren zur Erfassung der Kompetenzen sind (z.B.

Merki/Grob 2005). Für diese Annahme spricht auch, dass in den Validierungsstudien des hier genutzten Fragebogens die Semesteranzahl mit den Selbsteinschätzungen signifikant korreliert, d.h. es ist nicht allein die Gruppenzugehörigkeit, sondern die Wirkung der Bildungsinhalte, die auf die Kompetenzselbsteinschätzung einen Einfluss hat. Dennoch galt es, durch die Hinzunahme weiterer (qualitativer) Daten, die Ergebnisse abzusichern. Im Vergleich der Itemauswertung mit den offenen Antworten zeigt sich ein vergleichbares Kompetenzprofil. Die identifizierten Unterschiede sind über Studienstandorte und über verschiedene Berufsgruppen hinweg identisch:

Demnach werden durch das Studium insbesondere die Fähigkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten und die Einbindung wissenschaftlicher Ergebnisse in die Praxis gefördert. Hier ergeben sich die deutlichsten Gruppenunterschiede zwischen Studierenden und Auszubildenden und zu dieser Kategorie werden auch am häufigsten freie Angaben gemacht. Eine Abfrage von Gruppenunterschieden in den klinischen Kompetenzen (Dimension B „Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau“) war mittels Fragebogen nicht möglich, da sich diese situations- und anforderungsspezifisch entfalten. Auch in den Freitextantworten wurden mit Formulierungen wie „Vermehrte Fachkompetenz“ oder „Clinical Reasoning“ eher abstrakte Begriffe genannt, die in ihrer konkreten Ausgestaltung erst im Praxisfeld deutlich werden. Die Analyse der Qualitätsdimension „Fähigkeit zum interprofessionellen Handeln“ verdeutlicht, dass Studierende sich eher in der Lage sehen, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, die eigene Profession voranzubringen und auch sektorenübergreifend zu denken und zu handeln. Die Antworten in den Freitexten („Begegnung auf Augenhöhe“, „Sicheres Auftreten gegenüber anderen Berufsgruppen“, „Erweiterter Blick auf das Gesundheitswesen“) bestätigen die besondere Relevanz.

Ein nicht erwartungskonformes Muster zeigt sich bei der Dimension C („Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses“). Hier erreichen Auszubildende signifikant höhere Werte im Faktor und bei den dazugehörigen Items. Zur Erklärung lohnt ein Blick in das Verteilungsmuster: Tatsächlich stimmen auch die Studierenden bei allen Items in der Mehrheit zu, d.h. sie sehen sich befähigt zur Gesundheitsförderung (68% der Befragten), sie sehen sich einer ganzheitlichen Orientierung verpflichtet (87%) und sie beteiligen den Patienten bei der Maßnahmenplanung (67%). Auszubildende geben dies aber weitaus häufiger als selbstbezogene Kompetenz an (93,4%, 97,4%, 90,7%). Damit werden die Signifikanzunterschiede erklärt. Das andere Antwortverhalten kann als Kompensationsstrategie verstanden werden: Konfrontiert mit den vielen Items, die sich auf Kompetenzen beziehen, die aufgrund der Ausbildung nicht angebahnt wurden, ist es selbstwertdienlich, gerade bei den Items, die sich auf den Patientinnen- und Patientenkontakt beziehen, die eigenen Stärken zu sehen.

Eine andere Erklärung für das Antwortmuster ist im unterschiedlichen Begriffsverständnis zu sehen. Möglicherweise haben Studierende an eine ganzheitliche, patientenpartizipative und gesundheitsförderliche Haltung andere Ansprüche und stimmen deshalb seltener den jeweiligen Items zu. Dass Studierende dies durchaus als wichtige Kompetenz ansehen, wird wiederum bei den Freitextantworten deutlich, bei denen von knapp 40% der Studierenden hierzu entsprechende Angaben gemacht werden.

In der Zusammenschau der Ergebnisse ist festzuhalten, dass sich in der Selbsteinschätzung deutliche Unterschiede zwischen Studierenden und Auszubildenden darstellen lassen, die mit den Intentionen der Studiengänge in Einklang stehen. Ob diese auch in der Praxis wirksam sind, ist mit der nachfolgenden Erhebung zu klären.

5.6 Kompetenzeinschätzung im Praxisfeld

Die Befragung von Expertinnen und Experten in der Praxis ergänzt die Fragenbogen gestützte Fremdeinschätzung. Die Fragestellung (5.6.1) fokussiert dabei insbesondere verhaltensbezogene Aspekte. Diese werden mit der Methoden der Critical Incident Technique erhoben (5.6.2) und - geleitet durch die Faktoren des Kompetenzmodells - ausgewertet (5.6.3).

5.6.1 Fragestellung

Mit den Befragungen der Expertinnen und Experten sollte geprüft werden, ob die im Selbstbild beschriebenen Kompetenzen auch in der Praxis wahrgenommen und in welchen Verhaltensweisen diese deutlich werden. Es handelt sich also um eine Rekonstruktion von Fremdbildern, ausgehend von erlebten Episoden. Der Erhebung liegt folgende Fragestellung zugrunde:

Wie bewerten erfahrene Fachkräfte in der Praxis die Kompetenzunterschiede zwischen Auszubildenden und Studierenden/Studierten und in welchen Situationen können - in der Sichtweise der erfahrenen Fachkräfte - die im Studium angebahnten Kompetenzen hilfreich zur Lösung berufsfeldspezifischer Anforderungen sein?

5.6.2 Methode

Die halbstrukturierten Interviews wurden in Anlehnung an die Critical Incident Technique von Flanagan (1955) durchgeführt. Die Interviews fokussieren dabei Anforderungen des Praxisfeldes („critical incidents“), die bevorzugt mittels der durch das Studium angebahnten Kompetenzen zu lösen sind. Dazu wurden in den Interviews drei Leitfragen gestellt.

- In welchen konkreten Situationen zeigt sich der Unterschied?
- Woran erkennt man in diesen Situationen, dass es sich um Studierende/Studierte handelt?
- In welchen Situationen können Studierende/Studierte ganz konkret ihre Stärken zeigen?

Die Interviews wurden als Vis-a-Vis Befragung oder als Telefoninterview durchgeführt. Die Befragungen wurden durch ein Evaluationsteam aus Studierenden der Hebammenkunde, der Physiotherapie und der Pflege nach einer entsprechenden Interviewschulung durchgeführt.

Die Befragten wurden vorab über die Inhalte des Interviews, den Verwertungszusammenhang, die datenschutzrechtlichen Grundlagen und den Ablauf informiert. Einige Tage zuvor erhielten sie ein Informationsblatt, das auch die Leitfragen beinhaltete, da sich im Pretest gezeigt hatte, dass es für die Interviewten schwierig war, spontan konkrete Situationen und Anforderungen zu benennen. Den Personen wurde zugesichert, dass durch die Nutzung der verbalen Daten kein Rückschluss auf die Person und Einrichtung möglich ist. Die Interviews wurden transkribiert. Konkrete situationsbezogene Verhaltensweisen, die indikativ für Kompetenz sind, wurden den Qualitätsdimensionen bzw. den erweiterten Faktoren des Fragebogens zugeordnet. Es handelte sich damit um eine regelbezogene, deduktive Auswertungsstrategie.

5.6.3 Stichprobe

Befragt wurden Personen im Praxisfeld, die derzeit oder in den vergangenen sechs Monaten sowohl Kontakt mit Auszubildenden als auch mit Studierenden hatten. Die Kontakte zu den Befragten kamen bevorzugt durch Vermittlung der externen Expertinnen und der Hochschule zustande. Es wurden sowohl Personen mit akademischem Hintergrund als auch mit alleiniger beruflicher Ausbildung befragt (Tabelle 8).

Das Sample umfasste 12 Personen, davon acht Personen, die Kontakt zu den Studierenden aus den Modellstudiengängen hatten. Mit sieben Personen wurden Interviews vor Ort geführt. Fünf Personen wurden mittels Telefoninterview befragt. Die Interviews hatten eine durchschnittliche Dauer von knapp 14 Minuten.

Tabelle 8: Befragte der einzelnen Berufsgruppen

	Code	Tätigkeitsfeld	Beruflicher Hintergrund	Jahre an Berufserfahrung
Pflegerinnen/ Pfleger	Pfl1	Praxisanleitung Stationäre Pflege	Pflegeausbildung + Weiterbildung, kein Studium	20
	Pfl2	Stationsleitung Stationäre Pflege	Pflegeausbildung + Weiterbildung, Studium	6
	Pfl3	Stationsleitung Stationäre Pflege	Pflegeausbildung + Weiterbildung, kein Studium	23
	Pfl4	Stationsleitung Stationäre Pflege	Pflegeausbildung + Weiterbildung, kein Studium	10
Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten	E1	Ergotherapeutin - Stationär	Ausbildung + Studium	18
	E2	Ergotherapeutin - Stationär	Studium	13
Logopädinnen/ Logopäden	L1	Logopädie Ambulant	Studium	25
	L2	Logopädie Stationär	Studium	29
Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten	Phy1	Physiotherapie Stationär	Krankengymnastik-Ausbildung, kein Studium	26
	Phy2	Physiotherapie Stationär	Physiotherapie-Ausbildung + Studium	2
Hebammen	Heb1	Hebammen im Krankenhaus	Hebammenausbildung + Studium	2
	Heb2	Hebamme im Krankenhaus	Hebammenausbildung, kein Studium	28

5.6.4 Ergebnisse

In den Interviews wurden pro Person drei bis vier verhaltensnahe Kompetenzindikatoren genannt. Diese werden nun über Modellstudiengänge und Berufsgruppen hinweg, bezogen auf die Qualitätsdimensionen dargestellt und um weitere auffällige Inhalte ergänzt.

A - Fähigkeit zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand

In den Interviews ist die Fähigkeit der Studierenden, **wissenschaftliche Erkenntnisse zu recherchieren und in die Praxis zu bringen**, ein dominierendes Thema. Alle 12 Befragten sehen dies als wesentliche Kompetenz. So formuliert eine Hebamme, dass eine Studentin *„eher weiß, wo kann ich suchen und wie kann ich das recherchieren und das dann schneller und besser darstellen kann.“* Dies beeinflusst das Team und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen günstig. Die beiden befragten Hebammen betonen aber auch, dass diese Kompetenz nicht unmittelbare Auswirkung auf den Umgang mit den Schwangeren habe. *„Im wissenschaftlichen Arbeiten liegen die Unterschiede, nicht in der praktischen Tätigkeit, die an der Geburt vollzogen wird, sondern wie komme ich an Informationen, an Evidenzen, wie bewerte ich Studien.“*

Besonders bei den Therapeuten und Therapeutinnen wird die **theoretische Durchdringung von Diagnostik und Interventionen** als wesentliches Kennzeichen der Studierenden gelobt, da sie sich in ihrem Tun von einem rein regelhaften Anwenden abheben. Das führt dazu, *„dass die Studierenden oftmals eine etwas bessere Darstellung des klinischen Denkprozesses haben, warum sie bestimmte Sachen mit dem Patienten gemacht haben. Dass sie die Terminologie besser benutzen, aber auch transparent darstellen können, warum sie eine bestimmte Intervention mit einem Patienten/Klienten durchführen wollen.“*

B - Besondere klinische Kompetenzen

Als ein Mehrwert des Studiums wird die **geplantere und durchdachtere Diagnostik** beschrieben, vor allem in den Therapieberufen: *„Im Befunden sind die genauer, die gehen dann bis ins kleinste Detail.“* (Phy4). Eine Ergotherapeutin drückt dies so aus: *„Ich glaube, dass (...) die Akademiker viel mehr Instrumente im Hintergrund haben und wissen, da gibt es dieses, da gibt es jenes und wissen, da gibt es Studien, die zeigen, dass eine bestimmte Herangehensweise hilfreich ist und sinnvoll ist.“* Studierende bringen eher Kompetenzen mit, *„um Erstgespräche zu führen, um Diagnostik zu machen, und die Therapien zu evaluieren.“* Schülerinnen und Schüler der beruflichen Ausbildung würden hingegen eher regelgeleitet Lehrbuchwissen und feststehende Therapiekonzepte anwenden, was aber den Patientinnen und Patienten nicht immer dienlich sei: *„Es gibt die invarianten, wenig komplexen Methoden, die den Menschen aber nicht gerecht werden, damit hat man mal eine Zufallsüberlagerung, die passend ist, häufig aber leider nicht.“*

Die theoretisch und wissenschaftlich fundierte Diagnostik hat Auswirkungen auf die Planung von Interventionen, so dass *„Behandlungen auch mal in Frage gestellt werden.“* (Phy2) Auch bei der Umsetzung von Interventionen werden den Studierenden mehr Möglichkeiten zugesprochen, da diese in der Hochschule meist einen größeren Fundus an

Interventionen theoretisch kennengelernt haben und deren Auswahl auch begründen können. Das führt zu einer **höheren Flexibilität und Variabilität**. *„Den Auszubildenden fällt es hingegen schwer, flexibel zu sein, die möchten mehr so Schritt A, den sie in der Schule gelernt haben auch wirklich so in die Praxis bringen und trauen sich nicht, Schritt A und C miteinander zu verbinden. Die kennen dann ein Assessment, ein halbstrukturiertes Interview und dann möchten die das auch von vorne bis hinten durchführen und können dann nicht sagen, das passt jetzt vielleicht nicht so ganz, da probiere ich mal was anderes aus. (...) Was könnte ich jetzt tun, um mit den Patienten besser ins Gespräch zu kommen? Da sind die Studierenden mehr kreativer.“*

Eine akademische Physiotherapeutin verdeutlicht dies am Beispiel eines Schülers, der ein Pezziballprogramm „durchzieht“, während der Student den Patienten fragt, mit welchen Materialien er lieber trainieren möchte und dann für den Patienten spezifische, individuelle Übungen entwickelt, die er auch zu Hause umsetzen kann.

Für die Ergotherapie schildert eine Befragte die Unterschiede anhand der Abgrenzung von Beschäftigung vs. performanzorientiertem Zugang: *„Die Idee der Performanzebene ist (...) zu schauen, was braucht der einzelne individuelle Patient, damit er nach seiner Krankenhausentlassung das wieder in seinem normalen Umfeld, deshalb Lebensweltorientierung, kann. Welche Kompetenzen, welche Alltagskompetenzen braucht er. (...) Das sind so Sachen, die ich bei Studierenden erkenne, dass die das einfach im Blick haben und dass es nicht nur eine reine Beschäftigung ist.“*

Ausgestattet mit einem größeren theoretischen und wissenschaftlichen Hintergrund können Studierende dann auch flexibler ein Therapieprogramm entwickeln. *„Die akademischen Therapeutinnen, die sind nicht so starr: Das ist jetzt Aphasie, dann mache ich das so und so, sondern sie schauen dann nicht nur, was steht auf der Verordnung drauf, sondern, was kann er tatsächlich. Und dann nicht nur einen klassischen Test durchführen, sondern, wenn was unklar ist, sich dann anders mit uns austauschen und Sachen mehr hinterfragen.“* Für den Bereich der neurologischen Störungsbilder verdeutlicht das folgende Beispiel, dass ein fundiertes Fachwissen die Grundlage dafür ist, gezielt Interventionen zu planen, die für den Patienten nützlich sind: *„Sie haben ein neues Störungsbild (...), dann erlebe ich in der Mehrheit die Tendenz bei den fachschulisch ausgebildeten Kolleginnen, wir gucken mal, so als würde man vor einem Regal stehen, was gibt es dazu. Und dann ist der nächste Schritt, da gibt es was, da brauche ich ne Fortbildung dazu. Während es im akademischen Bereich dann eher so ist: Ich mach mich mal mit dem Störungsbild vertraut, ich habe die Physiologie des Sprechens und die Pathophysiologie der Erkrankung und ich komme dann alleine darauf, z.B. ein Training für dynamische Parameter des Sprechens in der jeweiligen erforderlichen Modalität zu machen. Da habe ich verfügbares Wissen und daraus lässt sich was für den Fall nutzen.“*

Aber es gibt auch **kritische Stimmen**, die sich mit der "Nutzbarkeit" des im Studium Gelernten für den klinischen Alltag auseinandersetzen. Besonders von Personen ohne akademischen Hintergrund wird beschrieben, dass die Studierenden zwar in der Lage sind, Routinen und gewohnte Abläufe kritisch zu hinterfragen, aber gerade bei den ersten Praxiseinsätzen grundlegende Routinen selbst nicht beherrschen, die die Befragten aber als wichtig erachten. Die Studierenden müssen demnach *„erst mal an die Hand genommen werden (...), die Schüler der KG-Schule sind viel schneller einsetzbar.“* Eine Physiotherapeutin erläutert dies am Beispiel der Grifftechnik: *„Was die Grifftechnik angeht, achsenge-rechtes Bewegen, von der Hüfte, vom Knie, da sind die Schüler in der Regel einfach si-*

cherer. Die Studenten wissen nicht, wo kommt die Hand hin, was mache ich, die sind einfach nicht so praxissicher. Der Student sagt, okay, ich muss hier mal festhalten und da mal festhalten, aber wie genau er festhält, wo er fixiert, was er mobil bewegt und das an jedem Gelenk, das ist ihm oft nicht klar, wo greif ich jetzt.“ Umgekehrt bewertet eine Befragte mit akademischem Hintergrund genau dies als Vorteil, denn „wenn der Student nicht vorgegebene Grifftechniken anwendet, sondern auf der Grundlage von Anatomie und Biomechanik unter Beachtung der Patientenperspektive die angemessenen Techniken nutzt, dann ist das Ziel das Gleiche.“ Diese Bewertungen der klinischen Kompetenzen beziehen sich auf die ersten praktischen Einsätze.

C - Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses

Die stärker **fallorientierte Vorgehensweise** drückt sich darin aus, dass durch die Studierenden feste Abläufe häufiger auf den Prüfstand kommen „Es ist so, dass die normalen Krankenschwestern einfach hergehen und sagen, sie arbeiten dieses und jenes ab, was sie gelernt haben, und die anderen, die im Studium drin sind und daher noch mal einen andere Blick auf das Ganze haben, die prüfen direkt, mit welchen Maßnahmen erziele ich welche Ziele am besten.“ Für die Logopädie argumentiert ein Befragter, dass Studierende nicht auf fertige Konzepte zurückgreifen, sondern verfügbares Wissen in Zusammenhang bringen, „mit der Person, den Ressourcen, ihren Problemen, die diese Person mitbringt, dem persönlichen Hintergrund; weg vom Kochbuchwissen“ hin zu einem eigenverantwortlichen und besser auf den Patienten zugeschnittenen Vorgehen.

D1 - Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessionellen Diskursen

Auch Veränderungen in den Diskursen mit anderen Professionen werden von sechs Befragten thematisiert. Es wird betont, dass Studierende „auch sehr gute Kenntnisse haben von den anderen Berufsgruppen und damit können sie sich auch besser abgrenzen. Das ist mein Kompetenz- und Tätigkeitsbereich und da muss ich dann tatsächlich mal einen Kollegen ansprechen.“ Insbesondere die wissenschaftlichen Kompetenzen führen zu einem gleichberechtigten Miteinander, wie das Beispiel einer Hebamme verdeutlicht: Man merkt die Unterschiede „in der Diskussion mit Gynäkologen, wenn es um neue Leitfäden geht (...) und die werden in der Klinik anders ausgelegt und dass man dann sagt, ich kenn diesen Leitfaden auch und hab den auch gelesen und so und so kann man das nicht auslegen.“ Insbesondere die verbesserte Interaktion mit Ärztinnen und Ärzten ist ein in den Interviews häufig angesprochenes Thema, „die vermitteln uns oft ein hierarchisches Bild, ich Arzt und Du nur Therapeut und da habe ich das Gefühl, dass unsere Logopädinnen das durchaus auch so hinnehmen und ganz klar sagen, ich steh ja auch unten in der Hierarchie, und dass die Akademiker dagegen schon sehr deutlich sagen, ob sie die Entscheidung des Arztes gut finden und nicht alles stillschweigend hinnehmen.“

D2 - Fähigkeit zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung

Kenntnisse über das Gesundheitssystem und verschiedene Versorgungsbereiche befähigen die Studierenden etwa in der Pflege dazu, Versorgungsmöglichkeiten in anderen Bereichen aufzuzeigen. „Man merkt, dass sie auch aus anderen Bereichen Wissen hineinfließen lassen, also dieses über den Tellerrand gucken, das find ich persönlich sehr schön und auch bereichernd für die Arbeit“. Für die Hebammenkunde wird beispielsweise berichtet „dass man durch das Studium in Bezug auf frühe Hilfen mehr Informationen hat

und Familien anders verweisen kann.“ Ein Beispiel aus der Pflege beschreibt, dass Studierende *„auch auf die Idee kommen: Okay, da gibt's jetzt so eine Gruppe für COPD, die man einschalten könnte, (...) eben eine Selbsthilfegruppe. Da haben sie mehr Erfahrung als die Schüler.“*

D3 - Fähigkeit zur Förderung der eigenen Profession

Eine Ergotherapeutin sieht in ihrem Arbeitsfeld ganz viele Schnittflächen mit anderen Berufen und betont: *„Das ist das Schöne an den Studierenden, dass sie in der Lage sind, ihren eigenen Tätigkeitsbereich zu definieren und auch für andere Berufsgruppen transparent darzustellen (...). Zu sagen, hier fängt mein Kompetenzbereich an und hier hört er auf (...). Das sehe ich bei Studierenden oftmals stärker vertreten (...). Ich finde das ist auch eine Stärke in dem komplexen Versorgungssystem.“*

Auch die besondere Rolle in der Berufspolitik wird von drei Befragten betont: *„Auch im institutionellen Rahmen, im berufspolitischen Rahmen (...) sind die Akademiker mit besseren Kompetenzen ausgestattet, sich insgesamt in der Entwicklung des Berufs zu orientieren.“*

Die Befragten reflektieren über die Kompetenzen hinaus auch die **Auswirkungen des Studiums auf andere Bereiche**. Hier werden insbesondere die Lerninhalte und Lernsituationen an den Berufsfachschulen thematisiert, die durch die Hochschulen „unter Druck“ geraten: *„Man muss sagen, dass sich die Berufsfachschulen immer weiter entwickeln und sich stark danach ausrichten, sich den Hochschulen anzupassen (...) Die sind auch schon kompetenter geworden.“*

Konfrontiert mit der Nachfrage, ob denn ein Patient oder Angehöriger Unterschiede erlebt, fällt es sechs Befragten schwer, dies zu bejahen und z. B. eine Physiotherapeutin verweist auf die **hohe Variabilität in der Gruppe der Auszubildenden und Studierenden**: *„Ich kann nicht alle Schüler und Studenten über einen Kamm scheren.“* Ähnliches wird für die Hebammenkunde berichtet, *„weil schon die Ausbildungen sehr unterschiedlich sind. Nicht jede Hebammenschule hat die gleiche Ausbildung, den gleichen Schwerpunkte in der theoretischen Ausbildung, ganz abgesehen davon, dass es beim Studium genauso ist und von Hochschule zu Hochschule Unterschiede gibt“*. Eine Befragte bemüht zur Erklärung von Kompetenzunterschieden noch andere Faktoren: *„Da spielen auch noch persönliche Faktoren eine Rolle, da spielt die Motivation, die Initiative und das Selbstbewusstsein mit.“* Das **Antwortverhalten wird dabei ganz wesentlich vom beruflichen Hintergrund der Befragten bestimmt**. Personen mit klassischer Ausbildung fällt es schwer, einen direkten Nutzen für die klinische Praxis zu sehen. Stattdessen werden Tätigkeiten genannt, die eine Aufgabenverbreiterung (Beratung, Fallsteuerung, wissenschaftliches Arbeiten) darstellen. Im Unterschied dazu benennen die Personen mit Hochschulstudium, meistens mit theoretischen Überlegungen unterlegt, ganz konkrete Situationen, in denen sich die Kompetenzen in die täglichen Aufgaben einbinden lassen und damit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

Die zwölf Interviews schließen mit einer grundsätzlichen Bewertung des Studiums für die Praxis. Alle Befragten bewerten die Entwicklungen positiv. Sie sind sich aber darin einig, dass dies nicht dazu führen darf, dass Personen mit beruflicher Ausbildung ausgegrenzt werden. *„Ich glaube, dass beide voneinander viel mitnehmen können, weil der Nichtstu-*

dierte hat unter Umständen schon sehr viel Erfahrung mitgebracht.“ Von zwei Befragten wird betont, dass eine Auseinandersetzung mit dem Kompetenzmehrwert der Studierenden nicht zu einer Abwertung der Kompetenzen von beruflich Ausgebildeten führen darf: „Ich hoffe nicht, dass ich die klassisch Gebildeten jetzt schlecht gemacht habe, ich würde auch jederzeit welche einstellen.“ Es wird bei den Kolleginnen und Kollegen, die eine berufliche Ausbildung absolviert haben, ohnehin gesehen, dass diese „immer so das Bedürfnis haben, sich zu rechtfertigen, warum sie nicht akademisiert sind und da würde ich mir erwarten, dass das in der Berufswelt ein bisschen besser angepasst wird, dass man Respekt und eine Wertschätzung für die verschiedenen Aufgabenbereiche hat.“

Ein Befragter aus der Logopädie erläutert Möglichkeiten, wie die unterschiedlichen Qualifikationslevels sinnvoll zusammenarbeiten können, denn *„es kann (...) nicht sein, dass der eine Patient Glück hat, der kriegt den, und der anderen Patient hat Pech, der kriegt den Fachschul-Absolventen.“* Die Lösung liegt in einer geplanten Zusammenführung der Wissensbestände und Kompetenzen, so dass *„man mit dem, was man einbringen kann einen Wissenspool bildet und die Mitarbeiter verpflichtet, diesen Wissenspool aus ihrer Perspektive qualitativ anders zu füllen. (...) Die akademischen Mitarbeiter sind verpflichtet, immer die externe Evidenz, die Literatur regelhaft in das Team mit einzubringen (...) und die anderen haben die Chance, mitzulernen und sich daran zu tasten.“*

Sechs Personen sind der Meinung, dass der Tätigkeitszuschnitt im Praxisfeld noch geklärt werden muss. Dazu ist es auch notwendig, dies fordern drei Personen am Ende des Interviews, dass die Praxis über die Kompetenzen und Studieninhalte im Studium noch stärker aufgeklärt wird, damit für die Studierten und Studierenden entsprechende Lern- und Beschäftigungsangebote entwickelt werden können (*„Man muss das den alteingesessenen Pflegekräften auch mal erklären, was die alles können.“* Dies kann auch als ein Appell an die Hochschulen verstanden werden, die Kompetenzprofile für die Praxis transparenter darzustellen.

5.6.5 Diskussion

Alle zwölf Befragten, unabhängig vom beruflichen Hintergrund, beschreiben Kompetenzvorteile durch das Studium. Besonders Personen, die einen akademischen Hintergrund haben, können differenzierte, durch einzelne Anforderungs-Verhaltensdyaden illustrierte Kompetenzen benennen, die - so die Einschätzung - auch dazu beitragen, die Versorgungsqualität in der Praxis zu verbessern. Die dargestellten Kompetenzen und Kompetenzunterschiede lassen sich gut in die Qualitäts- bzw. Fragenbogendimensionen einordnen. Die hier zutage tretenden Kompetenzprofile zwingen die Verantwortlichen in den Berufsfeldern aber auch dazu, dass sich Personen mit beruflicher Ausbildung inhaltlich und hinsichtlich ihrer Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten neu verorten müssen. Hier wird in den Interviews deutlich, dass der Kompetenzmix sensibel gestaltet werden muss. Vor dem Hintergrund einer noch geringen Zahl an Absolventinnen/Absolventen und Studierenden bestehen in den Praxisfeldern noch Informationsdefizite zu den Kompetenzprofilen und bei den erfahrenen Berufskolleginnen und -kollegen ohne Studium Unsicherheiten über die eigene Zukunft sowie Unsicherheiten, wie die Praxis für die Studierenden lern- und motivationsförderlich gestaltet werden kann.

5.7 Kompetenzanalysen in anderen Arbeitspaketen

Auch in anderen Arbeitspaketen wurden Kompetenzen analysiert. Deutliche Bezüge gibt es zur Online-Erhebung (5.7.1) und zu den Fokusgruppen-Interviews, die im Rahmen der Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung geführt wurden (5.7.2).

5.7.1 Online-Erhebung

Im Rahmen der Online-Erhebung (Kapitel 6, insbes. 6.5.4, S.68) wurde die erste Studienkohorte zum zweiten Messzeitpunkt zu den von ihnen wahrgenommenen Kompetenzbeschreibungen befragt. Hier zeigte sich, dass 56% der befragten Studierenden der Meinung sind, dass die Praxis ihnen besondere Kompetenzen zuschreibt. Gleichzeitig - so die Ergebnisse dieses Evaluationsteils - sind 93,7% der Studierenden der Meinung, dass sie durch das Studium besondere Kompetenzen mitbringen. Hier ist also eine deutliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbildzuschreibung festzustellen.

Mögliche Gründe für die fehlende Passung nennen die Befragten in der Online-Erhebung: Die fehlende Möglichkeit, die Fähigkeit im Praxisfeld umzusetzen und Fehleinschätzungen zu ihren Fähigkeiten und Kompetenzen. Die Befragungen in der Praxis bestätigen, dass hier offensichtlich bei den traditionell gebildeten Personen noch Unsicherheiten und Unklarheiten zu Kompetenzen und Einsatzmöglichkeiten bestehen. So ist auch das oben dargestellte Ergebnis zu bewerten, dass zwei Drittel der Auszubildenden davon ausgehen, dass das Studium keine praxisrelevante Kompetenzen fördert. Hier besteht Aufklärungsbedarf in und für die Praxis, denn diese Fehleinschätzungen, gepaart mit den auch in den Interviews geäußerten Unsicherheiten und Ängsten, können für die berufliche Einmündung ein Hindernis darstellen.

5.7.2 Fokusgruppen

Die Zusammenfassung der Wirkungen ausgewählter Modelle hochschulischer Formen des Theorie-Praxistransfers (vgl. 9.4.2.2, S.159 und die zugehörige Tabelle 24 im Anhang, 'S, 219) verdeutlicht, dass das vier-dimensionale Schema der Qualitätsdimensionen auch für die Zuordnung der Wirkungen der identifizierten Modelle, die als Fähigkeiten und damit als Kompetenzen verstanden werden können, hilfreich ist. Es diene daher für die Auswertung der Interviews und der offenen Antworten als gliederndes System. Die hier aus Platzgründen nicht darstellbare Re-Analyse der Interviews zeigt, dass sich hinsichtlich der Wertigkeit einzelner Qualitätsdimensionen auch dort die wissenschaftlichen Kompetenzen als dominierende Dimension darstellen, gefolgt von Aspekten der reflektierenden Praxis, der Fähigkeit zu Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Fähigkeit, die eigene Profession zu stärken. Anders als bei der Selbsteinschätzung standen in den Fokusgruppeninterviews aber besondere Aspekte der Förderung klinischer Kompetenzen im Mittelpunkt.

Mit den Ergebnissen der 11 multiperspektivischen Fokusgruppeninterviews, an denen auch kooperierende Praxiseinrichtungen beteiligt waren, liegt ein weiterer Beleg für die Effekte der hochschulischen Bildung auf die Kompetenzprofile und die Wirkung in der Praxis vor.

5.8 Allgemeine Diskussion

Ausgehend von dem Anspruch, die Effekte der hochschulischen Bildung der Pflege-, der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und des Hebammenberufs auf die Kompetenzen der Studierenden und Absolventinnen/Absolventen zu prüfen, wurden mit einem Mix an quantitativen und qualitativen Methoden weitgehend konsistente Daten gesammelt. Unter Berücksichtigung der Vorstudien und aller kompetenzbezogenen Analysen im gesamten Evaluationsauftrag, belegen die Erhebungen an den knapp 1000 Befragten in Nordrhein-Westfalen und darüber hinaus eindrucklich die Relevanz des Studiums für die Entwicklung eines hochschulischen Kompetenzprofils.

Das Kompetenzprofil, das insbesondere die wissenschaftlichen Kompetenzen hervorhebt, bestätigt sich in den Fragebogenerhebungen, den Interviews mit den Beschäftigten in der Praxis und den Fokusgruppen-Interviews. In den praktischen Handlungsfeldern geht diese wissenschaftliche Orientierung mit einer Infragestellung von Routinen und Gewohnheiten einher. Studierende, so die Sicht im Fremd- und Selbstbild, reflektieren eher Maßnahmen, Prozesse und Strukturen und neigen eher zur Reflexion ihres eigenen Handelns. Dabei sind sie in der Lage, den Blick auf die systemische Eingebundenheit des pflegerischen, therapeutischen und hebammenkundlichen Handelns zu weiten, in größeren Zusammenhängen zu denken und in der Praxis Veränderungsprozesse zu initiieren. Ausgestattet mit der Fähigkeit, wissenschaftliche Studien zu recherchieren und zu nutzen und mit dem Wissen um komplexe Zusammenhänge im Gesundheitswesen, gelingt ihnen auch eher der Dialog mit anderen Professionen auf Augenhöhe, was wiederum für die eigene Professionsentwicklung förderlich ist. In den qualitativen Angaben des Fragebogens und der Critical Incident Befragung zeigte sich weiterhin, dass die Verbesserung des „Arbeitsbündnisses“ mit den Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten und ihren jeweiligen Angehörigen, bzw. den Frauen und ihren Familien ein wesentliches Anliegen ist. Studierende und Absolventinnen/Absolventen bringen Kompetenzen mit, die eine ganzheitliche Betrachtung der Situation der zu unterstützenden Personen und ein reflektiertes Fallverstehen erleichtern.

Es ist aber auch festzustellen, dass positive Effekte der hochschulischen Bildung besonders von *den* Personen wahrgenommen werden, die selbst Akademikerinnen oder Akademiker sind. Personen mit beruflicher Ausbildung fällt es hingegen schwer, insbesondere auf der Ebene der „klinischen Kompetenz“ Unterschiede zu benennen, was dem Umstand geschuldet ist, dass im Praxisfeld bisher nur wenige Personen mit Studium und gleichzeitig umfangreicher Berufserfahrung tätig sind.

Da die Evaluation der Modellstudiengänge in NRW als Feldstudie und nicht als Feldexperiment konzipiert ist, kann methodenbedingt kein eindeutiger Nachweis der Wirkung der hochschulischen Bildung auf die Outcomes erbracht werden. Mit dem hier gewählten Mix verschiedener Methoden verstärken sich aber die Indizien, dass die intendierten Bil-

Leistungsziele der Hochschulen bei den Studierenden erreicht werden und damit auch im Praxisfeld wirken können.

5.9 Fazit

Die mehrdimensionalen und multimethodischen Analysen belegen einen mit den intendierten Curricula in Zusammenhang stehenden Kompetenzgewinn der Studierenden gegenüber den Auszubildenden. Dies zeigt sich im Selbstbild der Studierenden und in der Fremdwahrnehmung durch Kolleginnen und Kollegen im Praxisfeld. Andere Prädiktoren wie Alter oder Abiturnote sind in der Aufklärung von Kompetenzunterschieden dem Faktor „hochschulische Bildung“ unterlegen. Die signifikanten Unterschiede zwischen Studierenden und Auszubildenden lassen sich für alle Berufe nachweisen.

Grundlage für die Kompetenzanalysen waren die Qualitätsdimensionen, die auf der Grundlage der Status Quo-Analyse und mit Hilfe (professions-)theoretischer Kategorien gewonnen wurden (vgl. Kapitel 2, S.12ff und 3, S.17ff). Diese haben sich für die Kompetenzdiagnostik als nützliche gliedernde Struktur erwiesen. Da diese auch aus den sich verändernden Anforderungen im Gesundheitswesen abgeleitet wurden, wird mit den hier analysierten Kompetenzunterschieden nicht nur der Nachweis erbracht, dass die Kompetenzziele der Hochschulen erreicht wurden, sondern auch, dass mit den hochschulischen Bildungsangeboten ein wesentlicher Beitrag dazu geleistet wird, den veränderten Anforderungen des Gesundheitssystems durch ein dazu passende Kompetenzprofil und darauf abgestimmte Lerninhalte und Lernformen zu begegnen.

6 Ergebnisse der Online-Befragung der Studierenden

Stefan Görres, Jaqueline Bomball, Christin Adrian

6.1 Einleitung

Im Rahmen der Online-Erhebung wurden die Zufriedenheit und die Erfahrungen der Studierenden der Modellstudiengänge mit verschiedenen Aspekten der Studiengangkonzeption und -implementation sowie mit Ergebnisparametern untersucht. Im Folgenden werden nach Beschreibung der Zielsetzung dieses Evaluationsbausteins und der Maßnahmen zum Datenschutz, das methodische Vorgehen erläutert und im Anschluss zentrale Ergebnisse vorgestellt. Neben den Motiven zur Studienwahl und Erwartungen, sowie deren Erfüllung, stehen Ergebnisse zur Umsetzung des Studiums (Theorie-Praxis-Transfer, Machbarkeit, Aufwand, Vereinbarkeit von Studium und Privatleben), zur Eigen- und Fremdeinschätzung der erworbenen Kompetenzen sowie zur Rollenidentität im Vordergrund. Weitergehend werden Einschätzungen der Studierenden zu ihren beruflichen Perspektiven und zu erwarteten Berufschancen aufgeführt. Die sich an den Ergebnisteil anschließende Methodendiskussion verweist auf Schwierigkeiten und Limitierungen die im Zuge dieser Onlinebefragung deutlich wurden.

6.2 Ziele

Mit der Onlineerhebung war die Absicht verbunden, studiengangübergreifend die Sicht der Studierenden auf verschiedene Aspekte des „Modells zur Evaluation und Qualitätssicherung im Bildungswesen“ nach Ditton (2006) abzufragen. Neben der Zufriedenheit mit den Zielen (intendiertes Curriculum), sollten Informationen hinsichtlich der Erfahrungen der Studierenden mit den Kooperationsstrukturen und dem Theorie-Praxis-Transfer (implementiertes Curriculum) erhoben werden. Darüber hinaus sollten Fragen zu den Ergebnissen eines primärqualifizierenden Studiums etwa bezogen auf die erworbenen Kompetenzen und die Berufseinmündung beantwortet werden.

6.3 Datenschutz

Onlinebefragungen, wie auch alle anderen Formen der Datenerhebung und Untersuchungen am Menschen, stehen immer im besonderen Fokus eines datenschutzorientierten Forschungsverständnisses. Grundsätzlich werden Fragen des Datenschutzes an der Universität Bremen durch die „Satzung der Universität Bremen über die Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten (DV-Satzung) vom 19.5.2010“ geregelt. Dieser Satzung sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) verpflichtet. Die Online-Befragungen, deren Ergebnisse im Folgenden

beschrieben werden, wurden daher anonymisiert durchgeführt. Außer der Zuordnung der Teilnehmenden zu den jeweiligen Hochschulen sind keine weiteren personenbezogenen Rückschlüsse möglich. Um eine höchstmögliche Sensibilität zu gewährleisten, wurde den Studierenden die Teilnahme an der Befragung mittels E-Mail-Versand des Links durch Lehrende der Hochschulen ermöglicht. Über diesen gelangten sie über die externe Umfragesoftware „EFS-Survey“ der QuestBack AG zur Befragung. Anschließend wurden die Datensätze vom IPP ausgewertet und die Ergebnisse kohorten- und studienfachbezogen aufbereitet. Aufgrund dieses Vorgehens hatten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Evaluationsteams zu keinem Zeitpunkt der Befragungen die Möglichkeit des Rückgriffs auf personenidentifizierende Daten (wie E-Mail- oder postalische Anschriften).

Die Datensätze verbleiben über die Dauer der Projektlaufzeit auf den universitätsinternen Rechnern und werden zum Ende des Projektzeitraumes unwiederbringlich gelöscht. Die Daten werden nicht für sekundäranalytische Zwecke genutzt. Die QuestBack AG ist zertifiziert nach ISO 27001 und verpflichtet sich damit anerkannten Standards in der Datensicherheit.

6.4 Methodisches Vorgehen und Stichprobenbeschreibung

Mit Hilfe von Online-Befragungen, welche eine effektive und effiziente Datenerhebung ermöglichen, wurden zu mehreren Zeitpunkten Vollerhebungen innerhalb von zwei Studierendenkohorten der Modellvorhaben angestrebt. Methodisch orientierte sich diese Vorgehensweise an einer Kohorten-Studie (Befragung von zwei Studienkohorten), kombiniert mit einer Wiederbefragung der Studienanfängerkohorte (Start: WS 2010/2011). Auf der Basis einer Vorher-Nachher-Befragung wurden neben der Entwicklung der Erwartungen an das Studium und der Zufriedenheit mit der Theorie-Praxis- bzw. Praxis-Theorie-Verknüpfung die Entwicklung der Eigen- und Fremdwahrnehmung in der Praxis und die Beurteilung von Berufsperspektiven aus Sicht der Studierenden ermittelt. Weiterhin galt es, durch einen Vergleich der Studienanfängerkohorte (Start: WS 2010/2011) mit der nachfolgenden Kohorte (Start: WS 2011/2012), anfängliche Startschwierigkeiten der Modellprojekte zu überprüfen und ggfs. grundsätzliche, den einzelnen Modellvorhaben oder Studiengängen zugehörige Chancen und/oder Probleme zu identifizieren.

Für die von vornherein summativ angelegte Evaluation mit Quer- und Längsschnitt-Charakter kam ein Mix aus qualitativen und quantitativen Fragen zum Einsatz. Ziel war es, repräsentative Forschungsergebnisse für den Vergleich innerhalb der Studiengänge sowie kohorten- bzw. studienfachübergreifend²⁷ zu gewinnen und zugleich die Validität der Antworten zu erhöhen.

Die Feldphase der ersten Online-Erhebung erstreckte sich über den Zeitraum von November 2012 bis Januar 2013 (Befragung der 1. Kohorte - WS 2010/2011). Weitere Datenerhebungen fanden im November 2013 (Befragung der 2. Kohorte - WS 2011/2012) und im I-II. Quartal des Jahres 2014 (Wiederbefragung der 1. Kohorte) statt.

Von ca. 290 Studierenden aller Modellstudiengänge konnten knapp über die Hälfte der Studierenden für die Online-Befragungen gewonnen werden. Die höchste Beteiligung

²⁷ Die Studiengänge wurden nach den Professionen „Pflege“ und „Therapie/Hebammenwesen“ eingeteilt.

erzielte die erste Befragung der ersten Studienkohorte (Start WS 2010/2011), bei der über die Hälfte der Studierenden aller Modellstudiengänge an der Befragung teilnahmen (64,1%). Bei der Befragung der zweiten Studienkohorte (Start WS 2011/2012) fiel der Rücklauf bereits etwas geringer aus. Hier konnte etwa die Hälfte der Studierenden aller einbezogenen Studiengänge (48,1%) gewonnen werden. An der Wiederbefragung beteiligte sich - trotz Einbußen im Rücklauf - ebenfalls etwa die Hälfte der Studierenden der ersten Kohorte.

Innerhalb der drei Onlinebefragungen wurden für die einzelnen Studienstandorte insgesamt Rücklaufquoten zwischen 30% bis 92,3% erreicht. Bezüglich der einzelnen Studiengänge zeigt sich allerdings eine große Varianz. Während sich Studierende einiger Studiengänge mit einem Rücklauf von 100 Prozent beteiligten, kam es bei anderen Studiengängen bei einem Rücklauf von 11,1% bis 25% teilweise zu einer Unterrepräsentanz. Aus Datenschutz- und inhaltlich-strukturellen Gründen wurde daher eine Zusammenfassung der Probandinnen und Probanden der Pflegestudiengänge einerseits und der Studiengänge in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen und der Hebammenkunde andererseits vorgenommen, wodurch sich die teils geringen Rücklaufquoten für einzelne Studiengänge für die hier gewählten Darstellungen relativieren. Einen differenzierten Überblick über alle Rücklaufquoten gibt Tabelle 22 im Anhang (unten, S.213). Anhand der gewählten Einteilung ergeben sich die folgenden Fallzahlen (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Rücklauf nach zusammengefassten Fachrichtungen

Fachrichtungen	T1 – 1. Kohorte	T1 – 2. Kohorte	T1 - 1.+2. Kohorte Gesamt	T2 – 1. Kohorte
Pflege	107	86	193	71
Therap./Heb.	74	51	125	62
Keine Angabe	3	3		
Gesamt	184	140	318	133

Die Stichprobe bildet mit einer für die Gesundheitsfachberufe bereits bekannten Geschlechter- als auch Altersverteilung eine repräsentative Gruppe.

Entgegen der Annahme, dass sich unter den Studierenden der Modellvorhaben Personen befinden, die das Studium als Möglichkeit zu einem Berufswechsel sehen, der ihnen zudem einen Hochschulabschluss ermöglicht, verfügt die Mehrheit der Befragten beider Kohorten zu Beginn des Studiums über noch keine abgeschlossene Berufsausbildung. Somit stellt das Duale Studium beim Großteil der Studierenden den erstqualifizierenden Berufsabschluss dar.

6.5 Ergebnisse

6.5.1 Zentrale Faktoren der Studiengangwahl und Erwartungen an das Studium

Sowohl in der ersten als auch in der zweiten Studierendenkohorte wurden die Studierenden nach den Motiven zur Aufnahme ihres gewählten Studiengangs befragt (vgl. Abbildung 14, S.214 im Anhang). Damit soll erfasst werden, welche Beweggründe, Ziele und Erwartungen die Studierenden mit der Entscheidung für ein Studium verbinden. Die gewählten Faktoren sind das Ergebnis umfassender Literaturrecherche und Diskurse innerhalb der Projektgruppe. Sie wurden den Studierenden als Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Im Ergebnis wird deutlich, dass es den Studierenden bei der Entscheidungsfindung in erster Linie um die curriculare und methodische Ausgestaltung des jeweiligen Studiengangs ging. Von größter Bedeutung gelten dabei der „Erhalt eines Doppelabschlusses“, die „Inhalte des Studiums“ und der/die „Aufbau/Konstruktion des Studiengangs“. Geringe Kohorten-Unterschiede ergeben sich bei den Kriterien „Kosten & Finanzierung“ und „Wohnortnähe zum Studienstandort“. Während es in der ersten Kohorte noch knapp zwei Drittel der Studierenden waren, auf deren Studiengangwahl die „Kosten & Finanzierung“ einen Einfluss hatten, sind es in der zweiten Kohorte bereits drei Viertel der Studierenden, die bei der Wahl des Studiengangs darauf achteten. Bezüglich der „Wohnortnähe zum Studienstandort“ sind die Unterschiede etwas größer. War dies für 47% der Studierenden der ersten Kohorte ein relevantes Kriterium, um sich für einen Studiengang zu entscheiden, sind es in der zweiten Kohorte bereits 62% der Studierenden, die die Fahrzeiten zum Studienstandort bei ihrer Studiengangwahl bedachten.

Werden diese Kriterien im Vergleich dazu nach der belegten Studienfachrichtung betrachtet (s. Abbildung 15, S. 215 im Anhang.), waren für die Studierenden der Pflegestudiengänge vor allem der „Erhalt eines Doppelabschlusses“ und die „Wohnortnähe zum Studienstandort“ von größerer Relevanz, während die Studierenden der Therapiestudiengänge und der Hebammenkunde dem „Aufbau und der Konstruktion des Studiums“ sowie Fragen nach „Kosten und Finanzierung“ höhere Bedeutung beimaßen.

Um die Zufriedenheit der Studierenden erfassen zu können, war es in einem ersten Schritt notwendig, deren Erwartungen an das Studium zu eruieren. Das geschah anhand einer offenen Frage innerhalb der ersten Befragung sowohl der ersten als auch der zweiten Kohorte. Gefragt nach den Erwartungen, die die Studierenden zu Beginn an ihr Studium hatten, ergeben sich ebenfalls geringe Unterschiede (s. Abbildung 16, im Anhang, S.216): Obwohl beiden Gruppen eine „umfassende theoretische und praktische Vorbereitung“ auf den Beruf am wichtigsten ist, scheinen die „umfassende Berufsvorbereitung“ wie auch „gute Studienbedingungen“ bei der ersten Kohorte eine zentrale Rolle gespielt zu haben. Die zweite Kohorte hingegen weist höhere Erwartungen an den „Theorie-Praxis-Transfer“ und die „Vermittlung von Techniken wissenschaftlichen Arbeitens“ auf.

Der Vergleich nach Fachrichtung (s. Abbildung 17, im Anhang, S.216) zeigt jeweils etwas höhere Erwartungen der Studierenden der Therapieberufe und des Hebammenwesens, wenn es um die „umfassende theoretische & praktische Vorbereitung“, „gute Studienbe-

dingungen“, die „eigene Professionalisierung/Qualifizierung“ und den „Theorie-Praxis-Transfer“ geht. Studierende pflegerischer Studiengänge äußern demgegenüber höhere Erwartungen, was „gute berufliche Perspektiven“ sowie die „Erweiterung ihres Wissenshorizonts“ betrifft.

Ihre Erwartungen sehen die Studierenden der verschiedenen Berufsgruppen im Nachhinein unterschiedlich stark erfüllt: In den Pflegestudiengängen sind es knapp die Hälfte (48%) und in den Therapie- und Hebammenberufen etwa drei Viertel (80%) der Studierenden, die ihre Erwartungen als „gut“ bis „sehr gut“ erfüllt, beschreiben. Erwartungen, die sich aus Sicht der Befragten „teils/teils“ bis „gar nicht“ erfüllt haben, betreffen die zukünftigen Perspektiven oder Hoffnungen auf bessere Karrierechancen. Vor allem in der Pflege scheint bei den Studierenden Unklarheit darüber vorzuherrschen, welche Vorteile das Studium ihnen bzgl. ihrer beruflichen Perspektiven bietet.

6.5.2 Rahmenbedingungen

Um die Bedingungen an den Hochschulen einschätzen zu können, ist es von großer Bedeutung die Meinung der Studierenden dazu zu erfassen. Diese wurden innerhalb der Onlinebefragung zu verschiedenen Einflussfaktoren hinsichtlich der Organisation des Studiums und der Absprachen zwischen Hochschulen und praktischen Lernorten befragt. Abhängig vom Studiengang ist darüber hinaus die Kooperation mit dem Lernort Berufsfachschule zu berücksichtigen. Die gewonnenen Daten der Studierenden führen zu dem Ergebnis, dass bei der Einschätzung der Rahmenbedingungen innerhalb des Studiums von Seiten der Studierenden weitestgehend Zufriedenheit besteht, was die „theoretische“ und „praktische Ausbildung“, die Betreuung durch „feste Ansprechpartner und -partnerinnen“ und die „finanziellen Rahmenbedingungen“ des Studiums betrifft. Mehr als die Hälfte der Befragten (>50%) schätzen diese Bedingungen in ihren Studiengängen als „sehr gut“ bis „gut“ ein. Schwierigkeiten äußern die Studierenden vor allem in Bezug auf die Vereinbarkeit von Studium und Privatleben sowie bezüglich des Arbeitspensums.

Hinsichtlich der „Möglichkeit, theoretische Inhalte in der Praxis anzuwenden“, der „Logik der Abfolge der Praxiseinsätze“ und bezogen auf die „Möglichkeit, praktische Inhalte in der (Fach-) Hochschule zu besprechen“ herrscht ebenfalls beim Großteil der Studierenden (>60%) Zufriedenheit. Hier lassen sich nur marginale Unterschiede zwischen den Berufsgruppen feststellen, welche lediglich bzgl. der „Möglichkeit, die theoretischen Inhalte in der Praxis zu anzuwenden“ bedeutsam erscheinen. Pflege-Studierende bewerten diese Rahmenbedingung deutlich häufiger als „schlecht bis sehr schlecht“.

In den Evaluationen von Modellprojekten zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildung, die in den letzten 10 Jahren am IPP durchgeführt wurden, stellten sich immer wieder die Lernortkooperation und die Absprachen zwischen den Verantwortlichen der theoretischen und fachpraktischen Ausbildung als besondere Herausforderung dar. Diese Forschungsergebnisse beachtend, erhielt die Umsetzung der Lernortkooperationen innerhalb der Evaluation der Modellstudiengänge ein besonderes Augenmerk.

Dabei zeigt sich, dass aus Sicht der Studierenden in Bezug auf die inhaltlichen Absprachen zwischen den Verantwortlichen der unterschiedlichen Lernorte ((Fach-)Hochschule, Praxis und Berufsfachschule) Schwierigkeiten vor allem zwischen den (Fach-)Hochschulen und Praxisorten sowie zwischen den Berufsfachschulen und den (Fach-)Hochschulen bestehen. Insbesondere für die Pflegestudiengänge muss hier vor dem Hintergrund der Einschätzung der Studierenden Optimierungsbedarf festgestellt werden,

da nur knapp jede bzw. jeder dritte Studierende (~30-40%) hier von guten Absprachen und Abstimmungen berichtet. Auch in den Therapiestudiengängen bzw. dem Studium der Hebammenkunde kann möglicherweise auf Probleme bzgl. der Absprachen und Abstimmungen zwischen den (Fach-)Hochschulen und den Praxisorten geschlossen werden, da fast die Hälfte der Studierenden (46%) von schlechten bis sehr schlechten Rahmenbedingungen berichtet.

Im Vorher-Nachher-Vergleich zwischen der ersten und der zweiten Kohorte wird darüber hinaus deutlich, dass sich die Zufriedenheit der Studierenden verringert hat. Während in der ersten Kohorte etwa die Hälfte der Studierenden (54%) mit den Absprachen und Abstimmungen zwischen der „(Fach)Hochschule und dem Praxisort“ zufrieden war, ist es in der zweiten Studienkohorte nur noch ein Drittel der Befragten (34%). In Bezug auf die Lernorte „Berufsfachschule, (Fach)Hochschule und Praxisort“ bewertete in der ersten Kohorte ebenfalls die Hälfte (52%) die Absprachen und Abstimmungen als „sehr gut/gut“, in der zweiten Kohorte hingegen nur noch ein Fünftel der Studierenden (21%).

6.5.3 Theorie-Praxis-Transfer

Im Folgenden werden die Bedingungen innerhalb der Praxisorte betrachtet. Auch hier wurde bei der Konzeption des Fragebogens auf vorangegangene Ergebnisse aus der Evaluation von Modellversuchen in der Pflegeausbildung zurückgegriffen. Wenn auch nicht in Gänze vergleichbar, so sollte bei der Evaluation der Studiengänge dennoch die Erkenntnis berücksichtigt werden, dass neuartige Bildungsansätze für die Praxis anfangs eine große Herausforderung darstellen können. Dies ist zum einen dadurch begründet, dass die bekannten schwierigen Rahmenbedingungen an den Praxisorten den dortigen Verantwortlichen (z. B. Praxisanleitern bzw. Praxisanleiterinnen) nicht ausreichend zeitliche Möglichkeiten geben, sich auf die neuen oder zusätzlichen Aufgaben vorzubereiten. Die mit allem Neuen verbundenen fehlenden Erfahrungen dürften weiterhin ein Grund sein, warum die folgenden Ergebnisse der ersten beiden Studierendenkohorten mit Vorsicht bewertet werden sollten.

Bezüglich der Rahmenbedingungen in den Praxiseinsätzen geben die Studierenden mehrheitlich für einen Großteil der abgefragten, positiv ausgerichteten Aspekte an, dass diese zutreffen bzw. eher zutreffen würden (s. Abbildung 7, S.66). Hinsichtlich der Praxisanleitung konstatiert die Hälfte aller Studierenden, dass hier bisher nicht von Regelmäßigkeit oder Kontinuität gesprochen werden kann. Des Weiteren gibt knapp die Hälfte (Studierende der ersten Kohorte) bzw. über die Hälfte der Studierenden (Studierende der zweiten Kohorte) an, keine regelmäßige Praxisbegleitung zu erfahren.

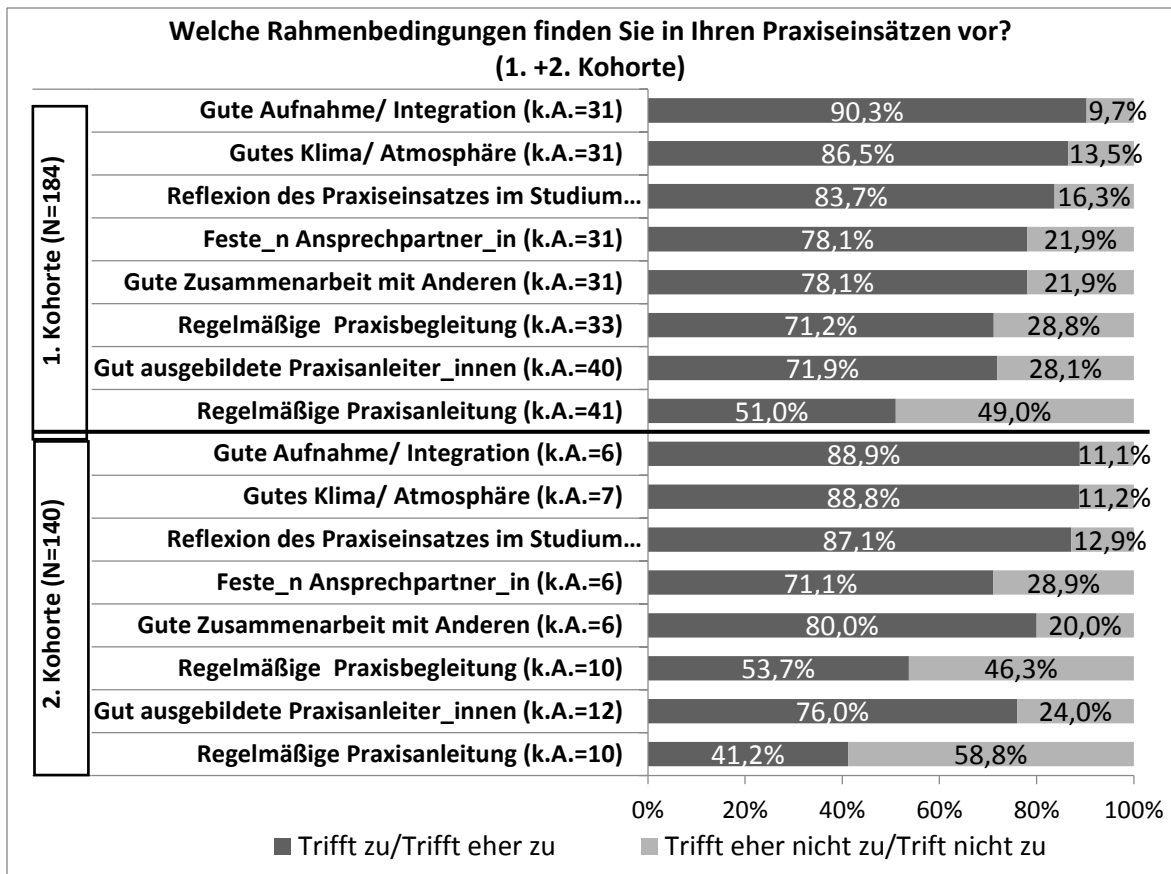


Abbildung 7: Praxis-Rahmenbedingungen

Einige Unterschiede bestehen zwischen den Rahmenbedingungen für Studierende der Pflege- und denen der therapeutischen Studiengänge bzw. dem Hebammenkundlichen Studiengang (vgl. hierzu Abbildung 8, S.67). So bewerten fast durchgängig über drei Viertel der Studierenden in den Therapieberufen bzw. in der Hebammenkunde die aufgeführten Aspekte zu den Rahmenbedingungen ihrer Praxiseinsätze als zutreffend bzw. eher zutreffend. Pflegestudierenden hingegen berichteten etwas seltener vom „Vorhandensein eines bzw. einer festen Ansprechpartners bzw. Ansprechpartnerin“ (64%) sowie von einer „regelmäßigen Praxisbegleitung“ (53%). Darüber hinaus erfuhr hier nur knapp ein Drittel eine „regelmäßige Praxisanleitung“ und nur jede zehnte befragte Person schätzte die Praxisanleitung als gut ausgebildet ein.

Diejenigen Studierenden, die von weniger gut ausgebildeten Praxisanleitern bzw. Praxisanleiterinnen berichten, sehen hier die Hauptursache vor allem im „Fehlenden Wissen“ bzw. in mangelnden „Informationen über das Studium“. Des Weiteren bemerken vor allem die Therapie- und Hebammenkundestudierenden „Mangelnde Absprachen über Lerninhalte zwischen HS und Praxis“, „kein Wissen über die Kompetenzen der Studierenden“, die „Ersterfahrung oder Überforderung der Praxisanleitungen“ mit Studierenden sowie das fehlende „Interesse an Studierenden“, welche den Eindruck einer nicht ausreichend vorbereiteten Praxisanleitung aus Sicht der Studierenden entstehen lassen²⁸.

²⁸ Wir verweisen an dieser Stelle erneut auf die einleitenden Hinweis zu den Erfahrungen mit Modellprojekten in Pflegeausbildungen. Die mit allem Neuen verbundenen fehlenden Erfahrungen dürften weiterhin ein

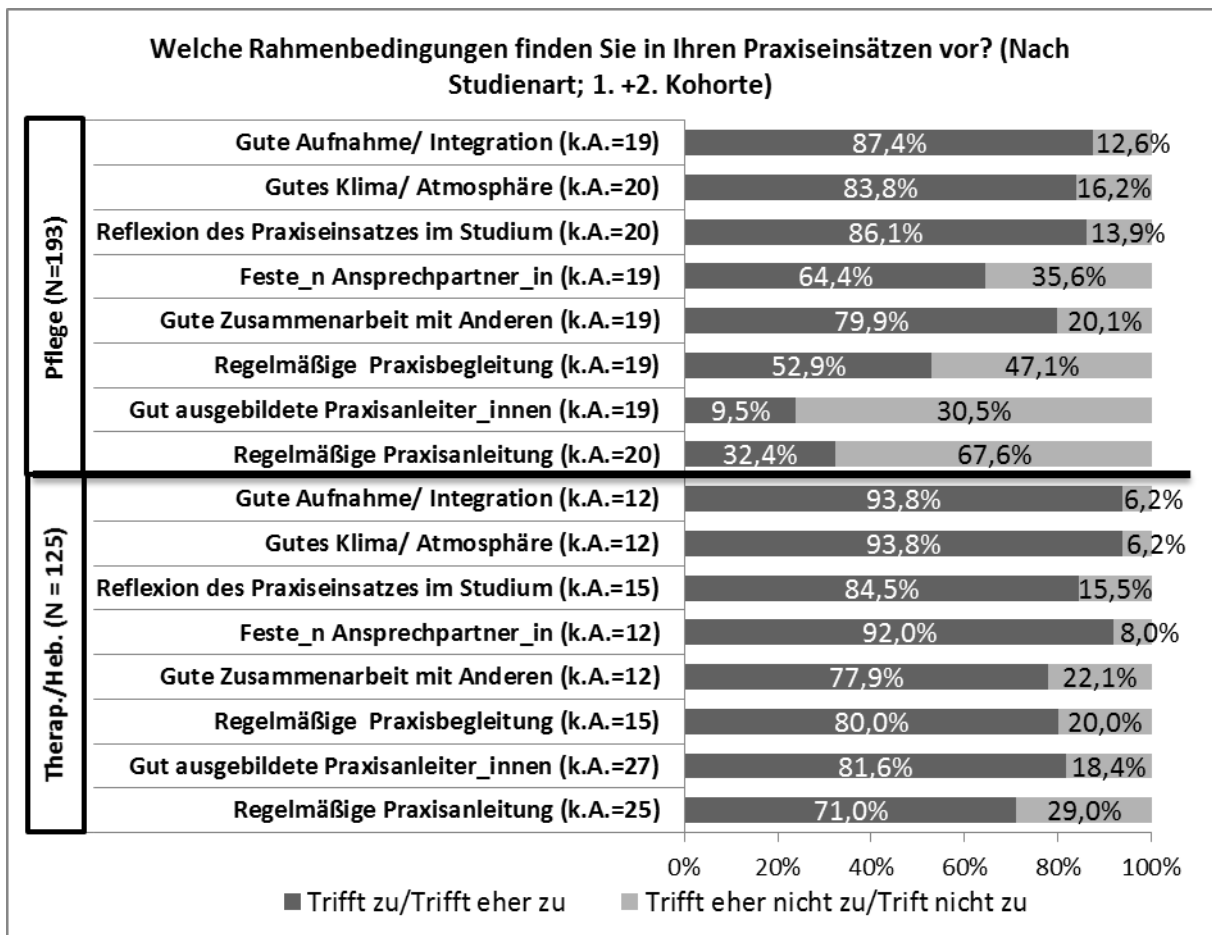


Abbildung 8: Praxis-Rahmenbedingungen nach Studienfach

Auf die Frage, was nach Meinung der Studierenden in Bezug auf die Praxiseinsätze verbessert werden könnte (s. Abbildung 18 bzw. Abbildung 19, im Anhang, S.217), sehen die Studierenden vor allem Optimierungsbedarf in Bezug auf die „Zuverlässigkeit und Qualität der Praxisanleitung“ sowie hinsichtlich der „Kommunikation und der allgemeinen Absprachen zwischen den Lernorten“. Des Weiteren sollten die Praxisanleiterinnen bzw. Praxisanleiter (bzw. Verantwortlichen für die Praxiseinsätze) – so der Wunsch der Studierenden – ausführliche Informationen über die Praxisaufgaben der Studierenden erhalten bzw. über die Lehrinhalte des Studiums und den aktuellen Wissenstand der Studierenden informiert sein. Die „Praxiseinsatzorte [sollten] besser an den Lehrplan angepasst“ sein, sodass die in der (Fach-)Hochschule besprochenen theoretischen Inhalte bzw. Bereiche auch direkt in der Praxis angewandt und praktisch vertieft werden können. Darüber hinaus wünschen sich die Studierenden mehr Offenheit der Kolleginnen und Kollegen in der Praxis für eine hochschulische Ausbildung und deren Absolventinnen bzw. Absolventen.

Die Möglichkeiten, Praxiseinsätze zu reflektieren, scheinen gemäß der Ergebnisse einer offen gestellten Frage sehr breit gefächert zu sein. Am häufigsten werden Besprechungen an den Hochschulen, Reflexionsbögen, die Reflexion in der Praxis mit den anleitenden Personen sowie Supervisionen genannt. Vereinzelt greifen die Studierende auf Lerntage-

Grund sein, warum die dargestellten Ergebnisse zur Praxisanleitung der ersten beiden Studierendenkohorten mit Vorsicht analysiert werden sollten.

bücher oder Foren im Internet zurück. Für den Großteil der Befragten sind die angebotenen Reflexionsmöglichkeiten zum Zeitpunkt der Befragung zufriedenstellend.

Bezüglich des Niveaus der Praxisanleitung nehmen die wenigsten Studierenden Unterschiede im Vergleich zur Anleitung in der beruflichen Ausbildung wahr. Lediglich ein Drittel sowohl der Pflegestudierenden als auch der Therapie- bzw. Hebammenkunde-Studierenden erlebte teilweise Unterschiede in der Anleitung.

6.5.4 Kompetenzen und Rollenidentität

Das folgende Kapitel beschäftigt sich überblicksartig mit den Selbsteinschätzungen der Kompetenzen und der entwickelten Rollenidentität aus der Perspektive der Studierenden. Der Frage, ob den Studierenden von Seiten der Praxis besondere Fähigkeiten bzw. Kompetenzen zugeschrieben werden, stimmen mehr als die Hälfte der Studierenden (>60%) zu. Gefragt nach diesen besonderen Kompetenzen, geben vor allem Studierende der Therapieberufe bzw. des Hebammenwesens an, dass sie von der Praxis besondere „sozialkommunikative Kompetenzen“ zugeschrieben bekommen. (s. Abbildung 9).

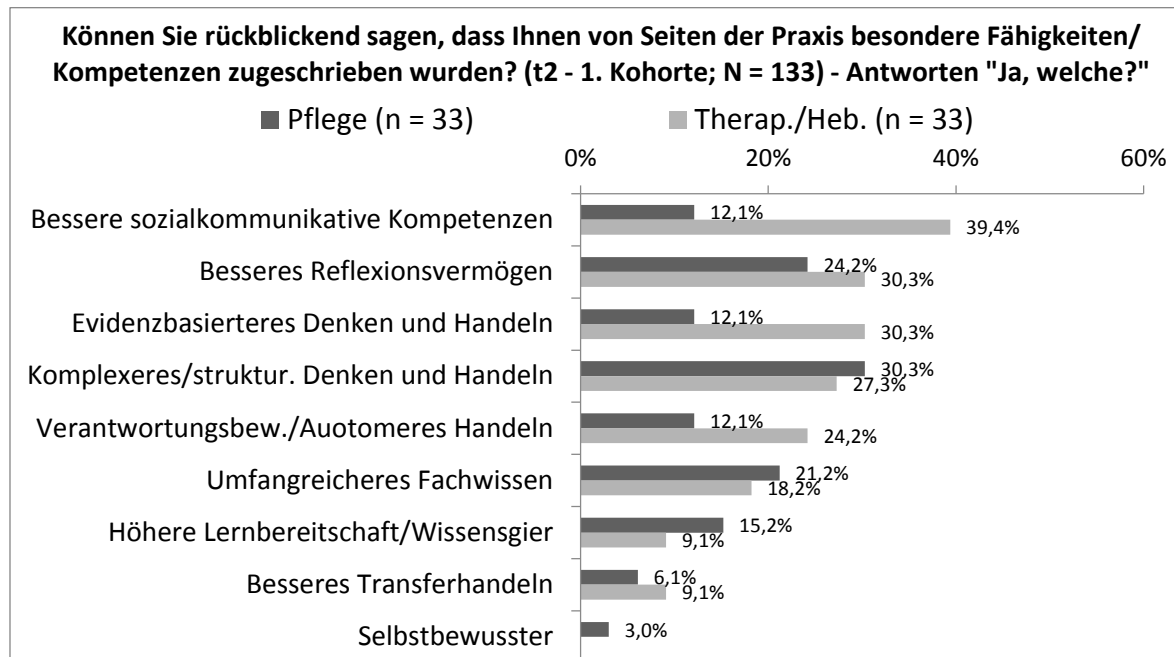


Abbildung 9: Kompetenzzuschreibung nach Studienfach

Etwa jede bzw. jeder dritte (24% bis 30%) bis vierte Studierende berichtete außerdem, dass in der Praxis die entwickelten Fähigkeiten in den Bereichen „evidenzbasiertes Denken und Handeln“, „besseres Reflexionsvermögen“ und „komplexeres bzw. strukturiertes Denken und Handeln“ sehr geschätzt werden. Auch wird den Studierenden von der Praxis mehr „Verantwortungsbewusstsein und autonomeres Handeln“ zugesprochen sowie ein „umfangreicheres Fachwissen“ bescheinigt.

Etwa drei Viertel der Studierenden sieht sich weitergehend in der eigenen Einschätzung über die im Studium erworbenen Kompetenzen von der Praxis bestätigt. Lediglich ein Drittel der Pflegestudierenden (30%) und ein Fünftel der Studierenden in den Therapieberufen bzw. der Hebammenkunde (20%) findet keine Übereinstimmung der Selbsteinschätzung mit der Praxis.

schätzung der eigenen Kompetenzen mit denen, die ihnen von Seiten der Praxis zugeschrieben werden. Hintergrund für diese Diskrepanz zwischen den von der Praxis zugeschriebenen und den subjektiv empfundenen Fähigkeiten bzw. Kompetenzen ist nach Meinung der 21 Befragten, die mit „Nein“ antworteten, dass die Fähigkeiten und Kompetenzen der Studierenden oftmals von Seiten der Praxis unterschätzt werden. Darüber hinaus geben die Studierenden an, dass sie ihre Fähigkeiten und Kompetenzen nicht umfassend anwenden können, da zum Teil das Wissen fehlt oder aber die Rahmenbedingungen in der Praxis eine Umsetzung nicht erlauben. Etwas mehr als jede bzw. jeder zehnte Studierende (14%) berichtet zudem, dass teilweise auch zu hohe Erwartungen an die Studierenden in der Praxis bestehen, die nicht mit ihren Fähigkeiten bzw. Kompetenzen einhergehen.

Auf die Frage, welche der im Studium erworbenen Fähigkeiten/Kompetenzen die Studierenden zum jetzigen Zeitpunkt in einem Bewerbungsgespräch hervorheben würden (s. Abbildung 10), antwortete der Großteil, dass dies vor allem die fachlichen und personalen Kompetenzen sind sowie die Fähigkeit wissenschaftlich fundiert vorzugehen. Darüber hinaus würde knapp die Hälfte der Studierenden der Therapieberufe bzw. der Hebammenkunde ihre methodische Kompetenz betonen sowie etwa jede/jeder fünfte Studierende der Pflege ihre bzw. seine soziale Kompetenz hervorheben.

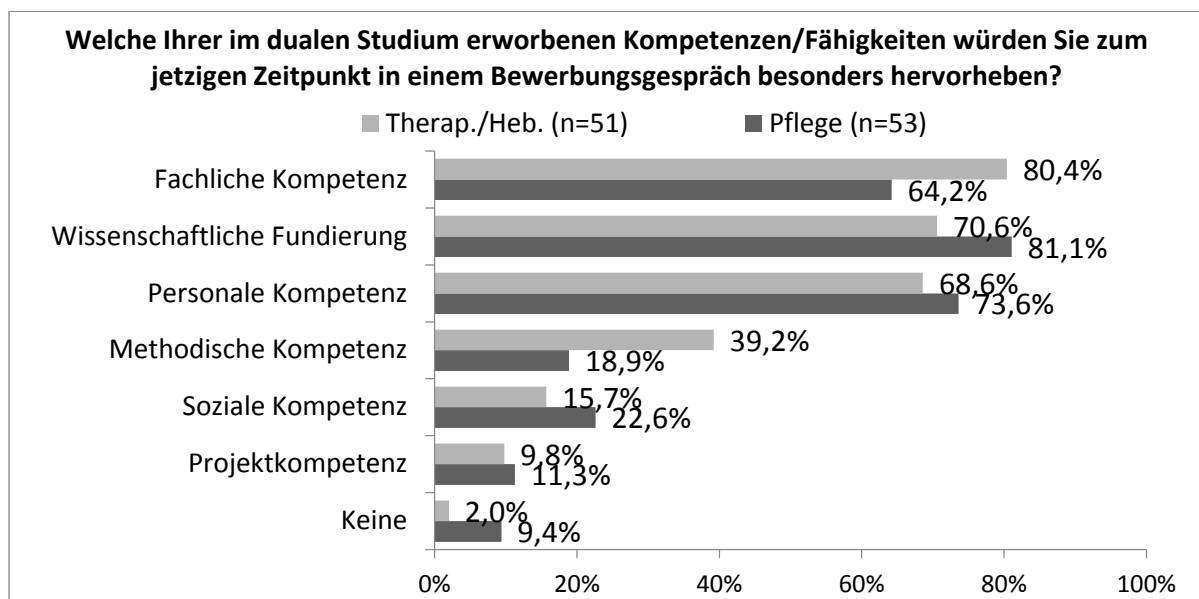


Abbildung 10: Kompetenzen, die im Bewerbungsgespräch betont würden (nach Studienfach)

6.5.5 Machbarkeit und Umsetzung des Studiums

Mit der zweiten Befragung wurde die erste Kohorte gebeten, retrospektiv die Machbarkeit und Umsetzbarkeit des Studiums sowie die Vereinbarkeit mit dem Privatleben einzuschätzen. In einem ersten Schritt waren die Studierenden hier gefordert, in Form einer offenen Fragestellung den Stundenaufwand, den sie zur Bewältigung des Studiums aufgebracht haben, einzuschätzen. In einer weiteren Frage sollte das erfahrene Arbeitspensum mit den Erwartungen abgeglichen werden. Die Hälfte aller Studierenden hatte das

erfahrene Arbeitspensum erwartet. Ein Drittel (30%) der Studierenden der Therapieberufe bzw. Hebammenkunde ist mit Beginn des Studiums von einem niedrigeren und etwa ein Fünftel (19%) von einem höheren Arbeitspensum ausgegangen. 41% der Pflege-Studierenden hingegen sind mit geringeren und lediglich 9% mit höheren Erwartungen bzgl. des Arbeitsaufwandes in das Studium gestartet.

Obwohl sie ein höheres Wochen-Arbeitspensum angeben, sind es in einem größeren Maße die Studierenden der Therapieberufe bzw. der Hebammenkunde, bei denen sich die zeitlichen Anforderungen des Studiums „sehr gut/gut“ mit dem Privatleben vereinbaren ließen. Etwa 56% dieser Studierenden hatten keine Schwierigkeiten, die Anforderungen des Studiums mit privaten Belangen in Einklang zu bringen. Bei den Pflegestudierenden stellt sich das Verhältnis umgekehrt dar. Hier sind es 60% der Studierenden, denen die Vereinbarkeit von Studium und Privatleben Schwierigkeiten bereitet hat.

Mehr als die Hälfte der Studierenden (>60%) der therapeutischen Studiengänge bzw. der Hebammenkunde sieht vor allem in ihrem „guten Zeitmanagement“ sowie darin, dass sie ihr „Leben an das Studium anpassen“ – also auf Nebenjobs verzichten oder sich kaum Freizeit gönnen - den Grund für eine gute Vereinbarkeit von Studium und Privatleben. Jede bzw. jeder Dritte (33%) gibt hierzu weiter an, dass ausreichend Selbstlernzeit vorhanden ist und Prüfungen rechtzeitig bekanntgegeben werden. Auch gelingt es etwa jeder bzw. jedem dritten Studierenden der Pflege (32%), Studium und Privatleben aufgrund des „eigenen guten Zeitmanagements“ bzw. aufgrund des „geringen Arbeitsaufwands“ „sehr gut“ bis „gut“ zu vereinbaren. Jede/jeder Fünfte (21%) schätzt im Rahmen der Machbarkeit ebenfalls die „ausreichend vorhandene Selbstlernzeit und rechtzeitige Bekanntgabe von Prüfungen“ als unterstützend ein.

Diejenigen Studierenden, die angaben, das Studium „schlecht“ bis „sehr schlecht“ mit dem Privatleben vereinbaren zu können, sehen die Gründe in erster Linie außerhalb ihres eigenen Verantwortungsbereiches, wie z.B. in den „hohen Anforderungen/ dem hohen Zeitaufwand“ für das Studium. An zweiter Stelle wird die „Schichtarbeit“ von ca. einem Viertel der entsprechenden Studierenden als Hinderungsgrund für eine ausgeglichene Studienzzeit benannt. Weitere Gründe liegen in „langen Fahrtwegen“ oder in der „Planung der Hochschule“.

Die Beobachtung, dass die Belastung durch das Studium von den Pflegestudierenden höher eingeschätzt wird als von den Studierenden der anderen Fachrichtungen, deckt sich mit der in Kapitel 7.3.4 unten (s.Seite 89) erfolgten Analyse zum studentischen Workload. Dieser ist in den Pflegestudiengängen aufgrund der unvollständigen Anrechnung von Zeiten der (Praxis)Ausbildung vielfach höher ist als in den anderen Studiengängen. Weiter könnte hier hinzukommen, dass Anforderungen im Praxisfeld zwischen beiden Gruppen anders erfahren werden, in Abhängigkeit davon, ob sie „nur“ als Studienleistung oder parallel dazu auch noch als Teil eines Ausbildungs-/Arbeitsverhältnisses gestellt werden.

6.5.6 Berufliche Perspektiven und Einschätzung der Berufschancen

Der folgende Abschnitt befasst sich mit den beruflichen Perspektiven, welche die Studierenden für sich persönlich nach Abschluss des Studiums sehen. Die Fragen waren Gegenstand der 2. Befragung der 1. Kohorte gegen Ende des Studiums. Während für die Therapieberufe die Akademisierung und die damit verbundenen beruflichen Chancen innerhalb der Literatur sehr deutlich benannt werden, stellte sich bereits bei der Abfassung

des Status quo Berichts die Schwierigkeit heraus, zukünftige Aufgabenfelder von akademisierten Pflegenden zu bestimmen. Aus diesem Grund war es bedeutsam, die beruflichen Perspektiven aus Sicht der Studierenden zu thematisieren.

Die Ergebnisse dieses Befragungsteils zeigen, dass der Großteil der befragten Studierenden bereits eine Idee bzw. teilweise sogar bereits feste Pläne hinsichtlich der zukünftigen Berufstätigkeit hat. In der Tabelle 23 (im Anhang, S. 218) sind die Angaben der Studierenden aller Fachrichtungen differenziert nach Häufigkeit der Nennungen dargestellt. Es ist erkennbar, dass die Mehrheit der Studierenden (>80%) plant, weiterhin nah am bzw. an der Patienten bzw. Patientin bzw. direkt mit Klienten bzw. Klientinnen zu arbeiten (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Arbeitsschwerpunkte der Absolventinnen und Absolventen

N = 91 (Mehrfachantworten)	Logos (n=17)	Ergos (n=7)	Physios (n=23)	Heb (n=6)	Pflege (n=38)	Gesamt (Personen)	in %
Am Patienten/Klienten	17	7	21	4	27	76	83,5%
Forschung/Projekte/Lehre	4	1	6	2	10	23	25,3%
Unklar/Unsicher		1		2	8	11	12,1%
Weiterbildung	1		2		3	6	6,6%
Management/Leitung	1	1	1.		1	4	4,4%

Etwa ein Viertel der Befragten zieht in Erwägung, entweder neben der praktischen Tätigkeit oder zum Teil auch ganz in die Projektarbeit und Forschung einzusteigen. Etwa jede bzw. jeder achte Studierende ist sich noch unsicher, wohin es beruflich gehen soll. Insbesondere in der Pflege wurde deutlich, dass Unklarheiten über die beruflichen Möglichkeiten nach Abschluss des Studiums bestehen. Hier kommen bei einem Teil der Studierenden Frustrationen über fehlende bessere berufliche Perspektiven bzw. die noch nicht realisierte finanzielle Besserstellung aufgrund eines hochschulischen Abschlusses zum Ausdruck. Ein geringer Teil der Befragten plant, in den Weiterbildungsbereich einzusteigen. Kaum jemand strebt zum Zeitpunkt der Befragung zukünftig eine Management- bzw. Leitungsposition an.

Eine weitere Option nach Abschluss des Bachelorstudiums ist die anschließende Aufnahme eines Masterstudiums oder die Möglichkeit, ein anderes Studium aufzunehmen. Bezüglich der Ausrichtung eines weiteren (Master-)Studiums sind es etwas mehr als jede bzw. jeder dritte Pflege-Studierende (38%), die bzw. der sich die Aufnahme eines „(Pflege-)wissenschaftlichen“ und ca. jede bzw. jeder Dritte (35%), die bzw. der sich die Aufnahme eines „(Pflege-)pädagogischen“ (Master-)Studiums vorstellen könnte. Etwa ein Viertel der Befragten (25%) hat Interesse an einem weiterführenden (Master-)Studium im Bereich „Pflegemanagement“. 14% derjenigen Studierenden, die ein Master oder anderes weiteres Studium planen, sind sich noch der Studienfachwahl noch nicht sicher.

Unter den Studierenden der Therapieberufe bzw. der Hebammenkunde strebt etwa jede bzw. jeder Zweite, die bzw. der weiter studieren wird (55%), ein Masterstudium an, in dem die jeweilige Fachrichtung vertieft wird. Jeder bzw. jedem Vierten (25%) der Befragten ist bisher unklar, wann und welcher Masterstudiengang eine sinnvolle Ergänzung zum bisherigen Studium darstellt. Etwa jede bzw. jeder fünfte Studierende (20%) plant die Aufnahme eines Masterstudiengangs im (Gesundheits-)Management.

Eine wichtige Frage innerhalb der Akademisierungsdebatte ist, wie sich die beruflichen Chancen und Möglichkeiten der Absolventinnen und Absolventen zukünftig gestalten werden. Dazu wurde bei den Studierenden der ersten Kohorte innerhalb der Wiederbefragung erhoben, wie diese ihre Berufschancen auf dem nationalen und internationalen Arbeitsmarkt einschätzen. Hier präsentieren sich insbesondere Studierende der Therapiestudiengänge bzw. der Hebammenkunde sehr optimistisch. Etwa drei Viertel schätzen ihre Berufschancen auf dem deutschen Arbeitsmarkt als „sehr gut“ bzw. „gut“ ein. Lediglich ein Viertel (26%) der Studierenden denkt, dass die eigenen Chancen nur „teils/teils gut“ sind.

Pflege-Studierende sind bezüglich ihrer beruflichen Chancen auf dem deutschen Arbeitsmarkt etwas zurückhaltender. Hier bewerteten knapp die Hälfte der Studierenden (45%) ihre Berufschancen als „sehr gut/gut“ sowie etwa ein Drittel (32%) als „teils/teils gut“. Ein weiteres Viertel (23%) beschreibt die Chancen auf dem deutschen Berufsmarkt sogar als „schlecht/sehr schlecht“.

Im Gegensatz dazu bewerten Pflegestudierende ihre Chancen auf dem internationalen Arbeitsmarkt im Vergleich zum deutschen Arbeitsmarkt, aber auch im Vergleich zu den Studierenden der Therapieberufe und der Hebammenkunde deutlich besser. 60% der Pflegeabsolventinnen bzw. Pflegeabsolventen rechnen sich „sehr gute“ bzw. „gute“ Chancen im Ausland aus, ein Drittel „teils/teils gute“ und lediglich 8% schätzen ihre Chancen dort schlecht bzw. sehr schlecht ein. Demgegenüber schätzen 41% der Studierenden der Therapiestudiengänge bzw. der Hebammenkunde ihre Berufschancen auf dem internationalen Berufsmarkt als „sehr gut/gut“ und als „teils/teils gut“ ein. Etwa ein Fünftel (19%) geht hier von keinen guten Chancen aus.

Auch wenn über die Hälfte der Pflegestudierenden (60%) ihre internationalen Berufschancen als „sehr gut/gut“ einschätzt, planen nur 13% konkret eine Tätigkeit außerhalb Deutschlands aufzunehmen. Ein weiteres Drittel (27%) zieht die Möglichkeit, im Ausland zu arbeiten „eventuell“ in Betracht. Ähnlich sehen die Planungen der Studierenden der Therapieberufe bzw. im Hebammenwesen aus.

Gefragt nach den Ländern, die zukünftig als Arbeitsorte für die Absolventinnen und Absolventen in Frage kommen, wird von allen Befragten insbesondere die Schweiz angegeben. Außerdem kommen für ein Fünftel der Studierenden (19%) die Länder England und Österreich in Betracht.

Neben dem national-internationalen Vergleich waren die Studierenden auch aufgefordert, ihre beruflichen Chancen denen der Kollegen und Kolleginnen aus den beruflichen Ausbildungsgängen gegenüberzustellen. Dabei schätzt insgesamt die Hälfte der Studierenden (49%) ihre Chancen besser ein als ohne Studium. Studierende der Pflege sehen dabei etwas seltener bessere und sogar teilweise schlechtere Berufschancen für hochschulisch ausgebildete Pflegekräfte.

Innerhalb der zweiten Befragung, die kurz vor Studienabschluss stattfand, wurden die Studierenden der ersten Kohorte des Weiteren gefragt, inwieweit sie schon über Arbeitsplatzzusagen verfügen. Zwei Drittel der Studierenden aller Fachrichtungen (~61%) haben bereits einen Arbeitsplatz nach dem Studium in Aussicht. Für etwa ein Drittel der Pflegestudierenden (35%) existiert bisher noch keine Jobperspektive nach dem Studium. Bei einem Viertel der Studierenden der Therapiestudiengänge bzw. der Hebammenkunde (23%) hingegen gibt es bereits „eventuell“ eine Arbeitsplatzperspektive für die Zeit nach dem Studium. Hier sind es 16%, die bislang noch keinen sicheren Arbeitsplatz in Aussicht haben.

Einen Zusammenhang zwischen ihrem Studienabschluss und einem künftigen Arbeitsplatz sieht die Mehrheit der Studierenden nicht. Von den Pflegestudierenden ist es nur knapp ein Fünftel (18%), das meint, seinen bzw. ihren zukünftigen Arbeitsplatz aufgrund des Studiums bekommen zu haben; in den Therapieberufen bzw. dem Hebammenwesen ist es etwa ein Drittel (35%), das hier einen Zusammenhang vermutet.

Gefragt nach der Passung des Studiums für die Praxis, ist ein Großteil aller Studierenden der Meinung, dass das Studium geeignet ist, um auf die zukünftigen Herausforderungen der Pflege- bzw. Gesundheitspraxis zu reagieren. Vor allem Studierende der Therapiestudiengänge bzw. des Hebammenwesens sind davon überzeugt (79%). Demgegenüber halten 12% der Pflegestudierenden ihr Studium als „schlecht/sehr schlecht“ geeignet, um den zukünftigen Herausforderungen in der Praxis der Pflege- und im Gesundheitswesen zu entsprechen. Ein weiteres Viertel (25%) ist davon nur „teils/teils“ überzeugt.

6.5.7 Zufriedenheit und abschließende Bewertung

Alles in allem zeigt sich, dass die Studierenden insgesamt mit den drei Lernorten ((Fach)Hochschule, Praxis und Berufsfachschule) mehrheitlich zufrieden scheinen. Für alle drei Lernorte geben rund 80 Prozent der Studierenden an, „sehr zufrieden bzw. zufrieden“ zu sein.

Bei näherer Betrachtung nach den Studienfächern „Pflege“ und „Therapie/Hebammen“ wird deutlich, dass die Zufriedenheit in den therapeutischen Studiengängen und im Hebammenkundestudiengang deutlich höher ist. Hier sind einheitlich etwa 95 Prozent der Studierenden sehr zufrieden bzw. zufrieden mit den drei Lernorten. In der Pflege sind zwar ebenfalls knapp zwei Drittel der Studierenden (~65%) sehr zufrieden bzw. zufrieden mit dem Lernort Berufsfachschule, knapp jede bzw. jeder fünfte Studierende (24%) gibt jedoch an, weniger zufrieden bzw. gar nicht zufrieden zu sein.

Etwas weniger zufrieden scheinen Studierende der Pflegestudiengänge mit den Lernorten (Fach)Hochschule und Praxis zu sein. Hier zeigt sich zwar auch bei knapp zwei Drittel der Befragten Zufriedenheit (>65%), aber etwa jede bzw. jeder dritte Studierende (32% bis 35%) ist weniger zufrieden bzw. gar nicht zufrieden. Dennoch würde etwa jede bzw. jeder dritte Studierende (37%) der Pflege sowie drei Viertel der Studierenden der Therapiestudiengänge bzw. des Hebammenwesens ihren Studiengang an einen guten Freund bzw. eine gute Freundin weiterempfehlen.

6.6 Methodendiskussion

Onlinebefragungen als effiziente und effektive wissenschaftliche Methode der Datenerhebung unterliegen aufgrund verschiedener Anforderungen Limitationen, die die Vorgehensweise und Ergebnisdarstellung beeinflussen können. Im Folgenden werden zentrale Einschränkungen der Studierenden-Onlinebefragung diskutiert.

Auf Basis der Onlineerhebung sollte ein möglichst niedrigschwelliger Zugang zu den Studierenden der Modellprojekte ermöglicht werden, der im Gegensatz zu schriftlichen Fragebogenversendungen eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote gewährleistet. Die Projektlaufzeit von zweieinhalb Jahren sowie parallel stattfindende weitere interne Evaluationen der Hochschulen lassen jedoch vermuten, dass eine gewisse Befragungsmüdigkeit

unter den Studierenden zur Verringerung der Teilnahmemotivation geführt hat, die sich in den teilweise recht geringen Rücklaufquoten widerspiegelt. Weitergehend stellt die Befragung zu den festgelegten Zeitpunkten lediglich einen Querschnitt dar, der, obgleich verschiedene Aspekte abgefragt wurden, keine (multi-)kausalen Rückschlüsse auf die gesamte Studiersituation zulässt. Des Weiteren konnte aus Zeit- und Kostengründen nur die erste Studienkohorte (Start WS 2010/2011) wieder- und damit nur eine der Kohorten zu ihren beruflichen Perspektiven befragt werden.

Die von vornherein geringe Ausgangsstichprobe, die unterschiedlich großen Kohorten in den einzelnen Studiengängen sowie die teils geringen Rücklaufquoten ließen – auch aus datenschutzrechtlichen Gründen – nur eingeschränkte Möglichkeiten der Darstellung zu. Entgegen inhaltlicher Begründungen wurden daher zur Erhöhung der Validität die Befragten der therapeutischen Studiengänge und die des Hebammenkundlichen Studiengangs zusammengefasst und der Gruppe der Pflegestudierenden gegenübergestellt. Damit werden solche Studiengänge, die mit einem Ausbildungsverhältnis verbunden sind – bei den untersuchten Modellstudiengängen sind das lediglich Pflegestudiengänge - mit solchen ohne Ausbildungsverhältnis kontrastiert. Die direkte Gegenüberstellung könnte implizit den Eindruck einer Besserstellung der therapeutischen Studiengänge erwecken, was nicht intendiert war. Die Interpretation der Ergebnisse erfordert daher vom Leser eine differenzierte Betrachtungsweise sowie Hintergrundwissen über die strukturellen und konzeptionellen Rahmenbedingungen der einzelnen Modellstudiengänge. Zu diesem frühen Zeitpunkt lassen sich aufgrund der Diversität der Modelle kaum oder keine quantifizierbaren Aussagen treffen bezogen auf die einzelnen Modelle machen.

6.7 Zusammenfassung

Die Studierendenbefragung kommt zu dem Ergebnis, dass die Studierenden einen Kompetenzzuwachs im Vergleich zur beruflichen Ausbildung in fachlicher Hinsicht, in der wissenschaftlichen Fundierung wie auch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung wahrnehmen. Die Beobachtungen dokumentieren eine weitgehende Zufriedenheit der Studierenden bzgl. der Rahmenbedingungen und des Theorie-Praxis-Transfers. Die evaluierten Studiengänge mit ihren Rahmenbedingungen, der Organisation und den Inhalten treffen in einem guten Maß ihre Erwartungen und Ansprüche.

Ihre beruflichen Perspektiven sehen die Studierenden sowohl innerhalb, aber auch außerhalb Deutschlands, wengleich letzteres nur für wenige eine interessante Option darstellt. Die vorrangige bzw. bevorzugte Arbeitsplatzwahl stellt zum Zeitpunkt der Befragung die direkte Tätigkeit mit Klienten und Klientinnen, Patienten und Patientinnen oder Bewohnern und Bewohnerinnen dar.

Möglichkeiten zur Optimierung wurden insbesondere in den Pflegestudiengängen, aber auch in den anderen Studiengängen in den Bereichen Praxisanleitung und Praxisbegleitung, Kooperation der verschiedenen Lernorte und in der Vereinbarkeit des Studiums mit dem Privatleben deutlich. Hier könnten kommende Evaluationen und konzeptionelle Anpassungen zukünftig ansetzen. Darüber hinaus ist das zukünftige Einsatzfeld hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte weiter auszudifferenzieren, da hier bei über der Hälfte der Studierenden - trotz Einschätzung guter nationaler sowie internationaler Berufschancen -

zum Studienabschluss noch Unklarheit vorherrscht, welchen Vorteil ihnen das Studium im Gegensatz zur beruflichen Ausbildung bringt.

7 Qualität der Bildungseinrichtungen

Ingrid Darmann-Finck, Sabine Muths

Mit der Analyse der Qualität der Bildungseinrichtungen sind im Modell zur Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Ditton 2009) diejenigen Aspekte des implementierten Curriculums angesprochen, die sich auf der Institutionsebene bewegen. Da das implementierte Curriculum eigentlich von den Intentionen, die mit einem Bildungsangebot, hier einer Ausbildung in den anderen als ärztlichen Heilberufen auf hochschulischem Niveau, abhängig ist, geht das intendierte Curriculum eigentlich dem implementierten Curriculum voraus. In den untersuchten Studiengängen bestanden allerdings die institutionellen Strukturen bereits, bevor die curriculare Entwicklung vorgenommen wurde, d. h. die curriculare Entwicklung erfolgte mit Blick auf die vorhandenen Strukturen. Diese Reihenfolge wird daher auch in dem vorliegenden Bericht aufgenommen. Der Untersuchung der Qualität der Bildungseinrichtungen bezieht sich darauf, wie die Studiengänge formal aufgebaut sind und welche Formen der Kooperation die Studiengänge innerhalb der Hochschule, mit Berufsfachschulen und mit Praxiseinrichtungen/-betrieben gefunden haben. Die gefundenen Formen der Kooperation werden im Folgenden als „Strukturmodelle“ bezeichnet. Ebenfalls Gegenstand dieses Untersuchungsschwerpunktes ist die Frage, wie die Studiengänge die in den Berufsgesetzen vorgeschriebenen Stundenvolumina für die theoretische und praktische Ausbildung in studentischen Workload übersetzen. Nicht nur die Studieninhalte und die konkreten Interaktionsprozesse, auch die formalen Strukturen haben eine direkte Wirkung auf die Kompetenzentwicklungs- und Bildungsprozesse bzw. stehen mit den anderen Input- und Prozessfaktoren in einer Wechselbeziehung.

Das vorliegende Kapitel beginnt mit einer Darstellung der Rahmenbedingungen für die strukturelle Konzeption von Studiengängen (15.1), bevor das methodische Vorgehen skizziert (15.2) und die studiengangübergreifenden Ergebnisse (15.3) erläutert werden.

7.1 Rahmenbedingungen für die strukturelle Konzeption von Studiengängen

Um die Ergebnisse der Untersuchung nachvollziehbar zu machen, sollen hier zunächst die Voraussetzungen für die Konzeption von Studiengangstrukturmodellen für die bundesgesetzlich geregelten Heilberufen dargestellt werden. Hierfür wird unterschieden zwischen den strukturellen Vorgaben, die sich aus der Umstellung der Studiengänge in das Bachelor-/Mastersystem ergeben (7.1.1), den Rahmenbedingungen, die durch die Berufsgesetze vorgegeben sind (7.1.2, S.78) und den Besonderheiten, die aus der Dualität der Studiengänge resultieren (7.1.3, S.80).

7.1.1 Rahmenbedingungen für die Konzeption von Studiengängen nach Bologna

Mit den Strukturvorgaben des Hochschulrahmengesetzes (HRG 1998) sowie den Beschlüssen der Kultusministerkonferenz (KMK 1997, 1998, 1999) im Anschluss an den Bologna-Prozess soll u.a. eine größere Transparenz des Hochschulsystems für seine

Nutzerinnen und Nutzer, insbesondere die Studierenden, erreicht werden. Sie sollen eine klare Orientierungshilfe erhalten und ihren Weg durch das Studium, etwa mittels einer verständlichen Vermittlung von Studien- und Prüfungsordnungen mit strukturierten Studienplänen und einer zeitlich gut abgestimmten Organisation des Lehrangebots, stringent organisieren können (Kühler 2005, 184).

Als europaweit gültige Orientierungsbasis wurde das European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) etabliert, das durch ein Kreditpunktesystem (CP = Credit Points) die zeitlichen Anforderungen des Studiums und der das Studium gliedernden Einheiten (Semester und Module) transparent macht. Gleichzeitig sollen so die in einem Bildungsabschnitt erreichten Ausbildungsleistungen definiert und damit eine erhöhte Mobilität und Durchlässigkeit zwischen Ausbildungsorten im In- und Ausland ermöglicht werden. Durch Umstellung der Rechengröße ‚Semesterwochenstunde‘ (SWS) für die Lehrlast auf die Ermittlung der Lernlast soll der mit der Bologna-Reform intendierte Wandel vom Lehren zum Lernen bzw. von der Inputorientierung zu einer stärkeren Outputorientierung auch formal vollzogen werden.

Ein CP beziffert eine geschätzte Arbeitsbelastung („Workload“) von zumeist 30 Zeitstunden, womit Präsenz-, Prüfungs- und Selbstlernzeiten gleichermaßen erfasst werden. Die Studiengänge werden modularisiert gestaltet, wobei ein Modul mehrere Lehrveranstaltungen – i.d.R. 4 – 12 ECTS, also einen Zeitaufwand von 120 bis 360 Stunden – inhaltlich sinnvoll zusammenfassen und mit einer Modulprüfung abschließen sollten, die nach Möglichkeit die in einem Modul angestrebten Kompetenzen veranstaltungsübergreifend erfassen. Für jedes Modul wird eine Modulbeschreibung erstellt, aus der das jeweilige Volumen in CP / die Kontakt-/Präsenz- und Selbststudienzeiten, die Inhalte und Qualifikationsziele, ausgerichtet an einer definierten Gesamtqualifikation für den angestrebten Abschluss ersichtlich sind (KMK 2000; Lepp 2005, 2).

Wie das Verhältnis zwischen Präsenz- und Selbstlernzeiten in einem Studiengang und in einzelnen Modulen gestaltet wird, obliegt der Intention und dem Gestaltungswillen der Studiengangentwickler, die dabei in der Regel auch von den materiellen Strukturbedingungen der Institution gesteuert werden. Moschner (2010, 32) beobachtet hierzu in der deutschen Hochschullandschaft höchst unterschiedliche Verfahrensanweisungen, um von den Semesterwochenstunden zur Bewertung von Lehr-/Lerneinheiten mit CP und Präsenz- und Selbstlernzeiten zu gelangen. Keller et al. (2004, 5) beschreiben, dass die Konferenz der Fachhochschulen der Schweiz eine Empfehlung für die Relation von 40% Kontaktstudium zu 60% Selbststudium ausgesprochen habe, „[d]amit die Anzahl der Kontakteinheiten (Lektionen) während der Semester ein vernünftiges Mass nicht überschreitet“.

Durch die Modulprüfungen wird die Abschlussnote studienbegleitend entwickelt, wobei die Gewichtung auch im Verhältnis zu den Abschlussarbeiten in der Studien- und Prüfungsordnung definiert werden müssen (Moschner 2010, 30f). Durch diese Form der studienbegleitenden Prüfungen soll für die Studierenden schon frühzeitig der Studienerfolg abschätzbar sein (Moschner 2010, 33f; KMK 2000).

Für das System der Bachelor- und Masterstudiengänge wurde vereinbart, dass die Regelstudienzeit von fünf Jahren bzw. 10 Semestern nicht überschritten werden darf. In jedem Studiensemester werden in der Regel 30 ECTS erreicht, d.h. insgesamt ist ein Studium nach 300 ECTS mit dem Mastergrad abzuschließen. Die Hochschulen haben für die Entwicklung der beiden Phasen bei aufeinander aufbauenden (konsekutiven) Studiengängen Gestaltungsspielräume. Für einen Bachelorstudiengang müssen mindestens 180 CP, d.h. eine Gesamtarbeitsbelastung von 5400 Stunden (= drei Jahre Vollzeitstudium),

und höchstens 240 CP, d.h. 7200 Stunden (= vier Jahre Vollzeitstudium), eingeplant werden; für einen konsekutiven Masterstudiengang stehen dann entsprechend maximal 120 CP (zwei Jahre) und mindestens 60 CP (ein Jahr) zur Verfügung.

Mit dem Bachelorstudiengang soll nach dem Hochschulrahmengesetz ein berufsqualifizierender Abschluss erreichbar sein, der verstärkt wissenschaftliche Grundlagen, eine entsprechende Methodenkompetenz, aber auch berufsfeldbezogene bzw. praxisorientierte Qualifikationen vermittelt. Für die Abschlussarbeit wird ein Umfang von 6-12 CP kalkuliert.

Die KMK hat sich für die primärqualifizierenden Studiengänge auf sechs mögliche Abschlussbezeichnungen verständigt, die das Studiengangprofil verdeutlichen sollen – Bachelor of „Arts“, „– Science“, „– Engineering“, „– Laws“, „– Fine Arts“, „– Music“ oder „– Education“.

Nach Beschluss der KMK (KMK 1998; KMK 2003) durchlaufen Studiengänge in ihrer Konzeption ein Akkreditierungsverfahren und werden in regelmäßigen Abständen reakkreditiert. Damit werden die Zuständigkeits- und Verantwortlichkeitsbereiche von Staat und Hochschule funktional getrennt. Erst nach positivem Abschluss des Akkreditierungsverfahrens erfolgt die endgültige Genehmigung des Studiengangs durch das zuständige Ministerium (Akkreditierungsrat 2009). Die international gebräuchlichen Akkreditierungsverfahren sollen im Rahmen der Umsetzung des Bolognaprozesses in der Bachelor-/Master-Konzeption als ein Maßnahmenbündel der externen Qualitätssicherung dienen, „bei dem die Erfüllung von wechselseitig anerkannten Standards für Studiengänge durch externe Gutachter geprüft, mit einem Qualitätssiegel zeitlich befristet bescheinigt und transparent gemacht werden soll“ (Jahn 2005, 16f).

7.1.2 Rahmenbedingungen der Berufsgesetze in den Pflege- und Gesundheitsberufen

Der Erwerb einer nichthochschulischen beruflichen Qualifikation erfolgt in Deutschland für sehr viele Berufe im Dualen System im Zusammenspiel von betrieblichem Lernen und allgemeinbildendem bzw. fachbezogenem Unterricht an einer Berufsschule. Während das betriebliche Lernen durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. die Handwerksordnung (HandwO) auf Bundesebene geregelt ist, wird der Unterricht in der Berufsschule von den Bundesländern in Landesschulgesetzen geregelt, die sich weitgehend an den entsprechenden Vereinbarungen der Kultusministerkonferenz (KMK) orientieren. Für die betriebliche Ausbildung erhalten die Auszubildenden ein tariflich gesichertes Ausbildungsgehalt, die Teilnahme am Unterricht ist verpflichtend, erfolgt unentgeltlich und es besteht Lehrmittelfreiheit. Auch wenn beide Ausbildungsseiten inhaltliche Berührungspunkte haben und aufeinander bezogen sind, bleiben beide Systeme jeweils völlig autonom, was sich z.B. darin zeigt, dass die Abschlussprüfung und die Leistungsbewertung im Abschlusszeugnis in den meisten Bundesländern völlig separat mit getrennten Zuständigkeiten vorgenommen werden (Avenarius/Rux 2003, 5 – 10).

Für die sog. Heilberufe hat nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG der Bund weitreichendere Befugnisse zur Regelung der Ausbildung und der Berufszulassungen und definiert im Rahmen der maßgeblichen Berufsgesetze und der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen insbesondere das Volumen und die Relation von theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten, wobei in durchaus unterschiedlicher Form ein „hinreichender Bezug zur Berufspraxis verlangt“ wird (ebd. 12), der jedoch nicht mit einem Ausbildungs-

verhältnis gekoppelt ist. Die Praxisausbildung hat hier den Charakter von betrieblichen Praktika in unterschiedlichen Einsatzfeldern.

Die Pflegeausbildungen nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) bzw. dem Altenpflegegesetz (AltPflG) und der Beruf der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers nach dem Hebammengesetz (HebG) sind dem dualen Berufsbildungssystem insofern angenähert, als die Lernenden nach dem jeweiligen Berufsgesetz einen Ausbildungsvertrag abschließen und eine der Ausbildungsvergütung entsprechende sozialversicherungspflichtige Honorierung ihrer in den Ausbildungsbetrieben eingebrachten Leistungen erhalten sollen (KrPflG, Abschnitt 3 §9; AltPflG, Abschnitt 4 §13, HebG, Abschnitt 4 §11). Für die Hebammenausbildung gilt diese Regelung zum Ausbildungsverhältnis jedoch nicht, sofern die Ausbildung im Rahmen eines Modellvorhabens an einer Hochschule abgeleistet wird (HebG § 20a). Hier gilt, dass „die Hochschule die praktische Ausbildung im Rahmen einer Regelung mit Krankenhäusern sicherzustellen“ hat (HebG § 6, Abs.3). In den Pflegeausbildungen muss demgegenüber ein vertraglich geregeltes Ausbildungsverhältnis für die praktische Ausbildung bestehen, auch dann, wenn eine Hochschule als Ausbildungsträger fungiert.

Das Volumen der praktischen Ausbildung ist mit 2500 Stunden (KrPflAPrV 2003) bzw. 3000 Stunden (HebAPrV) bei 2100 bzw. 1600 Stunden theoretischem und fachpraktischen Unterricht gegenüber den therapeutischen Berufen relativ hoch, wenn auch deutlich geringer als in den dualen Ausbildungsberufen (vgl. Tabelle 11). In der Gesundheits- und Krankenpflege orientieren sich diese Zahlen allerdings an der EU-Anerkennungsrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG, Art. 31), während für die Hebammenausbildung in dieser Richtlinie kein Stundenvolumen, sondern die Art und Häufigkeit der in der Berufspraxis unter Anleitung zu versorgender prä-, peri- und postnataler Situationen aufgeführt sind (ebd., Art. 40+Anlage V.5), die im Berufsgesetz ausgelegt wurden. Für die anderen Berufe gibt es keine zu beachtenden Vorgaben auf europäischer Ebene. Die für die Ausbildungsanteile veranschlagten Stundenvolumina sind für alle Berufe im Verlauf der Entwicklung der Berufsgesetze historisch gewachsen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die dort angegebenen Werte nicht auf einer empirisch und berufswissenschaftlich fundierten Ermittlung der tatsächlichen Bedarfe an praktischer Ausbildungszeit basieren, sondern im Zuge der Entwicklung der Berufsgesetze empirisch gewachsen sind.

Tabelle 11: Stundenvolumina in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

	Ergotherapie	Physiotherapie	Logopädie	Pflege	Hebammenkunde
Gesamtvolumen d. Ausbildung	4.400 h	4.500 h	3.840 h	4.600 h	4.600 h
„theoretischer / praktischer Unterricht“	2.700 h	2.900 h	1.740 h	2.100 h	1.600 h
„praktische Ausbildung“	1.700 h	1.600 h	2.100 h	2.500 h	3.000 h

Für die Altenpflege bzw. die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ist weiterhin für die Ausbildung während der betrieblichen Praxis geregelt, dass diese von Fachkräften „an die

eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben“ herangeführt werden sollen ((AltPflAPrV bzw. KrPflAPrV jeweils § 2 (2)). Die hierfür geforderte Qualifikation der Anleitung ist der Ausbildereignung im dualen System formal vergleichbar. Auch wird in den Berufsgesetzen der Pflegeausbildungen die Praxisbegleitung der Auszubildenden durch Lehrkräfte der Berufsfachschule gefordert, um die Lernenden in den Einrichtungen zu betreuen, ihren aktuellen Lernstand zu beurteilen sowie ggf. die vor Ort zuständigen Fachkräfte in Fragen der Ausbildung zu beraten (AltPflAPrV bzw. KrPflAPrV jeweils § 2 (3) Absatz 3). Eine vergleichbare Nähe zur beruflichen Ausbildung des Berufsbildungssystems fehlt für die therapeutischen Berufe. In keinem der Berufsgesetze wird der Abschluss eines Ausbildungsvertrags gefordert und die Lernenden haben auf dieser gesetzlichen Grundlage auch keine Ausbildungsvergütung zu erwarten. Auch gibt es keine gesetzlichen Regelungen bzgl. einer zusätzlichen Qualifikation der Praxisanleitung bzw. der Praxisbegleitung durch die Bildungseinrichtungen während betrieblicher Ausbildungsphasen fehlen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der „hinreichende Bezug zur Berufspraxis“ in den hier zu untersuchenden Bildungsgängen durch die jeweilige Gesetzgebung unterschiedlich dimensioniert ist und auch unterschiedliche Schwerpunkte für die Realisierungsformen des Praxislernens angedacht zu sein scheinen – von der bezahlten Mitarbeit im betrieblichen Alltag über die teilnehmende Beobachtung als Praktikantin bzw. Praktikant bis hin zum angeleiteten bzw. begleiteten Lernen. Für die nach den Berufsgesetzen möglichen Modellvorhaben, also auch für die hier zu untersuchenden Studiengänge, gilt aber grundsätzlich, dass vom Umfang der praktischen Ausbildung nicht abgewichen werden darf, während für den theoretischen und fachpraktischen Unterricht zur Erprobung von innovativen Lehr-Lernformen von den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Abweichungen möglich sind, sofern das Ausbildungsziel dabei nicht gefährdet ist.

7.1.3 Besonderheiten und Formate dualer Studiengänge

In seinen „Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums“ (Wissenschaftsrat 2013, 22) definiert der Wissenschaftsrat Studiengänge dann als dual, wenn „das berufspraktische und das hochschulische Element gleichwertige Teile des dualen Studiums“ bilden. Konstitutive Merkmale dieses Ausbildungsformats sind die Dualität von mindestens zwei Lernorten und der Fokus auf ein wissenschaftliches Studium (ebd.). Dualität der Lernorte ist nach Auffassung des Wissenschaftsrats dann gegeben, wenn die Praxisanteile einen angemessenen Umfang haben, eine organisatorische Abstimmung zwischen den Lernorten existiert und inhaltlich „eine Nähe von Studienfach und beruflicher Ausbildung/Tätigkeit“ vorhanden ist (ebd.). Dieser Definition zufolge sind Studiengänge nicht als „dual“ zu bezeichnen, die aufgrund ihrer zeitlichen Struktur berufs- oder ausbildungsbegleitend studiert werden können, bei denen aber ansonsten Beruf bzw. Berufsausbildung und Studium weitgehend unabhängig nebeneinander herlaufen (ebd.). Eine ähnliche Definition verfolgt die Bund Länder Kommission (BLK 2003, 12f) wenn sie formal die folgenden Charakteristika für duale Studiengänge als konstitutiv identifiziert:

- „Lernort Betrieb als systematisches Element“ neben dem Lernort Hochschule
- Lernen „im Rahmen von Arbeitsprozessen“
- Vertragliche Bindung zwischen Studierenden und Betrieb (Arbeits-/Ausbildungsvertrag).

- Kooperationsvereinbarung (Vertrag) zwischen Betrieb und Hochschule

In dem BLK – Papier werden allerdings in Abweichung zur WR-Definition neben den ausbildungsintegrierenden und praxisintegrierenden dualen Studiengängen in einem weiteren Sinne auch berufsbegleitende Studiengänge, die die berufliche Praxis nicht oder kaum in das Studium integrieren, Studiengänge mit obligatorischen Praxisphasen oder auch mit an das Studium anschließenden Traineeprogrammen als duale Studiengänge bezeichnet (BLK 2003, 12-26).

Als Hinweis für eine Konkretisierung des Merkmals „angemessener Umfang der Praxisanteile“ schlägt das BIBB (2012, 19) vor, dass der Praxisanteil dualer Studiengänge das reguläre Praxissemester deutlich übersteigen und im Verlauf des Studiums mindestens zwölf Monate betragen sollte.

7.2 Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung für diesen Abschnitt der Evaluation erfolgte in drei Schritten:

- Vor dem Hintergrund der in Kapitel 0 (oben, S.76) umrissenen normativen Rahmenbedingungen zur Konzeption der Studiengänge wurde zunächst separat für jeden zu untersuchenden Studiengang anhand der erarbeiteten Untersuchungskriterien eine inhaltsanalytische Dokumentenanalyse durchgeführt. Im Ergebnis entstand in diesem Untersuchungsschritt eine Kriterien geleitete Deskription jedes Studiengangs. Die Beschreibungen wurden anhand von Grafiken, die auf einheitlichen bildsprachlichen Elementen beruhen, visualisiert. Dieser Untersuchungsschritt wurde im 2. Zwischenbericht ausführlich dokumentiert und wird hier nicht dargestellt.
- Anschließend wurden die identifizierten Strukturmodelle vergleichend analysiert, um Modelltypen und deren Potenziale für eine Professionalisierung der hier im Mittelpunkt stehenden Berufsgruppen zu identifizieren. Zudem wurden Schwierigkeiten bei der Umsetzung der gesetzlichen oder administrativen Vorgaben, die alle Studiengänge mehr oder weniger betreffen, zusammengefasst. Da diese Ergebnisse im Rahmen der weiteren Untersuchung und für die Ableitung von Empfehlungen bedeutungsvoll sind, werden sie im Folgenden umfassend vorgestellt (Kapitel 7.3).

7.3 Studiengangübergreifende Ergebnisse zu den entwickelten Strukturmodellen

Im Rahmen einer vergleichenden Analyse der Modellstudiengänge konnten auf der Basis der Strukturmerkmale der Studiengänge Modelltypen sowie Probleme identifiziert werden, die bei der Umsetzung der gesetzlichen bzw. administrativen Vorgaben bei allen Studiengängen gleichermaßen auftreten. Eine Schwierigkeit für alle Studiengänge besteht in der Inkompatibilität der Strukturen hochschulischer und beruflicher Ausbildung (7.3.1). Aufgrund des themen- und studiengangübergreifenden Charakters dieses Problems wird es vorangestellt. Gleiches gilt für das Problem der intransparenten Begrifflichkeiten, die für die Charakterisierung der Studiengänge verwendet werden (7.3.2, unten, S.83). In Kapitel 7.3.3 (S.84) erfolgt eine Typisierung der Studiengänge hinsichtlich der hochschulinternen

Zusammenarbeit (7.3.3.1), der Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen im Rahmen der theoretischen und fachpraktischen Studienanteile (7.3.3.2) und der Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen bzw. der Einbindung der praktischen/klinischen Studienanteile (7.3.3.3). In Kapitel 7.3.4 (S.89) werden die Probleme untersucht, die aus der Angabe zum Workload der Studierenden entsprechend des hochschulpolitischen Kerngedankens der Bologna-Reform einerseits und der Erfüllung der berufsgesetzlichen Vorgaben andererseits resultieren.

7.3.1 Inkompatibilität der Strukturen hochschulischer und beruflicher Ausbildung

Gegenwärtig werden die Modellstudiengänge auf der Basis von Modellklauseln in den jeweiligen Berufsgesetzen durchgeführt. Dies hat zur Folge, dass die gesetzlichen Vorgaben für die beruflichen Ausbildungen in die Studiengänge integriert werden müssen. Aus der Parallelführung von beruflicher Ausbildung und Studium resultieren eine Reihe von Inkompatibilitäten (s. auch Dekanekonferenz Pflegewissenschaft und DGP 2012):

- Die Berufsgesetze geben einen Stundenumfang für den inhaltlichen Input vor, für Studiengänge ist gefordert, dass sie den Arbeitsaufwand der Studierenden, den Workload, der in CP (Credit Points) beziffert wird, darstellen. Üblicherweise entspricht 1 CP einem Arbeitsaufwand von 30 Stunden (vgl. oben Kapitel 7.1.2 bzw. 7.1.1, S.76ff.)
- In den für die hochschulische Ausbildung angegebenen Workload ist ein hohes Ausmaß an Selbstlernzeiten einzurechnen, womit die Studierenden zur selbständigen Erarbeitung von Inhalten befähigt werden sollen. Die Zeitangaben in der beruflichen Ausbildung benennen Präsenzzeiten, womit die Vermittlung der Inhalte und der Erwerb von Erfahrungen abgesichert werden soll.
- Der hohe Umfang an Stunden für die praktische Ausbildung lässt sich nicht immer komplett in ein Studienformat integrieren.
- Die Berufsgesetze schreiben punktuelle mündliche, schriftliche und praktische Abschlussprüfungen zum Ende der Ausbildung vor. Aus diesen drei Prüfungsteilen ergeben sich die Abschlussnoten. Die hochschulischen Abschlussnoten setzen sich anteilig aus abschichtenden Modulprüfungen und der am Ende abzulegenden Bachelorprüfung, bestehend aus einer umfangreicheren wissenschaftlichen Ausarbeitung, der Bachelorarbeit, und ggf. einer mündlichen Prüfung zusammen.
- Hochschulen haben üblicherweise Freiraum in der curricularen Gestaltung ihrer Bildungsangebote, die Berufsgesetze formulieren demgegenüber mehr oder weniger detaillierte inhaltliche Vorgaben.
- Für die Pflegeberufe sind die Studienprogramme der Modellstudiengänge generalistisch ausgerichtet, während die Berufsabschlüsse gegenwärtig noch überwiegend nach Altersstufen (Alten-, Kranken-, Kinderkrankenpflege) differenziert werden - der Berufsabschluss in den Modellstudiengängen ist damit abhängig von den kooperierenden Berufsfachschulen bzw. den Kooperationspartnern, mit denen die Studierenden ihren Ausbildungsvertrag abschließen.

7.3.2 Begrifflichkeiten

Durch eine im 2. Zwischenbericht (2013, 8ff.) ausführlich dargestellte Begriffsdiskussion am Beispiel der unterschiedlichen Kennzeichnung dualer erstausbildender Studiengänge in der Pflege unabhängig von den hier untersuchten Modellstudiengängen konnte verdeutlicht werden, dass die Zuweisung von Begriffen zur Charakterisierung der Studiengänge sehr uneinheitlich erfolgt. Ähnliches ließ sich auch hinsichtlich der hier untersuchten Modellstudiengänge beobachten. Die Bezeichnungen variierten von „grundständig und primärqualifizierend“, über „dual“, „integrativ mit dualen Aspekten“, „dual ausbildungsintegrierend“, „dual verzahnt“ und, in Anlehnung an Moers (2012), „dem Verschränkungsmodell folgende“. Eine Charakterisierung bzw. Ordnung der untersuchten Modelle konnte aus diesen Begriffszuweisungen nicht abgeleitet werden.

Folgt man den Definitionen des Wissenschaftsrates (2013), so handelt es sich bei allen Modellstudiengängen um duale, ausbildungsintegrierende Studiengänge, da zumindest formal alle Studiengänge die Gesamtverantwortung für die Ausbildung tragen und dieses auch über Kooperationsverträge abgesichert haben.

Bezieht man die Dualität primär auf einen hochschulischen und einen betrieblichen Lernort, wie es etwa in den Papieren der BLK (2003) und des BIBB (2012) geschieht, werden damit im Rahmen des Studiums zwei gesellschaftliche Systeme aufeinander bezogen, die unterschiedliche Interessen einbringen. Die dialektische Auseinandersetzung mit diesem Spannungsfeld ist ein kennzeichnendes Merkmal von Studiengängen, die mit diesem Anspruch antreten. Das Lernen „im Rahmen von Arbeitsprozessen“ (BLK 2003, s.o.) – und die kritische Reflexion von gewonnenen Erfahrungen an einem anderen, systemisch davon differenzierten Lernort – stellt ein zentrales hochschuldidaktisches Merkmal solcher Studiengänge dar. Hierfür müssen geeignete Strukturen geschaffen und rechtlich abgesichert werden.

Um zu strukturierenden Kriterien zu gelangen, wurde von den Untersucherinnen zunächst die Einordnung der Modellstudiengänge in ein breites Spektrum von möglichen Studiengangstrukturen vorgenommen (vgl. Abbildung 11, S.84), bei dem auf der einen Seite die additiven Studiengangmodelle angesiedelt sind. Dabei handelt es sich um Studiengänge, in denen die Berufsausbildung von einer Berufsfachschule in Kooperation mit Ausbildungsbetrieben bzw. Praxiseinrichtungen und das Studium bzw. der Studienabschluss von der Hochschule verantwortet wird. Diese Addition kann im Anschluss an eine erfolgreiche Ausbildung erfolgen (Variante 1) oder zu einem Teil auch schon ausbildungsbegleitend einsetzen (Variante 2). In diesen beiden Varianten können entsprechend den Regelungen der KMK (2008, 2002) in der Ausbildung erbrachte Leistungen angerechnet werden, wenn die Äquivalenz zu einer hochschulischen Ausbildung anerkannt wird. Dem additiven Studienmodell steht auf der anderen Seite das praxisintegrierende Studienmodell gegenüber, in dem der Hochschulabschluss gleichzeitig zur Berufsausübung berechtigt und in das praktische/betriebliche Studienphasen integriert sind. Die Konzeption eines solchen Studienmodells war in seiner Reinform vor dem Hintergrund der bestehenden und einzuhaltenden Berufsgesetze nicht möglich, so dass die hier untersuchten Modellstudiengänge auf einem Kontinuum zwischen diesen beiden Eckpunkten als ausbildungsintegrierend einzuordnen wären und der Grad, in dem die Integration erfolgt, als unterschiedlich intensiv beschrieben werden kann.

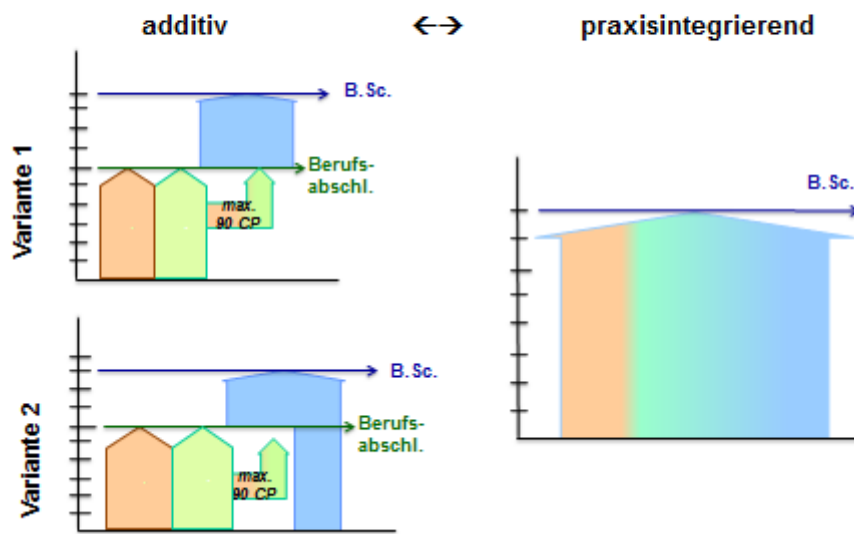


Abbildung 11: Grundmuster additiver und praxisintegrierender Studiengangstrukturen (blau/türkis: Lernort Hochschule, ggf. in Kooperation mit einer Berufsfachschule / grün: Lernort Berufsfachschule / rot: Lernort Praxis)

7.3.3 Kooperationsstrukturen

Sowohl in ihrer internen Strukturierung von Kooperationsbeziehungen (7.3.3.1) als auch in Bezug auf die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern variieren die untersuchten Studiengänge. Insbesondere die jeweilige Form der externen Kooperationsbeziehungen (7.3.3.2) prägt das entwickelte Curriculum und die realisierten Lehr-/Lernprozesse. Bei den externen Kooperationsprozessen sind sowohl die ggf. entwickelten Formen der Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen in der theoretischen und fachpraktischen Lehre als auch die Formen der Kooperationen mit der beruflichen Praxis in der Vermittlung berufspraktischer Kompetenzen bedeutungsvoll (7.3.3.3).

7.3.3.1 Hochschulinterne Strukturen und Kooperationen

Bereits in der Beobachtung der jeweiligen hochschulinternen Kooperationsstrukturen konnten - auch in Abhängigkeit von den entwickelten systemübergreifenden Strukturen bei den Hochschulen - Unterschiede beobachtet werden. Bis auf einen Studiengang sind alle hier untersuchten gesundheitsbezogenen Studiengänge an Fachhochschulen angesiedelt und zwar in Verbindung mit gesundheits-/pflegebezogenen und/oder sozialwissenschaftlich/-pädagogisch ausgerichteten Fachbereichen. Lediglich ein Studiengang wird gemeinsam von einer Medizinischen und einer Philosophischen Fakultät als interdisziplinärer Studiengang an einer wissenschaftlich-technischen Hochschule angeboten, wobei dieser Weg eine mögliche, gegenwärtig noch unterrepräsentierte institutionelle Anbindung

aufzeigt, die durch den Wissenschaftsrat (2012, 83) für die künftige Weiterentwicklung der hochschulischen Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen explizit empfohlen wird.

7.3.3.2 Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen im Rahmen der theoretischen und fachpraktischen Studienanteile

Bis auf eine Hochschule, an der primärqualifizierende Studiengänge in allen 5 hier unterrichteten Fachrichtungen angeboten werden, kooperieren alle anderen Studiengänge in sehr unterschiedlicher Form mit einer oder mehreren Berufsfachschulen. Durch Analyse auf Gemeinsamkeiten in den Kooperationsstrukturen konnten die untersuchten Studiengänge hinsichtlich der Kooperation mit Berufsfachschulen in drei Modelltypen gruppiert werden.

Modell A – ohne Beteiligung einer BFS

Strukturprinzip der Kooperation:

- Die Hochschule konzipiert den gesamten Studiengang → curriculare Entwicklung für theoretische und praktische Studienphasen.
- Die Studienkohorte bildet eine Lerngruppe.

Modell B – mit Beteiligung von 1-5 BFS

Die Studiengänge, die unter die Modellgruppe B fallen, kooperieren mit den Berufsfachschulen in unterschiedlicher Weise, so dass Untergruppen gebildet wurden:

Modell B.1 – gesamte Lehre im hochschulischen Kontext, Beteiligung von BFS lediglich als Lehrbeauftragte und/oder in der curricularen Entwicklung

Strukturprinzip der Kooperation:

- Das Curriculum für das theoretische/fachpraktische Studium und für die praktischen Studienanteile bzw. die praktische Ausbildung wird von der HS in Abstimmung mit der/n BFS konzipiert.
- Die theoretische und fachpraktische Lehre erfolgt ausschließlich an der FH – Lehrende der BFS sind ggf. über Lehraufträge an der FH eingebunden.
- Die Studienkohorte bildet eine geschlossene Lerngruppe.
- Die Berufsabschlussprüfungen sind in das hochschulische Curriculum integriert.

Modell B.2 – ein gemeinsames Curriculum mit von der BFS verantworteten Modulen

Strukturprinzip der Kooperation:

- Das Curriculum wird von der HS gemeinsam mit der/n BFS konzipiert.
- Im theoretischen/fachpraktischen Studium werden Module z. T. von der HS, von der BFS und z. T. auch gemeinsam verantwortet.
- Die Vermittlung erfolgt sowohl in der HS als auch in der BFS.
- Die BFS ist bis zum B.Sc. in das Studium eingebunden.
- Die Berufsabschlussprüfungen sind in das hochschulische Curriculum integriert.

- Die Studienkohorte bildet eine oder mehrere geschlossene Lerngruppen

Modell B.3 – zwei Curricula mit wechselseitiger Anerkennung und relativer Selbständigkeit der BFS

Strukturprinzip der Kooperation:

- Der Studiengang wird von der HS gemeinsam mit BFS konzipiert – bei weitgehender Aufgabenteilung und wechselseitiger Anerkennung der curricularen Zuständigkeit. Es erfolgen Absprachen zur Absicherung von Inhalten und Vermeidung von Redundanzen.
- Die Inhalte nach dem Berufsgesetz werden durch die BFS auf EQR 6 Niveau vermittelt.
- Die HS ergänzt, vertieft insbesondere Forschungs-/Wissenschaftsbezüge und interdisziplinäre, erweiternde Kompetenz-/Inhaltsbereiche.
- Die Mitwirkung der BFS endet mit dem Berufsabschluss.
- Die Berufsabschlussprüfungen werden von den BFS durchgeführt.
- In der Berufsausbildung erbrachte Leistungen werden durch HS eingerechnet oder auch nicht eingerechnet.
- Die Studienkohorte bildet eine oder mehrere geschlossene Lerngruppen, die z.T. ein Aufnahmeverfahren der BFS durchlaufen.

Modell C – zwei Curricula mit wechselseitiger Anerkennung und weitgehender Selbständigkeit der BFS

Strukturprinzip der Kooperation:

- Die Entwicklung eines Studiengangs geht aus der gemeinsamen Netzwerkarbeit der HS mit den BFS hervor
- Für die kooperierenden BFS sind die NRW Ausbildungsrichtlinien bindend –Der Studiengang wird hierzu von der HS durch erweiternde und vertiefende Forschungs-/Wissenschaftsbezüge und interdisziplinäre Kompetenz-/Inhaltsbereiche konzipiert.
- In einem wissenschaftlich geprüften Äquivalenzverfahren werden wechselseitige Anerkennungen von Studienleistungen qualitativ abgesichert.
- Die Mitwirkung der BFS endet mit dem Berufsabschluss.
- Die Studierenden sind an ihrem Ausbildungsort in die Ausbildungsgruppen der BFS integriert und werden für die Präsenzphasen des Studiums von dort freigestellt.

Mit Blick auf die *Professionalisierung der Gesundheitsberufe* wurde das Potenzial von **Modell A** in der hochschulischen Sozialisierung der Studierenden in einer scientific community von Beginn an gesehen. Das Studium bewegt sich durchgängig in seinen theoretischen und fachpraktischen Anteilen auf der EQR-Stufe 6. Vor allem in der gegenwärtigen Situation des Übergangs liegen Begrenzungen darin, dass Pflegeschulen nicht am Prozess der Akademisierung partizipieren und die beruflich Ausgebildeten keinerlei Kontakt mit der hochschulischen Ausbildung bekommen, weshalb möglicherweise die Tendenz entsteht, die hochschulische Ausbildung als ‚abgehobene Parallelwelt‘ abzulehnen, was letztlich den Studierenden und Absolventinnen bzw. Absolventen den Einstieg in die Be-

rufswelt erschweren kann. Außerdem sind die für diese Kooperationsform erforderlichen Ressourcen nur an wenigen Studienstandorten vorzufinden.

Die Aufgaben, die von den kooperierenden Berufsfachschulen im Rahmen der **B-Modelle** bei der Vermittlung der theoretischen und fachpraktischen Studienanteile übernommen werden, reichen von Lehraufträgen an den Hochschulen bis hin zur Durchführung von Unterricht an den Berufsfachschulen in separaten und ausschließlich aus Studierenden zusammengesetzten Klassen. Je nach Ausmaß der Integration berufsfachschulischer Anteile erfolgt zwar auch eine hochschulische Sozialisation der Studierenden, jedoch nicht in der Konsequenz wie bei Modell A. An Schulen und Hochschulen bestehen unterschiedliche Lern- und Wissenskulturen, die nicht nur intensive Abstimmungsprozesse erfordern, sondern auch zu Brüchen in der Vermittlung von Kompetenzen auf Bachelorniveau führen können. Ein wichtiges Potenzial der B-Modelle in der derzeitigen Phase des Wandels des Berufsbildungssystems in den Gesundheitsfachberufen durch Einführung des Qualifikationsniveaus der hochschulischen Erstausbildung ist darin zu sehen, dass die Berufsfachschulen an dem Prozess der Akademisierung partizipieren und für ihn gewonnen werden können. Darüber hinaus besteht die Chance der Rückwirkung der an der Hochschule gewonnenen Erkenntnisse auf parallele Berufsausbildungen an den Schulen. Bei den Studiengängen, die dem Modell B.3 zugeordnet wurden, handelt es sich um therapiewissenschaftliche Studiengänge in der Logopädie und der Physiotherapie. Die beteiligten Hochschulen arbeiten mit Schulen zusammen, die ohnehin schon durch ihre Mitarbeit an Schulversuchen und durch einen hohen Anteil an Lehrenden mit einem hochschulischen Abschluss ein hohes Niveau aufweisen und anstreben, dieses zukünftig noch weiter auszubauen. Die Schulen bieten keine berufliche Erstausbildung mehr an. Perspektivisch deutet sich mit diesem Modell bereits die Möglichkeit einer Vollakademisierung an. Um eine gute Vernetzung der Hochschulen und der Berufsfachschulen bei den B-Modellen sicherzustellen, wurden in unterschiedlicher Form und Ausmaß Arbeitsgruppen und Gremien auf der Mesoebene verankert, die insbesondere bei den Modellen B.1 und B.2 erhebliche Kapazitäten binden²⁹.

Studiengänge, die dem **Modell C** folgen, sind als wichtiger erster Schritt in der Akademisierung der Pflege- und therapeutischen Gesundheitsfachberufe wie auch in der Hebammenkunde zu betrachten. Durch die Beteiligung von zahlreichen Berufsfachschulen führt dieses Modell den Professionalisierungsdiskurs in die Breite. Begrenzend wirkt in erster Linie, dass durch den hohen Anteil der Lehre an den Berufsfachschulen, der zudem in heterogenen Klassen durchgeführt wird, in denen nicht sichergestellt ist, dass sich der Unterricht auf EQR 6 bewegt, die hochschulische und die berufliche Ausbildung letztlich nebeneinander herlaufen und kaum aufeinander bezogen werden. Damit wird eine konsequente hochschulische Sozialisation erschwert.

7.3.3.3 Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen und strukturelle Einbindung praktischer/klinischer Studienanteile in die Kooperation

Um die praktische Ausbildung bzw. die Einbindung praktischer Studienanteile sicherzustellen, gehen die Studiengänge, die dem *Strukturmodell A* folgen, unmittelbare Koopera-

²⁹ Die aus den Evaluationsberichten bzw. in der Arbeit der Fokusgruppen ermittelten Informationen hierzu sind in der Darstellung der jeweiligen Studiengänge im 2. Zwischenbericht (2013) nachzulesen.

tionen mit Betrieben (Kliniken, Praxen, Gesundheitseinrichtungen) ein, organisieren und gestalten diese und sichern sie vertraglich ab. Die Zahl der hierfür zu bildenden und zu betreuenden Kooperationen liegt laut Angaben im Evaluationsbericht zwischen 50 (Physiotherapie) und 119 Einrichtungen (Ergotherapie) (Walkenhorst, Kopczinsky 2014, 33ff.). Der Aufbau dieser Kooperationsstrukturen ist sowohl studiengangübergreifend als auch in den Fachbereichen mit der Etablierung von geeigneten Organisationsstrukturen verbunden, die sowohl den Verwaltungsbereich als auch die Strukturen der Fachbereiche, insbesondere im Mittelbau, betreffen und stellt eine besondere Herausforderung dieses Strukturmodells dar.

Die Hochschulen, die dem **Strukturmodell B** folgen, haben für die Realisierung struktureller Aufgaben zur Planung/Organisation, Koordination, Durchführung und Begleitung der Praxiseinsätze z.T. eigene Personalstellen bzw. Organisationseinheiten geschaffen, überlassen diese Aufgabe häufig aber auch den Berufsfachschulen, die auf etablierte Strukturen zurückgreifen und sich dabei wiederum für die akkreditierten Anteile formal und inhaltlich mit den Hochschulen abstimmen müssen. Der Grad der Verantwortung und inhaltlichen Abstimmung der praktischen Ausbildung variiert hier zwischen den Studiengängen erheblich und reicht von völliger Verantwortung bei den Berufsfachschulen über Abstimmung, Aufgabenteilung bis zu aufeinander abgestimmter Durchführung der Praxisbegleitung. Die nicht akkreditierten Anteile der praktischen Ausbildung (vgl. hierzu 7.3.4, S.89) werden von den Berufsfachschulen zumeist alleinverantwortlich begleitet.

In Studiengängen, die dem **Strukturmodell C** folgen, liegt die Verantwortung für die Praxisausbildung und damit die Ausgestaltung der Kooperation sowohl strukturell als auch inhaltlich in erster Linie bei den Berufsfachschulen.

In allen Strukturmodellen sind aber auch die Kooperationspartner der Praxis gefordert, für die Organisation der Praxiseinsätze und für die Sicherung der praktischen Ausbildung entsprechende Strukturen vorzuhalten, z.B. Praxisanleitungen bzw. Mentoren/Mentorinnen und/oder zentrale Ausbildungs Koordinatorinnen/-koordinatoren. Solche Strukturen werden in unterschiedlicher Form im Rahmen von zum Teil sehr aufwändigen Aushandlungsprozessen vereinbart, in entsprechenden Koordinationstreffen ausdifferenziert und konkretisiert und z.T. (insbesondere für Studiengänge, die dem Strukturmodell A folgen) über Kooperationsverträge abgesichert bzw. aus bereits bestehenden Ausbildungsstrukturen abgeleitet (insbesondere in Studiengängen, die den Strukturmodellen B und C zuzuordnen sind). Diese Systemkooperationen zwischen Institutionen, die dem Bildungs- bzw. Wissenschaftssystem zuzuordnen sind und den Einrichtungen des Gesundheitssystems, in denen systemisch andere – z.B. gesundheitspolitische oder auch ökonomische – Interessen im Mittelpunkt stehen, sind häufig von strukturellen Antinomien geprägt. Die damit verbundenen Herausforderungen und Probleme werden potenziert, wenn, wie im Fall der Pflegestudiengänge, die Praxisausbildung mit einem Ausbildungsvertrag mit Ausbildungsgehalt verknüpft ist. Die damit verbundenen Konfliktfelder werden in der Analyse der von den Studiengängen geplanten Theorie-Praxis-Verknüpfungen (Kapitel 9, insbesondere Kapitel 9.4.1.1.1, S.127) und in der Onlinebefragung (Kapitel 6, insbes. 6.5.5, S.69) tiefergehend untersucht.

7.3.4 Abbildung studentischen Workloads in den Studienprogrammen vs. Erfüllung berufsgesetzlicher Vorgaben

Wie oben (Kapitel 7.1.1/7.1.2 u. 7.3.1) dargestellt, wurden alle hier untersuchten Studiengänge konstruiert im Spannungsfeld zwischen der inputorientierten Ausrichtung der Berufsgesetze und der durch den Bologna-Prozess geforderten Darstellung des Workloads der Studierenden, differenziert in Präsenz- und Selbstlernzeiten. Vor dem Paradigmenwechsel des Bologna-Prozesses wurde die Zeitstruktur von Studiengängen inputorientiert anhand von Semesterwochenstunden (SWS) angegeben. Diese Maßeinheit wird teilweise als sichere Tradition von den Planungsverantwortlichen der Hochschulen mehr oder weniger offen angewendet. Im Hintergrund ist als bildungsökonomisch ausgerichtete Planungsvorgabe die Kapazitätsverordnung (KapVO) – „die fiese Formel“ (Wiarda 2007, Stich 2010) – wirksam (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 57).

Im Verständnis des Bologna-Systems soll mit dem selbstständig und eigenverantwortlich zu bewältigenden Arbeitspensum, dokumentiert durch ausgewiesene Selbstlernzeiten, auch der Grad der Eigenständigkeit der Studierenden als Teil des Akademisierungsprozesses verdeutlicht werden. Demzufolge wäre ein hoher Anteil an Selbstlernzeit im Sinne der hochschulischen Kompetenzentwicklung eher erstrebenswert. Dem stehen die Anforderungen der Berufsgesetze gegenüber, in denen Unterrichts-/Lehrzeiten bzw. Zeiten für die praktische Ausbildung als Mindestvorgaben definiert werden. Diese Zeiten werden üblicherweise, d.h. auch von Seiten der Aufsichtsbehörden, als Präsenzzeiten verstanden, auf deren Einhaltung zu achten ist. Um die akkreditierten Studienanteile der Praxis, die die Studierenden z.B. im Rahmen von Blockpraktika bei den betrieblichen Ausbildungspartnern absolvieren, am Verständnis des Bologna-Prozesses orientiert darzustellen, und gleichzeitig den Vorgaben der Berufsgesetze zu entsprechen, werden an den Hochschulen höchst unterschiedliche Lösungen gefunden. Die in diesem Spannungsfeld gefundenen Lösungen der Modellstudiengänge variieren mit Blick auf den bezifferten Studien- und Gesamtworkload, die Einbindung von Praxiszeiten und die Relation von Präsenz- und Selbstlernzeiten. Die hier ermittelten Variationen wurden im 2. Zwischenbericht ausführlich dargestellt. Die Ergebnisse werden hier für die drei Berufsgruppen separat kurz zusammenfassend vorgestellt.

- Unter den untersuchten 6 Modellstudiengängen für eine *therapeutische Fachrichtung* werden 3 Studiengänge mit 210 CP ausgewiesen. In diesen Studiengängen ist das Volumen der Praxisausbildung jeweils im vollen Umfang in das Studium integriert. Weitere 3 Studiengänge sind mit 180 CP kalkuliert. In diesen Studienstrukturmodellen wird ein nicht auf das Studium angerechneter, d.h. für den Studiengang nicht akkreditierter, „Überhang“ gebildet (sowohl Anteile aus der theoretischen als auch aus der praktischen Ausbildung, ca. 700 – 1400 h), der als zusätzliche Arbeitslast für die Studierenden bedacht werden muss und dazu führt, dass die Studiendauer 8 Semester beträgt.
- Der untersuchte Modellstudiengang in der *Hebammenkunde* ist mit 210 CP akkreditiert. Zu diesem Workload hinzu kommt ein „Überhang“ von 1120 nicht akkreditierten Stunden. In einem in diesem Fachgebiet vergleichend untersuchten rein additiven Studiengang mit 180 CP, für den die Berufsausbildung mit 89 CP auf das Studium angerechnet wird, werden demzufolge 2110 Stunden aus der Ausbildung nicht anerkannt, bilden also vergleichbar einen „Überhang“ an Arbeitslast.

- In den 5 untersuchten Modellstudiengängen der *Fachrichtung Pflege* werden ebenfalls 3 Studiengänge mit 180 CP ausgewiesen. In den dabei entwickelten Strukturmodellen lässt sich jeweils ein „Überhang“ von 1800-2110h nicht akkreditierten Stunden identifizieren. Zwei Studiengänge sind mit 210 CP akkreditiert. Davon bildet wiederum ein Studiengang ebenfalls einen Überhang von 1300 Stunden, der nicht in den ausgewiesenen Workload eingerechnet ist. Demgegenüber gelingt es in einem Studienstrukturmodell, die theoretischen und die praktischen Ausbildungszeiten entsprechend den berufsgesetzlichen Vorgaben in vollem Umfang in das Studium zu integrieren. Hierfür wurde das gesamte Volumen der praktischen Ausbildung formal als Selbstlernzeiten ausgewiesen, was in der Konsequenz dazu führt, dass die tatsächlichen Selbstlernzeiten im Sinne selbstgesteuerter Studienzeiten in diesem Studienstrukturmodell untypisch niedrig sind.

Allgemein sind Studienanteile der Praxis in einem sehr unterschiedlichen Umfang und in einem formal abweichenden Verständnis vom Charakter der Lernzeiten in den akkreditierten Workload der Studiengänge eingebunden. So werden in einigen Konzeptionen die Anwesenheitszeiten der Studierenden in der betrieblichen Praxis als Präsenzlernzeiten und die Zeiten, die sie für die Vorbereitung bzw. Aufarbeitung der dort gewonnenen Praxiserfahrungen benötigen, als Selbstlernzeit gewertet. Diese Zeiten bilden zusammen den Workload der fachpraktischen Studienmodule, deren Gesamtvolumen mit den jeweils akkreditierten Anteilen der praktischen Ausbildung nach den APrV'n korrespondiert. Im Unterschied dazu wird die formale Zuordnung der Praxislernzeiten an einer anderen Hochschule genau umgekehrt vorgenommen: dort werden die Lernkontaktzeiten in den Praxismodulen als Präsenzzeiten gewertet, während die Lernzeiten in der Praxis im Rahmen dieser Module als Selbstlernzeiten eingeordnet werden. Das führt letztlich zu der beschriebenen Konzeption in einem Studienmodell, die gesamte Praxislernzeit als Selbstlernzeit zu werten und mit insgesamt 89 CP in das Studium einzurechnen. Eine Hochschule konzipiert wiederum ein separates Zeitmodell mit sogenannten „Transferzeiten“. Diese Zeiten des hochschulischen Praxislernens werden als solche auch gegenüber den kooperierenden Praxisbetrieben gesondert ausgewiesen und in ihrer Zeitstruktur (Blockphasen, Dienstzeiten) gegenüber den nicht akkreditierten Praxiseinsatzzeiten im Rahmen des Ausbildungsverhältnisses abgesetzt.

Dieses uneinheitliche Bild in Studiengängen, die alle ein Akkreditierungsverfahren erfolgreich durchlaufen haben, verdeutlicht eine Problematik, die nicht nur im differentiellen Verständnis von hochschulischen Bildungsprozesse und berufsgesetzlichen Vorgaben begründet ist, sondern auch eine Lücke in der Bologna-Reform für die Konzeption von praxisintegrierenden und/oder dualen Studiengängen aufdeckt. Die Intention, Studiengangstrukturen durch die Ausweisung des Workloads für die Nutzenden, insbesondere die Studierenden, transparent zu gestalten, verkehrt sich hier ins Gegenteil.

8 Untersuchung der Curricula

Ingrid Darmann-Finck, Sabine Muths

Mit der Erstellung eines Curriculums ist die Absicht verbunden, den in einer Institution stattfindenden Lehr-/Lernprozessen eine übergeordnete Struktur zu geben, sie zielorientiert auszurichten und so die Bildungsziele des Bildungsangebots sicht- und überprüfbar zu machen sowie Verbindlichkeit sicher zu stellen. Curricula haben somit die Aufgabe, als Ordnungs-, Strukturierungs- und Orientierungshilfen für die Organisation von Lehr-/Lernprozessen in Bildungseinrichtungen zu wirken. Sie stellen ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung in der Institution dar, mit dessen Hilfe die „didaktisch-methodische Linienführung“ (Meyer 2004, 26), der rote Faden bzw. die miteinander in Beziehung stehenden roten Fäden der geplanten Bildungsprozesse für die Nutzerinnen und Nutzer (Lernende, Lehrende, Institutionen, potenziell Arbeitgebende u.a.) sichtbar werden. Auch wenn Curricula keine deterministische Wirkung auf Unterricht haben, weil sie von den Lehrenden individuell interpretiert werden, stellen sie dennoch eine wichtige Einflussgröße auf Form und Inhalt der Lehr-/Lernprozesse dar.

Curriculare Entscheidungen, wie die Auswahl und Anordnung von Lernzielen und –inhalten, lassen sich nur bedingt wissenschaftlich herleiten, sondern stellen zu einem großen Teil Wertentscheidungen dar und müssen immer wieder neu und unter Beteiligung unterschiedlicher Interessengruppen begründet werden. Nicht umsonst sind Curricula häufig Gegenstand ideologisch geprägter Auseinandersetzungen (Klafki 1993, 87; Blankertz 1971, 120). Für die Pflege- und Gesundheitsfachberufe potenziert sich dieser Aspekt, da das berufliche Handeln selbst ebenfalls zutiefst wertbestimmt ist. Dennoch sind auch curriculare Entscheidungen nicht beliebig, sondern sollten sich auf wissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse stützen. So sollten bei der Entwicklung von Lernzielen Forschungsbefunde zu den derzeitigen und zukünftigen beruflichen und gesellschaftlichen Qualifikationsanforderungen aufgegriffen und es sollte auf Erziehungs- und Gesellschaftstheorien bzw. fachdidaktische Modelle Bezug genommen werden. Lerninhalte sollten den aktuellen Stand der Fach- und der Bezugswissenschaften widerspiegeln und Lernorganisationsentscheidungen beispielsweise auf Lehr-/Lerntheorien oder entsprechenden Studien gründen (Riedel 1989, 300; Becker / Spöttl 2008; Becker / Spöttl 2006).

Datengrundlage für die vorliegende curriculare Analyse sind die hochschulischen Curricula im engeren Sinne, insbesondere die Modulhandbücher der Studiengänge. Um die die Untersuchung leitenden Forschungsfragen schärfen zu können, schließt sich zunächst die Darstellung eines theoretischen Rahmens an (8.1). Die verwendeten Methoden werden in Kapitel 8.2 (S.100) umrissen, die Ergebnisse in Kapitel 8.3 (S.102) dargestellt.

8.1 Theoretischer Rahmen

Als theoretische Rahmung der vorliegenden Untersuchung werden zunächst die Steuerungsgrundlagen der hochschulischen wie auch der beruflichen Ausbildung (8.1.1) und im Anschluss einige curriculumtheoretische Grundlagen (8.1.2, S.95) erläutert. Auf dieser Basis werden Kriterien für die Analyse der Studiengangcurricula abgeleitet (8.1.3, S.97).

8.1.1 Steuerungsgrundlagen der hochschulischen im Vergleich zur beruflichen Bildung

8.1.1.1 Hochschulische Bildung

Die im vorhergehenden Kapitel 7 (vgl. 7.1.1, S.76) beschriebenen Veränderungen der Studienstrukturen bringen auch neue Anforderungen an die formale und inhaltliche Konzipierung der hochschulischen Curricula mit sich. So hat die Kulturministerkonferenz 2003 „Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen“ verabschiedet (KMK 2003). Studiengänge sind demnach zu modularisieren und mit einem Leistungspunktesystem auszustatten. Die Inhalte eines Moduls sollten i.d.R. innerhalb eines Semesters oder eines Jahres vermittelt werden können. Unter Modulen werden thematisch und zeitlich abgerundete, in sich geschlossene und mit Leistungspunkten belegte Studieneinheiten verstanden. Module werden i.d.R. mit einer Prüfung abgeschlossen, wobei sich die Prüfungen an den für das Modul festgelegten Lernergebnissen orientieren sollen. Module sollten mindestens einen Umfang von 5 ECTS/CP aufweisen (ebd.). Weiter ergeben sich mit der Etablierung des Bachelorabschlusses als berufsqualifizierendem Abschluss an Hochschulen und der damit verbundenen stärkeren Fokussierung der Beschäftigungsfähigkeit der Absolventinnen und Absolventen auch veränderte Ansprüche an die inhaltliche Gestaltung hochschulischer Curricula. Waren die Studienprogramme vor der Reform in erster Linie wissenschafts- bzw. fächerorientiert anhand von einzelnen linear aufgebauten Lehrveranstaltungen, in denen die Studierenden systematisch auf die fachlichen Anforderungen von Zwischen- bzw. Abschlussprüfungen vorbereitet wurden, aufgebaut, wird jetzt eine stärkere Kompetenzorientierung in das Zentrum hochschuldidaktischer Überlegungen gestellt (Gerholz/Sloane 2008, 1). Mit der stärkeren Ausrichtung des Studiums am Paradigma der Kompetenzorientierung und der daraus abgeleiteten curricularen Strukturierung der Studienangebote in einer thematisch-konzentrisch auf berufliche bzw. wissenschaftliche Aufgabenstellungen ausgerichteten modularen Form sollen Lehrveranstaltungen möglichst fächerintegrativ gebündelt werden. Die sich damit ergebenden Veränderungen werden als Perspektiven- oder gar Paradigmenwechsel beschrieben, der statt einer am Input orientierten Lehre, die an den Arbeitsschwerpunkten der Lehrenden ausgerichtet ist, die Output-/Outcomeorientierung³⁰, d.h. eine Konzeption der Lehre, die die zu entwickelnden Kompetenzen mit dem Leitziel der (wissenschaftlichen) Beschäftigungsfähigkeit der Studierenden, in den Blick nimmt (Gerholz/Sloane 2008, 7; Sloane/Dilger 2005). Aus diesem Anspruch könnte die Notwendigkeit einer stärkeren Handlungs-/Situationsorientierung von hochschulischen Curricula abgeleitet werden. Gerholz und Sloane (2008, 7 f.) weisen aber darauf hin, dass z.B. entsprechend den Empfehlungen der KMK (2004, 2) eher von einer fachsystematischen Strukturierung der Curricula ausgegangen werden muss, um so tendenziell der Tradition für hochschulische Ausbildungsgänge auch weiterhin Rechnung zu tragen. Der Anwendungsbezug werde hier erst auf der Ebene der Lehrveranstaltungen hergestellt, was Risiken hinsichtlich der beruflichen Handlungsfähigkeit der Absolventinnen und Absolventen birgt. Gerholz/Sloane (2008) empfehlen daher auch für hochschulische Bildungsgänge

³⁰ Zur Unterscheidung der beiden Begriffe vergleiche Sloane/Dilger (2005, 4): „Während Output sich unmittelbar auf das Ergebnis von Unterricht bezieht, zielt Outcome für uns auf die Anwendung des Gelernten in Anwendungsfeldern ‚außerhalb der Schule‘.“

eine stärkere Ausrichtung der curricularen Strukturierung anhand von beruflichen Situationen und Aufgabenstellungen, wobei sie einräumen, dass dies auch im internationalen Vergleich eher unüblich ist.

Ein Steuerungsinstrument im Zuge der Etablierung einer Output-/Outcomeorientierung des Bildungswesens stellen Qualifikationsrahmen dar. In Qualifikationsrahmen werden Bildungsabschlüsse anhand von Kompetenzen beschrieben und anhand von Kompetenz-/Qualifikationsniveaus geordnet. Ziel ist es, Transparenz und Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Abschlüssen und Studiengängen zu ermöglichen und dadurch Mobilität und Flexibilität zu fördern. Nach Etablierung eines Europäischen Qualifikationsrahmens wurde auf nationaler Ebene in Deutschland ein Deutscher Qualifikationsrahmen entwickelt, um die Übertragung des Europäischen Qualifikationsrahmens auf die deutsche Bildungslandschaft zu gewährleisten. Für die Hochschulen ist der 2005 von der Kultusministerkonferenz beschlossene „Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse“ (QDH) maßgeblich (KMK 2005). Das erwartete Lernergebnis (Output) soll mit Hilfe der Deskriptoren in den Kategorien „Wissen und Verstehen“ (Wissensverbreiterung und Wissensvertiefung) im Sinne von Fachkompetenz und „Können“ mit den Kompetenzbereichen „Instrumentale Kompetenz“, „Systemische Kompetenz“ und „Kommunikative Kompetenz“ strukturiert werden. So „wird festgehalten, was die Studierenden am Ende ihres Studiums erworben haben sollen [...]. Dabei wird im Hochschulqualifikationsrahmen von einer Kompetenzstruktur ausgegangen, die sich als Umgang mit Wissen darstellt“ (Gerholz/Sloane 2008, 6). Im Vergleich zur beruflichen Bildung, die den Anwendungs- und Handlungsbezug in den Mittelpunkt des Kompetenzrahmens stellt, rückt in der hochschulischen Bildung der Umgang mit Wissen aus einer fachlichen Domäne heraus in den Fokus, womit der Anwendungsbezug eher in den Hintergrund rückt (Gerholz/Sloane 2008, 15f). „Kompetenzen werden [...] weniger handlungstheoretisch sondern vielmehr kognitionstheoretisch belegt, im Sinne des Umgangs mit Wissen bzw. Fakten und Regeln. Somit deutet dies eher auf ein kognitionstheoretisches Lern- und Didaktikverständnis“ (Gerholz/Sloane 2008, 16).

Der Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse (QDH) soll dem Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR-AG 2011) zufolge zur Abbildung der fachspezifischen Besonderheiten in Form von Fachqualifikationsrahmen konkretisiert werden, wobei diese zugleich den übergeordneten Qualifikationsrahmen aufgreifen sollen. Für die Pflege wurde im Jahr 2013 ein „Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung“ vorgelegt (Hülken-Giesler/Korporal 2013). Der Fachqualifikationsrahmen nimmt Bezug auf die Systematik des DQR, der zwischen Fachkompetenz (und hier zwischen Wissen und Fertigkeiten) und Personaler Kompetenz (und hier zwischen Sozial- und Selbstkompetenz) unterscheidet. Die den Fertigkeiten zugeordneten Kompetenzen werden entlang dem Pflegeprozess beschrieben und enthalten im Unterschied zum DQR auch kommunikative Kompetenzen, da diese im Berufsfeld Pflege auch Bestandteil der fachlichen Kompetenz sind. Da die im DQR vorgesehenen Bestimmungen im Bereich der personalen Kompetenz für das Berufsfeld Pflege als nicht ausreichend erkannt werden, wird das Verständnis erweitert. Im Fokus stehen Fähigkeiten zur Etablierung eines Arbeitsbündnisses, aber auch professionsspezifische Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen sowie Kompetenzen der Selbständigkeit, Verantwortung und professionellen Reflexivität (ebd., 21f.). Der Fachqualifikationsrahmen soll als Grundlage für alle pflegebezogenen Studienprogramme dienen, könnte aber zukünftig noch für spezifische pflegerische Handlungsfelder weiter ausdifferenziert werden (ebd.).

Um einer inhaltlichen Beliebigkeit von Studiengängen entgegen zu wirken, wird das Instrument der Kerncurricula eingesetzt. Ein Kerncurriculum beschreibt „knapp und allgemein die wesentlichen Ausbildungsziele bezogen auf berufsbezogene Kompetenzen und Inhalte. Es legt den Umfang und die Durchdringungstiefe der zu erwerbenden Fach- und Methodenkompetenz der verschiedenen Studiengänge fest und nennt die Themen (Theorien, Konzepte, Erkenntnisweisen, Methoden und Ergebnisse), die zum Erwerb zusammenhängenden und anschlussfähigen berufsbezogenen Wissens erforderlich sind“ (HRK 2006). Im Vergleich zu den Qualifikationsrahmen repräsentieren Kerncurricula eher die Input-Komponente und stellen die Grundlage für die Modulkonstruktion der Hochschulen und einen Bezugspunkt für die Studiengangakkreditierung dar (ebd.). Eine Arbeitsgruppe der „Sektion Hochschullehre“ der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft stellte 2010 einen Entwurf für ein Kerncurriculum Pflegewissenschaft vor, der in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) zustande gekommen ist (Hülsken-Giesler et al. 2010). Unter Berücksichtigung der Dimensionen der Inhalts- bzw. Wissenschaftsorientierung, der professionsbezogenen Kompetenzorientierung und der formalen Qualifizierungsstufen entwickelte die Arbeitsgruppe ein dreidimensionales Modell, das in alle drei Richtungen Orientierungshilfen geben soll.

8.1.1.2 Berufliche Bildung

Gesetzliche Grundlage für die Curricula der untersuchten Studiengänge bilden zunächst die Berufsgesetze mit den zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Die Berufsgesetze für die therapeutischen Berufe und die Hebammen stammen aus den Jahren 1976 (Ergotherapie) bis 1994 (Physiotherapie), wohingegen die Berufsgesetze für die Altenpflege (2003) und die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (2004) noch vergleichsweise neu sind. Während die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die therapeutischen Berufe und die Hebammen eine Orientierung an dem strukturbildenden Prinzip der Wissenschafts- bzw. Fächerorientierung erkennen lassen, sind die Inhalte in der Altenpflege anhand von fächerintegrierten „Lernfeldern“ bzw. in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege anhand von fächerintegrierten „Themenbereichen“ strukturiert und weisen damit Bezüge zum situationsorientierten Prinzip auf.

Auf der Grundlage der Berufsgesetze können die Länder konkretisierende Rahmenrichtlinien erlassen. Zwischen 1997 und 2008 wurden im Land Nordrhein-Westfalen für die Berufe des Gesundheitswesens, beginnend mit den Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, sukzessive empfehlende Ausbildungsrichtlinien entwickelt. Hierfür wurden sowohl die Vorgaben der kultusministeriellen Rahmenrichtlinien für die Konzeption von Curricula für duale Berufsausbildungen (KMK 2003), die zwar für die Berufe rechtlich nicht relevant sind, aber dennoch auch auf diese Einfluss nehmen, als auch die für die verschiedenen Berufe geltenden Bundesgesetze mit ihren Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen berücksichtigt. Die konzipierten Ausbildungsrichtlinien wurden jeweils modellhaft mit verschiedenen Schulen in den einzelnen Ausbildungsgängen erprobt, wobei beobachtet wurde, dass „die Schnittmenge aller [...] Richtlinien größer ist als erwartet“ (Oelke 2007). So ist allen Ausbildungsrichtlinien eine vergleichbare „Lernbereich“struktur hinterlegt, womit eine mehrdimensionale,

fächerintegrierende Sicht auf berufliche Aufgaben- und Problemstellungen und eine grundsätzliche Kompetenzorientierung intendiert wird³¹.

8.1.2 Curriculumtheoretische Grundlagen

Strukturbildende Prinzipien

Hinsichtlich der Anordnung von Lernzielen, -inhalten und -methoden in der beruflichen Bildung unterscheiden Reetz/Seyd (2006, 233ff) drei strukturbildende Prinzipien von Curricula, nämlich das Wissenschafts-, das Situations- und das Persönlichkeitsprinzip:

- *Wissenschaftsorientierte Curricula* sind in ihrer Lernzielstruktur, ihren thematischen Strukturen und in der Sequenzierung durch die Sachlogik der jeweiligen Bezugswissenschaften geprägt, was äußerlich bereits in der Aufteilung des Unterrichts auf Fächer deutlich wird.
- Mit einem *situationsorientierten Curriculum* wird auf die Arbeiten von Robinsohn (1967) Bezug genommen, wonach die Lernenden durch entsprechende Bildungsangebote auf die „Bewältigung von Lebenssituationen“ vorzubereiten sind. Dieser Ansatz wird mit dem Prinzip des *handlungsorientierten Lernens* in Verbindung gebracht, für das die enge Verknüpfung von Denken und praktischem Handeln bzw. von Theorie und Praxis kennzeichnend ist. Die Theorie bzw. das schulische Lernen wird in den Dreischritt ‚Handeln – Lernen (Reflexion und Abstraktion) – Handeln‘ integriert. In der Berufs- und Wirtschaftspädagogik mündet das Prinzip der Situationsorientierung in die Forderung, dass sich Unterricht inhaltlich an „komplexen, lebens- und berufsnahen, ganzheitlich zu betrachtenden Problembereichen orientieren“ muss (Pätzold 2004, 10).
- Das *Persönlichkeitsprinzip* zielt auf den Beitrag, den ein ausgewählter Lerngegenstand für die Persönlichkeitsentwicklung der Lernenden leisten kann. Curricula, die diesem Prinzip verpflichtet sind, orientieren sich an Bildungsbedürfnissen, Leitideen und Kompetenzen der lernenden Subjekte und versuchen entweder eine kompetenzorientierte Sequenzierung vorzunehmen (z.B. Lerneinheiten zur Förderung kommunikativer oder ethisch-moralischer Kompetenz) oder sie heben auf die Befähigung zum eigenverantwortlichen Lernen anhand von komplexen Lernsituationen ab (z.B. POL-Curricula). Durch das Persönlichkeitsprinzip strukturierte curriculare Überlegungen verweisen auf den „pädagogisch-normativen Begründungszusammenhang“ des Curriculums (Tramm 2003, 11) und damit auf das hinterlegte Bildungsverständnis.

Ein wissenschafts- und damit fächerorientiert aufgebautes Curriculum vermittelt in der Regel in den einzelnen Fachdisziplinen ein gut strukturiertes und damit gut reproduzierbares Überblickswissen. Die Strukturen der Wissensvermittlung haben sich häufig innerhalb der historischen Entwicklung eines Fachbereichs als sinnvoll herauskristallisiert. So kann zum Beispiel in den medizinischen Fächern auf eine langjährig im Fachbereich der Medizin selbst und auch in den etablierten Ausbildungsgängen der Pflege-, Therapie- und Gesundheitsberufe entwickelte Strukturierung der medizinischen Wissensbestände zurückgegriffen werden, die in zahlreichen Lehrbüchern und didaktischen Medien gut aufbereitet

³¹ Lernbereich I „Berufliche Kernaufgaben“ / Lernbereich II (bzw. IV) „Berufliches Handeln in komplexen Betreuungssituationen“ / Lernbereich III „Zielgruppen und Rahmenbedingungen beruflicher Arbeit“ / Lernbereich IV (bzw. II) „Ausbildungs- und Berufssituation der Berufsangehörigen“

vorliegt. Es ist also zu erwarten, dass sich die Auszubildenden auf der Grundlage der in dieser Fächersystematik vermittelten Lerninhalte ein gutes Orientierungswissen aneignen können. Lernpsychologische Untersuchungen zum Wissenserwerb haben aber auch ergeben, dass es Lernenden, die in einer rein wissenschaftsorientierten Fächersystematik ausgebildet werden, häufig schwerfällt, das erworbene Wissen in einer anderen als in der für die Prüfung erworbenen, häufig starr reproduzierten Form abzurufen, es in anderen Zusammenhängen neu zu verknüpfen und im beruflichen Handeln darüber zu verfügen. Auch werden in solchen curricularen Strukturen die Anknüpfungspunkte und Verbindungslinien zwischen den vermittelten Inhalten über die Fächergrenzen hinaus in der Regel nicht geplant und sichtbar gemacht und müssen von den Lernenden selbstständig hergestellt werden. Erlernen die Lernenden nicht zeitgleich mit dem Wissen die Verknüpfungen, läuft das erworbene Wissen Gefahr, träge zu bleiben und steht für die aktive Nutzung in Anwendungssituationen nicht zur Verfügung (Gruber/Mandl/Renkl 2000, 139 ff).

Um den Anspruch zu realisieren, anwendungsbezogenes Wissen und berufliche Kompetenzen aufzubauen, werden in neueren Ansätzen der beruflichen Bildung – orientiert an den curricularen Prinzipien der Situations- und/oder Handlungsorientierung – komplexe Handlungssituationen aus dem Berufsalltag oder berufliche Aufgabenstellungen als Ausgangspunkt für Lehr-/Lernprozesse genutzt und mit Hilfe von Wissensbeständen aus unterschiedlichen Unterrichtsfächern integrativ durchdacht und bearbeitet (KMK 2007, Darmann-Finck 2010a). Lernpsychologisch lässt sich das Lernen anhand von komplexen und berufsnahen Problembereichen damit begründen, dass die Begegnung mit einer komplexen beruflichen Handlungssituation bei den Lernenden einen kognitiven Konflikt auslöst, der ein Lerninteresse befördert, das zum Aufbau neuer, handlungsbezogener, praxisorientierter Wissensstrukturen anregt. Für fallbezogenes Lernen spricht außerdem, dass im Umgang mit komplexen Situationsanforderungen eine Übertragung von erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf andere Kontexte erleichtert wird.

Um Bildungsprozesse nicht verkürzt auf eine Bewältigung des beruflichen Alltags auszurichten, sondern die handelnden Subjekte in ihrer individuellen Entwicklung so zu fördern, so dass sie als ganze Person selbstreflexiv in professionelle Interaktionssituationen eintreten und dabei unterschiedliche Rollenanforderungen gestalten können, werden Lehr-Lernangebote konzipiert, die Raum für die Unterstützung der Lernenden in ihrer Persönlichkeitsentwicklung bieten.

Die strukturbildenden Prinzipien schließen sich dabei nicht aus, sondern sollten nach Möglichkeit in einem ausgewogenen Verhältnis zur Geltung gebracht werden (Reetz/Seyd 2006, 251). Eine Bevorzugung allein eines Strukturprinzips mit Vernachlässigung der anderen Strukturprinzipien führt zu curricularen Einseitigkeiten.

Formale Struktur und Lehrplanarchitektur

Von ihrer formalen Struktur her lassen sich Curricula in offene und geschlossene Curricula einteilen (Lipsmeier 2000). Während bei offenen Curricula nur Leitziele feststehen, sind geschlossene Curricula durch einen hohen Festlegungsgrad gekennzeichnet. Offene Curricula haben den Vorteil, dass die Lehrpersonen große Gestaltungsfreiräume haben, die sie nutzen können, um den Unterricht adressatenorientiert anzupassen. Andererseits sinkt mit zunehmender Offenheit auch die Vergleichbarkeit der Lernergebnisse. Mit halboffenen Curricula soll jeweils ein mittleres Ausmaß an Gestaltungsspielräumen und Vergleichbarkeit erreicht werden.

Hinsichtlich der sogenannten Lehrplanarchitektur, der Systematisierung und Anordnung der ausgewählten Ziele/Inhalte, lassen sich zwei Strömungen als Konstruktionsprinzipien unterscheiden, die in enger Verbindung mit den vorgenannten inhaltlichen Strukturbildungsprinzipien stehen können (ebd.).

- Eine *kontinuierliche Form* aufeinander aufsetzender Lehr-/Lerneinheiten bildet z.B. das Baumuster für traditionell fächerorientiert strukturierte Lehrpläne. So konstruierte Curricula sind *linear strukturiert*, Lernziele und -inhalte sind aufeinander aufbauend angeordnet und können z.B. durch eine lehrgangsartig aufgebaute Fächerparallelität gekennzeichnet sein. Diese Form korrespondiert in der Regel mit dem strukturbildenden Prinzip der Wissenschaftsorientierung, das in Unterrichtsfächern als übergeordnete Lerneinheiten realisiert wird. Sie kann aber auch mit dem Prinzip der Handlungsorientierung verknüpft werden, indem die zu entwickelnden Handlungsstrukturen und -kompetenzen von einfacher strukturierten Lehr-/Lernsituationen zu zunehmend komplexeren Anforderungen systematisch gesteigert werden.
- *Thematisch-konzentrische und diskontinuierliche Bauprinzipien* zielen auf eine ganzheitliche Auseinandersetzung mit der Lebenswelt und beruflichen Realität. Demnach werden die Herausforderungen, die sich aus der Begegnung mit komplexen und unstrukturierten Realsituationen ergeben, in das Unterrichtsgeschehen eingebracht und dort bearbeitet, was in eher projekt- und prozessartige Unterrichtsformen münden kann. Diesem Bauprinzip folgend, wird zumeist von einer streng linearen Fächerung und Sequenzierung der Unterrichtsziele und -inhalte Abstand genommen. Stattdessen beziehen sich derartig konstruierte Curricula auf „Ganzheiten und Komplexitäten“ (Lipsmeier 2000, 57) und orientieren sich stärker an der beruflichen und gesellschaftlichen Praxis, was mit dem strukturbildenden Prinzip der Situationsorientierung korrespondiert. Seit Mitte der 1990er Jahre werden die Rahmenlehrpläne für den berufsbezogenen Unterricht in den dualen Ausbildungsberufen anhand von Lernfeldern als übergeordnete Lerneinheiten entwickelt (KMK 2007). *Lernfelder* sind thematische Einheiten, die an beruflichen Aufgabenstellungen und Handlungsabläufen bzw. an Arbeits- und Geschäftsprozessen eines Berufs orientiert sind und die durch didaktische Reflexion aus den Handlungsfeldern des Berufs abgeleitet werden. Das Lernfeldkonzept bildet heute den Standard für Curricula in zahlreichen Berufsausbildungen.

8.1.3 Fazit: Untersuchungskriterien für die Analyse der Curricula

Die im Rahmen dieses Evaluationsvorhabens im Status quo Bericht und auf der Grundlage zusätzlicher theoretischer Heuristiken zur Konzeptualisierung des professionellen Handelns in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit gewonnenen „Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge der Pflege, der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und des Hebammenwesens“, die mit den Vertreterinnen und Vertretern der Modellstudiengängen konsentiert wurden, repräsentieren abstrakte Ziele und haben eher den Charakter von Dispositionen, indem sie innere Voraussetzungen beschreiben, nicht aber Performanzen. Sie weisen zahlreiche Parallelen mit dem „Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung“ auf. Folgende Qualitätsdimensionen wurden begründet (vgl. Kapitel 3, oben, S.17):

1. Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand
2. Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau

3. Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses
4. Förderung von Kooperation und Interprofessionalität

Um darüber hinaus untersuchen zu können, anhand welcher Inhalte in den jeweiligen Studiengängen diese Ziele erreicht werden sollen, wurden die Qualitätsdimensionen inhaltlich ausdifferenziert. Für die Untersuchung der Studiengangcurricula wurden die Domänen des Kerncurriculums (Hülksen-Giesler et al. 2010) mit den Qualitätsdimensionen abgeglichen. Dabei kamen die Untersucherinnen zu dem Schluss, dass in den dort formulierten Domänen und Kompetenzdimensionen zwar zum Teil andere Schwerpunktsetzungen vorgenommen werden, dass sie in ihrer Grundkonzeption aber weitgehend in den im Prozess der Evaluation entwickelten Qualitätsdimensionen aufgehen. Aus den Gegenstandsbereichen des Kerncurriculums wurden des Weiteren Hinweise für eine inhaltliche Ausdifferenzierung der Qualitätsdimensionen entnommen.

Im Rahmen dieser theoretischen Auseinandersetzung und einer empirischen Überprüfung der Kategorien durch Anwendung auf die Studiengangcurricula wurden für die inhaltliche Untersuchung der Modulhandbücher die folgenden Kategorien erarbeitet (vgl. Kapitel 8.3.3, S.108). Sie repräsentieren die Qualitätsdimensionen sowie den jeweils für die Kompetenzentwicklung erforderlichen Input auch bezogen auf die zu vermittelnden Wissensbereiche (Wissensverbreiterung und Wissensvertiefung).

1. Die Qualitätsdimension „*Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens*“ zielt auf Kenntnisse und instrumentelle Fähigkeiten zur Entwicklung einer Fragestellung, Recherche von wissenschaftlichem Wissen, Auswahl, Bewertung und Synthese der Ergebnisse sowie Anwendung auf praxisbezogene Kontexte. Folgende Themenbereiche lassen sich dieser Qualitätsdimension zuordnen:
 - Zentrale *Grundbegriffe* des jeweiligen Fachgebiets und Themen, Positionen und Argumentationslinien der fachtheoretischen Diskussion, womit hier eher die beruflichen Wissenschaften selbst (Pflégewissenschaft, Therapiewissenschaften und Hebammenwissenschaft) und weniger ihre Bezugswissenschaften gemeint sind.
 - *Wissenschaftstheoretische Grundlagen* mit deren Hilfe die Studierenden einen ersten theoretischen Begründungs- und Orientierungsrahmen für ihre Arbeit mit wissenschaftsbezogenen Fragestellungen und deren Anwendungsbezüge aufbauen können.
 - Kenntnisse zu *Methodologie und Forschungsmethodik*, ebenfalls als erster theoretischer Begründungs- und Orientierungsrahmen für die Entwicklung einfacher Untersuchungsdesigns und für das Verständnis von Studien.
 - Kenntnisse zu *forschungsethischen Aspekten*, die im Rahmen der Überprüfung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere aber auch für eigene erste Untersuchungsvorhaben bedeutsam sind.
2. Die Qualitätsdimension „*Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau*“ zielt insbesondere auf die Befähigung zur Anwendung einer wissenschaftlich fundierten generalisierten Wissensbasis im Arbeitsbündnis mit der Klientin/dem Klienten, um so an den individuellen Einzelfall angepasste Maßnahmen zur (Wieder-)Herstellung der somato-psychozialen Integrität entwickeln zu können. Diese klinischen Kompetenzen zum Eingehen auf den Einzelfall zeigen sich letztlich erst im Praxisfeld selbst und können vollumfänglich auch nur dort entwickelt werden. Sie setzen andererseits eine umfassende Basis an Kenntnissen und komplexen Fertigkeiten voraus, die im theoretischen Studienkontext vorbereitend vermittelt und reflexiv aufgearbeitet werden, um in der

Praxis integriert zur Anwendung zu gelangen. Im Einzelnen werden die folgenden Schwerpunktsetzungen im Rahmen dieser Qualitätsdimension ermittelt:

- Zentral bedeutsam zur Erfassung, Überprüfung und Reflexion der Strukturlogik klinischer Handlungen und Standards ist zunächst das Verständnis und die Umsetzung prozessorientierter Handlungsschritte bzw. die *Fähigkeit, prozessorientiert vorzugehen*.
- Sie wird ergänzt durch die *Fähigkeit im Einzelfall klinisch zu urteilen* und im Sinne der doppelten Handlungslogik situativ eine begründete Entscheidung zu treffen.

Zur Kompetenzentwicklung in dieser Qualitätsdimension tragen zentral Kenntnisse und instrumentelle Fertigkeiten aus folgenden Wissensgrundlagen bei:

- *Fachwissenschaftliche Kenntnisse* des jeweiligen Berufs, d.h. wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse der Pflegewissenschaft, der drei Therapiewissenschaften bzw. der Hebammenwissenschaft.
- *Kenntnisse aus den Bezugswissenschaften*, nämlich aufgrund der hohen Bedeutung vor allem der *Medizin* und ihrer *naturwissenschaftlichen* Grundlagen einschließlich pharmakologischer Bezüge und *Kenntnisse aus weiteren Bezugswissenschaften* (insbesondere Sozial- und Geisteswissenschaften wie Psychologie, Pädagogik, Soziologie aber auch Rechtswissenschaft und Ökonomie) soweit diese zum Verständnis der Situation der Einzelfälle erforderlich sind.

3. Die Qualitätsdimension „*Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses*“ fokussiert den wesentlichen Aspekt der Interaktion mit der Klientin/dem Klienten, der bereits für die klinische Kompetenz eine Rolle spielt, und erweitert den kurativen Ansatz um die in allen untersuchten Berufsfeldern zunehmend bedeutungsvolleren Aufgabenbereiche der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliation, in denen die Herausbildung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und die Beziehungsgestaltung von herausragender Bedeutung sind. Die Qualitätsdimension schließt dabei auch die Entwicklung einer ethisch-moralischen Urteilsfähigkeit als Voraussetzung für eine reflektierte Gestaltung des Arbeitsbündnisses mit ein (vgl. Oevermann 1996, 2002; Darmann-Finck 2009, Raven 2009, Weidner 2011). Für den Kompetenzerwerb der Studierenden in dieser Qualitätsdimension wurden die folgenden Kompetenz- bzw. Wissensaspekte ausdifferenziert:

- Für die Reflexion einer Interaktionsbeziehung im Kontext therapeutischer/pflegerischer/hebammenpezifischer Beziehungen haben die Wahrnehmung von Rollenanforderungen wie auch die jeweilige Rollenausgestaltung sowie deren kritische Überprüfung zentrale Bedeutung und damit die *Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren*.
- Interaktion in pflegerischen, therapeutischen und hebammenkundlichen Situationskontexten ist höchst selten rein verbal ausgestaltet und hat vielfach sogar eine sehr hohe sinnlich-leibliche Komponente, weshalb neben der kognitiven Erfassung der Interaktion und der Planung, Durchführung und Evaluation von Interaktionsprozessen auch gelernt werden muss, einen *sinnlich-leiblichen Zugangsweg zum Anderen aufzubauen*.
- Um die beschriebenen Fähigkeiten auf Bachelorniveau zu entwickeln, bildet ein solides *Grundwissen zum Verständnis sozialer Interaktionsprozesse* im Kontext therapeutischer Beziehungen die notwendige Wissensgrundlage.
- *Kenntnisse des ethischen Begründungsrahmens bezogen auf die professionelle Interaktion*, der aufgrund seiner hohen Bedeutung für die Gestaltung eines individuellen Arbeitsbündnisses gesondert erfasst wird.

4. In der Qualitätsdimension „*Förderung von interprofessionellem Lernen und Handeln*“ wird die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit anderen Professionen und in

kooperativen Strukturen mit Blick auf die sich verändernden Anforderungsbereiche der Gesundheitsversorgung in den Fokus genommen. Damit erfährt auch der systemische Rahmen, in den die Professionen eingebunden sind, Aufmerksamkeit. Diese Qualitätsdimension hat Bezüge zu folgenden Inhaltsbereichen:

- Die Entwicklung eines Bewusstseins von der eigenen Profession bildet eine wesentliche Grundlage, um eigenständig *in Systemen professionell handeln* und auf andere Berufsgruppen im *interprofessionellen Handeln* zugehen zu können.

Zu dieser Kompetenzentwicklung tragen zentral Kenntnisse und instrumentelle Fertigkeiten aus folgenden Wissensgrundlagen bei:

- *Kenntnisse und kritische Reflexion der nationalen und internationalen Entwicklungen* auf den Ebene der Professionen und der systemischen Kontexte.
- *Kenntnisse und kritische Reflexion der gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen* des Gesundheitswesens.
- Kenntnisse zur Grundlegung eines *ethischen Begründungsrahmens* in Hinblick auf verantwortliche Entscheidungen in den Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens.

8.1.4 Fragestellungen der Untersuchung

- Welche Formen einer curricularen Strukturierung für primärqualifizierende Studiengänge lassen sich identifizieren? (Hinterlegter Begründungsrahmen, strukturbildende Prinzipien und gebildete Systematik, Lehrplanarchitektur)
- Welche inhaltlichen Profile lassen sich für die jeweiligen Fachrichtungen identifizieren? Wie spiegeln diese die Qualitätsdimensionen/Inhaltsdomänen wider?
- Wie sind die Ziele/Inhalte auf die unterschiedlichen Lernorte verteilt?

8.2 Methodisches Vorgehen

Grundlage der Untersuchung bilden die Curricula der Studiengänge in einem engeren Curriculumverständnis, also in erster Linie die Modulhandbücher der Studiengänge, die als „sprachlichen Kodifizierungen von Handlungen“ auf „die intendierten Lernprozesse zielen“ (Sloane/Dilger 2005, 5). Ergänzende Informationen wurden aus den Akkreditierungs- und Evaluationsberichten entnommen.

Die Untersuchung erfolgte in den folgenden Schritten:

- Zunächst wurde die Modularchitektur im Studienverlauf ermittelt und in die hinterlegten Strukturmodelle der Studiengänge (vgl. 2. Zwischenbericht 2013) eingeschrieben.
- Da die Modulhandbücher weitgehend konsequent über das angestrebte Output, also die „als relevant erachteten Fähigkeiten“ zur Anwendung des Gelernten zum Ende der Ausbildung (Sloane/Dilger 2005, 8), definiert werden, wurden zunächst die curricularen Intentionen im Sinne einer „inkorporierte[n]“ „didaktischen Idee der Vermittlung“ (ebd.) bzw. des geplanten Inputs und der geplanten Lernangebote auf der Basis der Modulbeschreibungen rekonstruiert. Diese Rekonstruktion erfolgte orientiert an den Grundprinzipien einer Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2006) durch eine Paraphrasierung und Reduktion der Modulbeschreibungen im Hinblick auf Lernanforderun-

gen an die Studierenden. Damit werden Redundanzen outcomebezogener Kompetenzformulierungen reduziert. Die mehrfach genannten Ziele wurden bei ihrer erstmaligen Nennung aufgeführt und in der weiteren Darstellung nur dann wieder aufgenommen, wenn die Modulbeschreibung nahelegt, dass es zu zentralen Weiterentwicklungen der jeweiligen Kompetenz kommen soll. Durch diese vereinheitlichenden Formulierungen zu den Modulintentionen sollte sichtbar werden, welche Schwerpunkte, Themen und Fragestellungen jeweils verfolgt werden. Die Ergebnisse dieser Dokumentenanalyse wurden an die Studiengänge zurückgemeldet, um die gefundenen Zuordnungen zu validieren. Eventuelle Korrekturen wurden eingearbeitet.

- Mit dem Ziel, Muster für die curriculare Gestaltung von primärqualifizierenden Studiengängen zu identifizieren, wurden die Zusammenfassungen der Studiengänge zu den Modulintentionen anhand der zuvor dargestellten Untersuchungskriterien untersucht und die Ergebnisse tabellarisch dokumentiert. Hierzu wurde ein tabellarisches Raster entwickelt, in dem die Qualitätsdimensionen in Kompetenz- (weiße Schrift auf Dunkelgrau) und Inhaltsbereiche (schwarze Schrift auf Hellgrau) ausdifferenziert wurden. Die untersuchten Module wurden in der Tabelle (s. Tabelle 12, S. 102) entsprechend ihrer Zuordnung zu verschiedenen Lernorten (Hochschule, Berufsfachschule, Praxis ...) farblich gekennzeichnet. Die Modulhandbücher aller untersuchten Studiengänge wurden in das so konzipierte Analyseraster überführt. Die vorgenommenen Einschätzungen der inhaltlichen und kompetenzbezogenen Modulausrichtungen wurden z.T. durch eine systematische Suche mit definierten Suchbegriffen zu den jeweiligen Dimensionen bzw. Domänen in den Originaldokumenten abgesichert.
- Die Analyseergebnisse wurden im Anschluss geleitet durch die Fragestellungen der Untersuchung (vgl. 8.1.4, S.100) hinsichtlich erkennbarer Muster ausgewertet. Dabei wurde auch auf das Volumen von Modulen, Modulgruppen und Lerneinheiten als Teile von Modulen in CP (= 30 Stunden) zurückgegriffen, da sich damit eine - wenn auch ungenaue - quantitative Vergleichsgröße ausmachen lässt. Auch wenn der Workload sehr unterschiedlich gestaltet sein kann (vgl.7.3.4, S.89), bildet er doch die einzige bezifferbare Orientierungsgröße in der Untersuchung der Modulhandbücher - z.B. für die Bedeutung, die bestimmten inhaltlichen Zusammenhängen, einem Studienbereich, einer Aufgabenstellung o.ä. für Studierende beigemessen wird. Schwierigkeiten in diesem Vorgehen ergaben sich u.a. daraus, dass in den Modulen der Studiengänge sehr unterschiedliche Inhalte und Zielsetzungen kombiniert werden, so dass z.T. Schätzungen der Zeiteinheiten für nicht über CP ausgewiesene Teilaspekte von Modulen vorgenommen werden mussten.

Tabelle 12: Analyseraster für die Untersuchung der Modulhandbücher

Sem. Nr.	Modultitel	CP	1 - Befähigung z. Anwend. wissenschaftlichen Wissens				2 - Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau				3 - Fähigkeit - Aufb.u.Reflexion eines Arbeitsbündnisses				4 - Förderung von (inter-)professionellem Handeln					
			Grundbegriffe, fachtheor. Diskuss.	Wissenschaftstheor. Grundlagen	Methodologie u. Forschungsmeth.	Aspekte der Forschungsethik	wissenschaftl. Wissen anwenden	Fachwissenschaftl. Kenntnisse	Kenntn.a.d. Bezugswiss. (med.natw.)	Kenntn. aus weiteren Bezugswiss.	prozessorientiert handeln	im Einzelfall klinisch urteilen	Grundwissen z. sozialer Interaktion	Ethisch.Begründungsgr.(Klient.bez.)	sich selbst reflektieren	sinnl.-leibliche Zugangswege aufb.	Arbeitsbündn.aufbauen/reflekt.	nationale/internationale Entwickl.	Gesellschaftl./institutionel.Rahmen	Ethisch.Begründungsgr.(systembez.)
	von der Hochschule (HS) im jeweiligen Studiengang angeboten																			
	an der HS studiengangübergreifend angeboten																			
	seitens der Berufsfachschule (BFS) angeboten																			
	Integriert, v. HS u. BFS in Kooperation angeboten																			
	(überwiegend) in der Berufspraxis (Betrieb oder Praxislernort, z.B. Lehrambulanz) angeboten																			
	Praxisintegrierend an der HS (ggf. unter Mitwirkung einer BFS) angeboten																			

8.3 Studiengangübergreifende Ergebnisse

In diesem Kapitel wird das Ergebnis einer Synthese der vorgenommenen Einzelanalysen der zwölf untersuchten Modellstudiengänge und des vergleichend untersuchten rein additiven Studiengangs in der Hebammenkunde vorgestellt. In Kapitel 8.3.1 werden zunächst Erfahrungen mit der formalen Gestaltung der Modulbeschreibungen beschrieben. In Kapitel 8.3.2 werden die von den Studiengängen gefundenen Ansätze für die curriculare Strukturierung der Studienangebote und in Kapitel 8.3.3 die mit Hilfe des Analyserasters identifizierten inhaltlichen Profilbildungen dargestellt. Abschließend werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst (8.3.4).

8.3.1 Formale Gestaltung der Modulbeschreibungen

Entsprechend den Vorgaben der Bolognaform erfolgt die Darstellung hochschulischer Curricula formal in Modulhandbüchern. Hier sollen für die einzelnen Module sowohl Ziel-dimensionen als auch Inhalte ausgewiesen und der geplante Workload in Credit-Punkten angegeben werden. Diese Repräsentation der Module in den der Untersuchung zugrunde liegenden Modulhandbüchern ist sehr unterschiedlich gestaltet. Während einige Hochschulen eine eher klassische Benennung von Handlungskompetenzen und/oder Lernzielen und die Auflistung von Inhalten vornehmen und diese teilweise, auch im Interesse der Freiheit von Forschung und Lehre, eher knapp halten, stellen andere Hochschulen die Qualifikationsziele/Kompetenzen bzw. das „Learning Outcome“ in Anlehnung an die Begriffe des „Qualifikationsrahmens für Deutsche Hochschulabschlüsse“ (QDH) für die Aspekte „Wissensverbreiterung und –vertiefung“, „Können – Instrumentale Kompetenz/Fertigkeiten“, „Können – Systemische Kompetenz“, „Können – Kommunikative Kompetenzen“ dar. Wieder andere liefern umfassende, mehrseitige Darstellungen. Sowohl aus einer eher knapp und möglichst offen formulierten Übersicht zu den geplanten Modulen ohne inhaltliche Konkretisierung, vor allem aber auch aus einer den Anforderungen des Bolognaprozesses genau entsprechenden Formulierung von Kompetenzen mit Blick auf das Learning Outcome resultiert nach der Erfahrung der Untersucherinnen vielfach eine Intransparenz hinsichtlich der Inhalte und Methoden des jeweiligen konkreten Lehr-/Lernangebots. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde dieses Problem zunächst dadurch gelöst, dass die kompetenzorientierten Formulierungen rückübersetzt wurden in den dahinter rekonstruierbaren Input im Sinne einer Darstellung der geplanten Lehr-/Lerninhalte, die mit dem jeweiligen Modul erarbeitet werden sollen.

8.3.2 Curriculare Strukturierung

Hinsichtlich der curricularen Strukturierung werden Ergebnisse mit Blick auf den gewählten Bezugsrahmen für die Curriculumentwicklung (8.3.2.1), auf die von den Modellstudiengängen gebildeten Studiengangsarchitekturen (8.3.2.2, S.105) sowie die Verteilung der Kompetenzvermittlung auf die unterschiedlichen Lernorte vor dem Hintergrund der identifizierten Strukturmodelle der Studiengänge (8.3.2.3, S.107) präsentiert.

8.3.2.1 Gewählte Bezugsrahmen für die Curriculumentwicklung

Auf der Grundlage der vorliegenden Dokumente konnte für die Curriculumentwicklung in einigen der untersuchten Modellstudiengänge ein umfangreicher theoretischer Begründungsrahmen identifiziert werden, obwohl dies weder für den zu erstellenden Akkreditierungsbericht noch für die Beantragung der Modellversuche gefordert war. Exemplarisch werden im Folgenden einige Bezugsrahmen gekennzeichnet:

- Ein Pflegestudiengang rekurriert auf pflegedidaktische, berufspädagogische, hochschuldidaktische und pflegetheoretische Positionen bzw. Publikationen. In der pflegedidaktischen Fundierung beziehen sich die Konstrukteurinnen und Konstrukteure des Studiengangs auf den bildungstheoretisch begründeten Ansatz von Ulrike Greb (2003–2010), der sich explizit als hochschuldidaktisches Konzept versteht. Empirische Grundlage der Curriculumentwicklung bildet eine qualitative Expertenbefragung zu Anforderungen der Berufswirklichkeit in den unterschiedlichen pflegerischen Settings.

- Ein weiterer Pflegestudiengang nimmt zur Fundierung des Kompetenzbegriffs und zur Ausdifferenzierung der Kompetenzen Bezug auf berufspädagogische Kategorien, etwa auf die Richtlinien der KMK (1999), auf ausgewählte Kriterien des EQR in Anlehnung an Hundenborn und Knigge-Demal (2008), auf die Kriterien des Qualifikationsrahmens für deutsche Hochschulabschlüsse sowie auf das Kerncurriculum der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) (Hülsken-Giesler et al. 2010) (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 45f, 51f u. 54 bzw. KatHoNRW-Akkur 2010, 26ff). Hinsichtlich der curricularen Konzeption wird mit Verweis auf die curriculumtheoretische Systematik von Reetz/Seyd (2006) ein ausgewogenes Verhältnis von Wissenschafts-, Situations- und Persönlichkeitsprinzip in der Curriculumkonstruktion gefordert (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 40). Außerdem wird unter Berufung auf (berufs-)pädagogische Ansätze der Curriculumentwicklung (Siebert 2009; Robinsohn 1974) die Notwendigkeit von situationsorientiertem Lernen mit hohem Transferpotenzial begründet (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 42).
- An einer Hochschule mit mehreren primärqualifizierenden Studiengängen rückt zunächst die Entwicklung von Kompetenzprofilen für die jeweiligen Studiengänge in den Mittelpunkt, dabei erfolgt eine Orientierung an den Empfehlungen des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (EQR), Kompetenzstufe 6 sowie am Kompetenzverständnis des europäischen Tuning-Prozesses (Walkenhorst/Kopzynski 2013, 44). Weiterhin wird im Anschluss an die Forderungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, 2007) und der WHO (2010) (vgl. a. 2. Zwischenbericht, 15) *Interprofessionalität* in Forschung und Lehre, auch mit Blick auf die Lösung von Problemstellungen der beruflichen Praxis, zu einem zentralen Merkmal des Hochschulprofils und der hochschuldidaktischen Konzeption entwickelt.

Die ausgewählten Beispiele verdeutlichen das Spektrum fach- bzw. berufswissenschaftlicher und (hochschul)didaktischer Begründungszusammenhänge, auf die bei der Konzeption der Studiengänge rekurriert wurde. Dabei kann für die Pflege auf einen breiten fachwissenschaftlichen und fachdidaktischen Diskurs seit den 1970er Jahren für die Lehrerbildung und die Berufsausbildung verwiesen werden (vgl. z.B. Ertl-Schmuck/Fichtmüller 2010; Olbrich 2009), während ein vergleichbarer Diskussionsprozess für die anderen Berufe erst am Anfang steht bzw. noch gar nicht begonnen hat.

In drei der Pflegestudiengänge wurden auf der Grundlage der fachdidaktischen Analysen zusätzliche Kategorieebenen für die innere Strukturierung der Curricula gebildet, die quer zur Semesterebene den Studienverlauf vertikal gliedern und denen die Module bzw. Lerneinheiten zugeordnet werden. Solche Kategorien sind nicht an der Fachsystematik der Bezugswissenschaften, sondern eher an Handlungsstrukturen orientiert und bilden z.T. ähnliche, z.T. unterschiedliche Schwerpunkte (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Unterschiedliche Formen der inneren Strukturierung von Curricula in den Pflegestudiengängen

Studiengang	Strukturierung des Curriculums
Modell X	<ul style="list-style-type: none"> ○ „I. Die individuelle Pflegesituation analysieren, bewerten und gestalten“ ○ „II. Inter- und intradisziplinäre Versorgungsprozesse gestalten“ ○ „III. Pflegesituationen in Institutionen und unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen gestalten (Versorgungssteuerung in ...)“ ○ „IV. Pflege im gesellschaftlichen Kontext gestalten“ ○ „V. Wissens- und Selbstmanagement“.
Modell Y	<ul style="list-style-type: none"> ○ „1. Grundlagen des professionellen Pflegehandelns“ ○ „2. Verantwortung und Steuerung von hoch komplexen Pflegeprozessen“ ○ „3. Verantwortung und Steuerung von Prozessen in Organisationen“
Modell Z	<ul style="list-style-type: none"> ○ „W1/2/3 – Methoden und Instrumente professioneller Pflege / Pflegewissenschaft / Wissenschaftliche Methoden“ ○ „FB – Fachliche Basis“ ○ „MEIPP – Integriertes Praktikum Pflege“ ○ „MSF – Mentoring, Studienmotivation und Fallverstehen“.

Diese Kategorien spiegeln die hochschulinternen Diskussionsprozesse und den sich darin abbildenden fach-/berufswissenschaftlichen/-didaktischen Diskurs wider. Solche Auseinandersetzungsprozesse zur Systematisierung der angestrebten Kompetenzziele und der zu vermittelnden Inhalte bilden langfristig die Basis für eine nachhaltige Konzeption und Etablierung der Studiengänge und eine Konsolidierung des Akademisierungsprozesses in den jeweiligen Berufsfeldern.

8.3.2.2 Studiengangsarchitektur

Alle untersuchten (Modell-)Studiengänge sind formal in Module gegliedert, die jedoch sowohl in sich als auch im Gesamtzusammenhang unterschiedlich strukturiert sind, was zu sehr verschiedenartige Formen der Lehrplanarchitektur führt.

Das Volumen der Module variiert in den Studiengängen in der Regel zwischen 4 und 18 CP. Bei der Modulbildung nimmt beispielsweise ein Studiengang die Tradition eines bereits vor der Bolognareform etablierten Diplomstudiengangs auf und gruppiert, insbesondere im hochschulisch verantworteten Part, Lehrveranstaltungen aus einer oder auch mehreren Fachdisziplinen, z.T. semesterübergreifend zu Modulen, was insgesamt mit einem eher *fach-/wissenssystematischen Aufbau* des Studiums korrespondiert. Auch andere Studiengänge, vorrangig solche der Strukturmodellgruppen B.3 und C bzw. das vergleichend analysierte rein additiv konzipierte Studienprogramm (vgl. 7.3.3.2, S.85), folgen, vor allem für den von Seiten der Hochschule angebotenen Teil des Studiums, stärker dem Prinzip der Fachsystematik. Dieser Ansatz schließt jedoch nicht aus, dass in den so struk-

turierten Modulen Bezüge zu beruflichen Situationen hergestellt werden. Die Module bzw. die so gebündelten Lehrveranstaltungen fokussieren aber jeweils eher einen engeren Ausschnitt einer beruflichen Aufgabenstellung³². In der Untersuchung hinsichtlich der Qualitäts-/Inhaltsdimensionen lassen sich solche Module relativ einfach einer Qualitätsdimension zuordnen und andere Dimensionen werden kaum bzw. eher marginal berührt (vgl. 8.3.3, S.108ff.).

Demgegenüber werden in Studiengängen, die ohne Beteiligung einer Berufsfachschule konzipiert sind bzw. in denen die Lehr-Lernangebote der Berufsfachschulen curricular in das Studienprogramm integriert sind (Modellgruppe A und die Modellgruppen B.1/B.2, vgl. 7.3.3.2, S.85), häufiger Module angeboten, die, v.a. wenn sie ein größeres Volumen haben, *fächerintegrativ* angelegt sind und dem Prinzip der *Situations- und Handlungsorientierung* folgen. Durch diese Form der curricularen Strukturierung der Module erfolgt eine Verknüpfung der Erkenntnisse der jeweiligen Fachdisziplin mit Erkenntnissen der Bezugswissenschaften und wird außerdem eine mehrdimensionale, auf verschiedene Aspekte des beruflichen Handelns gerichtete Auseinandersetzung mit der Modulthematik angeregt. Letztlich soll mit einer integrativen Modulstruktur eine stärkere Berufsorientierung befördert werden. Schwierigkeiten entstehen jedoch für die Mobilität und Flexibilität der Studierenden, da die Studiengänge zu sehr unterschiedlichen inhaltlichen Lösungen kommen.

Die Curricula sind alle weitgehend **linear** konzipiert, d.h. es wird nahezu überall von stabilen Studienkohorten ausgegangen, die das Studienprogramm in einer festen Struktur des Lehrangebots durchlaufen sollen. Dabei werden verschiedene, jeweils in sich stimmige Kombinationen von Inhalten mit unterschiedlichen Volumina und Zeitpunkten gebildet, die in einer bestimmten Reihenfolge aufeinander aufbauen und z.T. im Sinne eines Spiralcurriculums in einem höheren Semester wieder aufgegriffen werden. Vielfach werden die Theorie- und Praxismodule eng aufeinander bezogen und es ist eine Gesamtlieferrichtung für das Studienprogramm erkennbar. Die lineare Curriculumkonzeption führt zu einem Curriculum mit lehrgangsartigem Charakter (vgl. S.155). Damit lässt sich auch in den untersuchten Studiengängen der häufig formulierte Vorwurf der „unheilvollen Verschulung“³³ des Studiums im Zuge des Bolognaprozesses bestätigen, andererseits bietet dieser Ansatz den Studierenden die Möglichkeit einer möglichst gut abgestimmten integrativen Verbindung zwischen wissenschaftlich-theoretischen Erkenntnissen, den daraus abgeleiteten Ansprüchen an die berufliche Praxis, den Erfahrungen der Berufswirklichkeit und der Rückkoppelung dieser Erfahrungen als Anforderungen an die Wissenskonstruktion und die Theorieentwicklung.

Ein **Wahl- bzw. Wahlpflichtangebot** besteht in den höheren Studiensemestern in nahezu allen Studiengängen mit einem Volumen zwischen 5 und 21 CP, lediglich in einem Studiengang treffen die Studierenden überhaupt nicht auf Wahlmöglichkeiten. Zumeist besteht die Wahlmöglichkeit allerdings erst nach erfolgter Berufsprüfung. Im Durchschnitt werden 6% des Gesamtstudienvolumens als Wahlmöglichkeit dargestellt. Ein höheres Volumen im Wahlbereich scheint vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Regelungen durch die

³² z.B. wird im Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement an der FH Münster im Modul „Datenanalyse und Datengewinnung“ ein Seminar „EDV-Tools für Gesundheitsberufe“ angeboten, oder an der KatHO NRW im Studiengang Pflege ein Modul „Sozial- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns“ oder das Modul „Psychologie/Krankheitsbewältigung und Kommunikation“

³³ z.B. Süddeutsche.de, 17. Mai 2010, <http://www.sueddeutsche.de/karriere/bologna-reform-die-bachelorblamage-1.463089> [Zugriff Oktober 2014]

Berufsgesetze bei Studiengängen der Strukturmodelle B.3 und C möglich zu sein, wenn die kooperierenden Berufsfachschulen einen größeren Anteil des Kerns der beruflichen Ausbildung übernehmen und dadurch Freiräume für Wahl(pflicht)angebote der Hochschulen entstehen, so gelangt z. B. ein Studiengang zu Wahlmöglichkeiten im Umfang von 11,6% des Gesamtstudienvolumens. Oftmals enthalten die Wahlangebote Module, die auch von Studierenden anderer Studiengänge des Gesundheits- und Sozialwesens besucht werden. In zwei therapeutischen Studiengängen mit 210 CP, die Wahlangebote in einem etwas größeren Ausmaß von etwa 8% des Gesamtstudienvolumens vorhalten, werden diese für inhaltliche Schwerpunktsetzungen genutzt.

8.3.2.3 Abbildung der Kooperationen auf der curricularem Ebene

Folgende Ergebnisse ergeben sich bei einem Vergleich der gefundenen curricularen Muster mit Blick auf die praktizierten Kooperationsstrukturen der Studiengänge (7.3.3.2, S.85):

Die Studiengänge, die dem *Strukturmodell A* zugeordnet wurden, kooperieren unmittelbar, d.h. ohne eine „dazwischengeschaltete“ Berufsfachschule mit den Praxiseinrichtungen. In der Gruppe dieser Studiengänge wurden für die Praxisausbildung zwei Variationen gefunden: In der Mehrzahl der Studiengänge werden gesonderte Praxismodule ausgewiesen, die in der Regel in einem unmittelbaren inhaltlichen Zusammenhang mit den parallel im gleichen Zeitraum angebotenen Theoriemodulen stehen. Während dabei in den Theoriemodulen häufiger ein Schwerpunkt in einer Qualitätsdimension identifiziert werden kann, muss davon ausgegangen werden, dass die Studierenden in der Praxis häufiger in mehreren Qualitätsdimensionen, insbesondere in der Qualitätsdimension 2 („klinische Kompetenz“) und 3 („Aufbau und Reflexion eines Arbeitsbündnisses“) gefordert sind. Die in der Praxis geforderte Multidimensionalität nimmt dabei in einigen Studiengängen im Verlauf des Studiums zu. In einem Studiengang, der dem Strukturmodell A zugeordnet wird, ist die akkreditierte Praxisausbildung kontinuierlich in die Module integriert.

Die Studiengänge, die den Strukturmodellen B.1-3 und C zugeordnet wurden, kooperieren in jeweils unterschiedlicher Form auch mit Berufsfachschulen. In den Studiengängen der *Modellgruppe B.1* sind die Berufsfachschulen in die Praxisausbildung integriert und an der Lehre in den Theoriemodulen als Lehrbeauftragte beteiligt, so dass hier keine Module ausgemacht werden können, die durch die Berufsfachschulen gestaltet werden. Die akkreditierte Praxisausbildung ist ebenfalls entweder im Sinne von Transferzeiten in die Theoriemodule integriert oder wird, wie in den meisten Studiengängen der Modellgruppe A, modularisiert angeboten und mit den Theoriemodulen gekoppelt.

Im Strukturmodell B.2 wird das Curriculum gemeinsam mit der/den Berufsfachschule(n) entwickelt und die Lehre in den Theoriemodulen aufgeteilt. Dabei können Module unterschieden werden, die ausschließlich von der Hochschule verantwortet und durchgeführt werden, Module, die von der/den Berufsfachschule(n) angeboten werden und Module, die kooperativ gestaltet werden. In dieser Studiengangkonzeption ist zu beobachten, dass in den Modulen der Berufsfachschule(n) insbesondere die Qualitätsdimensionen 2 („klinische Kompetenzen“) und 3 („Aufbau und Reflexion eines Arbeitsbündnisses“) angesprochen werden und nur vereinzelt und dann explizit Aspekte aus der Qualitätsdimension 4 („Förderung von (inter-)professionellem Handeln“). Die hochschulischen Module sind hier stärker multidimensional ausgerichtet und integrieren vor allem an verschiedenen Punkten im Studienverlauf die Qualitätsdimension 1 („Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens“) oder bieten zu dieser Dimension spezifische Module an. Die kooperativen

und die praxisintegrierenden Module sind alle deutlich multidimensional und ohne eine erkennbare Schwerpunktbildung in einer Dimension strukturiert.

Bei den Studiengängen der Modellgruppe B.3, die sich in der hier durchgeführten Untersuchung ausschließlich auf therapeutische Studiengänge bezieht, in denen eine Hochschule mit einer oder zwei Berufsfachschulen kooperiert, lässt sich insbesondere an einer Hochschule feststellen, dass die curriculare Konzeption in großen Teilen eine Arbeitsteilung abbildet: Während die Berufsfachschulen in den von ihnen angebotenen Modulen einen erkennbaren Schwerpunkt in den Qualitätsdimensionen 2 („klinische Kompetenzen“) und 3 („Aufbau und Reflexion eines Arbeitsbündnisses“) bilden, ist das hochschulische Studienprogramm in weiten Teilen stärker auf die Qualitätsdimensionen 1 („Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens“) und 4 („(inter)-professionelles Handeln“) bezogen. Damit liegt die Vermittlung von Kompetenzen in zwei zentralen Qualitätsdimensionen über weite Strecken in der Verantwortung der Berufsfachschulen. In dem dritten Studiengang aus dieser Modellgruppe bildet die Hochschule einen erkennbaren Schwerpunkt in den Qualitätsdimensionen 1 und vor allem 2, während die anderen beiden Qualitätsdimensionen in dem hochschulischen Studienangebot nur am Rande bearbeitet werden.

Im eher ausbildungsbegleitenden Strukturmodell C und im vergleichend untersuchten rein additiven Studiengang ist das die Ausbildung ergänzende Studienprogramm insgesamt multidimensional gestaltet. Im pflegerischen Modellstudiengang werden, auch entsprechend den Kooperationsvereinbarungen zur wechselseitigen Anerkennung von Studien-/Ausbildungsanteilen in der studienbegleitenden Phase Schwerpunkte in den Qualitätsdimensionen 4 und 1 gesetzt, während in der zweiten Studienphase nach Abschluss der Berufsausbildung auch Kompetenzziele und Inhalte der Qualitätsdimensionen 2 und 3 angesprochen werden. Das vergleichend untersuchte additive Studienprogramm zur Hebammenkunde ist multidimensional angelegt und bildet einen in der Relation deutlichen Schwerpunkt in der Qualitätsdimension 1.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hochschulen in allen Studiengängen für die Module in der Qualitätsdimension 1 und überwiegend auch in der Qualitätsdimension 4 zuständig sind, in einigen Studiengängen wird die Lehre in den Qualitätsdimensionen 2 und 3 vornehmlich an die Berufsfachschulen abgegeben. Die z. T. geringere Verknüpfung der Qualitätsdimension 1 mit den anderen Qualitätsdimensionen kann dazu führen, dass die Entwicklung eines hochschulisch geprägten Qualifikationsprofils erschwert wird.

8.3.3 Inhaltliche Profile

Die Ergebnisse der Analyse der Curricula werden im Folgenden für jede Qualitätsdimension studiengangübergreifend zusammengefasst. Da vor allem bei integrativ angelegten Modulen z. T. Schwierigkeiten bestehen, die Module eindeutig den Qualitätsdimensionen zuzuordnen, sind die Ergebnisse eher als Tendenzen zu verstehen.

8.3.3.1 Qualitätsdimension „Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens“

In 10 der 13 untersuchten Studiengänge wird ein spezifisches *Modul „Wissenschaftliches Arbeiten“* zwischen dem 1. und dem 3. Semester mit einem Volumen zwischen 3 und 10 CP ausgewiesen. In den übrigen Studiengängen wird die Vermittlung dieser Kompeten-

zen in forschungs-/wissenschaftsbezogene Module mit 7 bis 11 CP zu einem etwas späteren Zeitpunkt, d.h. im 3./4. bzw. im 5./6. Semester, integriert In einem dieser Studiengänge werden vorbereitend Module zum Kenntnis- und Kompetenzaufbau in Grundlagen der Statistik und der Fachsprache Englisch angeboten.

Module, die ausdrücklich auf Kompetenzerwerb im *Bereich des forschungsbezogenen Arbeitens* ausgerichtet sind, häufig mit einem Schwerpunkt in Evidenzbasierter Praxis, werden in allen Studiengängen vorgehalten und mit einem Studienvolumen zwischen 6 und 18 CP dimensioniert.

Module bzw. Modulanteile, die spezifisch die Auseinandersetzung mit *fach- bzw. professionstheoretischen Grundlagen* in der jeweiligen Gesundheitsprofession anstreben, werden in allen Pflegestudiengängen und in beiden untersuchten hebammenkundlichen Studiengängen (d.h. auch im hochschulischen Teil eines additiv konzipierten Studiengangs) ausgewiesen. Da Prozessorientierung ein zentrales Moment in allen untersuchten Berufsfeldern bildet, wird in sehr vielen Studiengängen und vornehmlich in allen Pflegestudiengängen ein Modul zur *theoretischen Grundlegung des Handlungsprozesses* angeboten. Ergänzt werden die spezifischen fachtheoretischen Module um Module, in denen ein *gesundheitswissenschaftlicher Begründungsrahmen* vermittelt wird. Solche Module existieren 8 Studiengängen und sind über nahezu alle Berufsbilder verteilt.

Aspekte, die sich auf *wissenschaftstheoretische Grundlagen* beziehen, werden in keinem der Bachelorstudiengänge durch ein eigenständiges Modul dargestellt, sondern mehr oder weniger explizit und in unterschiedlichem Umfang entweder in die Module zum forschungsbezogenen Arbeiten oder in die Module zu den fach-/professionstheoretischen Grundlagen integriert.

Die zu Beginn erarbeiteten Kompetenzen zum wissenschaftlichen Arbeiten werden in mehreren Studiengängen darüber hinaus vertiefend im Rahmen von ausgewiesenen Modulen mit einem Volumen zwischen 6 und 15 CP abgerufen, in denen eine *wissenschaftlich begründete Projektarbeit bzw. Fallbearbeitung* gefordert ist. Darüber hinaus wird die mit dieser Qualitätsdimension angestrebte Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens in allen Studiengängen in theorie- und/oder praxisbezogenen Modulen und nicht zuletzt in der Bachelorarbeit eingefordert.

8.3.3.2 Qualitätsdimension „Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau“

Mehrere Studiengänge aus unterschiedlichen Fachgebieten bilden im Kontext dieser Qualitätsdimension Module, die teilweise oder auch nahezu **ausschließlich an der Fachsystematik einer Bezugswissenschaft orientiert** sind. Module, die explizit auf den Erwerb von *biomedizinischem Grundlagenwissen* (insbesondere Anatomie, Physiologie, allgemeine Krankheitslehre und/oder Pharmakologie) ausgerichtet sind, werden in 6 der 13 untersuchten Studiengänge mit einem Volumen zwischen 5 und 20 CP angeboten. Diese Module werden in all den Studiengängen, die mit Berufsfachschulen kooperieren, jeweils durch die Berufsfachschulen vermittelt. Im Bereich der Sozial- und Geisteswissenschaften wird in einem kooperativ angelegten Studiengang im Bereich der Therapieberufe von Seiten der Hochschule eine „Einführung in die Psychologie“ und in einem weiteren, ebenfalls kooperativ ausgerichteten Studiengang im Bereich Pflege in einem höheren Studiensemester nach Abschluss der Berufsausbildung ein Modul zu „Krankheitsbewältigung und Kommunikation“ angeboten. In zwei der drei logopädischen Studiengänge bestehen sei-

tens der Hochschulen fachwissenschaftlich ausgerichtete Lehrangebote mit psychologischem und/oder (psycho-)linguistischem Schwerpunkt zu Studienbeginn und z.T. auch im weiteren Studienverlauf, während diese Inhalte im dritten untersuchten Studiengang in das Lehrangebot der kooperierenden Berufsfachschule integriert sind. Vier der untersuchten Studiengänge integrieren die fachwissenschaftlichen Inhalte der Bezugswissenschaften aus dieser Qualitätsdimension vollständig in die im Folgenden dargestellten handlungs- und/oder situationssystematisch aufgebauten Module und auch in den vorstehend aufgeführten Studiengängen mit fachsystematisch strukturierten Modulen werden daneben auch fächerintegrative Module ausgewiesen. Damit schwankt das Volumen an fachsystematisch strukturierten Modulen in dieser Qualitätsdimension über die Studiengänge zwischen 0 und 40 CP.

Bei den stärker **handlungs- und oder situationsorientiert** strukturierten Modulen können verschiedene Typen unterschieden werden: Zunächst lassen sich für 9 Studiengänge handlungsorientiert ausgerichtete Module identifizieren, in denen die Studierenden explizit gefordert sind, sich mit den jeweiligen *beruflichen (Kern-)Aufgabenstellungen* und den damit verbundenen fachwissenschaftlichen / fachpraktischen Kenntnissen im therapeutischen, pflegerischen, hebammenkundlichen Handlungsprozess auseinanderzusetzen bzw. die Grundlagen des Clinical Reasoning zu erfassen. Ergänzend, z.T. integrativ mit diesen Modulen verbunden, werden in den ersten Semestern in dieser Qualitätsdimension stärker situationsorientiert ausgerichtete Module angeboten, in denen *ausgewählte Organsysteme und mit diesen verbundene Pflegephänomene oder Therapiebedarfe bzw. Störungsbilder und/oder gesundheitsgefährdende Ereignisse* fokussiert werden. Handlungs- bzw. situationsorientierte Lehr-/Lernangebote, die der Vermittlung klinischer Kompetenzen dienen und in die auch fach- und bezugswissenschaftliche Kenntnisse integriert sind, werden im Prinzip in allen Studiengängen in den ersten Studiensemestern (z.T. bis zum 6. Semester) ausgewiesen. Beide Modultypen (solche die auf berufliche Kernaufgaben bzw. auf Organsysteme bezogen sind und solche, die Störungsbilder und Handlungsanlässe thematisieren) umfassen in den untersuchten Studiengängen jeweils zusammengenommen ein Volumen zwischen 23 und 74 CP im fachtheoretischen und/oder fachpraktischen Studium. Bei mit Berufsfachschulen kooperierenden Studiengängen der Strukturmodelle B.3 und C wird der Kompetenzaufbau in diesem Bereich überwiegend oder auch ganz durch die Berufsfachschulen übernommen. In den Studiengängen, in denen das Lehrangebot durch die Hochschulen alleine oder in Kooperation mit Berufsfachschulen integrativ gestaltet wird, umfasst es mit nur geringen Abweichungen ein durchschnittliches Studienvolumen von 40 CP über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg, wobei allerdings nochmals erwähnt werden muss, dass es sich dabei um eine grobe Schätzung handelt, da die hier zugeordneten Module in mehreren Studiengängen größtenteils fach- und aufgabenübergreifend angelegt sind und auch Anteile, die der Qualitätsdimension „Fähigkeiten zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses“ (8.3.3.3, S.111) zuzuordnen sind, integriert werden.

Auf den Aufbau der Fähigkeit zum umfassenden Fallverstehen im professionellen Kontext zielen eher situationsorientiert ausgerichtete Module, die die pflegerische, hebammenkundliche oder therapeutische Unterstützung bestimmter *Zielgruppen mit definierten Symptomen und Symptomkreisen* bzw. *in bestimmten, die Gesundheit beeinflussenden Lebenslagen oder sozialen Situationen* thematisieren und in denen zumeist fachwissenschaftliche und bezugswissenschaftliche Erkenntnisse synthetisiert werden müssen. Hierzu werden in allen Studiengängen, zumeist in den höheren Semestern, Module mit einem

Volumen zwischen 9 und 22 CP (z.T. wiederum integrativ in Verbindung mit anderen Schwerpunkten) angeboten. Diese Module werden in den pflegerischen und hebammenkundlichen Studiengängen in der Regel von Seiten der Hochschulen übernommen. In den mit Berufsfachschulen kooperierenden therapeutischen Studiengängen werden die zielgruppenspezifischen Aspekte des professionellen Handelns demgegenüber im Rahmen des berufsfachschulischen Studienangebots abgebildet.

Neben den Lehr-/Lernangeboten zum prozessorientierten Handeln, die eher auf einen grundlegenden Kompetenzaufbau hin orientiert sind, bieten alle Studiengänge in dieser Qualitätsdimension auch handlungssystematisch strukturierte Module an, die diese Kompetenzen in Richtung auf *Fallmanagement/-steuerung in komplexen, instabilen Handlungssituationen* vertiefen bzw. zu einem *umfassenden Clinical Reasoning* befähigen sollen. Diese Module werden ebenfalls zumeist in den höheren Semestern angeboten und/oder sind gezielt mit den hochschulischen Anteilen der praktischen Ausbildung, z.T. mit dem Charakter des forschenden Lernens verbunden. Abhängig von der Einbindung in das Strukturmodell und den curricularen Aufbau des Studiengangs weisen die Module ein Volumen zwischen 2 und 32 CP auf. Als Durchschnittswert lässt sich ein Volumen von ca. 15 CP ermitteln. In diese Studienangebote sind mit einem unterschiedlich hohen Anteil in allen Studiengängen auch die Hochschulen eingebunden.

8.3.3.3 Qualitätsdimension „Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses“

In nahezu allen Studiengängen werden in dieser Qualitätsdimension Module angeboten, die eher **fach-/wissenssystematisch** strukturiert ein *Grundwissen bzw. Grundfähigkeiten zur sozialen Interaktion* vermitteln und zur (Selbst-)Reflexion von sozialen Konstruktionen in verschiedenen beruflichen Interaktionssituationen anregen sollen. Diese sozialwissenschaftlichen Module werden in zwei Studiengängen einer Hochschule ergänzt durch jeweils ein fachsystematisch strukturiertes Modul zur *ethischen und theologischen Grundlagen* des professionellen Handelns, während alle anderen Studiengänge Aspekte der Ethik eher integrativ vermitteln. Das Volumen der stärker fachsystematisch strukturierten Lehr-/Lernangebote in dieser Qualitätsdimension liegt zwischen 2 und ca. 30 CP. Lediglich bei einem Studiengang lässt sich auch in dieser Qualitätsdimension kein explizit fachsystematisch strukturiertes Modul identifizieren – hier wird das Fachwissen wiederum in handlungs-/situationsorientierten Modulen vermittelt.

Orientiert an beruflichen Handlungen werden – z.T. in enger Verbindung mit den fachsystematisch strukturierten Seminaren – Module vorgesehen, die auf die *Unterstützung v. Klientinnen und Klienten³⁴ in Krankheitserleben u. –bewältigung* und/oder eine *umfassende Gestaltung von Interaktionssituationen* unter Einbeziehung der somatischen, psychischen und sozialen/lebensweltlich-biografischen Ressourcen der zu unterstützenden Person abzielen. In diesen Modulen ist der Zusammenhang zur Qualitätsdimension der klinischen Kompetenzen besonders deutlich gegeben. Des Weiteren werden in 7 Studiengängen mit einem Volumen zwischen 4 und 12 CP Module zum Themenkomplex *Information,*

³⁴ Um eine bessere Lesbarkeit dieser Darstellung zu ermöglichen, wird in allen zusammenfassenden Darstellungen auf neutrale Begriffe wie „Klientin/Klient“ oder zu betreuende Personen zurückgegriffen. Die Autorinnen sind sich dabei durchaus der Tatsache bewusst, dass die jeweiligen Zielgruppen in den verschiedenen beruflichen Handlungsfeldern sehr unterschiedliche Ziel- und Problemstellungen mitbringen.

Anleitung, Schulung, Beratung angeboten, die z.T. eher allgemein und grundlegend aufgebaut, z.T. aber auch anwendungsbezogen z.B. auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet sind. In einem Pflegestudiengang wird hier ergänzend auf die Realisierung von weiteren Betreuungskonzepten eingegangen. Stärker **situationsorientiert** sind in dieser Qualitätsdimension Module angelegt, in denen sich die Studierenden mit der *Interaktion in herausfordernden Situationen* und in diesem Kontext mit dem Umgang mit eigenen und fremden Emotionen und beruflichen Belastungen auseinandersetzen sollen und/oder die auf *Urteilsbildung insbesondere in ethischen Entscheidungssituationen* in der Interaktion mit Klientinnen bzw. Klienten und im anwaltschaftlichen Handeln (in hochbelastenden Lebenssituationen) abzielen.

In 4 Studiengängen werden in dieser Qualitätsdimension Module bzw. Modulanteile mit jeweils 4 CP ausgewiesen, die explizit **persönlichkeitsorientiert** auf die individuelle Entwicklung und Selbstreflexion ausgerichtet sind, in zwei Studiengängen einer Hochschule wird hierzu jeweils ein Modul mit dem *Schwerpunkt Supervision* angeboten (vgl. hierzu auch 9.4.1.2.3 unten, Seite 148). In den anderen Studiengängen sind solche reflexiv-persönlichkeitsbezogenen Studienanteile nicht explizit im Modulhandbuch benannt, sondern werden, wie für die situationsorientiert strukturierten Module beschrieben, in das Lehrangebot integriert bzw. sind teilweise auch abhängig von der individuellen Seminarplanung der Lehrenden.

8.3.3.4 Qualitätsdimension „Förderung von (inter-)professionellem Handeln“

In den Modulen der untersuchten Studiengänge, die vollständig oder in Anteilen dieser Qualitätsdimension zugeordnet werden konnten, ist der **fach-/wissenssystematische** Anteil höher als in den anderen Dimensionen und eine Verknüpfung mit den anderen Qualitätsdimensionen vielfach nicht in dem Maße gegeben, wie das in den beiden vorstehenden Qualitätsdimensionen der Fall war.

Alle Studiengänge bieten mindestens ein Modul an, das auf *das Gesundheitswesen, dessen Strukturen, die Institutionen und die Akteure* bezogen ist und professionelle Arbeit in Institutionen und Systemen, die Analyse der Rahmenbedingungen, der Gesundheitspolitik und der Leistungen thematisiert. Integriert werden hier z.T. die *nationalen / internationalen Entwicklungen der Profession* und die Betrachtung von lebensweltlichen, gesundheits- und sozialpolitischen Strukturen aus der *Nutzerperspektive* (- auch in Verbindung mit Aktivität, Partizipation und Lebensqualität und bezogen auf ausgewählte Fragestellungen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention u. Rehabilitation). Daneben finden sich in 3 Studiengängen ausgewiesene Module zu den rechtlichen Grundlagen des beruflichen Handelns, während juristische Fragestellungen in anderen Studiengängen entweder in die sozial- und gesundheitspolitisch ausgerichteten oder auch in die eher klinisch orientierten Module integriert werden. Auch integrieren einige Studiengänge Aspekte der Erkundung von Versorgungs- und Institutionsstrukturen in die Praxisphasen und bieten praxisorientierte Module in dieser Qualitätsdimension an. Die sozial- und gesundheitspolitisch ausgerichteten Module weisen vor diesem Hintergrund eine erhebliche Spannweite im Volumen zwischen ca. 6 und ca. 40 CP auf.

In 8 Studiengängen werden Module angeboten, in denen die zentralen Aspekte der hier untersuchten Qualitätsdimension stärker **orientiert an Aufgabenstellungen** angesprochen werden, die also Kooperation und Interdisziplinarität, eine berufsbezogene Arbeitsteilung und Konzeptionen sektorenübergreifender Versorgung fokussieren und diese Fra-

gestellung in zwei Studiengängen auch mit Anteilen der praktischen Ausbildung verbinden. Diese Module bzw. Moduleile weisen ein Volumen zwischen 2 und 15 CP auf. Des Weiteren machen 8 Studiengänge Aspekte der *Betriebsführung*, *Betriebsökonomie* und/oder des *Qualitätsmanagements* und der *Qualitätsevaluation zum Gegenstand* und integrieren dabei Aspekte der *Selbständigkeit* bzw. *Existenzgründung* oder der *Sozial- und Organisationspsychologie* bzw. weisen diese in entsprechenden Modulen gesondert aus. Weiterhin bieten ebenfalls 8, zum Teil aber andere Studiengänge, Module zur *Koordination und Steuerung von Arbeitsprozessen in Organisationen* an, in denen z.T. auch Fragen der Personalwirtschaft und Organisationsentwicklung und/oder des Change- und Schnittstellenmanagements angesprochen werden. Damit gehen nahezu alle Studiengänge mit einer Ausnahme mehr oder weniger intensiv auf betriebswirtschaftliche bzw. betriebsorganisatorische Aspekte ein. Dieser Modulkomplex umfasst ein Volumen zwischen 3 und 19 CP und wird in fast allen Studiengängen im Rahmen von theoretischen Modulen der Hochschulen vermittelt.

8.3.3.5 Durchschnittswerte und Schwerpunktsetzungen in den Qualitätsdimensionen - Zusammenfassende Einschätzung

Auf der Basis der zusammenfassenden Analyse der Studienprogramme hinsichtlich der Qualitätsdimensionen können Durchschnittswerte für die einzelnen Qualitätsdimensionen ermittelt werden, die eine Orientierung bei der Entwicklung von Studienprogrammen bieten können (s. auch Abbildung 12):

Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens: Das Volumen der Module, die explizit dem Kompetenzerwerb in dieser Qualitätsdimension gewidmet sind, bewegt sich zwischen 23 und 60 CP und liegt im Durchschnitt bei knapp 40 CP, so dass die Studiengänge ca. 20% des Gesamtvolumens für den Kompetenz- und Kenntniserwerb in dieser Qualitätsdimension ausweisen.

Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau: Das Gesamtvolumen in schwankt in dieser Qualitätsdimension erheblich, so wurden zwischen ca. 60 und 130 CP erfasst, wobei der Durchschnitt bei etwa 80 CP und damit bei knapp der Hälfte des gesamten Studienvolumens liegt. In dieser Dimension besteht eine inhaltliche Nähe zu Kompetenzziele und Lehrinhalten anderer Qualitätsdimensionen, insbesondere zu der „Entwicklung der Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses“, so dass eine trennscharfe Zuordnung der Module und der mit ihnen bezifferten Volumina nicht immer eindeutig möglich ist.

Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses: Insgesamt konnte für diese Qualitätsdimension in den Studiengängen ein Volumen zwischen 2 und 34 CP ermittelt werden. Der Durchschnittswert liegt hier bei ca. 20 CP.

Förderung von (inter-)professionellem Handeln: In dieser Qualitätsdimension werden Module mit einem Gesamtvolumen je Studiengang zwischen 5 und 61 CP angeboten werden. Der Durchschnittswert liegt bei knapp 30 CP.

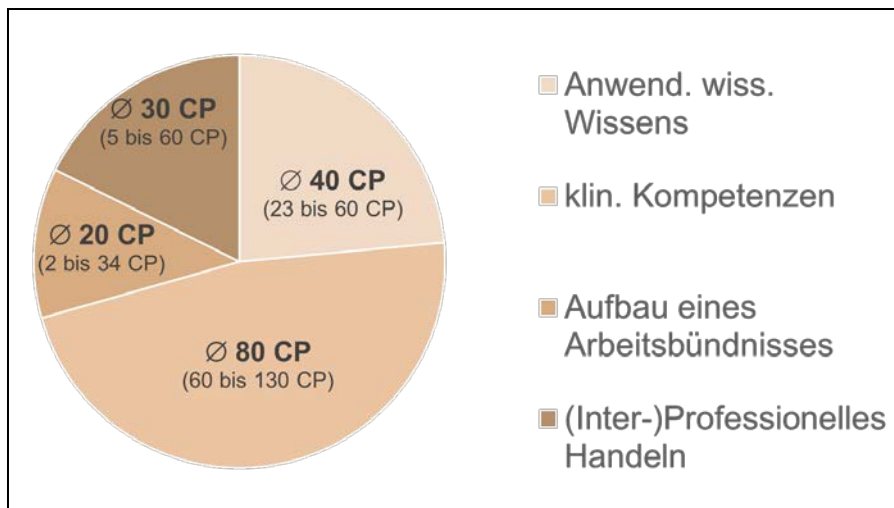


Abbildung 12: Verteilung des Workloads auf die Qualitätsdimensionen

Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in den Qualitätsdimensionen ließen sich weder auf das gewählte Strukturmodell noch auf die jeweilige Fachrichtung (Pflege, Hebammenkunde, therapeutische Gesundheitsfachberufe) zurückführen. Einige Studiengänge weisen in jeder Qualitätsdimension kaum oder nur recht geringe Abweichungen vom Durchschnittsvolumen auf. Hier ist zu vermuten, dass eher eine breite Grundqualifikation über alle vier Dimensionen hinweg angestrebt wird. Andere Studiengänge setzen deutliche Akzente in einer oder zwei Qualitätsdimensionen und vernachlässigen oder marginalisieren andere Qualitätsdimensionen. Dabei ist die Streuung in der Qualitätsdimension 1 „Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens“ am geringsten. Einige Studiengänge bilden in diesem Bereich mit einem intensiven Studienangebot aber auch einen deutlichen Schwerpunkt. Festzustellen ist weiterhin, dass in der Qualitätsdimension 3 („Aufbau eines Arbeitsbündnisses“) keine Schwerpunktsetzung erkennbar ist und im Gegenteil diese Dimension zumindest auf der Modulebene eher unterrepräsentiert ist.

8.3.4 Zusammenfassung

Bei der Bewertung der Ergebnisse der curricularen Analyse sind einige methodische Begrenzungen in Rechnung zu stellen. Datengrundlage bildeten die Modulhandbücher. Die Analyse erfolgte auf der Basis des zu dem Zeitpunkt aktuellen Stands, stellt also eine „Momentaufnahme“ dar. Aufgrund der Komplexität insbesondere von fächerintegrativ gestalteten Modulen wurden zwar die zentralen, aber möglicherweise nicht alle möglichen Bedeutungen der Module erfasst. Die gefundenen Ergebnisse sollten daher mit aller Vorsicht bewertet werden und haben zum Teil eher den Charakter von Hypothesen.

Die Studiengänge gelangen zu sehr unterschiedlichen curricularen Konzeptionen, sowohl was die Strukturbildung als auch was inhaltliche Schwerpunktsetzungen betrifft. Diese Vielfalt hat zur Folge, dass die Studiengänge kaum untereinander vergleichbar sind. Hinsichtlich der strukturbildenden Prinzipien der Curricula wählen einige Hochschulen den eher traditionellen Weg der Orientierung an Disziplinen, über die Hälfte der Studiengänge entwickeln aber auch innovative Konzepte mit stärker fächerintegrativen Modulen, die deutlicher die Entwicklung von umfassender beruflicher Handlungskompetenz und damit eine wesentliche Zielsetzung des Bolognaprozesses („Beschäftigungsfähigkeit“) aufgreifen.

Sofern die Studiengänge bei der Durchführung ihrer Studienangebote mit Berufsfachschulen kooperieren und die Berufsfachschulen primär die Vermittlung der berufsgesetzlich vorgeschriebenen Inhalte übernehmen, kann dies eine Aufgabenteilung zur Folge haben, die es mit sich bringen kann, dass einige professionelle Kernkompetenzen überwiegend von den Berufsfachschulen vermittelt werden, was sich erschwerend auf die Entwicklung eines hochschulischen Profils auswirken kann.

Der mit der Bologna-Reform verknüpfte Vorwurf einer Verschulung der Studiengänge trifft auch auf die Pflege- und Gesundheitsfachberufe zu. So ist festzustellen, dass die Studiengänge vielfach den Charakter von Lehrgängen haben, d. h. dass die Studierenden eine bestimmte Anzahl von definierten Modulen in einer festgelegten Reihenfolge und i.d.R. in einer festen Lerngruppe absolvieren. Diese Form der curricularen Strukturierung birgt die Möglichkeit einer stabilen Orientierung für die Studierenden, ermöglicht die kontinuierliche Unterstützung in der Persönlichkeitsentwicklung und macht Bildungsprozesse systematisch planbar. Auf der anderen Seite haben die Studierenden kaum Freiräume für eine individuelle Gestaltung des Studiums im Sinne hochschulischer Bildung.

Die Analyse der inhaltlichen Profile in Hinblick auf die angestrebten Qualitätsdimensionen des Studiums kam zu dem Ergebnis, dass die Intentionen der Studienangebote über die Zielsetzungen der Berufsausbildung deutlich hinausweisen. Quantitativ verteilen sich die vermittelten Kenntnisse und Kompetenzen durchschnittlich über alle Studiengänge hinweg wie folgt auf die vier Qualitätsdimensionen:

- Anwendung wissenschaftlichen Wissens: Ø 40 CP (Spektrum 23 bis 60 CP)
- Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau: Ø 80 CP (Spektrum 60 bis 130 CP)
- Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses: Ø 20 CP (Spektrum 2 bis 34 CP)
- Förderung von (inter-)professionellem Handeln: Ø 30 CP (Spektrum 5 bis 60 CP)

Bei der Typisierung der Studiengänge anhand von quantitativen Schwerpunktsetzungen können folgende sich zum Teil ergänzende oder überschneidende Profilbildungen ausdifferenziert werden:

- Studiengänge, die eine breite Kompetenzentwicklung in alle vier Qualitätsdimensionen hinein anstreben und eine Profilbildung im Verlauf der Bachelorphase bewusst vermeiden,

sowie Studiengänge mit Fokus

- auf dem wissenschaftlichen Arbeiten,
- auf dem medizinisch-klinischen Bereich,
- auf Persönlichkeitsbildung,
- auf Professionalisierung und sozial- und gesundheitspolitische Positionierung,
- auf systemische Aspekte und managerielle Kompetenzen.

Resümierend ist festzuhalten, dass die Studiengänge sowohl auf der Ebene der curricularen Strukturierung als auch auf der Ebene der inhaltlichen Gestaltung der Module eine große Vielfalt aufweisen. Dadurch sind die Studienangebote kaum vergleichbar, was nicht nur im Hinblick auf die von allen gleichermaßen angestrebten Qualifikationsziele Fragen aufwirft, sondern zudem die Anerkennung von in anderen Studiengängen erworbenen Leistungen und damit die Mobilität der Studierenden erschwert. Darüber hinaus ist zu

konstatieren, dass die Modulbeschreibungen auf der Basis von formal formulierten Lernergebnissen etwa in Anlehnung an den Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse kaum geeignet sind, Transparenz hinsichtlich der Inhalte und Methoden des Lehr-/Lernangebots herzustellen.

9 Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung³⁵

Ingrid Darmann-Finck, Sabine Muths³⁶

Der Untersuchungsschritt zur Analyse der Ansätze in der Theorie-Praxis-Verknüpfung fällt im Evaluationsmodell von Ditton (2009) unter den Strang des Implementierten Curriculums. Dieser Strang hebt auf die Untersuchung der Merkmale der konkret stattfindenden Bildungsprozesse ab. Aus der Vielzahl der im Rahmen der hochschulischen Erstausbildung stattfindenden Bildungsprozesse werden diejenigen fokussiert, die an der Schnittstelle von theoretisch-wissenschaftlicher Ausbildung an der Hochschule und fachpraktischer Ausbildung in der beruflichen Praxis (oder in simulierten Kontexten) angesiedelt sind. Im Mittelpunkt stehen dabei Ansätze des arbeitsbezogenen Lernens. Unter „arbeitsbezogenem Lernen“ versteht Dehnbostel (2007, 45) „betriebliche, außerbetriebliche und schulische Konzepte, Lernformen und Maßnahmen [...], die in ihren Lernprozessen und Lerninhalten von Arbeit und Arbeitsabläufen geleitet sind bzw. auf diesen basieren.“ Diese Schwerpunktsetzung erfolgt deswegen, weil die Studierenden für eine Praxis qualifiziert werden, die derzeit noch nicht oder nur in Ansätzen auf dem Niveau existiert, das mit dem Abschluss der Studiengänge anvisiert wird, so dass zwangsläufig mit Brüchen zwischen den angestrebten Ausbildungszielen und dem praktischen Arbeitsfeld gerechnet werden muss. Außerdem können die Studiengänge zwar auf Erfahrungen in der Gestaltung des theoretischen Studiums in den untersuchten Berufen und den ihnen zuarbeitenden wissenschaftlichen Disziplinen zurückgreifen, nicht aber auf angemessene Konzepte arbeitsbezogenen Lernens für die hochschulische Erstausbildung, mit denen sie z.B. die Anwendung des aktuellen wissenschaftlichen Wissens auf Problemlagen der Patientinnen bzw. Patienten, Klientinnen bzw. Klienten und Schwangeren bzw. Wöchnerinnen und ihren Familien vermitteln können. In den Berufsgesetzen sind gegenwärtig zwischen 1600 Stunden (Physiotherapie) und 3000 Stunden (Hebammen bzw. Entbindungspflege) praktische Ausbildungsanteile vorgesehen. Es fehlen bislang Erkenntnisse darüber, wie diese Zeiten genutzt werden können und anhand welcher Arbeitsaufgaben und Methoden und in welchen lernorganisatorischen Strukturen berufliche Handlungskompetenz auf hochschulischem Niveau gefördert werden kann und welche Mindeststandards ggf. gesetzlich festzulegen wären.

9.1 Theoretischer Rahmen

Der im Folgenden dargestellte Theoretische Rahmen soll dazu beitragen, die Forschungsfragen zu schärfen und dient als sensibilisierendes Konzept für die Analyse der Daten (Kelle/Kluge 2010, 28 ff.). Zugrunde gelegt werden die mit einer hochschulischen Ausbil-

³⁵ In diesen Untersuchungsschritt konnte die RWTH Aachen aufgrund des zeitversetzten Modellbeginns nicht einbezogen werden

³⁶ Wir danken Julia Kamphus und Anita Rölle für ihre engagierte Unterstützung bei der Erarbeitung dieses Kapitels.

derung verbundenen Intentionen (9.1.1), theoretische Hintergründe arbeitsbezogenen Lernens (9.1.2, S.118) sowie Modelle arbeitsbezogenen Lernens (9.1.3, S.119).

9.1.1 Ziele der hochschulischen Ausbildung

Im Rahmen der strukturellen und inhaltlichen Evaluation der Modellstudiengänge wurden aus der Analyse des Status quo Berichts sowie durch Verwendung zusätzlicher theoretischer Heuristiken, die das professionelle Handeln in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit konzeptualisieren helfen, „Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge der Pflege, der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und des Hebammenwesens“ gewonnen. Folgende Qualitätsdimensionen wurden begründet (vgl. Kapitel 3, S.17):

- Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand
- Vermittlung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau
- Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses
- Förderung von Kooperation und Interprofessionalität

Diese mit den Modellstudiengängen abgestimmten Qualitätsdimensionen können auch als Grundlage für die Untersuchung der von den Studiengängen realisierten Modelle arbeitsbezogenen Lernens herangezogen werden.

9.1.2 Theoretische Hintergründe arbeitsbezogenen Lernens

Auf der Basis professions- (Oevermann 1996) und erkenntnistheoretischer (Neuweg 1999) Vorannahmen können folgende Anforderungen an den Erwerb der Fähigkeit praktischen Könnens gestellt werden:

- Praktisches Können erlernen die Studierenden, indem sie tun, was sie lernen sollen, nämlich in komplexen Situationen gemeinsam mit Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten und angepasst ab deren individueller Situation Problemlösungen entwickeln (Neuweg 2000, 210). Das **Lernen in der realen Praxis mit realen Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten** ist damit unabdingbar und nicht durch andere Lernangebote zu ersetzen.
- Neben einer komplexen Aufgabe wird Könnerschaft durch **die Beobachtung von und Interaktion mit Könnern**, die bereits über die Fähigkeit verfügen, erworben (Neuweg 1999, 232 ff.). Unter Bezug auf die Theorie des impliziten Wissens wird die dafür erforderliche Beziehungsstruktur im Lehrlings-Meister-Verhältnis gesehen, für das ein Vertrauen in die Expertise des Meisters/der Meisterin kennzeichnend ist (ebd., 378ff.). Durch Beobachten und Einfühlen in die impliziten Operationen des/der Könners/Könnlerin erwirbt die/der Lernende implizit implizites Wissen. Im Unterschied zur Theorie des impliziten Wissens wird im Rahmen des Experten-kulturansatzes angenommen, dass Lernende durch **Teilhabe an identitätsstiftenden Teilkulturen** spezifische Formen der Wahrnehmung, Werte, Meinungen, Rollenerwartungen und Beziehungsstrukturen übernehmen (Zimmermann 1996, 49). Lernende werden Mitglied in einer Expertenkultur, indem die Kolleginnen und Kollegen die Lernenden kontrafaktisch als gleichberechtigte Teammitglieder anerkennen.

- Da die Prozesse des Aufbaus einer Beziehung zu Klientinnen und Klienten bzw. eines Arbeitsbündnisses, des Sinnverstehens und der gemeinsame Entwicklung von Lösungen größtenteils implizit erfolgen, sind sie in besonderem Maße fehleranfällig. Die klinische Kompetenz des/der Professionellen, im Sinne eines reflektierenden Praktikers, ist daher stets mit der Fähigkeit zur Reflexion zu verknüpfen. Schön (1983, 21ff.) bezeichnet die Reflexion, die bereits während der Handlung einsetzt, als „reflection-in-action“. Diese Form der Reflexion ist entscheidend, um routinemäßiges Handeln, das an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten vorbeigeht, oder auch ein Handeln, das die aktuelle externe Evidenz nicht zur Kenntnis nimmt, zu vermeiden. Auch muss diese Form der Reflexion nicht sprachgebunden sein. Um „reflection-in-action“ zu erlernen, sind Formen der „reflection-on-action“ (der „Reflexion über die Handlung“) bedeutsam (Schön 1983, 278). Letztere findet außerhalb des Handlungsprozesses, also retrospektiv, oder auch in einer Handlungspause statt. Das zugrunde liegende Wissen wird expliziert und analysiert und im Anschluss erneut in die Situationsdeutung eingebracht (Neuweg 1999, 351ff.). Indem Lernen im Wechselspiel von Handeln und Reflexion angelegt wird, erhalten die Lernenden eine immer elaboriertere Sicht auf das Ganze. Durch systematisch und kontinuierlich durchgeführte **Lernangebote zur Reflexion** von Versorgungssituationen kann außerdem die Fähigkeit und Bereitschaft zur Reflexion in der Handlung gefördert und gesteigert werden. Solche Reflexionsangebote können sowohl arbeitsplatznah als auch im Kontext der Hochschule angesiedelt werden. Eine Differenzierung unterschiedlicher lernorganisatorischer Kontexte und ihrer jeweiligen Lernpotenziale nimmt Dehnbostel (2007) mit der Unterscheidung verschiedener Modelle arbeitsbezogenen Lernens vor.

9.1.3 Modelle arbeitsbezogenen Lernens

Die Lernorte Schule/Hochschule und Betrieb übernehmen in dem Dreischritt Handeln – Lernen (Reflexion und Abstraktion) – Handeln (Reetz/Seyd 2006, 238) unterschiedliche Aufgaben. Während der Fokus der Hochschule im Allgemeinen stärker auf Reflexion und Abstraktion liegt, hat in der beruflichen Praxis das Handeln einen höheren Stellenwert. Genauer wird dieser Zusammenhang von Dehnbostel (2007, 44ff.) untersucht; demzufolge lassen sich je nach Ausprägung des Verhältnisses von Lernen und Arbeiten bzw. Lernort und Arbeitsort drei Varianten arbeitsbezogenen Lernens voneinander abheben, nämlich:

- Das *arbeitsgebundene Lernen*, bei dem Arbeits- und Lernort identisch sind und der Lernprozess unmittelbar in den Arbeitsprozess integriert ist.
- Das *arbeitsverbundene Lernen*, bei dem Arbeits- und Lernort zwar getrennt sind, sich aber in unmittelbarer räumlicher Nähe befinden, wie z.B. bei auf den Lernprozess hin orientierte Fallbesprechungen in einer Versorgungseinrichtung
- Und letztlich das *arbeitsorientierte Lernen*, in dem Arbeitsabläufe zu Lernzwecken simuliert werden und das damit stets in ihrer Komplexität reduzierte Realitäten betrifft.

In den verschiedenen lernorganisatorischen Kontexten sind die Operationen des Reflektierens und Lernens einerseits und des Handelns andererseits jeweils unterschiedlich ausgeprägt. Während z.B. beim arbeitsgebundenen Lernen vor allem „Reflexion in der Handlung“ zum Tragen kommt und das Handeln im Zentrum steht, sind das arbeitsverbundene und insbesondere das arbeitsorientierte Lernen ausgezeichnet geeignet, um

unmittelbar in Folge einer Handlung handlungsentlastet darüber zu reflektieren („Reflexion über die Handlung“), was nicht heißt, dass dies nicht auch in kurzen Handlungspausen des arbeitsgebundenen Lernens möglich ist (Schön 1983).

9.1.3.1 Arbeitsgebundenes Lernen

Dem arbeitsgebundenen Lernen können das „Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess“ sowie das „Lernen durch Instruktion und systematische Unterweisung am Arbeitsplatz“ zugeordnet werden.

Das **Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess** ist gekennzeichnet durch ganzheitliche authentische Anforderungen. Im realen Arbeitsprozess ergeben sich immer wieder neue komplexe, nicht vorhersehbare Konstellationen, anhand derer die Lernenden umfassende Erfahrungen machen können, – Erfahrungen, die in keiner anderen Lernumgebung in dieser Komplexität simuliert werden können. Das Lernen erfolgt größtenteils informell, d.h. über Erfahrungen, die im Rahmen praktischer Arbeit im realen Vollzug gemacht werden. Es ergibt sich aus den Arbeits- und Handlungserfordernissen und ist nicht oder nur zum Teil institutionell organisiert. Die im realen Arbeitsprozess zur Anwendung kommenden Methoden lassen sich nach dem Grad der Selbststeuerung sowie nach der Komplexität der Arbeitserfahrung differenzieren (Rauner 1999). Weniger selbstgesteuert ist etwa das Lernen durch Imitation und Vor- und Nachmachen (wobei damit nicht das geplante Lernangebot gemeint ist), stärker selbstgesteuert ist die weitgehend selbstgesteuerte Übernahme von Aufgaben (Schelten 1991, 151). Von *Arbeits- und Lernaufgaben* spricht Dehnbostel (2007) unter Bezug auf Rauner (1995) dann, „wenn der enge Zusammenhang zwischen Arbeiten und Lernen betont werden soll, und wenn Arbeitsaufgaben didaktisch in Lernaufgaben transferiert werden, ohne dass sich dabei die Qualität der Arbeitsaufgaben und der damit gegebenen konkreten Arbeitsinhalte verflüchtigt“ (Rauner 1995, 352; zit. n. Dehnbostel 2007, 59). Dieser Aufgabentypus ist von dem ähnlichen Konzept der Lern- und Arbeitsaufgaben bzw. Lernaufgaben zu unterscheiden, das als Form des arbeitsverbundenen Lernens seitens der Bildungseinrichtungen initiiert und begleitet wird (vgl. 9.4.1.2.1, unten, 139). In Arbeits- und Lernaufgaben sind real gegebene Arbeitsaufgaben zu bewältigen, in denen ganzheitliche Arbeitsvollzüge und neben fachlichen auch soziale und personale Kompetenzen gefordert sind (Dehnbostel 2007, 60).

Hinsichtlich der Komplexität der Arbeitserfahrungen lassen sich der ersten Stufe berufsorientierende Arbeitsaufgaben, der maximalen Stufe nicht vorhersehbare Arbeitsaufgaben zuordnen (Rauner 1999). Neben den Arbeitsaufgaben sind die sozialen Kontexte für das Lernen im realen Arbeitsprozess charakteristisch (Expertenkulturansatz, s. S.118).

Grundsätzlich weist das Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess erhebliche Lernpotenziale auf. Dabei ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass der Lerneffekt stets von der Qualität der Arbeitsumgebung abhängig ist. Kriterien für lern- und kompetenzförderliche Arbeit sind in Tabelle 14 zusammengestellt (Dehnbostel 2007, 69):

Tabelle 14: Kriterien lern- und kompetenzförderlicher Arbeit (Dehnbostel 2007, 69)

Dimensionen	Kurzcharakteristik
Vollständige Handlung/Projektorientierung	Aufgaben mit möglichst vielen zusammenhängenden Einzelhandlungen im Sinne der vollständigen Handlung und der Projektmethode
Handlungsspielraum	Freiheit- und Entscheidungsgrade in der Arbeit, d.h. unterschiedliche Möglichkeiten, kompetent zu handeln (selbstgesteuertes Arbeiten)
Problem-, Komplexitätserfahrung	Ist abhängig vom Umfang und der Vielschichtigkeit der Arbeit, vom Grad der Unbestimmtheit und Vernetzung
Soziale Unterstützung/ Kollektivität	Kommunikation, Anregungen, Hilfestellungen mit und durch Kollegen und Vorgesetzte; Gemeinschaftlichkeit
Individuelle Entwicklung	Aufgaben sollen dem Entwicklungsstand des Einzelnen entsprechen, d.h. sie dürfen ihn nicht unter- oder überfordern
Entwicklung von Professionalität	Verbesserung der beruflichen Handlungsfähigkeit durch Erarbeitung erfolgreicher Handlungsstrategien im Verlauf der Expertiseentwicklung (Entwicklung vom Novizen bis zum Experten)
Reflexivität	Möglichkeiten der strukturellen und Selbstreflexivität

Nicht jeder Arbeitsplatz weist diese Merkmale auf. Arbeitsorte müssen daher unter Berücksichtigung der o.g. Kriterien als Lernorte zunächst erschlossen werden.

Beim **Lernen durch Instruktion und systematische Unterweisung am Arbeitsplatz** stehen stärker formelle Lernprozesse im Mittelpunkt. Auch wenn systematische Unterweisungen nicht dem aktuell vorherrschenden lehr-lerntheoretischen Ansatz entsprechen, wonach dem selbstgesteuerten und selbstbestimmten Lernen in symmetrischen sozialen Kontexten der Vorzug zu geben ist, hat dieses Modell arbeitsgebundenen Lernens aber insbesondere in der Ausbildung von Novizinnen und Novizen eine hohe Relevanz. In diesem Modell haben die Praxisanleitungen eine zentrale und stark steuernde Rolle, von der Auswahl der Arbeitsaufgaben über die Planung der Arbeitsorganisation sowie der Arbeitsabläufe, die Anweisung der Lernenden, die Kontrolle des Arbeitsfortschritts bis hin zur Bewertung des Arbeitsergebnisses (Dehnbostel 2007, 47). Das Modell wird vor allem mit dem Erwerb von eher technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Grundbildung in Verbindung gebracht, nicht mit dem Erwerb von umfassender Handlungskompetenz (Schelten 1991, 150). In moderneren Konzepten arbeitsorientierten Lernens, und dies dürfte insbesondere für eine hochschulische Erstausbildung gelten, treten an die Stelle der Instruktion und systematischen Unterweisung die Begleitung und Beratung von Lernenden durch berufliche Expertinnen und Experten, Anleiterinnen und Anleiter oder Peers. Das Modell weist dann fließende Übergänge zum Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess auf.

9.1.3.2 Arbeitsverbundenes Lernen

Bei diesem Modell arbeitsbezogenen Lernens werden informelles und formelles Lernen systematisch verbunden, indem arbeitsplatznahe Lernangebote bereitgestellt werden. Diese können von Arbeits- und Lernaufgaben bis hin zu Lernstationen und Qualitätszirkeln mit einer eigenen räumlichen und materiellen Infrastruktur reichen (Dehnbostel 2007, 47). Durch die Integration von informellem und formellem Lernen können sowohl die systematische Planung und Durchführung von Handlungen als auch Reflexionsprozesse angebahnt werden.

Ebenfalls dem arbeitsverbundenem Lernen lässt sich das „Lernen durch Hospitation und betriebliche Erkundungen“ zuordnen. Mit dieser Form arbeitsbezogenen Lernens wird primär die Gewinnung eines Ein- und Überblicks über das Berufsfeld angestrebt, z. T. sollen auch Erfahrungen gemacht oder Theoriewissen vertieft werden (Dehnbostel 2007, 48). Durch das Kennenlernen verschiedener Einrichtungen können die Lernenden etwa Methoden und Organisationsformen vergleichen.

9.1.3.3 Arbeitsorientiertes Lernen

Bei der Simulation von Arbeitsprozessen werden möglichst realitätsnahe Lernsituationen entwickelt, die die Aneignung komplexer Qualifikationen und Erfahrungen sowie deren Reflexion ermöglichen sollen. Zwar haben Simulationen den Nachteil, die Realität nie komplett abbilden zu können, sie können aber im Unterschied zum realen Arbeitsprozess gezielter an den Entwicklungsstand der Lernenden angepasst werden, indem z.B. Komplexität gezielt reduziert oder gesteigert wird. Für die Ausbildung in den Pflege- und Gesundheitsberufen eignen sich Simulationen auch deswegen besonders, weil sie handlungsentlastetes Lernen ohne Nachteile für die Klientinnen und Klienten ermöglichen. Ein Problem von Simulationen besteht darin, dass medial vermittelten Erfahrungen, z.B. durch Puppen oder neue Medien, eine objektivierende Haltung gegenüber den zu unterstützenden Personen begünstigen und die sinnlich-leiblichen Dimensionen des Handelns nicht oder nur bedingt erfahren und reflektiert werden können.

9.1.4 Zusammenfassung

Um das im Kontext der gewerblich-technischen Berufe entwickelte Modell von Dehnbostel auf die Pflege- und Gesundheitsfachberufe übertragen zu können, werden im vorliegenden Bericht unter Berücksichtigung der Ziele hochschulischer Ausbildung (oben, 9.1.1, 118) sowie didaktischer bzw. lehr-lerntheoretischer Gesichtspunkte (oben, 9.1.2, S.118) einige definitorische Anpassungen vorgenommen. Die in den Studiengängen entwickelten Modelle arbeitsbezogenen Lernens werden den folgenden drei Kategorien zugeordnet:

Für das **arbeitsgebundene Lernen** bleibt die Einheit von Arbeits- und Lernort, d.h. der reale Arbeitsprozess mit authentischen Patientinnen und Patienten bzw. Schwangeren/Wöchnerinnen und ihren Angehörigen im systemischen Kontext einer Versorgungseinrichtung kennzeichnend. In den untersuchten Berufen kann davon ausgegangen werden, dass zwischen dem Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess und dem Lernen durch Instruktion und systematische Unterweisung am Arbeitsplatz etwa durch das Konzept der „situativen Anleitung“ fließende Übergänge bestehen. Für Lernorte, in denen eine hochschulische Erstausbildung stattfinden soll, sind außerdem die für die berufliche Bildung entwickelten Kriterien lern- und kompetenzförderlicher Arbeit noch nicht

ausreichend. Mit Blick auf die in 9.1.1 dargestellten Ziele der hochschulischen Ausbildung sind etwa die in

Tabelle 15 aufgeführten Kriterien zu ergänzen (s. auch Darmann-Finck 2014b):

Tabelle 15: Zusätzliche Kriterien für eine lern- und kompetenzförderliche Arbeit im Rahmen hochschulischer Ausbildungen

Dimensionen	Kurzcharakteristik
Wissensbasierte Praxis	Das berufliche Handeln orientiert sich am aktuellen wissenschaftlichen Stand. Die in der Praxis tätigen Kolleginnen und Kollegen verfügen über Fähigkeiten zum wissensbasierten Handeln. In der Praxis ist die Infrastruktur zur Recherche nach dem besten aktuell verfügbaren Wissen gegeben. Es besteht eine Kultur der Offenheit gegenüber neuen Erkenntnissen.
Umfassende Verantwortung für eine zu unterstützende Person bzw. eine Gruppe	In der Pflege: es sind Pflegeorganisationsstrukturen gegeben, die die Verantwortung für die zu Pflegenden dezentral organisieren. Zudem sind ausreichend Zeitressourcen vorhanden, so dass die Lernenden sich auf diese Aufgabe konzentrieren und die Prozesse reflektieren können.
Kooperation und Interprofessionalität	Konzepte der kollegialen Zusammenarbeit in der Berufsgruppe und zwischen den Berufsgruppen sind implementiert

Um den Arbeitsplatz tatsächlich als Lernort im Sinne hochschulischer Erstausbildung nutzen zu können, ist es unabdingbar, entsprechende Strukturen zu etablieren.

Das **arbeitsverbundene Lernen** kann im Unterschied zu Dehnbostels Konzeption sowohl in unmittelbarer räumlicher Nähe des Arbeitsortes als auch z. B. in der Hochschule stattfinden. Charakteristisch für diese Form des arbeitsverbundenen Lernens ist die real erlebte berufliche Situation, die durch Lehr-/Lernangebote einer Reflexion im Hinblick auf unterschiedliche Aspekte unterzogen wird. Vor dem Hintergrund der in 9.1.1 (S. 118) dargestellten Qualitätsdimensionen lassen sich die Reflexionsangebote danach unterscheiden, auf welche der Qualitätsdimensionen sie sich primär beziehen.

Im Unterschied zu den beiden anderen Modellen arbeitsorientierten Lernens bezieht sich das **arbeitsorientierte Lernen** nicht auf reale Arbeitsprozesse und reale Patientinnen bzw. Patienten, sondern auf Simulationen. Diese finden in der Regel in extra dafür eingerichteten Räumlichkeiten (z.B. im Skills-Lab) statt.

9.2 Fazit und Forschungsfragen

Folgende Forschungsfragen lassen sich hinsichtlich der Untersuchung der von den Studiengängen realisierten Ansätze arbeitsbezogenen Lernens ableiten:

- **Deskription:** Welche Ansätze arbeitsbezogenen Lernens werden von den Studiengängen praktiziert bzw. welchen Ansätzen begegnen die Studierenden? Welche Zielsetzungen sind damit verbunden? Welche Wirkungen können festgestellt werden? Welche Herausforderungen und Schwierigkeiten sind mit dem Ansatz verknüpft? Welche Ressourcen und Strukturen sind jeweils erforderlich?
- **Modellübergreifende Analyse und Bewertung:** Welche Merkmale hochschulischen Lernens weisen die Ansätze auf? Welche Ziele lassen sich systematisieren? Welche Wirkungen lassen sich modellübergreifend feststellen? Welche Schwierigkeiten lassen sich modellübergreifend feststellen?
- **Schlussfolgerungen:** Welche strukturellen und inhaltlichen Empfehlungen resultieren aus diesen Ergebnissen? Welche Rahmenbedingungen müssen für die Realisierung arbeitsbezogenen Lernen geschaffen werden?

9.3 Methoden

Der Forschungsprozess erfolgte in zwei Schritten. Im ersten Schritt wurden insgesamt elf Experten-Fokusgruppen durchgeführt³⁷, die nach dem Prinzip der maximalen strukturellen Variation multiperspektivisch zusammengesetzt waren mit Vertreterinnen und Vertretern der kooperierenden Betriebe (Personen, die die Ausbildung in der betrieblichen Praxis vertreten wie auch Personen aus dem Management bzw. der Geschäftsführung), Vertreterinnen und Vertreter der Hochschule, der Studierenden und je nach Strukturmodell des Studiengangs auch Lehrende und Schulleitungen aus den kooperierenden Berufsfachschulen (Bogner/Leuthold 2005; Kleining 1995, Meuser/Nagel 2005). Mit diesem Schritt wurden *Intentionen und Erwartungen* (Input bzw. Strukturqualität) und *Erfahrungen mit den initiierten Lehr-/Lernprozessen im Praxis-Theorie-Praxis-Transfer* (Prozessqualität) sowie *beobachtete Wirkungen und Ergebnisse* (Outcome bzw. Ergebnisqualität) und darüber das gesamte Spektrum der von den Studiengängen realisierten und geplanten Ansätze arbeitsbezogenen Lernens erfasst und systematisiert. Im zweiten Schritt wurden aus den identifizierten Ansätzen mit Blick auf eine möglichst hohe Variationsbreite der Angebote – sowohl hinsichtlich der Berufe als auch der Ansätze arbeitsbezogenen Lernens – exemplarisch sechs Ansätze für eine vertiefende Untersuchung ausgewählt. Für jeden dieser Ansätze wurde zunächst auf der Grundlage der in den Experten-Fokusgruppen gewonnenen Daten eine an den Untersuchungsfragen orientierte Beschreibung angefertigt, die an die Studiengänge zurückgemeldet wurde. Im Anschluss wurden zu jedem der Ansätze zusätzliche Erhebungen, etwa Expertenfokusgruppen, Experteninterviews (Meuser/Nagel 2005; Witzel 2000), Dokumentenanalysen (Marotzki 2012, 78) sowie offene, nicht-teilnehmende Beobachtungen (Scheffer 2002, 359f) durchgeführt.

³⁷ Im Studiengang TGM an der FH Münster wurden zwei Diskussionsrunden (Fachrichtung Physiotherapie und Fachrichtung Logopädie) an zwei aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt.

In beiden Schritten wurden die erhobenen Daten inhaltsanalytisch nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) mit Hilfe von MAXqda10 sowohl studien-gangspezifisch als auch synthetisierend ausgewertet. Die Untersuchungskategorien wur-den einerseits aus dem vorgestellten theoretischen Bezugsrahmen (Kapitel 9.1, S.117ff) und andererseits aus den Untersuchungsfragen abgeleitet.

Bei der Untersuchung wurden die forschungsethischen Grundsätze der „informierten Zu-stimmung“ und des Datenschutzes berücksichtigt (Schnell/Heinritz 2006):

Informierte Zustimmung: Die Ansprechpersonen der Studiengänge wurden über Ziel und Methode der Datenerhebung umfassend informiert und leiteten diese Informationen mit dem Anliegen der Gewinnung von Probandinnen bzw Probanden an geeignete Perso-nen weiter. Ihnen wurde eine feste Ansprechpartnerin genannt und sie hatten ausreichend Zeit, um sich eine Meinung bezüglich ihrer Teilnahme an der Studie bilden zu können. Zu Beginn der Erhebung erfolgten Erläuterungen zur schriftlichen Einwilligungserklärung. Die Unterschrift der Teilnehmenden wurde erst nach der Durchführung der Erhebung einge-holt, um den Beteiligten die Gelegenheit zu geben, erst nach genauer Kenntnis des Ab-laufs und des Gesagten die Verwertung der Daten freizugeben. Die gegenseitige Einwilli-gungserklärung wurde sowohl von der Projektleiterin des Evaluationsteams als auch von den Teilnehmenden und beiden Parteien ausgehändigt (Formular s. Anhang).

Datenschutz: Die transkribierten Daten wurden anonymisiert. Die Audiodatei und die personenbezogenen Daten werden nur auf sicheren einzelnen Datenträgern und nicht in Netzwerken verwahrt und werden mit Fertigstellung des Abschlussberichts (voraussicht-lich 31. Dezember 2014) unwiederbringlich gelöscht bzw. überschrieben. Hierfür wird die frei verfügbare Software „ERASER“ genutzt.

9.4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zunächst Teil die Untersuchungsergebnisse bezogen auf die verschiedenen Ansätze arbeitsbezogenen Lernens dargestellt (9.4.1). Im zweiten Teil erfolgt eine modellübergreifende Analyse und Bewertung der Ansätze (9.4.2, unten, S.156).

9.4.1 Deskriptive Ergebnisse

Tabelle 16, unten, S. 126, gibt einen Überblick über das Spektrum der Ansätze arbeitsbe-zogenen Lernens, das im Rahmen der Experten-Fokusgruppen im Angebot der Studien-gänge ermittelt wurde. Aufgrund des qualitativen Vorgehens wird damit nicht der An-spruch auf Vollständigkeit erhoben.

Aus dem so ermittelten und geordneten Spektrum wurden sechs Lehr-/Lernarrangements bzw. Ansätze arbeitsbezogenen Lernens ausgewählt (in Tabelle 16 jeweils durch Fett-druck hervorgehoben), die zum ersten die ermittelte Variationsbreite aufnehmen, die zum zweiten erkennbar als wirkungsvoll und nachhaltig erfahren bzw. beschrieben wurden und für die drittens ein hohes Potenzial für hochschulische Professionalisierungsprozesse identifiziert werden konnte. Die ausgewählten Arrangements werden im Verlauf der nach-folgenden Deskription jeweils hinsichtlich der hinterlegten theoretischen Annahmen, der konkreten Konzeption am jeweiligen Standort und der beobachteten Wirkungen kurz

Tabelle 16: Übersicht über die in der Untersuchung identifizierten Lehr-/Lernangebote

Kategorie arbeitsbezogenen Lernens		Im Rahmen der Untersuchung beobachtetes Lehr-/Lernarrangement (die vertiefend untersuchten Angebote sind hervorgehoben)
arbeitsgebundenes Lernen	(1) Lern- und kompetenzförderliches Arbeiten im Rahmen von Arbeitsprozessen	<i>Einbindung in reale (berufliche) Arbeitsprozesse</i>
		<i>Lernen d. Beobachtung von Expertinnen und Experten</i>
		<i>Vision: hochschulisch ausgerichtete Arbeitsangebote der Betriebe ("Traineeprogramme")</i>
		<i>Anleitung/Unterweisung</i>
		<i>Arbeits- und Lernaufgaben, Lernkataloge, Logbuch/Pflichtenheft</i>
		<i>Praxisanleiterqualifikation d. Hochschule</i>
		<i>Vision: Schaffung von räumlichen, materiellen Ressourcen für Lernprozesse in den Gesundheitseinrichtungen</i>
		Lehr- und Forschungsambulanz
		<i>Praxis-/Therapiesupervision</i>
		Mentee-Mentoren-Lehrer-Konzept
<i>"Bed-Side-Teaching"</i>		
<i>Lernen im Tandem/Peer-Tutorien</i>		
arbeitsverbundenes Lernen	(2) Lernen durch Integration von informellem und formellem Lernen / Lernen durch nachträgliche Reflexion von Arbeitsprozessen (auch Lernen durch Hospitation/Erkundungen)	<i>Gestaltung eines betrieblichen Schulungsforums durch Praxisanleitung</i>
		<i>Praxis-/Lernprozessbegleitung / CPE (Clinical Performance Exercise)</i>
		Transferaufgaben
		<i>Lern- und Arbeitsaufgaben</i>
		<i>Portfolio</i>
		<i>Lernberatung / Lernbedarfsanalysen</i>
		Praxisprojekt
		<i>Projekt: von Schwangeren lernen</i>
		<i>Hospitationsprojekt zu innovativen Arbeitsfeldern</i>
		<i>Praxisreflexion</i>
<i>Intervision/kollegiale Beratung / Fallmanagement</i>		
(Ausbildungs-)Supervision		
arbeitsorientiertes Lernen	(3) Lernen durch Simulationen und in die Lehre integrierten Praxisphasen	Skills-Lab
		<i>Simulationen / Rollenspiele</i>
		<i>Einbindung von Praxisexpertinnen und -experten in die Lehre</i>

charakterisiert. Die erfahrenen Schwierigkeiten und Herausforderungen und die zu bildenden Strukturen bzw. einzusetzenden Ressourcen, die im Rahmen der Studie mit erfasst wurden, fließen in diesem Bericht in die modellübergreifende Analyse (9.4.2, S.156ff) und in die daraus abgeleiteten Empfehlungen, die diesem Bericht vorangestellt wurden (Seite Xff). Zwei der tiefergehend untersuchten Ansätze lassen sich dem arbeitsgebundenen (9.4.1.1, S.127ff.), drei dem arbeitsverbundenem (9.4.1.2, S.138) und eines dem arbeitsorientiertem Lernen (9.4.1.3, S.152) zuordnen.

9.4.1.1 Modelle arbeitsgebundenen Lernens

Insgesamt stellt das arbeitsgebundene Lernen in den zur Diskussion stehenden Berufen das quantitativ am stärksten genutzte Konzept arbeitsbezogenen Lernens dar. Das Lernen erfolgt durch Einbindung in reale Arbeitsprozesse, Beobachtung von Expertinnen und Experten und systematische Unterweisungen. Die Lernpotenziale dieser Angebote lassen sich anhand der realisierten Merkmale lern- und kompetenzförderlicher Arbeit ermitteln. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse hinsichtlich der Realisierung der Merkmale lern- und kompetenzförderlicher Arbeit untersucht und im Anschluss die Ergebnisse aus der tiefergehenden Analyse zweier Modelle arbeitsgebundenen Lernens dargestellt. Ausgewählt wurden hierfür die Lehr- und Forschungsambulanz (LuFA) der Hochschule für Gesundheit, Studiengang Logopädie (9.4.1.1.2, S. 130ff) und das Mentee-Mentoren-Lehrer-System (MML) im Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement, Fachrichtung Physiotherapie an der FH Münster (9.4.1.1.3, S. 134ff).

9.4.1.1.1 *Realisierte Merkmale lern- und kompetenzförderlicher Arbeit bei Praxiseinsätzen*

An lern- und kompetenzförderlichen Merkmalen der Arbeitsumgebung heben die Studierenden vor allem die Möglichkeit hervor, selbständig Aufgaben im Patientenkontakt zu übernehmen. Sie nehmen den eröffneten **Handlungsspielraum** als Anerkennung ihrer Kompetenzen und gleichzeitig als Lernmöglichkeit wahr. Die Studierenden nutzen die Freiräume, um sich einzelne Aspekte der Therapie bzw. Versorgung selbständig anzueignen, beschreiben aber auch das Risiko, dass die angeeigneten Handlungsmuster nicht unbedingt korrekt sein müssen. Mit wachsender Erfahrung im Feld sehen sie sich dabei in der Lage, sich selbständig in neuen Einsatzbereichen zu orientieren, was insbesondere für die Studierenden in Studiengängen, die nicht mit einer Berufsfachschule kooperieren, als eine lernförderliche Herausforderung in Bezug auf die Entwicklung von Selbststeuerungskompetenzen beschrieben wird.

In den *Therapieberufen* bestehen, insbesondere bei den freien Praxen, Grenzen hinsichtlich einer selbständigen Übernahme von Aufgaben aufgrund der dann rechtlich nicht gegebenen Möglichkeit der Abrechnung der Therapieleistung mit den Krankenkassen (vgl. 2. Zwischenbericht, 75f.). Beobachtung und Hospitation auf der Suche nach „dem eigenen Weg“ und dem eigenen Handlungsrepertoire haben hier, möglicherweise wegen dieses ökonomischen Aspektes, aber auch bedingt durch die Tradition der Ausbildungen, eine höhere Bedeutung. Die Studierenden sollen im Rahmen ihrer Praktika die Möglichkeit erfahren, langsam in die Übernahme von Praxisaufgaben hineinzuwachsen, um dann in den letzten Praxiseinsätzen „mit lockerer Leine“, „eigenständig, aber mit Netz“ Verantwortung für die Therapien ausgewählter Patientinnen und Patienten zu übernehmen. Aber auch die Möglichkeiten, außerhalb des über Kassenleistungen regulierten Therapiesettings schon zu einem frühen Zeitpunkt und damit eher selbstverantwortlich Erfahrungen im Umgang mit Klientinnen und Klienten zu machen, wird als Lernmöglichkeit geschätzt. Den Studierenden einen Klienten oder eine Klientin zu übergeben und Aufgaben abgestimmt auf den Ausbildungsstand zu delegieren, stellt dabei für die Anleitungen aus der Praxis eine Herausforderung dar, für die sie z.T. noch nach Entscheidungshilfen suchen.

Im Studiengang *Hebammenkunde* sind aufgrund der dort entwickelten curricularen Struktur die Praxiseinsätze in den Kliniken unmittelbar auf die vorausgegangene Theorievermittlung und die fachpraktische Erarbeitung dieser Theorie im Skills-Lab bezogen (vgl. 9.4.1.3, S.152ff.). Diese Bedingungen werden von den Studierenden als Möglichkeit anerkannt, um sich gut im Praxisfeld orientieren zu können. Darüber hinaus bestätigen hier auch die Praxisanleiterinnen, dass sie von Einsatz zu Einsatz einen kontinuierlichen Kompetenzzuwachs beobachten können.

Als weitere Merkmale lern- und kompetenzförderlicher Arbeit wird in einzelnen Fällen außerdem von **Reflexivität und Sozialer Unterstützung/Kollektivität** berichtet. So bietet ein Praxisanleiter aus dem therapeutischen Bereich Fallbesprechungen an, in die die Studierenden integriert werden und in denen sie gefordert sind, das erworbene theoretische Wissen fallbezogen einzubringen. In solchen Situationen werden die Kompetenzen der Studierenden deutlich, hier finden sich Ansätze von Expertenkulturen, in denen erfahrene Praktiker bzw. Praktikerinnen mit den „theoriebelasteten“ Studierenden in den Fachdiskurs gehen und den Studierenden die Chance geben, den im Studium vermittelten Ansatz des Problembasierten Lernens in der Praxis angewendet zu erleben. Solche Angebote sind für die Praxen zeitaufwändig und damit kostenintensiv, bilden aber gleichzeitig ein Merkmal im Prozess der Qualitätssicherung, nicht allein für die Ausbildung.

Abgesehen von den beschriebenen Merkmalen „Handlungsspielraum“ und in einzelnen Fällen „Reflexivität“/„Soziale Unterstützung“ werden in den Experten-Fokusgruppen jedoch eher **mangelnde Bedingungen lern- und kompetenzförderlicher Arbeit** insbesondere mit Blick auf eine hochschulische Erstausbildung festgestellt.

So nehmen die Studierenden wahr, dass sie z. T. auch als „**extrem billige Arbeitskräfte** [...] bzw. [...] eine Entlastung im Stations- oder Kreißaalalltag“ eingeschätzt werden, und das auch dann, wenn sie nicht in ein Ausbildungsverhältnis eingebunden sind. In den Pflegestudiengängen, die mit einem Ausbildungsverhältnis verknüpft sind, lässt sich beobachten, dass diese Lernmöglichkeit in besonderer Weise mit der vermeintlichen oder tatsächlichen Anforderung von Arbeitsleistung verbunden ist. Anstelle von zeitlichen Ressourcen, die es erlauben, eine zu pflegende Person oder eine Personengruppe umfassend zu versorgen, erfahren die Studierenden „Aufgabenberge“ oder „Patientenberge“, die es in einem definierten Zeitrahmen „abzuarbeiten“ gilt. Die Praktikerinnen bzw. Praktiker sehen ihre Aufgabe in erster Linie in der Sicherung der Stations-/Praxisabläufe und stellen Ansprüche sowohl mit Blick auf die Pflegequalität und optimale Patientenversorgung/Prozessabläufe als auch mit Blick auf die Ausbildung.

Auch die für das arbeitsbezogene Lernen auf hochschulischem Niveau erforderliche Rahmenbedingung einer wissensbasierten Praxis ist nicht gegeben. Da Expertenkulturen noch nicht oder kaum bestehen, berichten die Studierenden auch nicht von einer Integration in Expertenkulturen ihrer jeweiligen Berufsgruppe. Einige Studierende erleben eher, dass sie selbst als die Expertinnen bzw. Experten für die Theorie eingestuft werden und man ihnen eher mit distanzierterem Respekt begegnet.

In allen Berufsfeldern wird das Spannungsfeld zwischen dem theoretisch vermittelten Anspruch und dem Handeln in der Berufspraxis erlebt. Dieses Spannungsfeld ähnelt dem der Berufsausbildung, wird aber durch die mit dem Studium vermittelten zusätzlichen Anforderungen an Handlungsbegründungen deutlich verstärkt, z.B. werden die Studierenden damit konfrontiert, in der Praxis etwa aufgrund ärztlicher Anordnungen Maßnahmen umsetzen zu müssen, die nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen ihrer eigenen Fachdisziplin zumindest fragwürdig sind.

Von den Studierenden werden **Anleitungen** als sehr positiv für das Erzielen von Lerneffekten hinsichtlich des Praxis-Theorie-Praxis-Transfers gewürdigt. Sie schätzen die Möglichkeiten, etwas demonstriert zu bekommen bzw. Rückmeldung zu erfahren, Zeiten der gezielten gemeinsamen Arbeit, „Vorbilder und dass ich jemanden habe, der mir einfach praktische Dinge zeigt und mich in meinem Tun kontrolliert“ und beschreiben ihren Wunsch, ein Handwerkszeug zu erlernen, aber auch in einer konstanten Anleitungsbeziehung zu stehen. Eine hohe Betreuungsintensität wird auch umgekehrt von Seiten der Praxisanleitung positiv konnotiert. Solche Schilderungen verweisen auf eine asymmetrische Beziehungsstruktur, die durch das Lehrlings-Meister-Verhältnis geprägt ist. Auch wenn diese Form der Anleitung insbesondere bei Novizinnen bzw. Novizen zu Beginn der Ausbildung eine wichtige Bedeutung hat, so ist sie, legt man den Expertenkulturansatz zu Grunde, im weiteren Verlauf einer hochschulischen Ausbildung, in der sich die Studierenden als Mitglieder der Expertenkultur erleben und erproben können sollten, wenig zuträglich.

Methodisch steht das Vier-Stufen-Modell bei der Anleitung insbesondere im Pflegeberuf, in dem Anleitung und Anleiterqualifikation bereits eine längere Tradition hat, im Vordergrund, wobei häufig das idealtypische Handeln geübt und eine bestimmte richtige Handlungsdurchführung intendiert wird. Damit steht Verrichtungsorientierung i.d.R. im Zentrum von Anleitung und analog dazu geben die Studierenden insbesondere den technischen (Pflege-)Verrichtungen einen hohen Stellenwert. Der dahinter stehende Wertekanon, der medizinorientierte Einzelverrichtungen über pflegerische Prozessorientierung stellt, wird von den Studierenden im Rahmen der beruflichen Sozialisation in den Praxiseinsätzen implizit durch das arbeitsgebundene Lernen übernommen. Anleitungsprozesse, die auf die gemeinsame Diskussion von (pflegerischen) Lösungsansätzen in deutungs-offenen Fallsituationen zielen, werden demgegenüber nicht geschildert und möglicherweise kaum erfahren.

Informellen, „situativen“ Anleitungen fehlt häufig das reflexive Moment – sie werden mit der Praxisanleitung gemeinsam erlebt, im Nachgang aber kaum oder gar nicht besprochen. Die Anforderung, eine Situation mit der/dem Studierenden zu reflektieren, ist andererseits den Anleitungen vielfach unvertraut, da im Berufsalltag der Klinik in den Berufsfeldern Expertenkulturen häufig wenig gelebt werden und diese Vorgehensweise Kompetenzen fordert, die in der 200-stündigen Weiterbildung im Anschluss an die Berufsausbildung kaum erlangt werden können. Wenn solche Situationen jedoch erfahren und die Studierenden als Expertinnen bzw. Experten einbezogen werden, üben diese das Denken in fallbezogenen Zusammenhängen, fühlen sich wertgeschätzt und in ihrer Motivation befördert.

Die Qualität der Praxisanleitungen wird außerdem, wie in der beruflichen Ausbildung, durch wenig zuträgliche Rahmenbedingungen erheblich beeinträchtigt. Es erfolgen keine Freistellungen, es fehlen Zeiträume für die Reflexion) und die Praxisanleiterinnen und -anleitern bemängeln die ungenügende Information über Studieninhalte sowie Zeitpunkte der Vermittlung. Aufgrund der Rahmenbedingungen wünschen sich die Praxisanleitungen von der Hochschule, „dass die Studierenden nicht mit zu hohen Erwartungen kommen. Natürlich wollen wir die Studierenden gut fachlich ausbilden, aber das ganze Drumherum ist nicht immer auszublenden“. In der gegenwärtigen Phase der Etablierung hochschulischer Ausbildungen in den Pflege- und Therapieberufen und in der Hebammenkunde besteht die Herausforderung schließlich darin, dass die anleitenden Personen der Praxis in

der Regel selbst keine hochschulische Ausbildung haben und sich deshalb fachlich häufig unsicher und in ihrer Rolle destabilisiert fühlen.

Die Hochschulen, insbesondere, wenn sie primärqualifizierende Studiengänge allein verantworten, sehen ihre Aufgabe auch darin, die Praxisanleitungen zu unterstützen, dass diese im Bereich der arbeitsgebundenen Lernformen strukturierte Reflexionsangebote machen können, *um so eine Brücke zu den arbeitsverbundenen Reflexionsangeboten der Hochschulen zu schlagen*. Im Rahmen von Praxisanleiterqualifikationen, von Informations- und Fortbildungsterminen und in den praxisbezogenen Unterlagen zum Studiengang werden gezielt Feedbackmethoden vermittelt und Reflexionsaufträge angeboten, die helfen sollen, den Reflexionsprozess in Anleitungssituationen zeitnah zu strukturieren. Diese Angebote erfahren jedoch die beschriebenen Begrenzungen, die u.a. darin begründet sind, dass Reflexionsprozesse an sich im Praxisfeld vielfach kaum etabliert sind und häufig Rückmeldung mit Beurteilung bzw. Bewertung gleichgesetzt wird.

Von **Arbeits- und Lernaufgaben** wurde in den Experten-Fokusgruppen verschiedener Studiengänge berichtet. Einige Studiengänge unterstützen die arbeitsgebundenen Lernprozesse durch die Erstellung von solchen Aufgaben, die die Studierenden gemeinsam mit den Praxisanleitungen am Arbeitsort umsetzen und reflektieren sollen. Der Aufgabentypus bietet die Möglichkeit, gezielt pflegerische/therapeutische/hebammenkundliche Handlungsvollzüge zu üben. Die Aufgaben sind in der Regel verrichtungs- und / oder prozessorientiert gestaltet. Solche Arbeits- und Lernaufgaben werden z.B. in den pflegebezogenen Studiengängen als Aufgaben mit „Ausbildungsanspruch“ ausgewiesen oder als „Praxisaufgaben“ (in Abgrenzung zu „Lernaufgaben“) bezeichnet. Mit Hilfe dieser Aufgaben sollen z.B. in der Praxis die zuvor im Skills-Lab erarbeiteten praxisbezogenen Kompetenzen (vgl. 9.4.1.3, S. 152) personen- und fallbezogen umgesetzt werden.

Resümierend lässt sich festhalten, dass die beschriebenen Arbeitsumgebungen kaum Merkmale lern- und kompetenzförderlicher Arbeit im oben beschriebenen Sinne aufweisen, was erst recht gilt, wenn zusätzlich Kriterien einer hochschulischen Erstausbildung in Anschlag gebracht werden (vgl. S. 121-123, Tabelle 14 und

Tabelle 15). Dies ist umso gravierender, als die Vermittlung von Theorie und Praxis im Arbeitsbündnis mit der Klientin bzw. dem Klienten nur durch das Lernen und Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess angeeignet werden kann. Daher sind zwei Modelle arbeitsgebundenen Lernens hervorzuheben, mit denen versucht wird, die Lernumgebung für das arbeitsgebundene Lernen gezielt zu verändern und das Lernpotenzial zu erhöhen, nämlich die Lehr- und Forschungsambulanz (LuFA) des Logopädiestudiengangs an der Hochschule für Gesundheit (9.4.1.1.2) und das Mentee-Mentoren-Lehrer-Konzept im Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement, Fachrichtung Physiotherapie an der Fachhochschule Münster (9.4.1.1.3, S. 134).

9.4.1.1.2 Lehr- und Forschungsambulanz (LuFA)

Lehrambulanzen mit der Möglichkeit der Beobachtung von Therapieangeboten durch Einwegscheiben und Videoanlagen bilden ein für die praktische Fachschulausbildung in der Logopädie gängiges Lehrangebot. Sie decken in der Regel mehr als die Hälfte der in der LogAPrO vorgeschriebenen 2100 Stunden der praktischen Ausbildung ab (Bilda 2009, 3). Gleichzeitig bieten sie Versorgungsangebote, die als therapeutische Gesundheitsleistungen im Einzugsbereich der Schulen genutzt werden können.

Im Hochschulbereich sind Ambulanzen, zumeist im Sinne von Lehr- und/oder Forschungsambulanzen insbesondere in den Sektoren Medizin, Zahnmedizin und Psychologie/Psychiatrie verortet. Ihre Zahl wächst insbesondere in der Universitätsmedizin mit zunehmender Ambulantisierung der medizinischen Versorgung als Folge der Verdichtung der akutstationären Behandlung, auch wenn das aktuelle Angebot noch nicht der wachsenden Bedeutung der ambulanten Versorgung im Gesundheitssystem entspricht (Wissenschaftsrat 2010). Hochschulmedizinische Ambulanzen sind gesetzlich im SGB V, §117, verankert und zeigen drei Leistungsschwerpunkte: Versorgungsleistung, Forschung und Lehre (Lauterbach et. al. 2003, 9-15).

Für andere Bereiche des Gesundheitswesens konnten die Untersucherinnen nur wenige Beispiele für Ambulanzen an Hochschulen identifizieren³⁸, in denen die Aufgaben der gesundheitlichen Versorgung, der Forschung und der Lehre verknüpft werden. Die Lehr- und Forschungsambulanz an der Hochschule für Gesundheit in Bochum soll den Leitgedanken realisieren, hochschulische Lehre auf Forschungsvorhaben aufzubauen und der Praxisvermittlung im Studium eine wesentliche Bedeutung im Rahmen von Hochschulbildung zuzuordnen (Bilda/Brenner 2011, 37).

An der hsg sind geteilte, durch Einwegspiegelscheiben verbundene praxisähnliche Therapie- und Lehrräume mit Videoanlagen vorhanden, die mit vielfältigen modernen Diagnostik- und Therapiematerialien analog den Grundlagen der „Leitlinien zur Ausstattung eines logopädischen Arbeitsplatzes“ des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (2004) ausgestattet sind (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 60; Bilda/Brenner 2011, 37). Diese Bedingungen ermöglichen:

- die beispielhafte Demonstrationen von Diagnostik und Therapieverfahren durch Lehrende der hsg
- die praktische Umsetzung erworbener Kenntnisse durch Studierende unter qualifizierter Anleitung und Praxis-/Therapiesupervision³⁹
- die Erprobung und Evaluation neuer Versorgungskonzepte und Entwicklung weiterer Forschungsvorhaben
(Janssen/Bilda 2011, 35)

Hochschulintern ist das Konzept langfristig auch auf die Zusammenarbeit mit den anderen Studiengängen angelegt und soll Möglichkeiten für die Entwicklung integrativer Versorgungskonzepte für unterschiedliche Zielgruppen durch die Entwicklung von Behandlungsansätzen und -konzepten in der interprofessionellen Kooperation bieten.

In der gegenwärtig realisierten Form des Studiengangs Logopädie ist das interne Praktikum in der LuFA in Praxismodule des dritten, vierten und fünften Semesters integriert. In diesem Zeitraum erfährt jeder Studierende 350 Zeitstunden Präsenzlehre (ohne Selbstlernzeiten) als praktische Ausbildung in der Lehr- und Forschungsambulanz

³⁸ z.B. Technische Universität Dortmund, Sprachheilambulatorium

³⁹ Der Begriff der *Praxis-/Therapiesupervision* ist von der in Kapitel 9.4.1.2.3, S.149, umrissenen Ausbildungssupervision zu differenzieren und steht dem anglo-amerikanischen Verständnis einer überwachenden, kontrollierenden Form der Ausbildung durch in der Praxis erfahrene Expertinnen bzw. Experten oder Lehrende näher (vgl. zum unterschiedlichen Verständnis von Supervision z.B. Pühl 2009, 16; Schibli/Supersaxo 2009, 33; Strauß et al. 2010).

Erfahrene Wirkungen bzw. beobachtete Effekte

Die an dem Experten-Fokus-Interview beteiligte Studierendengruppe wertete das interne Praktikum im Rahmen der LuFA „als sehr positiven Aspekt“, der es ihnen ermöglicht habe, die zuvor in den Praktika erfahrene Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Praxis an ihre Kompetenzen und den tatsächlich zu dem frühen Zeitpunkt im Studienverlauf entwickelten Fertigkeiten und Fähigkeiten auszugleichen⁴⁰. Die enge Betreuung durch die Lehrenden schätzten sie als wertvoll für die Entwicklung ihrer therapeutischen Kompetenzen ein. In diesem Zeitraum sei viel aufgeholt worden, auch durch die enge Begleitung in der Praxissupervision und direktem Feedback. Damit war die Möglichkeit verbunden, sich auch selbst besser kennen zu lernen. Der Blick wurde auf bisher unbekannte oder wenig vertraute Aspekte und die Reflexion des eigenen Verhaltens gelenkt und das Vertrauen der Lerngruppe in die Berufs- und Studienwahl bestärkt:

Hochschullehrende wiederum berichten, dass sie deutliche Lerneffekte beobachten. Diese Beobachtung gebe Ihnen gegenüber den Praxispartnern die Berechtigung, den Studierenden nach dem Absolvieren des internen Praktikums in der LuFA auch die damit erfolgte Durchführung von regelgeleiteten Behandlungen unter Therapiesupervision zu bescheinigen. Zu den geschilderten Effekten im Erwerb praxisbezogener Kompetenzen tragen auch die Beobachtungen und Reflexionen der verschiedenen hinter dem Einwegspiegel verfolgten „Modell“situationen bei, wodurch die Studierenden dazu angeregt werden, durch Abgrenzung oder Identifikation „einen eigenen Stil herauszufinden“. Schließlich verzeichnen die Lehrenden auch, dass die Studierenden im Rahmen ihrer Erarbeitungsprozesse in der Lehr- und Forschungsambulanz besonderes Engagement zeigen, das über die Pflichtveranstaltungen deutlich hinausgeht (z.B. freiwillige Behandlung von „Bonuspatientinnen bzw. -patienten“). Auch dies kann als Bestätigungen der Qualitäten dieses Lernangebots gewertet werden.

Erforderliche Ressourcen und Strukturen

Gegenwärtig werden in der LuFA an der hsg nur Probandinnen/Probanden versorgt, die nicht unter die Versorgungsstrukturen des gängigen Gesundheitssystems fallen. Sie erhalten die Leistungen der LuFA kostenlos (Walkenhorst/Kopczynski 2013, 60). Das hierfür am gegenwärtigen Standort entwickelte therapeutische Angebot erfolgt bislang im Rahmen der Lehre, ist aber an den Maßgaben der Rahmenverträge und Zulassungsempfehlungen für Heilmittelerbringer ausgerichtet (ebd., 48). Dabei werden die Kapazitätsgrenzen der Lehrenden schon bei der zum Erhebungszeitpunkt noch nicht bestehenden Volllast überschritten, da die Realisierung der mit der LuFA verbundenen Intentionen ein hohes Maß an Betreuung erfordert. Der Personalbedarf der LuFA ergibt sich zum einen aus der Notwendigkeit einer konstanten Patientenversorgung, auch dann, wenn diese aktuell nicht in ein Lehrangebot integriert ist, und zum anderen aus den im Hochschulkontext untypisch kleinen Praxissupervisionsgruppen von 8 - 12 Studierenden. Pro Jahrgang muss so für die Arbeit in der LuFA bei der für den Studiengang aktuell hinterlegten Kohortengröße (40 Studierende) von 4 bis 5 zu betreuenden Lerngruppen für die Lehrangebote

⁴⁰ Aus der traditionellen Fachschulausbildung sind die externen Praxisbetriebe in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf der Ausbildung eingebunden, wenn die Lernenden bereits über Erfahrungen aus den fachschulischen Lehrambulanzen verfügen.

in der LuFA während des 3. – 5. Semesters ausgegangen werden⁴¹. Das Finanzierungsmodell der LuFA wird demnach gegenwärtig als unbefriedigend bewertet.

Um vor diesem Hintergrund Möglichkeiten zur Optimierung der Strukturen dieses Lehrangebots, auch mit Blick auf eine teilweise Deckung der Kosten für die therapeutischen Leistungen in der LuFA zu gelangen, sollen zunächst die eingangs angesprochenen Formen von Ambulanzen, die Parallelen mit dem Angebot der hsg aufweisen, näher betrachtet werden: In Lehrambulanzen der therapeutischen Fachschulen stellt die Patientenversorgung ein therapeutisches Leistungsangebot dar, das als Kassenleistung durch die Lehrtherapeutinnen und -therapeuten, die dort supervidierend bzw. modellhaft demonstrierend tätig werden, abgerechnet werden kann. Damit werden z. T. die Kosten und vor allem die Kontinuität der Patientenversorgung abgesichert. Den medizinischen Hochschulambulanzen werden – einer seitens des Bundesministeriums für Bildung und Forschung in Auftrag gegebenen Studie zufolge – mit zunehmender Ambulantisierung zukünftig wachsende Aufgaben in der Gesundheitsversorgung, Forschung und Lehre zugeschrieben. Dabei wird eine im Gesundheitssystem finanziell abgesicherte Versorgungsleistung mit Mehraufwendungen für die Forschung (durchschnittlich mindestens 10% der Arbeitszeit, bzw. knapp 15 Min/Forschungspatientin, zuzüglich höherer Aufwendungen für die im Zuge des Forschungsprozesses anfallenden Folgekonsultationen und Weiterbehandlungen) kombiniert und für die Lehre – durchschnittlich 4,5% der Gesamtarbeitszeit über alle ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kalkuliert (Lauterbach et al. 2003, 11, 13, 139⁴²). Diese Finanzierung ist nach § 117, SGB V geregelt. Auch wenn sich hier ebenfalls die Notwendigkeit der stärkeren Förderung „der derzeit eher schwach repräsentierte[n] Lehre in den Hochschulambulanzen“ und der Neuordnung der Finanzierung dieser Sonderaufgabe stellt (Lauterbach et al 2003., 172f.; Wissenschaftsrat 2010, 9) und eine künftige angemessenere Vergütung der Leistungen von Hochschulambulanzen im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (Bundesregierung 2014, 80) für die 18. Legislaturperiode in Aussicht gestellt wurde, kann dieses Finanzierungsmodell Denkanstöße geben.

Mit der Etablierung von hochschulischen Ausbildungen und der Akademisierung von anderen als ärztlichen Heilberufen sollte auch für diese Handlungsfelder die Möglichkeit der Abrechnung von klinisch-therapeutischen Leistungen in Hochschulambulanzen wie der hier beschriebenen Lehr- und Forschungsambulanz möglich sein. In der Diskussion der Fokusgruppe wurde eine möglichst unmittelbare, verzahnte Kooperationsstruktur mit einigen ausgewählten externen Praxiseinrichtungen als wünschenswert beschrieben, um den unmittelbaren Bezug zur Berufswirklichkeit in all ihren Facetten sowohl im Lehrkontext als auch in der Forschung herstellen zu können. Die Etablierung und strukturelle Absicherung solcher Kooperationen, ggf. auch in Zusammenarbeit mit einer Klinik könnte für eine Ausrichtung der LuFA geeignet sein, um künftig Lehr- und Forschungsaufgaben mit einem Versorgungsauftrag zu verbinden und sich damit in Teilen dem System der medizinischen Hochschulambulanzen anzugleichen.

⁴¹ Dieser Personalbedarf kann vor dem Hintergrund der zum Zeitpunkt der Untersuchung bestehenden personellen Besetzung im Studiengang nicht erbracht werden, weshalb für die zukünftigen Studiengänge eine Umstrukturierung des Studienangebots mit Reduzierung des Lehrangebots in der LuFA erwogen wurde. Die dabei konzipierte Neugestaltung wurde hier nicht mit aufgenommen.

⁴² Erhebungszeitraum: 2001 bis 2002

Für eine konsequente Realisierung der Möglichkeiten der LuFA, die diese Überlegungen mit aufnimmt, würden sich im Studiengang Logopädie die folgenden Bedarfe für künftig zu etablierende Strukturen ergeben⁴³:

Die *Einrichtung und Ausstattung* von fünf Arbeitsräumen auf einer Fläche von 300 qm und deren fortlaufende Nutzung unter Volllast erfordert einmalig ca. 300.000,-- € für die Anschaffung von Mobiliar, Videoanlagen und von logopädiespezifischem Material und Gerätschaften für Lehre und Forschung im Bereich der Diagnostik und Therapie. Die laufenden Betriebskosten für die Räumlichkeiten werden auf 4.800,-- € monatlich bzw. 57.000,-- € jährlich geschätzt, hinzukommen ca. 10.000,-- €/Jahr für Verbrauchsmaterialien in der Arbeit mit den Klientinnen und Klienten.

In Bezug auf den *Personalaufwand* ergeben die gegenwärtig pro Ausbildungsjahrgang curricular geplanten 350 Zeitstunden (Präsenz) zum Praxislernen in der LuFA in Kleingruppen von je 10 Studierenden einen Begleitungs-/Unterstützungsbedarf von 1400 Zeitstunden für jede Kohorte bzw. auch jährlich, da immer drei Kohorten im 1., 2. bzw. 3. Studienjahr aktiv sind. Diese Begleitung der Studierenden und die kontinuierliche Versorgung von Klientinnen und Klienten könnten langfristig durch 1 bis 1,5 Vollzeitstellen⁴⁴ für eine Logopädin /einen Logopäden mit Hochschulabschluss, Berufserfahrung in der Logopädie und einer Befähigung in der Praxissupervision abgesichert werden (z.B. in der Funktion einer Lehrkraft für besondere Aufgaben, Vergütung: TVL 11). Um die seitens der Lehrenden als wünschenswert beschriebene Verdoppelung der Praxisausbildungszeiten in der LuFA auf 700 Stunden zu realisieren, müssten entsprechend 2 bis 3 Vollzeitstellen geschaffen werden. Die sich so ergebenden Personalkosten müssten vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Tarifstrukturen auf 100.000,-- bis 150.000,-- € geschätzt werden. Hinzukämen Kosten für die Organisation des Praxisbetriebes, der Behandlungsabläufe und der –abrechnung – z.B. durch eine Verwaltungskraft (geschätzt: Teilzeit 50 - 75%, TVL 7) mit ca. 25.000,--€ und weitere Kosten, die sich durch eine mit der LuFA verbundene Praxisführung ergeben, wie z.B. der evtl. erforderliche Abschluss einer Probandenversicherung o.ä..

Hochschuldidaktisch werden durch die Etablierung einer Lehr- und Forschungsambulanz Räume geschaffen, die die Entwicklung einer kooperativen, vertrauensvollen Lernatmosphäre und die Arbeit in sich etablierenden Expertenkulturen ermöglichen. Die hierfür erforderlichen, eher „weichen“ Ressourcen wären in den benannten kleinen Lerngruppen und den dafür geeigneten Räumlichkeiten, aber auch in offeneren, d.h. nicht zu dicht getakteten, flexiblen Zeitstrukturen und in konstanten Gruppenkonstellationen von Lehrenden und Lernenden zu suchen. Damit eng verbunden ist auch die Anforderung an eine pädagogische und hochschuldidaktische Qualifikation der in die LuFA eingebundenen Lehrenden für die (fachliche) Praxissupervision.

9.4.1.1.3 Mentee-Mentoren-Lehrer-System (MML)

In mehreren Experten-Fokusgruppen konnten Modelle ermittelt werden, die darauf abzielen, die bereits entwickelten praxisbezogenen Kompetenzen von Studierenden so in den

⁴³ Die nachstehend aufgeführten Zahlen wurden im Expertengespräch mit den Lehrenden des Studiengangs erhoben. Dabei wurde sowohl auf die Erfahrungen aus dem bislang etablierten Lehrangebot als auch auf die geschätzten Zahlen in der Planung für den Neubau der hsg rekuriert.

⁴⁴ abhängig vom zeitlichen Aufwand für Vor- und Nachbereitung der Lehre und Therapien.

Lernprozess zurückzubinden, dass sie sowohl für eigene Lernprozesse als auch für die Lernprozesse von anderen Studierenden mit gleichem oder unterschiedlichem Ausbildungsstand genutzt werden können.

Exemplarisch für andere, ähnliche Konzepte wird im Weiteren das Mentoring-Konzept für die Praxisausbildung im Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement an der FH Münster für die Fachrichtung Physiotherapie untersucht.

Die Mentee-Mentoren-Lehrer-System (MML) wurde im Rahmen der Studiengangsentwicklung in der kooperierenden Berufsfachschule Physiotherapie am Universitätsklinikum Münster entwickelt und realisiert. Das Konzept basiert auf der Grundidee des formellen Mentoring, das als Instrument z.B. in der Personalentwicklung mit dem Ziel eingesetzt wird, den Wissenstransfer zwischen erfahreneren (Mentoren/Mentorinnen⁴⁵) und weniger erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Mentees) in einer Institution zu ermöglichen. Solche Konzepte bestehen z. B. an Hochschulen im Rahmen von Studienprogrammen⁴⁶ und anderen pädagogischen Settings, sie existieren für den Übergang vom Studium in die Berufswelt für das Arbeitsfeld der Physiotherapie⁴⁷ und sie werden für die Praxisausbildung in der Pflege empfohlen (Byrne/Keefe 2002; Hinghofer-Szalkay/Wiltsche 2006).

Im Studiengang TGM-Physiotherapie werden ausgehend von diesem Grundprinzip jeweils 6 Personen (4 Mentorinnen bzw. Mentoren/ 2 Mentee) durch eine begleitende Lehrperson, die als Expertin bzw. Experte den Ausbildungsprozess unterstützt und steuert, betreut. Dabei wird das idealtypische Grundkonzept eines Mentoring, das von einer langfristige stabilen dyadischen Beziehung als lernwirksames Element ausgeht (Ziegler 2009,11) zum Teil sowohl aus strukturellen als auch aus didaktischen Gründen verlassen. Hier begegnen sich feste Lerngruppen aus zwei unterschiedlichen Jahrgängen, die jeweils für eine definierte Ausbildungsphase in der Mentee-Mentorenbeziehung kooperieren und damit die Möglichkeit haben, ein „Vielzahl von Möglichkeiten und die Variationsbreite der Handlungskonkretisierungen“ wahrzunehmen, aus der heraus jeweils individuelle Wege entwickelt werden können.

In seiner konkreten Ausgestaltung setzt das MML-System in Münster mit der Ausbildung „am Patienten“ im System der Klinik mit dem zweiten Studienjahr ein und ist von da an vollständig in den curricularen Aufbau des Studiengangs integriert. Während des zweiten Studienjahres sollen sie als Mentee zunächst eine eher beobachtende Rolle einnehmen und Teilschritte der Untersuchung und Behandlung im physiotherapeutischen Prozess übernehmen. Insbesondere wird der Kontaktaufbau zu den Patientinnen/Patienten sowie die Kommunikation mit ihnen geübt und überprüft. Im dritten Studienjahr übernehmen die Studierenden als Mentorinnen bzw. Mentoren die physiotherapeutische Interventionen im Patientenkontakt mit wachsender Selbständigkeit im vollständigen Therapieprozess. In beiden Jahren werden die Studierendendyaden von den Lehrenden in der Praxis begleitet

⁴⁵ Der Begriff geht auf die Figur des Mentor in der Odyssee des Homer zurück. Diesem hatte Odysseus während seiner Abwesenheit die Sorge für seinen Sohn Telemachos übertragen, was neben einer Erzieherrolle auch die Aufgaben eines Beschützers, Ratgebers und väterlichen Freundes inkludierte. Mentor wurde zeitweilig durch Pallas Athene, die Göttin der Weisheit vertreten, die in seine Rolle schlüpfte, um Telemachos göttliche Ratschläge zu erteilen (Ziegler 2009, 8).

⁴⁶ z.B. Mentoring-Modell Paderborn (MeMoPad), vgl. Burda et al. 2007.

⁴⁷ vgl. z.B. Fachhochschule Bielefeld (Struckmann et al. 2012), Hochschule für Gesundheit. Online verfügbar unter: <https://physiotherapeuten.de/mentoring-programm-der-hochschule-fuer-gesundheit-in-bochum>, zuletzt geprüft am 22.08.2014.

und angeleitet, die die Basics des Fachgebietes bereits im ersten Studienjahr theoretisch und in Übungen vermittelt haben und in den Folgesemestern die fachbezogene Ausbildung theoretisch/praktisch und im Patientenkontakt im Sinne von Aufbau und Vertiefung fortsetzen. Der Schwerpunkt der Anleitung liegt für die Lehrenden hauptsächlich in der Beratung, Unterstützung und Praxissupervision⁴⁸ der Mentorinnen und Mentoren. Diese wiederum übernehmen überwiegend die Anleitung der Mentees, machen sich dadurch ihre Erfahrungen und Erkenntnisse bewusst und präzisieren sie im Diskurs mit der/dem Mentee. Im weiteren Verlauf ihres Studiums übernehmen die Mentees dann die Rolle der Mentorin bzw. des Mentors im Sinne eines „mentoring forward“ (Byrne/Keefe 2002), wodurch mit dem institutionalisierten Mentoringprozess „schrittweise weitere Mentorenschaft [kreiert]“ wird (Hinghofer-Szalkay/Wiltsche 2006, 521). Die Studierenden sind so ab dem 2. Ausbildungsjahr kontinuierlich an fünf Vormittagen von 8:00 bis 12:00 in der Praxis eingesetzt und übernehmen in dieser Konstellation die Behandlungen, wobei sie die Möglichkeit der Kontinuität im Patientenkontakt haben. Die begleitenden Lehrpersonen sind als Mitglieder der Schulteams festen Ausbildungsbereichen innerhalb des Klinikums zugeordnet und koordinieren die im Rahmen der Ausbildung übernommenen Behandlungen mit dem entsprechenden Praxisteam, indem sie die Bedarfe der Ausbildung mit denen der Praxis abstimmen.

Erfahrene Wirkungen bzw. beobachtete Effekte

In den Fokusinterviews berichten die *Mentees* zunächst, dass sie sich von den Mentorinnen/Mentoren gefordert und gleichzeitig gestützt fühlen. Deren Anwesenheit gebe ihnen vor allen Dingen in überraschenden, ungeplanten Situationen Sicherheit. Auch erfahren sie, so die Beobachtungen der Lehrenden, einen „guten Einstieg“ und würden langsam an komplexe Fallsituationen, wie sie z.B. durch Multimorbidität bedingt sein können, herangeführt. Die Mentees nehmen mittelbar an den Lernprozessen ihrer Mentorinnen/Mentoren teil, lernen so fallbezogen noch unbekannte Krankheitsbilder und Interventionsmöglichkeiten kennen und können sich anschließenden Unterricht an diese Erfahrungen zurückbinden. Auch biete das System am Anfang der Praxisausbildung Entlastung, da die Lernenden sich nicht gleich den Lehrenden, die „ja immer auch die Prüfungsinstanz“ sind stellen müssen, sondern von den Mentorinnen bzw. Mentoren Schritt für Schritt an die Umsetzung des physiotherapeutischen Prozess herangeführt werden. In solchen komplexen Fallsituationen würden Probleme gemeinsam gelöst, unter Umständen mit Rückgriff auf die Lehrkraft oder im Rahmen der regelmäßigen Frühbesprechung, was auch den Mentorinnen/Mentoren Sicherheit vermittelt.

Weiter beschreibt eine Studierende, dass sie als *Mentorin* in der Anleitung und Sichtung durch die Lehrende die Chance wahrnimmt, eine Befundung oder Behandlung „lehrbuchmäßig“ durcharbeiten und detailliert zu reflektieren. Das System biete hier Lernsituationen, um den Theorie-Praxis-Transfer zum Beginn der Ausbildung strukturiert und mit einer gewissen Distanz zum alltäglichen Handlungsdruck und sukzessive unter Einbeziehung der alltäglichen Anforderungen bis zum Ende der Ausbildung, zu realisieren. Von Seiten der *Lehrenden* wird dabei die Kontinuität, die darin besteht, dass Unterricht und Anleitung der Arbeit mit Klientinnen und Klienten fachbereichsbezogen in einer Hand liegen, als zentrales lernförderliches Moment betont. Hierzu schätzen wiederum die Studierenden die „komplette Rückmeldung“ mit „abschließender Zusammenfassung“, die sie

⁴⁸ zur unterschiedlichen Verwendung des Begriffs der Supervision vgl. 9.4.1.2.3, unten, S.169

durch die Lehrenden als Expertinnen bzw. Experten erhalten, als wichtig für ihren Lernprozess ein. Insgesamt hätten die Studierenden, so eine befragte Lehrperson, deutlich eine ganzheitliche Arbeitsweise entwickelt und würden ihre Kenntnisse und Fähigkeiten aus den verschiedenen Fachabteilungen miteinander vernetzen und umfassend in den physiotherapeutischen Prozess integrieren.

Studierende in der Mentorenrolle beschreiben weiter die Anforderung, dass sie in dieser Rolle lernen mussten, eine gute Planungsstruktur und insbesondere ein gutes Zeitmanagement zu entwickeln, um drei Behandlungen durchzuführen und diese so zu strukturieren, dass die Mentees nicht nur als Hilfskräfte missbraucht werden. Damit, so beobachten zunächst die Lehrenden, schult die Übernahme der Mentorenrolle auch methodisch-didaktisch im Sinne von Information, Anleitung und Beratung. Die Studierenden lernen Verantwortung zu übernehmen für die eigenen Lernprozesse, die Behandlungsprozesse und die Lernprozesse der Mentees. Der *Rollenwechsel von der Mentee zur Mentorin*, berichtet eine Studierende, habe ihr dann auch ihren Lernprozess bis zu diesem Zeitpunkt bewusst gemacht.

Auch die *Reflexionsprozesse* in den verschiedenen Phasen werden als hilfreich erlebt und als Chance für einen kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess geschätzt. Mentees entwickeln durch diese Anforderung die Fähigkeit, sehr genau zu beobachten, Mentorinnen und Mentoren werden durch die Rückfragen der Mentees zur Präzisierung der eigenen Arbeitsweise, auch und gerade in den kleinen, eher alltäglichen Handlungsmomenten angeregt. Beobachtet zu werden, so eine Mentorin, verhindere bei ihr das Risiko einer oberflächlichen Arbeitsweise. Diese positive Lernerfahrung rege sie als Mentorin wiederum dazu an, möglichst konkrete Rückmeldungen einzufordern. Die Kompetenz, sich gegenseitig zu reflektieren, habe sich im Verlauf der Arbeit deutlich entwickelt. Diese Ehrlichkeit wiederum schaffe auch Vertrauen in die Rückmeldung der Anderen, so dass man Anerkennung auch ehrlich annehmen könne. Die Lehrenden berichten dazu, dass die Fähigkeit, „ehrlich Feedback“ zu geben, sich seit Einführung des MML-Systems „von Jahr zu Jahr“ kontinuierlich verbessert habe und inzwischen in dem so strukturierten Lehr-Lernprozess eine verlässliche Größe darstelle.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen werden die *wechselnden Paarungen in der Mentee-Mentoren-Dyade* als unproblematisch und auch als lernförderlich erlebt. Eine Studierende bestätigt hierzu, dass sie an der Rolle der Mentee insbesondere die damit verbundenen Hospitationen schätze, da sie durch den Wechsel unterschiedliche Haltungen und Arbeitsweisen in einer Vielzahl von Situationen beobachten konnte. Das Angebot biete ihr so die Möglichkeit, sich aus den Beobachtungen eine eigene, persönliche Arbeitsform im Rahmen ihrer professionellen Vorgehensweise abzuleiten. Aus der Sicht der Lehrenden wird berichtet, dass die Studierenden einen fokussierten Blick entwickelt hätten und „die Kadenz, die eine individuelle Umsetzung zur Folge hat, [wahrnehmen], auch wenn man im Prinzip dasselbe tut.“

Die umrissenen Erfahrungen einer „ehrlichen“ Reflexionskompetenz und das Erleben der Wirkungen der mit dem MML-System entwickelten Arbeitsformen habe im Verlauf der Arbeit nach diesem Konzept systemisch in der Klinik zu einer Öffnung des sonst häufig hermetisch abgeriegelten Behandlungsraums geführt.. Damit werde sowohl die Fehlerkultur verbessert als auch die Fähigkeit zur Kooperation gefördert, was sich mittelfristig z.B. durch die Übernahme von Absolventinnen und Absolventen aus dem Studiengang auch auf die Arbeit in den physiotherapeutischen Abteilungen der Klinik auswirke. Darüber hinaus entwickle sich auch eine kontinuierliche Verbesserung der interdisziplinären Zusam-

menarbeit, insbesondere mit dem Ärzteteam. Die Studierenden seien viel mutiger und offensiver geworden und gingen auf die Kolleginnen und Kollegen der anderen Fachabteilungen offener zu. Dazu berichten die Studierenden von positiven Erfahrungen und Erfolgen, die sie in der Kommunikation mit Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft hatten. Sie entwickeln, auch bedingt durch den Studierendenstatus, den Anspruch und die entsprechende Haltung, auf Augenhöhe zu kommunizieren. Umgekehrt erfahren sie Wertschätzung, indem ihre Beobachtungen und Behandlungsdurchführungen in die Prozesse der medizinischen Diagnostik und Therapie integriert werden.

Letztlich ergeben sich durch die systematisierte Form der Praxisausbildung Qualitätsverbesserungen im physiotherapeutischen Prozess, die wiederum auf das *Patientenoutcome* zurückwirken können, was vor allem in der beschriebenen Präzisierung der Handlungsdurchführung begründet ist. So erfahren Studierende häufig positive Rückmeldungen, die sich auf die gründliche und umfassende Anamnese, die Behandlungsdurchführung und die Aufklärung zur Behandlung beziehen.

Erforderliche Ressourcen und Strukturen

Für die praktische Ausbildung mit der zugehörigen Theorievermittlung in den physiotherapeutischen Schwerpunktbereichen sind in diesem Studiengang an der BFS des Universitätsklinikums Münster im Rahmen des Studiengangs TGM für 20 Studierende in jeder Kohorte 6 Vollzeitstellen eingeplant, die sich auf 8 Lehrende verteilen. Diese Lehrkräfte sind jeweils vormittags (ca. 20 Wochenstunden) in die Durchführung bzw. Planung/Koordinierung der Umsetzung der praktischen Ausbildung im Rahmen des MML-Konzepts involviert. Die Anforderungen an die Lehrkapazität in der praktischen Ausbildung haben sich damit für die Berufsfachschule gegenüber der vorhergehenden Form der Praxisausbildung jedoch nicht erhöht.

Das System an sich bietet durch die große Nähe zur klinischen Praxis bei einer gleichzeitigen engen Anbindung an die theoretische Ausbildung gute Chancen der Etablierung einer evidenzbasierten Praxis. Das setzt eine stärkere Systematisierung dieses Anspruchs und eine Schulung der Lehrkräfte voraus.

9.4.1.2 Modelle arbeitsverbundenen Lernens - Lernen durch Integration von informellem und formellem Lernen

Die in den Experten-Fokus-Gruppen zahlenmäßig am häufigsten identifizierten, gezielten Lernangebote zum Praxis-Theorie-Praxis-Transfer lassen sich dem Modell des arbeitsverbundenen Lernens zuordnen. Sie dienen vornehmlich der handlungsentlasteten Anwendung von im Studium angeeigneten (pflege-)wissenschaftlich fundierten Ansätzen und der Reflexion von in der Praxis vorgefundenen Lösungen und Praxiserfahrungen. Da die Lernangebote in der Regel nicht unmittelbar in betriebliche Arbeitsabläufe und Handlungsprozesse münden, erhalten die Studierenden die Aufgabe und Gelegenheit, das in der Theorie Gelernte im Praxisfeld zu überprüfen oder Erfahrungen aus der Praxis so aufzuarbeiten, dass sie einer theoretischen Überprüfung und Reflexion zugeführt werden können.

Die Reflexion von durchgeführten Handlungen und Interaktionen sowie der in der Berufspraxis gemachten Erfahrungen und die Befähigung, Situationen multiperspektivisch wahrzunehmen und zu durchdenken, bildet für alle Studiengänge eine zentrale Zielsetzung, die die unterschiedlichen Lehr-Lernangebote an der Schnittstelle zwischen Theorie und

Praxis prägt und das gesamte Studium durchdringt. Diese Anforderung bzw. das Kompetenzziel einer allgemeinen Reflexionsfähigkeit wird entsprechend von den Studierenden in den Experten-Fokusgruppen nahezu durchgängig als zentral benannt. Reflexion wird auch von den beteiligten Praxisanleitungen in ihrer Wahrnehmung der Studierenden als wesentlich beschrieben, jedoch mit der dieser Perspektive besonders stark innewohnender Einschränkung „soweit dafür Zeit und Raum ist“.

Die identifizierten Lehr-Lernangebote zielen auf eine mehr oder weniger zeitnahe „reflection-on-action“ (Schön 1988), wodurch der Prozess der Verinnerlichung und Habitualisierung in Richtung eines während der Handlung reflektierenden Praktikers / einer Praktikerrin unterstützt werden soll.

Für eine vertiefende Untersuchung der vielfältigen in diesem Bereich identifizierten Lehr-Lernangebote wurden drei Beispiele ausgewählt, die explizit auf die Integration wissenschaftlicher Arbeits- und Reflexionsformen in das Praxisfeld abheben: Transferaufgaben, die als spezielle, studienorientierte Form der Lernaufgaben an der Mathias Hochschule Rheine implementiert wurden (9.4.1.2.1, S.139ff), das Praxisprojekt, das als Form des Projektlernens an der FH Bielefeld realisiert wird (9.4.1.2.2, S. 144ff) und Supervision, die als spezifische Reflexionsform klientenbezogener Arbeitsbündnisse in professionellen Arbeitsbeziehungen etabliert und an der Katho NRW fest im Studienangebot implementiert ist (9.4.1.2.3, S.148ff).

Eine weitere, häufig praktizierte Form des arbeitsverbundenen Lernens stellt die **Praxisbegleitung bzw. Lernprozessbegleitung in der Praxis durch Lehrende** dar, die vorab kurz gewürdigt werden soll. Sie erfolgt durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hochschule und/oder der kooperierenden Berufsfachschulen und ist für die verschiedenen Berufe in unterschiedlicher Form normativ, jedoch recht unspezifisch geregelt.

Die aus den Protokollen der Experten-Fokusgruppen identifizierten Lernbegleitungen von Seiten der Hochschullehrenden waren in der Regel oder sogar durchgängig gesprächs- bzw. überprüfungsorientiert, eine irgendwie geartete Mitwirkung bzw. Anleitung von Studierenden im Praxisfeld wurde nicht beschrieben bzw. eindeutig aus Zeitgründen, aber auch inhaltlich abgelehnt. Die Praxisexpertise wird von einigen der Hochschullehrenden eher der Praxisanleitung zugewiesen. Diese Besuche und Gespräche sollen einer Rückkoppelung zwischen Hochschule/Schule und beruflicher Praxis dienen und auch den Kerngedanken des Studiengangs in die Teams vor Ort bringen bzw. der Hochschule den Einblick in unterschiedliche Praxissysteme und deren Strukturen und Sensibilitäten gewähren. Die Lernbegleitungen werden durch individuelle Lernberatungen bzw. Studienlaufbahnbegleitungen ergänzt, die sich sowohl auf den Lernstand im Bereich der Praxis als auch der Theorie beziehen können.

9.4.1.2.1 Lern- und Arbeitsaufgaben, insbesondere Transferaufgaben

Lernaufgaben in der Pflege- und Gesundheitsbildung

Für die Berufs- und Arbeitspädagogik unterscheidet Dehnbostel (2007) unter Bezug auf Rauner (1995) zwischen dem Konzept der dem arbeitsgebundenen Lernen zuzuordnenden Arbeits- und Lernaufgaben (vgl. S.120 u. 130) und dem Aufgabentypus der Lern- und Arbeitsaufgaben, d.h. der Lernaufgaben, die dem arbeitsverbundenen Lernen zugerechnet werden können. Für die Pflegebildung wurden Lernaufgaben insbesondere von Müller (2013, 2009, 2007) bzw. Müller/Koeppe (2008) umfassend diskutiert und konstruiert. Sol-

che Aufgaben sind im Vergleich zu den Arbeits- und Lernaufgaben stärker auf Momente der „reflection-on-action“ (Schön 1983) gerichtet und initiieren hierfür umfangreiche reflexive und metakognitive Prozesse, wobei sie insbesondere das selbstbestimmte und selbstgesteuerte Lernen befördern und die Lernenden in ihrer Persönlichkeitsentwicklung unterstützen sollen. Dieser Zielsetzung folgend sollen die Lernaufgaben so konzipiert sein, dass die Lernenden sich in der Aufgabenvorbereitung zunächst ihre Vorerfahrungen und ihre persönlichen und handlungsbezogenen Ziele bewusst machen, diese umsetzen und anschließend reflexiv aufarbeiten. Die Aufgabenstellungen sollen dabei Möglichkeiten alternativer Lösungen enthalten und diskursive Handlungsplanungen bzw. –begründungen abfordern. Um Lernaufgaben in der Breite der verschiedenen Handlungsfelder umsetzbar werden zu lassen, sind sie in der Aufgabenstellung eher allgemein gehalten und müssen im Handlungsfeld in Abstimmung mit den Ausbildern an die individuellen Lernerfordernisse angepasst werden (Müller 2013, 279).

Über ein umfangreiches Entwicklungsprojekt zur Gestaltung der praktischen Ausbildung im Rahmen eines Modellversuchs zur Integrierten Pflegeausbildung hat der Ansatz von Müller/Koeppe (2008) Eingang in die empfehlenden Rahmenrichtlinien in Nordrhein-Westfalen für nahezu alle hier untersuchten anderen als ärztlichen Heilberufe gefunden. Lernaufgaben werden dort als zentrales Instrument für den Theorie-Praxis-Transfer aufgeführt⁴⁹. Demnach sind verbindliche Lernaufgaben für die Praxis curricular auf die theoretische Ausbildung auszurichten. Damit sollen die Lernenden insbesondere zur Bearbeitung realer Fallsituationen befähigt werden, um „die Besonderheiten einer Fall- und Entscheidungssituation [zu; d.V.] erkennen“ und so zu einem differenzierten Verständnis der Relation von Theorie und Praxis gelangen zu können (MAGS NRW 2007, 14). Die Studiengänge folgen dem Ansatz der empfehlenden Rahmenrichtlinien, die teilweise auch als normative Vorgabe verstanden werden. In allen Experten-Fokusgruppen wurden Lernaufgaben z.T. arbeitsverbunden als Lern- und Arbeitsaufgaben, z.T. aber auch arbeitsgebunden im Sinne von Arbeits- und Lernaufgaben (s.o.) zur Strukturierung des Theorie-Praxis-Transfers aufgeführt, wobei, entsprechend dem gewählten Kooperationsmodell hierfür vielfach auch die Berufsfachschulen mit eingebunden sind.

Bei den Studiengängen bestehen unterschiedliche Ansätze hinsichtlich des von den Studierenden erwarteten Ausmaßes an Selbststeuerung im Zusammenhang mit den Lernaufgaben. Eine besonders konsequente Form der Integration von Lernaufgaben als arbeitsverbundene Lernform an der Schnittstelle zwischen theoretischem Studium und Lernen im Kontext der betrieblichen Arbeit wurde an der Mathias Hochschule in Rheine mit dem dort als „Transferaufgaben“ bezeichneten Aufgabentypen entwickelt. Diese sollen im Folgenden eingehender dargestellt und analysiert werden.

Transferaufgaben – Definition bzw. Beschreibung der an der MHR entwickelten Konzeption

Die Transferaufgaben sind *systemisch und didaktisch* in einen komplexen curricularen Zusammenhang eingebunden, in dem eher skillorientierte Arbeits- und Lernaufgaben der

⁴⁹Ergotherapie: MAGS NRW 2007, 14 / wortgleich Hebammenkunde: MAGS NRW 2005a, 16; / ähnlich Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege: MAGS NRW 2003, 17 / ebf. ähnlich Logopädie: MAGS NRW 2005b, 12 / ebf. ähnlich Physiotherapie: MAGS NRW 2005c, 17.

kooperierenden Berufsfachschulen (FATA's⁵⁰) zur Sicherung der berufsbezogenen Kompetenzen und die Anforderungen des Strukturgitteransatzes (Greb 2003, 2003a, 2004, 2010) und der damit geforderten Multiperspektivität weitere wichtige Eckpunkte bilden. „[R]esultierend aus den Inhalten der Präsenzzeit im Studium widmen sich die Studierenden in der Transferzeit einer Transferaufgabe, deren Arbeitsprodukt (Transferleistung) situations- und fallspezifisch die Anwendung der Theoriekenntnisse erfordert“ (Narbei et al. 2012, 14). Gefordert ist die „selbständige Bearbeitung und Dokumentation einer fachspezifischen Aufgabenstellung in einem festgelegten Zeitraum zur Entwicklung eines breiten und/oder integrativen Wissens und der entsprechenden Fertigkeiten“ (Narbei et al. 2012, 32). Die zugrunde gelegten Themen und Problemstellungen werden aus der Pflegepraxis auf der Basis einer pflegedidaktischen Reflexion abgeleitet und die jeweiligen Aufgabenstellungen in den Modulkonferenzen auf der Grundlage der Modulziele der Praxisphase vorangehenden Theoriemodule konkretisiert. Die zu erbringenden Leistungen sind als sog. *Transferleistungen* mit den Modulprüfungen verknüpft und können dabei auch in modulübergreifende Lern- und Prüfungsabfolgen eingebunden sein (Narbei et al. 2012-I, 35; Zimmermann et al. 2012-II, 9).

Inhaltlich setzen die Aufgaben entsprechend der erarbeiteten Modulthematik unterschiedliche Schwerpunkte. Dabei lassen sich die folgenden Aufgabentypen – wenn auch nicht immer völlig eindeutig – unterscheiden:

- Aufgaben mit Handlungsbezug, die auf die fallbezogene Umsetzung einer evidenzbasierten Praxis gerichtet sind und damit in erster Linie dem *quantitativen Wissenschaftsparadigma* folgen.
- Aufgaben mit Patienten- oder auch Situationsbezug, die eher eine Wahrnehmungs- und Deutungskompetenz erfordern und damit eher das *qualitative bzw. hermeneutische Paradigma* wissenschaftlich begründeter Auseinandersetzung in den Fokus stellen.
- Aufgaben, die auf die Beobachtung und Analyse institutioneller Strukturen zielen und damit auch einen *kritisch-reflexiven Auseinandersetzungsprozess mit wahrgenommenen systemisch bedingten Antinomien* anstoßen sollen.
- Aufgaben, die in der Überschneidung von Wissenschaftsparadigmen eine selbstgewählte Schwerpunktsetzung und Strukturierungsform fordern.

Die Anforderungen sind in Bezug auf das Vorgehen und die Darstellung vorstrukturiert. Erwartet werden zu einem großen Teil schriftliche Ausarbeitungen mit einem Volumen zwischen 1000 und 2500 Worten. Daneben wird ergänzend oder auch als alleiniges Ergebnis die strukturierte Dokumentation erhobener Daten erwartet. In einer Aufgabenstellung wird die Powerpoint-Präsentation zu einem im Praxisteam vorgestellten Kurzvortrag erwartet.

Strukturell ist die eigentliche Transferaufgabe in ein komplexes System der Studien-/Ausbildungsorganisation eingebunden und wird von unterschiedlichen Instrumenten begleitet:

- Die Praxisausbildung im Kontext des Bachelor Studiengangs Pflege an der MHR ist insgesamt in Blöcken organisiert. Grundlegend für die Konzeption des Praxis-Theorie-Praxis-Transfers ist die Ausweisung von *Transferzeiten* als spezifisch studienbezogen-

⁵⁰ Fachschul-Ausbildungs-Transfer-Aufgaben

ne Zeiten in der beruflichen Praxis, die dem Erwerb einer klinischen Expertise auf hochschulischem Qualifikationsniveau (EQR 6) dienen sollen (vgl. 7.3.4, S.90). Diese akkreditierten und durch die Hochschule verantworteten Praxiszeiten werden auf das Studium angerechnet und sind sowohl arbeitsorganisatorisch als auch in ihrer inhaltlichen Ausrichtung von den fachschulpraktischen Ausbildungszeiten, die allein durch die kooperierenden BFS'n verantwortet werden, und sich auf EQR 4 Niveau bewegen, abgesetzt. Die Transferzeiten bilden in den Praxisphasen abgegrenzte Blöcke, die von Selbststudientagen zur Vor- und Nachbereitung der Transferaufgaben gerahmt werden (Zimmermann et al. 2012-II, 32). Weiter sollen für die Transferzeiten selbst nach Vorgaben der Studiengangsleitung/-koordination zusammenhängende Selbststudienzeiten im Dienstplan ausgewiesen werden. Die Dienstzeitenstruktur ist eher nicht mit den Schichtabläufen im Stationsdienst identisch (Narbei et al. 2012-I, 45ff.). Das Volumen der ausgewiesenen Transferzeiten variiert zwischen 80 und 218 Stunden pro Semester und beläuft sich auf insgesamt 1138 Stunden, wovon 160 Stunden im 8. Semester und damit außerhalb der Zeit für die Berufsausbildung liegen (Zimmermann et al. 2012-II, 32).

- Die Studierenden erhalten vor Beginn ihrer Transferzeit die Transferaufgabe/n. (Narbei et al. 2012-I, 22ff.). Über die zu erbringenden *Transferleistungen* werden die Studierenden im Allgemeinen in der Präsenzphase informiert bzw. im Rahmen der Lehre vorbereitet. Während der Transferzeit erfolgt die Durchführung, welche in den angrenzenden Selbststudienzeiten zum Abschluss zu bringen ist (Narbei et al. 2012-I, 35-37).
- Unterstützung erfahren die Studierenden in der Transferzeit und bei der Bearbeitung der Transferaufgaben durch die *Praxisbegleitung* der hochschulisch qualifizierten Studiengangsbeauftragten der kooperierenden BFS'n (Narbei et al. 2012-I, 36). Sie übernehmen im Rahmen der unmittelbaren Umsetzung der Transferaufgaben während der Transferzeiten eine Schlüsselposition, indem sie zwischen der Praxis, den Studierenden und den curricularen Intentionen vermitteln, Klärungsbedarfe erfragen und gegebenenfalls die Klärung von aufgabenbezogenen organisatorischen Strukturen anregen. Auch sind sie Ansprechpersonen für inhaltliche Fragen.
- Von den Studiengangsbeauftragten werden während der Praxisphasen bzw. Transferzeiten auch regelmäßig *Praxistutorien* durchgeführt, in denen die Studierenden die im Praxisfeld konkret auftretenden Problemstellungen klären können (Zimmermann et al. 2012-II, 12).
- Auch das Unterstützungsangebot der Praxisanleitenden am jeweiligen Einsatzort ist nicht auf die fachschulpraktischen Ausbildungsziele begrenzt, sondern schließt die Transferzeiten ausdrücklich ein – u.a. bezogen auf Dienstzeiten, die entsprechend gemeinsam geplant werden sollen (Narbei et al. 2012-I, 42). Die Praxisanleitenden unterstützen insbesondere auch bei Transferaufgaben mit praktischem Patientenbezug, um mit ihrem Wissen zur Vermeidung von ethisch fragwürdigen und überfordernden Situationen beizutragen (Zimmermann et al. 2012-II, 12).
- Mit dem *Transferbrief* wird der didaktische Kontext zur jeweiligen Transferaufgabe formuliert, um ihn den beteiligten Akteurinnen und Akteuren (Praxisbegleitung, Praxisanleitung, Studierende, ...) transparent zu machen und zu „einheitlichen Abstimmungen mit den Studiengangsbeauftragten vor Ort“ beizutragen (Zimmermann et al. 2012-II, 55).

- *Praxisanleitertutorien* zur Vorbereitung der jeweiligen Transferzeiten und zur Kommunikation der didaktischen Hintergründe, der Zielsetzungen, (Aus-)Gestaltungen und Erwartungshorizonte der Transferaufgaben⁵¹ dienen als „institutionalisierte[s] Forum zur Informationsvermittlung“. Sie werden jeweils durch die Praxisbegleitungen in den Einrichtungen vorbereitet und durchgeführt und werden von der MHR als Schlüsselmomente für den Wissenstransfer in die Pflegepraxis und als Motivationssupport und Anerkennungen für die Gestaltung von Anleitung gesehen (Narbei et al. 2012-I, 35; Zimmermann et al. 2012-II, 12).

Erfahrene Wirkungen bzw. beobachtete Effekte

Im Evaluationsbericht der MHR wird berichtet, dass die Teilnahme der Pflegepraxis an den Transferleistungen der Studierenden einen unerwarteten Synergieeffekt darstellt und erste Ergebnisse aus diesen Studienarbeiten in der Praxis implementiert wurden (Zimmermann et al. 2012-II, 9). Dabei habe es sich als vorteilhaft erwiesen, die Themen und Problemstellungen der Transferaufgaben mit Unterstützung der Praxis zu generieren (Zimmermann et al. 2012-II, 12).

Auch im Verlauf des Diskussionsprozesses in der Experten-Fokusgruppe an der MHR wird dem Instrument der Transferaufgabe eine große Bedeutung für den Praxis-Theorie-Praxis-Transfer zugeschrieben. Dabei werden die folgenden Aspekte hervorgehoben:

Die Bearbeitung der Transferaufgaben wird als Anregung zur kritischen Reflexion und zur Diskussion der Praxis erfahren und als ein zentrales Instrument beschrieben, mit dessen Hilfe Praxis weiterentwickelt werden kann. Hierzu wird von Seiten einer Studierenden z.B. im Zusammenhang mit der Transferaufgabe „Kurzvortrag zum evidenzbasierten Katheterismus“ beschrieben, dass der Gewinn der Lernaufgaben nicht in erster Linie in einer Vermittlung von Wissen an die Praktiker besteht („die wissen ja, wie man einen Katheter legt“), sondern in der kritischen und wissenschaftlich begründeten Überprüfung der beobachteten Praxis und in einer für die Praktiker nachvollziehbaren Rückmeldung der gewonnenen Erkenntnisse. Hieraus hätten sich fruchtbare Diskussionsprozesse entwickelt.

Lehrende der Berufsfachschulen beobachten als Kompetenzzuwachs angeregt durch Transferaufgaben Anzeichen einer Entwicklung von Expertentum im Verstehen von Einzelfällen. Ein Diskussionsteilnehmer beschreibt hierzu das Beispiel einer Studierenden, die eine krisenhafte Patientinnensituation im Arbeitsfeld der Intensivpflege umfassend („beeindruckend“) analysieren konnte.

Den Transferaufgaben wird eine bedeutsame Rolle für die Wahrnehmung der Profession hochschulisch qualifizierter Pfleger zugeschrieben. Sie würden eine praxisbezogene „Übersetzung“ des Berufsbildes transportieren, mit der die Merkmale einer sich akademisierenden Pflegearbeit für die Studierenden selbst und auch für die Praktikerinnen und Praktiker sowie die sie unterweisenden Lehrenden sukzessive nachvollziehbar wird. Umgekehrt berichten die Studierenden auch, dass die ihnen mit der Bearbeitung der Transferaufgaben zugeschriebene professionelle Rolle auch ihre Akzeptanz im interprofessionellen Austausch befördert und ihnen das Agieren auf anderen Hierarchieebenen erleichtert.

⁵¹ Hier werden ebenfalls die Konzeption der jeweiligen Fachschulpraktischen Transferaufgaben (FATA's) und weitere Fragen zum Studiengang kommuniziert.

Daneben werden Effekte der Transferaufgaben für das berufliche Handlungsfeld und die dort tätigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen benannt. Hierzu werden mehrere Beispiele angeführt: Durch die besondere Aufgabenstellung der Transferaufgaben und eine teilweise Einbindung der im Handlungsfeld Tätigen in die Ergebnispräsentation entwickle sich eine fachwissenschaftliche Sensibilisierung der Praxis. Innerhalb der Teams würden zum Teil Handlungsdefizite erkannt. Aufgrund einer in der Aufgabe geforderten Einbindung der Praktikerinnen und Praktiker in die Auseinandersetzung mit den Aufgabenstellungen wird von einer Wissenserweiterung und einer Anregung zum Umdenken berichtet. Es ergeben sich so Ansatzpunkte für eine kritische Reflexion und Diskussion der jeweils untersuchten Praxis, die zudem einen konkreten Beitrag zur Weiterentwicklung der Praxis leisten könne. Verwiesen wird in den Aussagen auch darauf, dass es zu einem besseren Verständnis dessen kommt, was ein methodisch strukturierter und wissenschaftlich begründeter Ansatz für die Praxis und z.B. ein tieferes Fallverstehen leisten kann.

Erforderliche Ressourcen und Strukturen

In der Diskussion der Experten-Fokusgruppe wurde deutlich, dass für die Bearbeitung der Transferaufgaben im Rahmen des Studiums besondere Ressourcen und Strukturen gegeben sein müssen, die zu Teilen, wie oben beschrieben, bereits institutionalisiert sind.

Erforderlich scheint vor allem eine Transparenz für alle Beteiligten im Sinne einer expliziten Ausweisung der ge- und verplanten Zeitressourcen für die Durchführung der Transferaufgabe zu sein. So sollte aus dem Dienstplan erkennbar sein, zu welchen Zeiten die/der Studierende zwar am Transferort zur Bearbeitung der Transferaufgabe anwesend ist, nicht aber als Mitarbeiterin/Mitarbeiter in der Schicht Aufgaben übernehmen kann. Transferzeiten für die Erarbeitung der Aufgabenstellungen müssen somit explizit geplant werden. Dazu gehört auch, dass Selbststudienzeiten als wichtige Bestandteile der Transferaufgaben betrachtet werden. Aus der Wahrnehmung der Hochschule stellt sich „[d]ie administrative Ausweisung auf den Dienstplänen [...] als wichtiges Kriterium für das Gelingen der Theorie-Praxis-Vernetzung dar“ und damit als strukturell erforderliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Realisierung der Transferaufgaben.

Bezogen auf die Präsentation der Ergebnisse der Transferaufgabe in der Praxis wurde deutlich, dass es einer Rahmenabsprache für diese sehr geschätzte Ergebnisdarstellung der studentischen Arbeit am Transferort Praxis bedarf, wobei angesichts knapper zeitlicher Freiräume insbesondere terminliche Absprachen von Bedeutung sind.

9.4.1.2.2 Projektstudium, insbesondere Praxisprojekt

Wildt (2009) ordnet das projektorientierte Lernen auf der nach Komplexität der didaktischen Konzepte gestuften Lernmethodentreppe, die auf der höchsten Stufe mit dem forschenden Lernen endet, im oberen Drittel zwischen dem problemorientierten und dem fallorientierten Lernen ein. In Abgrenzung zum forschenden Lernen, das an den Phasen des Forschungsprozesses orientiert ist und bei dem tatsächlich geforscht wird, ist für projektorientiertes Lernen eine reale komplexe Problemstellung als Ausgangspunkt des Lernens, die von den Lernenden in Projektgruppen anhand von einer zielgerichteten Projektplanung selbstorganisiert bearbeitet wird, charakteristisch (Bastian/Gudjons 2006, 28ff.). Der Begriff „Projekt“ (lat. Proicere) verweist bereits darauf, dass Planung und Entwurf eines Vorhabens wesentlich sind (Rummler 2012, 27). In der Projektliteratur erfolgt daher eine breite Auseinandersetzung mit verschiedenen Ablaufmodellen (exemplarisch Daum 2002; Frey 2007). Inhaltlich sollen Projekte an den Interessen der Beteiligten anknüpfen

und eine hohe gesellschaftliche Relevanz aufweisen (Bastian/Gudjons 2006, 30ff.). Das Projektvorhaben soll nach Möglichkeit an gesellschaftlichen Problemen ansetzen und so im Verständnis einer der wichtigsten Väter der Projektmethode, John Dewey, zur „Selbst- und Weltveränderung“ beitragen (ebd., 32). Der mit der Projektmethode verbundene Anspruch, dass Studierende die Wissenschaft für die Lösung gesellschaftlicher Probleme nutzen, ist auch der Grund, weshalb die Methode in den 1970er Jahren im Zuge der Studentenbewegung so populär wurde. Das Ergebnis besteht in einem Produkt, das optimaler Weise öffentlich präsentiert bzw. vermittelt wird. Vier Arten von Produkten lassen sich unterscheiden, nämlich innere/interne Produkte, worunter Wissen und Fertigkeiten oder identitätsfördernde und persönlichkeitsbildende Erkenntnisse zu verstehen sind sowie äußere/externe Produkte, etwa vorzeigbare Gegenstände oder Verbesserungen von Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen (Jung 2005).

Das von den Studierenden der FH Bielefeld im dualen Modellstudiengang Pflege im 4. Semester im Modul 2.6 im klinischen Feld durchgeführte „klientenzentrierte Projekt“ zielt auf die theoretisch fundierte Analyse und Bearbeitung eines zielgruppen- bzw. individuumsbezogenen Pflegeproblems unter Berücksichtigung der stationsspezifischen Rahmenbedingungen, wobei stärker die mikrostrukturellen Aspekte der pflegerischen Interaktion in den Fokus genommen werden sollen. Die Erhebung der individuellen Bedarfe und möglichen Pflegeprobleme von Patientinnen und Patienten auf der Station, eine problem-/themenbezogene wissenschaftliche Recherche, die Planung, Umsetzung, Evaluation sowie der Transfer der Ergebnisse in die Pflegepraxis wird dabei eigenverantwortlich von den Studierenden durchgeführt und durch die Berufsfachschule, Hochschule und Praxis-einrichtung respektive die zuständigen Praxisanleitungen begleitet und unterstützt.

Das Projektmodul „Gestaltung eines klientenzentrierten Projektes“ im 4. Semester beginnt für die Studierenden im Theorieblock mit einer Auftaktveranstaltung und anschließenden Seminarterminen zur Themenfindung und -konkretisierung an insgesamt acht Studientagen. Ergänzend vermittelt werden Kenntnisse zu Projektmanagement und Projektevaluation, zu Prinzipien der Konzeptentwicklung, zum Wissensmanagement und zum Krankenhauswesen unter besonderer Berücksichtigung der konkreten Strukturen der kooperierenden Kliniken. Dabei bieten die Lehrenden der Hochschule und der Berufsfachschulen die Lehre sowohl gemeinsam als auch wechselseitig ergänzend zu ihren jeweiligen Schwerpunktthemen an. Auf dieser Grundlage führen die Studierenden einen dreiwöchigen, von den beteiligten Lehrenden begleiteten Praxiseinsatz auf einer ihnen bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannten Station durch. In dieser Zeit sollen sie – parallel zur üblichen Einarbeitung als Auszubildende in diesem Bereich – aus einer stationsspezifischen Bedarfsanalyse heraus Ideen für ihre Themen- bzw. Fragestellung im Projekt entwickeln. In einem sich anschließenden erneuten zweiwöchigen, im studentischen Workload ausschließlich auf das Projekt bezogenen Theorieblock erarbeiten die Studierenden Ansätze zu einer sinnvollen Vorgehensweise in ihrem Projekt, recherchieren vorbereitend zur gewählten Thematik wissenschaftliche Erkenntnisse, klären projektbezogen inhaltliche und organisatorische Praxisfragen (z.B. zur Identifikation der zentralen Ansprechpartnerinnen und -partner und zu den Möglichkeiten einer Kontaktaufnahme) und setzen sich mit für ihr Projektvorhaben relevanten (forschungs-)ethischen Fragestellungen auseinander. Im sich anschließendem sechswöchigen Praxiseinsatz werden die Studierenden für die Hälfte ihrer Arbeitszeit für die Projektarbeit freigestellt, wobei für die Verteilung dieser Projektzeiten unterschiedliche Lösungen im Aushandlungsprozess zwischen den Studierenden und den Stationsleitungen gefunden werden können. Die Projekte werden als Einzelprojekte durchgeführt. Der Austausch der Studierenden untereinander wird neben den

Seminaren durch Gruppentreffen während der Praxisphasen und durch die elektronische Studienplattform der Hochschule gestützt.

Der Projektabschluss erfolgt für die gesamte Studiengruppe klinik- bzw. hochschulöffentlich durch Posterpräsentationen und eine Vorstellung der Projektprodukte (z.B. Flyer, Informationsbroschüren, ...). Daneben präsentieren die Studierenden ihr Ergebnis jeweils stationsintern. Die Arbeitsprodukte sollen, z.B. in der Form einer Posterpräsentation, der weiteren Nutzung in den Häusern zugeführt werden.

Die Projektdurchführung wurde seitens der Hochschulen/Berufsfachschulen jeweils zunächst durch Gespräche zu Projektaufbau und -zielen mit den Pflegedienstleitungen und anschließend mit Informationsveranstaltungen für Praxisanleiterinnen bzw. Praxisanleiter und die Stationsleitungen in den Kliniken vorbereitet.

Erfahrene Wirkungen bzw. beobachtete Effekte

Durch das Projektmodul und die damit verbesserte Transparenz ihrer wissenschaftsorientierten Aufgaben konnte aus Sicht der an der Fokusgruppe beteiligten Studierenden eine Veränderung und Stärkung ihrer besonderen Rolle als Studierende in der Pflegepraxis erreicht werden.. Sie erfuhren eine größere Anerkennung des Beitrags, den sie zur Verbesserung der Pflegequalität in ihrer konkreten Praxistätigkeit leisten können und eine darauf bezogene Wertschätzung ihrer Leistungen seitens der Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis. Dabei wurde seitens einer Pflegedienstleitung auch eine Versachlichung der sonst stark von Emotionen geprägten Diskurse zwischen „Theorie und Praxis“ beobachtet. Die Aufnahme der Ergebnisse der bisher durchgeführten Projekte in die Pflegepraxis wird als sehr erfolgreich bewertet. So erfuhren einige Ergebnisse auch berufsgruppenübergreifend, z.B. bei den medizinischen oder therapeutischen Teams, Beachtung. Bezüglich dieser Akzeptanz und Neugier gegenüber den Projektarbeiten wurde weiterhin zwischen der ersten und der zweiten Studienkohorte ein deutlicher Entwicklungssprung festgestellt.

Die Lehrenden beschreiben auch, dass es den Studierenden gelungen ist, Fragestellungen der Praxis u.a. aus dem Blickwinkel der Evidenzbasierung zu betrachten, das Handeln dementsprechend zu überprüfen und die Ergebnisse dieser Prüfung, z.B. über die Praxisanleitungen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an die Praxis zurückzumelden. Damit werde die Bedeutung des Studiums auch im Unterschied zur Praxisausbildung transparent. Dieser Prozess fördere tatsächlich sowohl bei den praktisch Pflegenden, aber auch bei den Studierenden selber das Verständnis für die Notwendigkeit einer wissenschaftlich reflektierten Praxis.

Im Rahmen ihrer Projektarbeiten gehen die Studierenden, so ein weiterer Eindruck der Lehrenden, „mutig“ auf anspruchsvolle oder mit Scheu bzw. Scham besetzte Problemstellungen der zu Pflegenden (z.B. Inkontinenzernahrung, onkologische Pflege) zu und erproben neue Möglichkeiten in der Gesprächsführung und der Interaktion.

Eine weitere, häufig genannte Wirkung des Projektmoduls bildet die Entwicklung von „Problemlösefähigkeit“, hervorgerufen durch die Konfrontation mit verschiedenen „Barrieren“ bei der Planung und Umsetzung der Projekte: Die Studierenden lernen beispielsweise, den Zeitbedarf für Datenerhebung und Fachrecherche selbstständig einzuschätzen, einen zeitlich strukturierten Projektplan zu erstellen, sich in den Krankenhausstrukturen zurechtzufinden und zentrale Ansprechpartnerinnen und –partner zu identifizieren. Dabei machen sie Erfahrungen mit der Institution Krankenhaus, üben sich im Umgang mit den Begrenzungen und der Starre dieses Systems, erproben Mittel und Wege, solche Hürden

zu überwinden und lernen, auch hierfür die erforderlichen Zeitressourcen einzuschätzen. Die Anforderungen einer lösungsorientierten Bewältigung der sich jeweils stellenden Herausforderungen hätten sowohl die methodischen Kompetenzen in einer (vor-)strukturierenden Reflexivität als auch die Entwicklung personaler Schlüsselkompetenzen wie Flexibilität und Kreativität gefördert.

Die Studierenden haben weiterhin den Eindruck, durch ihre Projektarbeit und das erzielte Ergebnis im unmittelbaren Patientenkontakt auch emotional gewonnen zu haben. Beschrieben werden weiter auch Beobachtungen einer Verbesserung des Patienten-Outcomes, die zunächst darin begründet sind, dass die Patientinnen und Patienten sich durch die Projektarbeiten wahr- und in ihren Problemen ernst genommen fühlen. Insofern die Projektergebnisse zu reproduzierbaren Produkten (Flyern, Broschüren o.ä.) oder auch zu Vorschlägen für eine Optimierung von Stationsabläufen geführt haben, kann eine gewisse Nachhaltigkeit der studentischen Arbeiten beobachtet werden. Für positive Ergebnisse in der Umsetzung von Beratungsansätzen und Interventionskonzepten, die eine tatsächliche oder vermeintliche Mehrarbeit mit sich bringen, wird die Nachhaltigkeit von Seiten der Lehrenden als eher geringer eingeschätzt. Hier wird allenfalls eine erhöhte Sensibilisierung vermutet bzw. erhofft.

Während die Kooperation mit der Praxis als stärkere Herausforderung gesehen wurde, wird die Lernortkooperation grundsätzlich als konstruktiv und bereichernd erlebt. Die Erfahrung der gemeinsamen Erarbeitung eines zentralen Studienaspekts in der Kooperation zwischen Hochschule und Berufsfachschule wird von beiden Seiten als Gewinn beschrieben, wobei mit der intensiven Zusammenarbeit im ersten Durchgang eine gute Basis für den anschließenden Projektdurchlauf gelegt wurde. Insbesondere die Lehrenden der Berufsfachschulen nehmen für sich als wertvoll beschriebene Erfahrungen aus der Projektdurchführung und der Begleitung der Studierenden mit, stellen persönliche Entwicklungsprozesse sowohl in inhaltlicher als auch in didaktischer Hinsicht dar und begrüßen die Erfahrung, die Studierenden in einer anderen Rolle zu erleben und zu begleiten.

Erforderliche Ressourcen und Strukturen

Für eine Studienkohorte mit ca. 45 Studierenden an zwei Studienstandorten und mit sieben beteiligten Kliniken waren im beschriebenen Praxisprojekt an der FH Bielefeld insgesamt 8 Lehrende der Fachhochschule und Berufsfachschulen beteiligt – jede/jeder hat etwa 5-6 Studierende betreut. Die mit der Durchführung des Praxisprojekts verbundenen Herausforderungen machen deutlich, dass studentische Projektarbeiten in der hier intendierten Form einen erhöhten Unterstützungsbedarf mit sich bringen, der genau eingeschätzt und kapazitätswirksam kalkuliert werden muss, um Projektarbeit nachhaltig als sinnvolles und wirksames Studienelement zu etablieren.

Um das Projektmodul realisieren zu können, müssen zunächst alle Beteiligten umfassend über Organisation und Ziele der Projektarbeit informiert werden. Dazu gehören im Besonderen die in das Projekt einbezogenen Stationen und deren Stationsleitungen, um ggf. die Unterstützung der Stationsmitarbeitenden bei der Umsetzung des Vorhabens aber auch die für die Planung und Durchführung nötige Freistellung der Studierenden sicherzustellen. Auch sollte eine Sicherung der internen Kommunikation erfolgen, um eine größere Akzeptanz innerhalb der Praxiseinrichtung zu erreichen.

Regelungen zur Freistellung der Studierenden für die Recherche- und Forschungsarbeit müssen eindeutig getroffen werden, die Studierenden müssen sich auf die Aufgabe konzentrieren können. Es sollte zudem im Vorfeld des Projekts, insbesondere wenn ein Aus-

bildungsvertrag besteht (möglicherweise aber auch bei anderen Praxiskooperationsformen), geklärt werden, an welchen Tagen die Studierenden nicht in die praktischen Arbeitsprozesse eingeteilt werden können, so dass sich klar geregelte Zeitstrukturen für das Projekt ergeben und Zeiträume für projektbezogene Arbeiten mit den Patientinnen/Patienten und/oder auf der Station, für wissenschaftliche Recherche und für Organisations- und Dokumentationsaufgaben zur Verfügung stehen.

Eine wichtige Ressource für das Gelingen der individuellen Projektvorhaben bilden die beteiligten Praxisanleitungen. Der Zeitaufwand, aber auch die fachlichen (inhaltlichen, methodischen und didaktischen) Anforderungen für eine qualifizierte Begleitung, sind hierbei besonders hoch und übersteigen das sonst übliche Aufgabenspektrum. Dies erfordert aus Sicht der Befragten sowohl eine zusätzliche Qualifikation der vorhandenen Praxisanleitungen, aber auch personelle Maßnahmen, wie zusätzliche Kräfte in der Praxisanleitung bzw. zusätzliche Freistellungen für Anleitung und Begleitung im Rahmen des Projekts. Ebenfalls notwendig sind ausreichende Möglichkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten innerhalb der Praxiseinrichtungen, wie beispielsweise ein Zugang zu Datenbanken, E-Learning-Plattformen, ein Medienraum oder Rückzugsmöglichkeiten zum Recherchieren. Weiter sollten die Kooperationspartner personelle und materielle Ressourcen für die Verbreitung von gehaltvollen Arbeitsergebnissen einkalkulieren (z.B. Druckkosten für Informationsbroschüren, Posterpräsentationen) bzw. die Bereitstellung entsprechender Öffentlichkeitsräume zur „Impulsgebung“ an exponierter Stelle und die Weiterverbreitung oder die Publikation in der Form von Artikeln in Zeitschriften und im Inter- bzw. Intranet.

Die Organisation und Begleitung der Projekte erfordert, wie bereits erläutert, eine intensive Zusammenarbeit der Lernorte Berufsfachschule, Hochschule und Pflegepraxis auch im Ausbalancieren der unterschiedlichen Ansprüche. Das erfordert Zeiträume für die inhaltliche Strukturierung der Projektplanung und die Begleitung der Studierenden. Eine rechtzeitige und sorgfältige Planung mit einem Vorlauf von mindestens einem halben Jahr wird bei dem Umfang des Projektvorhabens als unabdingbar geschildert, vor allem, um die Interessen der verschiedenen Projektpartner zu koordinieren und den Informationsfluss auf allen Ebenen zu sichern. Die Kooperationsanforderung im Rahmen der Projektarbeit bietet aber insbesondere für kooperative Studiengangstrukturmodelle Chancen für eine inhaltliche und didaktische Weiterentwicklung der Lehre.

9.4.1.2.3 *Lernen durch mündliche Reflexion von Arbeitsprozessen – insbesondere Supervision*

Zur handlungsentlasteten Reflexion von praktischen Erfahrungen der Studierenden haben die Modellstudiengänge vielfältige Lernangebote eingerichtet. Die Foci können eher auf fachlichen oder auf sozialen/personalen Aspekten liegen. Die Lernangebote können stärker strukturiert sein oder auch eher allgemeine Gesprächsangebote darstellen. An einigen Hochschulen kommt Supervision als ein didaktisch-methodisch strukturiertes Reflexionsverfahren zum Einsatz. Dieses Konzept soll im Folgenden eine vertiefende Betrachtung erfahren.

Definition bzw. Beschreibung der für das Lehrangebot zur Supervision an der KathO entwickelten Konzeption

Im Studiengang Pflege an der KathO NRW bildet Supervision ein eigenes, mit 4 CP belegtes Modul, das anteilig im 1. bis 3. und 6. Semester und damit querliegend in vier Se-

mestern im Verlauf des Studiums angeboten wird. Das Modul nimmt mit dem Anliegen einer reflexiven Auseinandersetzung mit der eigenen Person und den verschiedenen Rollenanforderungen, die sich in den einzelnen Ausbildungs- bzw. Studienabschnitten stellen, eine Schlüsselstellung im Angebot dieses Studiengangs ein und soll die Studierenden in den drei Studienphasen mit einer jeweils anderen Schwerpunktsetzung unterstützen. Mit dem langfristigen Ziel der Entwicklung einer professionellen Pflegerolle sollen die Studierenden in der *Phase 1 „Rollenfindung“* während des 1. und 2. Semesters individuelle Lösungen entwickeln und die gleichzeitig bestehenden Rollenanforderungen als Schülerinnen und Schüler einerseits und Studierende andererseits zu integrieren. In der *Phase 2 „Rolleneinnahme“* im 3. Semester ist „die Übergangsphase vom Schüler zum examiniert Pflegenden reflektiert zu bearbeiten“. In der *Phase 3 „Rollenausgestaltung“* im 6. Semester „sollen die Studierenden durch supervisorische Techniken auf die Ausgestaltung ihrer Berufsrolle [...] als akademisiert Pflegende nach Abschluss des Studiums vorbereitet werden“ und damit ihr Profil gegenüber den beruflich qualifizierten Pflegenden stärken (Berker/Heffels/Mijatovic 2013, 44f.). Mit der Konzeption eines fest institutionalisierten Lernangebots folgt die KatHO NRW für den Studiengang Pflege einer in den Studiengängen der Sozialarbeit etablierten Konzeption (Effinger 2002). Sie bildet in dieser Form für die hier untersuchten Studiengänge im Gesundheitswesen ein Alleinstellungsmerkmal.

Für die Supervision sind die Studierenden in festen Gruppen von 8-10 Studierenden zusammengefasst. Der Gesamtworkload des Moduls von 120 Stunden ist dabei gleichmäßig auf die vier mit der Supervision belegten Semester verteilt und umfasst in jedem Semester 17,5 Kontaktstunden, also Supervisionssitzungen, und 12,5 Stunden Selbstlernzeit zur Aufarbeitung und Darstellung der Erfahrungen und Lernprozesse aus der Supervision im Rahmen eines Portfolios. Dieses Volumen für Ausbildungssupervision im Studiengang Pflege an der KatHO NRW entspricht nahezu dem von Effinger (2002, 15) ermittelten Durchschnittswert für die Studiengänge im Bereich der Sozialpädagogik/sozialen Arbeit bzw. überschreitet es leicht⁵². Das Portfolio, das den Prozess der Selbstreflexion dokumentieren soll und z.B. in der Form eines jeweils an die Arbeitstreffen anschließenden E-Mail-Dialogs mit der/dem Supervidierenden oder in einer abschließenden Vorstellung von Tagebuchauszügen bzw. „Nachgedanken“ zu erbringen sind, wird nicht benotet. Die Teilnahme ist zu 100% verpflichtend, was nach den internen Regelungen der Hochschule bedeutet, dass eine Teilnahme von mindestens 70% dokumentiert sein muss. Ausbildungssupervision wird von externen Supervisorinnen / Supervisoren als Lehrbeauftragten durchgeführt. Sie bestätigen lediglich die vollständige Teilnahme und sind nicht in einer benotenden Funktion als Lehrende im Studiengang beteiligt, um so die Rollenklarheit auch in der Lehre zu sichern. Die angebotene Form ist somit weitgehend am Modell der Gruppensupervision orientiert (Galdynski 2009, 21; Exp-FK-Gruppe Supv, 00/28/03 - 20 / 00/32/00 - 21).

Erfahrene Wirkungen bzw. beobachtete Effekte

Die Kontinuität der Gruppenprozesse wird als ein besonders förderliches Moment für die Entwicklung der Einzelpersönlichkeiten im Verlauf der Supervision gesehen. Wie kon-

⁵² In der angeführten Erhebung wurde bei den befragten Hochschulen ein Umfang für die Ausbildungssupervision zwischen 1 und 8 SWS bei einem Durchschnittswert von 3,5 SWS erhoben. Die Gruppengrößen variieren dabei zwischen 3-5 und 10-15 Studierenden bzw. liegen bei 8,4 Studierenden im Durchschnitt (Effinger 2002, 15).

struktiv eine Gruppe agiert, ist dabei maßgeblich für das Supervisionserleben, wobei eine Studierende die in der beschriebenen Form gesteuerte Perspektivenvielfalt als ein zentrales Moment bekräftigt. Auch die Lehrenden an den Berufsfachschulen bestätigen, dass sich inhomogen zusammengesetzte Studierendengruppen mit z.T. sehr unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen durch die erfahrenen Selbstregulationsprozesse in der Supervision zu arbeitsfähigen Lerngruppen zusammengefunden hätten.

Inwieweit die Studierenden Anliegen einbringen, gestaltet sich oft recht unterschiedlich, die gewählten Themen beziehen sich entweder auf Fallarbeiten zu erfahrenen Situationen oder auf den professionellen Entwicklungsprozess und die Suche nach der persönlichen Rollenidentität. Der Studienstand der Studierenden und die Frage, was das Studium für ihre Arbeit im Praxisfeld und ihre persönliche Weiterentwicklung bedeutet, spielt eine zentrale Rolle für die Auswahl der zu bearbeitenden Anliegen. Zur Erarbeitung des Rollenbegriffs oder des eigenen Berufsprofils werden neben theoretischen Definitionen Methoden herangezogen, mit deren Hilfe innere persönliche Vorstellungsbilder in der Gruppe deutlich gemacht und Ressourcen herausgefiltert werden können. Vor allem machen die Studierenden sich aber immer wieder ihren persönlichen Entwicklungsprozess bewusst und bringen Themen ein, die direkt mit ihrer Rollenklärung in Verbindung stehen. Aber auch im Rahmen von Fallsupervisionen steht sehr häufig die Frage der persönlichen Positionierung im Zentrum, z.B. in Hinblick auf das Thema der Auslotung von Nähe und Distanz.

Die Studierenden der ersten Kohorte sehen sich mit einem „gut gefüllten Werkzeugkoffer“ für ihre Interventionen im beruflichen Handeln und ihre persönlichen Reflexionsprozesse ausgestattet, z.B. bezogen auf die Fähigkeit, Kommunikation zu gestalten und zu reflektieren. Das beruht nach Ansicht der Supervidierenden auch darauf, dass die initiierten Arbeitsprozesse auf einer Metaebene durch den Rückbezug auf die jeweiligen theoretischen Grundlagen unterfüttert und die erfahrenen Wirkungen einer Intervention bezogen auf deren theoretische Grundlegung betrachtet werden. Hier unterscheidet sich Supervision im Bildungskontext von supervisorischen Prozessen in normalen Arbeitskontexten, in denen die Supervision in erster Linie die Aufgabe hat, als Mittel zum Zweck der Problemlösung zu wirken. Den „gefüllten Werkzeugkoffer“ empfinden die Studierenden aber nicht nur für ihre Arbeit in Teams als förderlich, sondern auch im Umgang mit den zu Pflegenden und ihren Angehörigen, es habe sich eine andere Haltung durch die Erfahrung einer multiperspektivischen Betrachtung von Situationen entwickelt. Die Studierenden entwickeln in einem geschützten Rahmen Handlungsoptionen, um ein auftretendes Problem z.B. im Praxisfeld selbst zu lösen. Sie können in diesem Setting an keiner Stelle damit rechnen, dass die Supervidierenden einen Auftrag hören oder annehmen, der sie veranlasst zu agieren – für ein externes Eingreifen gibt es, z.B. im Vergleich mit den prinzipiellen Möglichkeiten der Berufsfachschule oder auch in der Praxisbegleitung durch Lehrende des Studiengangs, in der Supervision keine Handlungsräume und das auch dann, wenn z.B. in der Auseinandersetzung mit Vorgesetzten differierende berufliche Wertvorstellungen und moralisch-ethische Grundprinzipien aufeinanderstoßen, die von der Sache her ein Einschreiten zwingend erforderlich zu machen scheinen. Die Studierenden sind so gefordert, selbst zu handeln und für ihre Handlungsentscheidungen einzustehen, können sich im Supervisionsprozess nur in ihrem Prozess der Urteilsfindung Unterstützungen holen und ihr Handeln reflektieren.

Weiter wird von Entlastungs- und Stärkungserfahrungen im Umgang mit den Anforderungen des Studiums durch den unterstützend gelenkten Gruppenprozess berichtet. So wer-

de z.B. nach Strategien für den Umgang mit Belastungen gesucht, was die Stimmung positiv verändert habe. Gleichzeitig beschreiben die Studierenden eine wachsende Kompetenz bei sich, in Teams zu agieren und Teamprozesse in Arbeitszusammenhängen besser einschätzen zu können. Und auch, wenn sie sich gegenwärtig eher noch in einer Beobachterrolle sehen, würden sie hier Potenziale für ihr künftiges berufliches Handeln wahrnehmen.

Letztlich wird das Angebot von Seiten der Vertreterinnen und Vertreter der Praxis, der Lehrenden der Berufsfachschulen, der Hochschulen und der Ausbildungssupervidierenden selbst auch als Chance gewertet, das Bild von Supervision als strukturierte Reflexionsmöglichkeit für Herausforderungen im Berufsalltag der Pflege durch die Erfahrung von Ausbildungssupervision positiver zu gestalten und Vorbehalte und Ängste der Pflegenden abzubauen.

Erforderliche Ressourcen und Strukturen

Zunächst ist für die Realisierung des hier entwickelten Konzepts von den Supervidierenden eine supervisorische Haltung gefordert, die im Rahmen der Ausbildungssupervision insbesondere emanzipatorische Bildungsprozesse mit Blick auf die Entwicklung von Selbstkompetenz und Professionalisierung anregt bzw. Studierenden, bei denen sich die Möglichkeit beruflichen Scheiterns andeutet, Handlungsmöglichkeiten und Alternativen aufzeigt. Hierbei spielt die Bildung einer Vertrauensbasis in der Supervisionsgruppe eine zentrale Rolle, wobei die strukturellen Antinomien zwischen kooperativer Beratung und direkter, mit Beurteilung verbundener Ausbildung nie völlig auflösbar sind, und das auch dann nicht, wenn das Angebot aus dem üblichen Beurteilungsschema herausfällt und nur eine erfolgreiche Modulteilnahme bescheinigt werden muss. Die inhaltliche Thematisierung und methodische Integration dieser Antinomien in den Supervisionsprozess und ein für die Beteiligten sichtbarer reflektierter Umgang mit den der Supervidierendenrolle innewohnenden Machtstrukturen sollte positiv gewendet und somit sinnvoll genutzt werden. Dies gilt gerade auch für den Professionalisierungsprozess von hochschulisch ausgebildeten Pflegenden, die z.B. im Spannungsfeld von Edukation und Empowerment agieren bzw. gefordert sind, mit Macht- und Hierarchiestrukturen in ihrer Berufsgruppe reflexiv umzugehen. So verstanden kann Supervision zur Entwicklung einer „impliziten Ethik des professionellen Handelns“ beitragen (Ziemons 2010). Eine wesentliche Voraussetzung, um diesem Anspruch gerecht zu werden, bildet die Formulierung von entsprechenden Qualitätsstandards, wie z.B. einer DGSv anerkannten Ausbildung in Supervision⁵³. Um dem Neutralitätsgebot zu entsprechen, werden für den Studiengang Pflege bewusst ausschließlich externe Lehrbeauftragte eingesetzt, die ansonsten nicht in die Lehre eingebunden sind.

⁵³ An der KatHO NRW werden z.B. vorzugsweise solche Supervisorinnen und Supervisoren als Lehrbeauftragte eingebunden, die ihre Ausbildung dort im Rahmen des Masterstudiengangs „Supervision“ erworben haben und damit mit den hausinternen Qualitätsansprüchen an Ausbildungssupervision vertraut sind

9.4.1.3 Modelle Arbeitsorientierten Lernens: Skills-Lab – Erlernen und Üben von Fertigkeiten an Modellen und/oder in simulierten Situationen

In den Experten-Fokusgruppen wurde die Etablierung eines Skills-Labs in den Modellstudiengängen an mehreren Hochschulstandorten angesprochen und als eine wichtige Säule für die Vermittlung zwischen Theorie und Praxis betont. In einem besonderen Maße wurde der Stellenwert des Skills-Labs für die Kompetenzentwicklung im Studiengang Hebammenkunde an der hsg von Studierenden, Lehrenden und Praxisanleiterinnen für den Kompetenzerwerb gleichermaßen hervorgehoben. Die folgende Untersuchung fokussiert deshalb exemplarisch die für diesen Studiengang entwickelte Konzeption.

Definition bzw. Beschreibung der für das Lehrangebot entwickelten Konzeption

Das Lernen im Skills-Lab im Studiengang Hebammenkunde der hsg soll den Erwerb von praktischen Fähigkeiten unter geschützten, kontrollierten Bedingungen sowohl im Bereich manueller und technischer Fertigkeiten als auch in Bezug auf den Umgang mit der Frau und in der Gestaltung einer regelgeleiteten, situationsadäquaten Kommunikation ermöglichen. Es wird eine Umgebungssituation simuliert, die zwar künstlich gestaltet ist, aber, abgesehen von der unmittelbaren Begegnung mit real zu betreuenden Frauen und/oder ihren Angehörigen, möglichst viele Elemente der Berufs- und Lebensrealität in die Lernprozesse integriert. Gearbeitet wird in einer an das Arbeitsfeld angeglichenen Umgebung mit lebensnahen bzw. speziell präparierten Simulationsmodellen, durch Übernahme von Rollen in strukturierten Simulationsübungen, aber auch mit hierfür speziell angeleiteten Personen (sog. „Simulationspatientinnen/-patienten“ bzw. Schauspielerinnen/Schauspielern und Schauspielstudierenden), die praxisgeleitete Regieanweisungen möglichst wirklichkeitsgetreu darstellen. Hierfür stehen die notwendigen Instrumente und erforderlichen Hilfsmittel zur Verfügung. Die zu erlernenden Skills werden im Rahmen einer Skillsanalyse in ihre einzelnen Schritte zerlegt. Der Lernprozess ist darauf aufbauend im Sinne des Cognitive Apprenticeship Approachs (Collins et al., 1989) strukturiert geplant und wird systematisch in klar vorgegebenen Phasen⁵⁴ durchlaufen. Die Komplexität der Handlungssituationen, die die Lernenden üben, wird im Seminar- und Studienverlauf sukzessive gesteigert. Die Erarbeitung integriert gleichfalls den Austausch der Lernenden und strukturierte Feedback- und Selbstreflexionsschleifen, zum Teil mit Hilfe einer hierfür installierten medialen Ausstattung, z.B. durch Videobeobachtung oder Einwegspiegel (Beck et al. 2013; Brunner Künzler 2004, 347; Darmann 2004, 203; Ewers 2001, 19; Meyer-Hänel/Umbescheidt 2006, 278). Im Skills-Lab erworbene Kompetenzen können in der Evaluationsphase mit einer systematischen Überprüfung der Lernergebnisse in strukturierten Simulationssituationen als „Performanzprüfungen“ bzw. OSCE (objective structured clinical examination), einem Instrument, das für Medizinstudiengänge als reliabel und valide zur Prüfung klinisch-praktischer Fertigkeiten beschrieben wird, unter Beweis gestellt werden (Nikendei/Jünger 2006; Beck et al. 2013, 50).

Durch die Untersucherinnen wurden zwei der insgesamt zwölf Skills-Lab-Lehreinheiten im Modul H8 „Die Gebärende“ im 2. Studiensemester beobachtet: 90 Minuten zur Erarbeitung der „Leopold-Handgriffe“ und 180 Minuten zur Erarbeitung der hebammenkundlichen

⁵⁴ Vorbereitungsphase → Orientierungsphase → Demonstrations- und Übungsphase (Schritte: 1. Modeling, 2. Coaching, 3. Scaffolding, 4. Fading) → Freie Übungsphase → Evaluationsphase → Beherrschungsphase (im Praxisfeld) (vgl. Berner Fachhochschule (2010); vgl. a. Beck et al. 2013, 51; vgl. a. Leuchter 2009, 144.)

„Entwicklung des Kindes“ im Verlauf einer physiologischen Geburt. Hier waren die Abläufe jeweils so organisiert, dass einer Lehrveranstaltungseinheit im Skills-Lab eine Vorlesung vorausging, in der die theoretischen Begründungszusammenhänge der zu erarbeitenden Skills vermittelt wurden. Die Studierenden erhielten das Vorlesungsmanuskript bzw. die zur Vorlesung gehörige Präsentation, die Skillsanalyse, ergänzende Materialien zur Vor- und Nachbereitung und einen Beobachtungsbogen für das Protokoll der einzelnen Durchläufe im Skills-Lab. Für die Lehreinheit im Skills-Lab war die Studienkohorte jeweils in zwei Gruppen mit ca. 16 - 20 Studentinnen geteilt. Die Lerneinheit begann mit einer Aktivierung der erarbeiteten theoretischen Zusammenhänge anhand der Vorbereitungen der Studentinnen. In diesem Lehr-/Lerngespräch wurden sich abzeichnende Wissenslücken nur insofern beantwortet, als sie für den nachfolgenden Handlungsprozess unverzichtbar waren und ansonsten bewusst gemacht und zur selbständigen Klärung an die Studentinnen zurückgegeben. In einer anschließenden Demonstration durch die Lehrenden wurden die einzelnen Handlungsschritte entsprechend der Skillsanalyse am Modell bzw. den Arbeitsplätzen demonstriert. Anschließend führten die Studentinnen die zu erarbeitenden Skills in vier Gruppen jeweils mit 4-5 Studierenden an vier parallelen, durch Wandschirm separierten Arbeitsplätzen nacheinander durch. Die anderen Gruppenmitglieder waren in unterschiedlichen Rollen (v.a. in der Rolle der beobachtende Kollegin, aber auch eingebunden in ein Rollenspiel z.B. als zu untersuchende Frau oder als Partnerin/Partner) integriert und gaben - orientiert am Beobachtungsbogen - Rückmeldungen in einer strukturierten Reihenfolge. Die Lehrenden begleiteten die Gruppen abwechselnd, nahmen in jeder Gruppe an mindestens einem Durchlauf in der Beobachterinnenrolle teil und gaben ergänzend zur Studierendengruppe Rückmeldungen.

An der zweiten beobachteten Lehreinheit, in der eine umfassendere Handlungskette zu erarbeiten war, waren zwei Lehrende beteiligt, die jeweils an einem Modell die Entwicklung des Kindes im physiologischen Geburtsverlauf gemeinsam mit den Studierenden erarbeiteten. Sie waren in dieser Situation jeweils aktiv in die Durchführung der Skills-Lab-Einheit eingebunden und nahmen mit Hilfe der Simulationspuppe die Rolle der Gebärenden ein. Die Studentinnen übernahmen nacheinander die Rolle der Hebamme und konnten somit das Handling in den verschiedenen Geburtsphasen durchführen und einüben. Im Anschluss an diese strukturierten Lerneinheiten bestehen Möglichkeiten für weitere freie Übungszeiten in den Räumlichkeiten der Hochschule. Den Studierenden wird sehr nahegelegt, dieses Angebot zu nutzen.

Erfahrene Wirkungen bzw. beobachtete Effekte

Eine Studentin beschreibt das Angebot des Skills-Lab als das Lernangebot zum Theorie-Praxis-Transfer im Studiengang, von dem sie am meisten profitiert habe. Auch von Seiten der Hochschullehrenden wird das Skills-Lab als ein – „unerwartet“ – starkes Moment der Vernetzung von Theorie und Praxis beschrieben, auch, weil die Demonstration von Abläufen im unmittelbar praktischen Tun den Vermittlungsprozess erleichtert, konkretisiert und damit unmittelbar nachvollziehbarer macht, was die Studierenden wiederum für ihre Verstehensprozesse bzw. ihr Be-Greifen bestätigen. So wurde in der Nachbesprechung der beobachteten Skills-Lab-Einheit von den Studierenden das eigenleibliche Erspüren des Druckgefühls bzw. der Kraftanforderungen während des Geburtsvorgangs als erkenntnisfördernd für ihre Vorstellung vom praktischen Tun beschrieben. Die an der Fokusgruppe

teilnehmenden Studentinnen erläutern auch übereinstimmend am Beispiel der vaginalen Untersuchung mit Hilfe eines ‚Fetal Monitoring and Labor Progress Model‘⁵⁵, dass sie das Skills-Lab mit seinen Möglichkeiten zur Aneignung von *manuellen Techniken* als einen wesentlichen Zwischenschritt zwischen den zweidimensional präsentierten Abläufen im Rahmen der Handlungsmanuskripte und der Begegnung mit den Frauen in der Praxis erfahren haben. Hier sei das Lernen in besonders eindrücklicher Form mit dem Aufbau von inneren Bildern und dreidimensionalen Vorstellungswelten verbunden, die sich deutlicher einprägen als Präsentationsfolien, und die später in der Praxis wieder abgerufen und abgeglichen werden konnten. Das dabei entwickelte Vorstellungsbild von den Körpern von Mutter und Kind und deren Strukturen wird als sehr ähnlich zur Realität und als für das Praxishandeln grundlegend beschrieben. Die Studierenden bestätigen, dass es ihnen auf diesem Weg gut gelingt, Handlungsabläufe für sich zu integrieren und schrittweise in implizites Wissen zu überführen bzw. implizit verinnerlichte Alltagshandlungen im Rahmen von Reflexionsprozessen explizit mit Blick auf ihre Tauglichkeit in der professionellen Interaktion zu überprüfen. Die Übungserfahrung, die sich in der Begegnung mit den simulierten Situationen aufbaut, und die eingebauten Reflexionsschleifen tragen dazu bei, die Angst vor der Unüberschaubarkeit komplexer Praxissituationen abzubauen. Auch die an der Fokusgruppe teilnehmenden Praxisanleiterinnen sehen die Studentinnen als „wesentlich besser auf die Praxis vorbereitet“. Alles, was in „der Theorie und der handwerklichen Ausführung bearbeitet werden konnte“, bringen die werdenden Hebammen in die Praxis mit, „alles das, was geübt werden kann, das haben die schon verinnerlicht“. Zudem stellen die Lehrenden fest, dass die in den Ablauf fest integrierten Reflexionsgespräche, die einen fast rituellen Charakter haben, die Lernenden in der Entwicklung ihrer Fähigkeit, ein kollegiales Fachgespräch zu führen, unterstützen.

Weiter bestätigen die Lernenden den Aspekt der Entwicklung und Nutzung von *Selbstlernkompetenzen* als zentrales didaktisches Moment, wobei die Chance des Erlernens von praktischen Fertigkeiten hier einen starken motivationalen Faktor bildet.

Das Lernen im Rahmen von Simulationen begründen die Studentinnen ethisch mit dem Klientinnenschutz vor der Unbeholfenheit der Lernenden in dieser sehr intimen Situation, die gleichzeitig ein zentrales Moment der Hebammentätigkeit repräsentiert, – „alleine für die Würde und aus Respekt vor der Frau“.

Die Studierenden nehmen auf der Ebene der Handlungsdurchführung zwischen der Simulation im Skills-Lab und in der Praxis deutliche Unterschiede wahr. Insbesondere die Komplexität der Praxis wird betont. Allerdings werden in der Experten-Fokusgruppe auch *komplexe Simulationsszenarien* geschildert, die sich in ihrer Erlebnisdichte der Realität annähern und zum Aufbau von umfassenderen praktischen Handlungskompetenzen beitragen bzw. diese abfordern, z.B. in den Skills-Lab-Übungen zum Notfallhandeln oder in den Performanzprüfungen zum Abschluss der Module, die mit Studierenden der Schauspielschule durchgeführt werden. Eine sich dabei entwickelnde gefühlte Realitätsnähe der simulierten Situationen wiederum bewirkt, dass die anschließenden Reflexionen in besonderer Form als hilfreich erlebt werden können. Die Lernenden richten dann ihre Aufmerksamkeit auf die Situation und nicht auf das Beobachtetwerden. Damit erfahren sie Rückmeldungen zu bereits integrierten Wissensanteilen und Fähigkeiten und können die-

⁵⁵ vgl. zur Veranschaulichung Video-Demonstration. Online verfügbar unter: http://www.youtube.com/watch?v=9_Lw5jSTMXo, zuletzt geprüft August 2014.

se, soweit gelungen, als Kompetenzen wahrnehmen bzw. erkennen integrierte problematische Handlungen und können sie im Bewusstwerdungsprozess einer Korrektur zuführen.

Erforderliche Ressourcen und Strukturen

Im beobachteten Studiengang Hebammenkunde bildet die klar strukturierte curriculare Einbindung der Skills-Lab-Einheiten in Verbindung mit den damit in Zusammenhang stehenden geplanten Übungszeiten ein zentrales Moment in der professionellen Kompetenzentwicklung. Die Skillsanalysen wurden unmittelbar in Abstimmung mit den Inhalten der Vorlesungen und Seminareinheiten zu den einzelnen Theoriemodulen entwickelt und die Skills-Lab-Trainingstreffen nehmen bis zu 30% der Präsenzzeiten ein. Für das gesamte Studium sind 117 Präsenzeinheiten à 90 Minuten (234 Lehreinheiten bzw. 175,5 Zeitstunden) Lehre im Skills-Lab geplant. Hierfür sind entsprechende hochschuldidaktisch-methodische Kompetenzen erforderlich, die im Studiengang über eine Fortbildung zur Methode eingeholt/ergänzt wurden, und sowohl die Bereitschaft als auch die zeitlichen Ressourcen für die nicht unerheblichen Planungs- und Abstimmungsprozesse im Team der Lehrenden voraussetzen. Die stringenten Abstimmungsprozesse wurden am Ablauf des Moduls, in das die vertiefend beobachteten Skills-Lab-Einheiten integriert waren, sehr deutlich. Sie münden jeweils in einen Katalog von Skills, Tätigkeiten und Verrichtungen, die auf diesem Weg vermittelt und damit für die anschließende Umsetzung im Praxisfeld „freigegeben“ werden. Damit ergibt sich zum Teil eine weitgehend lehrgangsmäßige, linear-geschlossene Strukturierung des gesamten Curriculums mit einem engen Wechselspiel von aufeinander abgestimmten Lehr-Lern-Elementen (vgl. oben, S.106). In solchen Strukturen können sich die potenziellen Wirkungen des Skills-Lab möglicherweise besonders gut entfalten.

Simulationen mit Studierenden der Schauspielschule überwinden die Künstlichkeit und vermitteln, wie dargestellt, einen hohen Realitätsgrad, der die Performanz entwickelter Softskills und der situativen Handlungs- und Urteilsfähigkeit befördert. Solche Simulationen sind jedoch in der Vorbereitung und Durchführung sehr aufwändig und bringen zusätzliche Kosten für die entstehenden Personalaufwendungen mit sich, so dass sie gegenwärtig während des Studiums nur viermal im Rahmen der Modulprüfungen in der Form von Performanz- bzw. OSCE-Prüfungen realisiert werden.

Räumlich muss die parallele Arbeit an Gruppenarbeitsplätzen für Gruppen von 4-5 Personen möglich sein. Diese Plätze müssen jeweils für die entsprechende(n) Übungen ausgestattet sein, entweder parallel oder in einem rotierenden Wechsel und sowohl Platz für die Handlungsdurchführung als auch für die Beobachtung bieten. Die Demonstrationsobjekte und Verbrauchsmaterialien müssen entsprechend zur Verfügung stehen und die Vor- und Nachbereitung des Raumes muss gesichert sein.

Weiter entstehen für die jeweiligen Skills-Lab-Einheiten Kosten für Modelle und Verbrauchsmaterialien⁵⁶, wobei die zum Teil sehr teuren Modelle häufig auch für mehrere Skills-Lab-Einheiten bzw. gemeinsam mit dem Studiengang Pflege genutzt werden können. Auch wird für die Betreuung der Räumlichkeiten und die Ausgabe der Modelle und Materialien in den Übungszeiten Unterstützung benötigt. Diese Aufgaben wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung von studentischen Hilfskräften aus den höheren Studiense-

⁵⁶ Exemplarisch wurden die Kosten für die Modelle/Arbeitsmaterialien der beiden beobachteten Skillseinheiten im Modul H8 von den Expertinnen an der hsg auf 5.300,- € (Leopold Handgriffe) bzw. 20.500,-€ (Entwicklung des Kindes) beziffert.

mestern übernommen. Der genaue Umfang der Kosten für die Einrichtung und Unterhaltung des Skills-Lab im Studiengang Hebammenkunde an der hsg ließ sich, auch wegen der Überschneidung und gemeinsamen Nutzung der Räumlichkeiten und Modelle mit dem Studiengang Pflege, nicht ermitteln.

9.4.2 Modellübergreifende Analyse

Die gefundenen Modelle arbeitsbezogenen Lernens, insbesondere die tiefergehend untersuchten, werden im Folgenden im Hinblick auf die Realisierung der im Theorieteil entwickelten Anforderungen lern- und kompetenzförderlicher Arbeitsumgebungen und praxisbezogener Lernangebote zusammenfassen geprüft. Im Anschluss werden die Wirkungen der sechs tiefergehend analysierten Ansätze arbeitsbezogenen Lernens hinsichtlich ihrer Wirkungen mit Blick auf die „Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge“ synthetisiert (9.4.2.2, S.159).

9.4.2.1 Analyse der Modelle hinsichtlich der Anforderungen lern- und kompetenzförderlicher Arbeitsumgebungen oder Lernangebote

Die Studiengänge haben vielfältige Modelle arbeitsbezogenen Lernens für die hochschulische Erstausbildung entwickelt. Es ließen sich durch die erhobenen Daten Modelle des arbeitsgebundenen, des arbeitsverbundenen wie auch des arbeitsorientierten Lernens identifizieren.

Quantitativ (stundenmäßig) am stärksten ausgeprägt ist das **arbeitsgebundene Lernen** in Form des Lernens und Arbeitshandelns in realen Arbeitsprozessen bzw. des Lernens durch Instruktion. Die Umsetzung des arbeitsgebundenen Lernens unterscheidet sich in den meisten Studiengängen nicht wesentlich von den beruflichen Ausbildungen. Ausnahme bilden die von den Studiengängen realisierten spezifischen Lernangebote (z. B. s. unten), die aber vom Umfang her begrenzt sind. Wie in der beruflichen Ausbildung ist die Qualität der Arbeitsumgebung oftmals nicht dazu angetan, die Kompetenzzaneignung und das Lernen zu unterstützen. Sowohl die für die berufliche Ausbildung relevanten Kriterien für lern- und kompetenzförderliche Arbeit als auch die Kriterien, die für eine hochschulische Erstausbildung grundlegend sind, werden in der Praxis nicht ausreichend realisiert. So haben die Studierenden nur selten die Möglichkeit, einen Austausch in Expertenkulturen zu erfahren, eine wissensbasierte Praxis zu erleben, sich an reflexiven Prozessen zu beteiligen oder Kooperation und Interprofessionalität auf Augenhöhe kennenzulernen. Von ihnen erfahrene Praxisanleitungen werden von den Studierenden in den qualitativen Erhebungen zwar überwiegend als sehr lernförderlich bewertet, im Rahmen der Onlineerhebung gibt insbesondere in der Pflege aber nur ein Drittel der Studierenden an, regelmäßig Praxisanleitungen zu erhalten und nur 10% halten die Praxisanleiterinnen und –anleiter für gut ausgebildet. Nur ein Drittel aller Studierenden nehmen Unterschiede in der Anleitung im Vergleich zur Anleitung in der beruflichen Ausbildung an, d. h. die Anleitungen bewegen sich nach Einschätzung der Studierenden überwiegend auf dem Niveau der beruflichen Ausbildung.

Die beiden tiefergehend analysierten Modelle, die Lehr- und Forschungsambulanz (LuFA) und das Mentee-Mentoren-Lehrer-System (MML-System) setzen an unterschiedlichen Stellen an, um die Lernpotenziale des arbeitsgebundenen Lernens zu erhöhen. Während

das MML-System vor allem die soziale Unterstützung/die Kollektivität, Kooperation und Interprofessionalität sowie die Reflexivität im Sinne der Etablierung von Expertenkulturen steigert, werden mit der LuFA darüber hinaus noch gezielt Bedingungen für eine wissensbasierte Praxis geschaffen. Sie geht insofern über die auch in der beruflichen Ausbildung enge Begleitung von Lernenden durch Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten hinaus, als die im Studium erworbene wissenschaftliche Wissensbasis gezielt zur Anwendung kommen kann und ggf. auch kleine Forschungsvorhaben angestoßen werden können. Das Potenzial der LuFA ist derzeit zwar dadurch eingeschränkt, dass eine Abrechnung der klinisch-therapeutischen Leistungen nicht möglich und somit das Spektrum an Störungsbildern und der entsprechend erforderlichen logopädischen Interventionen eingeschränkt ist. Grundsätzlich bietet der Ansatz, in und mit der Praxis gezielt Arbeitsumgebungen zu entwickeln, in denen die Merkmale lern- und kompetenzförderlicher Arbeit insbesondere bezogen auf die hochschulische Erstausbildung realisiert werden und zudem noch mit Forschung zu verknüpft sind, ideale Bedingungen für hochschulisches Lernen in diesem Gesundheitsberuf. Das Modell kann auch für die anderen Berufe wertvolle Anregungen geben. Werden vergleichbare Bedingungen zukünftig in der Praxis nicht vorgehalten, kann der Aufbau der angestrebten Kompetenzen als reflektierte Praktiker auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Handlungsbegründung nicht im vollen Umfang erwartet werden. Die beiden untersuchten Modelle könnten ergänzend miteinander kombiniert werden, um so die jeweiligen Potenziale synergetisch zu nutzen.

Möglicherweise als Reaktion auf Mängel im Bereich des arbeitsgebundenen Lernens haben die Studiengänge eine Reihe von **Modellen arbeitsverbundenen und arbeitsorientierten Lernens** entwickelt. Die Vielfalt an Modellen arbeitsbezogenen Lernens ist beim **arbeitsverbundenen Lernen** über alle Studiengänge hinweg am größten. Im Unterschied zu der Differenzierung bei Dehnbostel, wird die Zuordnung der Modelle zu dieser Kategorie in diesem Bericht nicht von dem Lernort, an dem sie organisatorisch/räumlich angesiedelt sind, abhängig gemacht, so dass die Modelle sowohl praxisnah als auch in der Hochschule stattfinden können. Diese Modelle sind u.a. geeignet, in der Handlungspause durch reflexive Prozesse (reflection-on-action) Mängel der beruflichen Praxis etwa in Bezug auf Wissensbasierung oder Patientenorientierung aufzudecken und/oder berufliche Konflikt- und Dilemmasituationen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und dafür Lösungsmöglichkeiten entwickeln zu können. Damit können die Studierenden zwar vielfältige reflexive Kompetenzen aufbauen (reflective practitioner) – und dies auch unter besonderer Berücksichtigung im Studium angeeigneter wissenschaftlicher Grundlagen – das Fehlen einer entsprechend entwickelten Praxis kann damit aber nicht kompensiert werden. Die gefundenen Modelle können unterschieden werden in

- Ansätze, die primär auf die Handlungsebene abheben (aber natürlich auch schriftlich dokumentiert werden müssen), wie z. B. das Praxisprojekt (9.4.1.2.2, S.144)
- Ansätze, die sich mündlicher Formen der Reflexion bedienen, wie z. B. die Ausbildungssupervision (9.4.1.2.3, S.148)
- Ansätze, die sich primär schriftlicher Formen der Reflexion bedienen, wie z. T. die Transferaufgaben oder auch das Konzept der Lernaufgaben (9.4.1.2.1, S.139 – gilt mit Einschränkungen, da die der Reflexion vorgeschaltete Durchführung bei manchen Lernaufgaben/Transferaufgaben auch praktisches Handeln im Feld verlangt oder auch den fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen).

Bei den Ansätzen, die auf die Handlungsebene abheben, findet nicht nur eine Analyse von Bedarfen der Praxis und eine Entwicklung von Handlungsalternativen auf theoretischer

scher Ebene statt, sondern die Studierenden haben zudem die Gelegenheit, die Wirkungen ihrer Entwicklungsarbeit an der konkreten Realität zu erfahren und erhalten so ein unmittelbares Feedback. Zwar handelt es sich bei diesen Ansätzen um eine Anforderung, die zu Lernzwecken gestellt wird, grundsätzlich entsprechen sowohl die Anforderungen als auch die projektorientierte Vorgehensweise auch den in Praxis üblichen Ansätzen der kontinuierlichen Verbesserung. Ähnlich weisen auch die Ansätze, die sich auf mündliche Formen der Reflexion beziehen, Parallelen zu den Formen der „reflection-on-action“ durch Erfahrungsaustausch und multiperspektivische Betrachtung auf, die grundsätzlich in der Praxis üblich, wenn auch u.a. aufgrund mangelnder Ressourcen nicht stark verbreitet sind. Sowohl die handlungsbezogenen als auch die mündlichen Ansätze des arbeitsverbundenen Lernens erfordern eine Betreuung der Studierenden in kleinen Gruppen und sind dadurch ausgesprochen personalintensiv. Die Ansätze, die primär eine schriftliche Form der Reflexion verlangen, haben dagegen im Unterschied zu den beiden anderen einen ausgeprägt schulischen/hochschulischen Charakter. Außerdem fokussieren sie i. d. R. einzelne Elemente einer Patientensituation, ohne dass die gewonnene Erkenntnis im Anschluss immer systematisch in das praktische Handeln bzw. in das gesamthafte Sehen reintegriert wird. Hierin liegt möglicherweise auch der Grund, weshalb die Lernaufträge von der Praxis gelegentlich als wirklichkeitsfremd und zu abstrakt beurteilt werden. Die Betreuung der Studierenden soll i. d. R. durch die Kolleginnen/Kollegen in der Praxis oder die Praxisanleitungen erfolgen, letztlich scheitert dies aber oftmals an mangelnden Zeitressourcen und/oder einer fachlichen Unsicherheit gegenüber den Studienanforderungen, weshalb die Aufgaben häufig von den Studierenden allein bewältigt werden.

Die beobachteten **Modelle arbeitsorientierten Lernens** sind über alle Studiengänge hinweg in ihren Variationen und vom Umfang her weniger stark ausgeprägt als die Modelle arbeitsverbundenen Lernens. Das Lernen durch Simulationen hebt auf die Einübung von regelgeleiteten Handlungen in einem simulierten, die Komplexität der Praxis teilweise abbildenden Kontext ab und ist verbunden mit einer engen, an den Lerninhalten und den individuellen Lernbedarfen der Studierenden ausgerichteten Begleitung durch Lehrende. Skills-Labs bzw. die Simulation anhand einer Puppe, die so programmiert werden kann, dass sie physiologische Antworten auf die Aktionen der Studierenden geben kann, kommen vor allem dann sinnvoll zum Einsatz, wenn regelgeleitete Handlungen aus ethischen Gründen aufgrund möglicher folgenreicher Komplikationen nicht in der Echtsituation geübt werden können oder sollen. Exemplarisch wurde im vorliegenden Bericht das Skills-Lab im Studiengang Hebammenwissenschaft untersucht, mit dem etwa Geburtsvorgänge simuliert werden können. In anderen Berufen, etwa in der Pflege, gibt es ebenfalls Einsatzfelder, die im Interesse der Patientensicherheit gut im Skills-Lab vorbereitet werden können; letztlich sind diese aber wegen der Fokussierung auf Skills begrenzt, d.h. das Lernen in simulierten Lernumgebungen hat nur sehr begrenzt sinnvolle Einsatzbereiche und kann arbeitsgebundenes/-verbundenes Lernen durch gezielte Erarbeitungen und Übungen vorbereiten aber keinesfalls ersetzen. Die im Skills-Lab eingesetzte Zeit kann jedoch sinnvoll investiert sein, wenn durch das gezielte, strukturierte Üben die Lernzeit im Rahmen der anderen arbeitsbezogenen Lernformen effektiver für nur in der realen Arbeitsumgebung umzusetzende Lernprozesse genutzt werden kann.

Die im Rahmen der Modelle **arbeitsverbundenen und arbeitsorientierten Lernens** abgeleiteten Ausbildungszeiten werden derzeit, obwohl in ihnen arbeitsbezogenes Lernen stattfindet, überwiegend auf den theoretischen Teil der Ausbildung/des Studiums angerechnet. Diese Lösung lässt sich zum einen vermutlich damit erklären, dass die Modelle eine umfangreiche Begleitung von Seiten der Hochschule (oder der Berufsfachschule)

erfordern, was – falls die Hochschule die Verantwortung hat – sonst kaum lehrdeputatswirksam wäre. Ein weiterer Grund besteht vor allem in den Pflegestudiengängen darin, dass aufgrund der Rahmenbedingungen und des mit dem bezahlten Ausbildungsverhältnis verbundenen Interesses der Pflegeeinrichtungen an der Arbeitskraft der Studierenden kaum Freiräume für Lernprozesse bestehen. Die Lösung, diese Studienzeiten auf den theoretischen Teil des Studiums anzurechnen, hat jedoch zur Folge, dass der hier investierte studentische Workload für eigentlich arbeitsbezogenes Lernen der Theorieausbildung verloren geht. In einigen Studiengängen gehen die Stunden für die realisierten Ansätze arbeitsverbundenen Lernens (z. B. Transfer- bzw. Lernaufgaben im Umfang von knapp 1000 Stunden oder ein Modul „Fallmanagement“ im Umfang von 750 Stunden) aber auch in die praktischen Studienzeiten ein. Durch Ausweisung der Stundenumfänge als Lernzeiten werden die Studierenden in der Praxis dafür freigestellt. Dieses alternative Vorgehen hat den Vorteil, dass die theoretischen Studienzeiten auch voll für das theoretische Studium genutzt werden können. Die für das arbeitsgebundene Lernen verbliebenen Lernzeiten reduzieren sich entsprechend. Eine Recherche in anderen europäischen Ländern hat ergeben, dass etwa in England, Wales, Schottland und Nordirland (Vereinigtes Königreich) 300 Stunden der dort angesetzten 2300 Stunden Praxisausbildung in simulierten Lernumgebungen (arbeitsorientiertes Lernen) durchgeführt werden können (Nursing and Midwifery Council 2007).

9.4.2.2 Wirkungen der Modelle arbeitsbezogenen Lernens

Um zu einem modellübergreifenden Vergleich der Wirkungen zu gelangen, wurden zunächst die in der Einzelanalyse der vertieft untersuchten Modelle (9.4.1, oben, S.125) herausgearbeiteten Wirkungen zusammengestellt und anhand der für die gesamte Evaluation definierten Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge (vgl. Kapitel 3, S.17) in einer tabellarischen Übersicht geordnet (s. Anhang, Tabelle 24 u. Tabelle 25, 219ff). Ergänzend zu diesen Dimensionen wurde eine weitere Kategorie gebildet, mit der solche Wirkungen erfasst werden, die sich nicht auf die Studierenden und ihren Lernprozess beziehen, sondern die involvierten Systeme und Personen und dabei insbesondere die ausbildenden Betriebe („sekundäre Wirkungen“) betreffen. Diese Wirkungen treten vor allem bei den Modellen des arbeitsgebundenen und des arbeitsverbundenen Lernens (MML, Transferaufgaben und Praxisprojekt) auf.

Aus dem modellübergreifenden Vergleich der Wirkungen lässt sich schließen, dass die unterschiedlichen Modelle arbeitsbezogenen Lernens auch unterschiedliche Wirkungen nach sich ziehen und keine Lernform alle Qualitätsdimensionen oder Kompetenzbereiche im vollen Umfang abdecken kann, sondern dass die Modelle sich eher gegenseitig stützen und ergänzen.

In der Qualitätsdimension einer **Anwendung wissenschaftlichen Wissens** auf praxisbezogene Fragestellungen können alle untersuchten Modelle abgesehen von der stark auf Persönlichkeitsentwicklung abhebenden Supervision zum Aufbau der Fähigkeiten zur Begründung sowie zur theoretischen Reflexion und Überprüfung von Handlungsentscheidungen auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands in realen oder der Realität nachempfundenen Fallsituationen beitragen. Die Stärken der beiden untersuchten Modelle arbeitsverbundenen Lernens liegen vor allem in der handlungsentlasteten Reflexion nicht nur konkreter Handlungsentscheidungen, sondern darüber hinaus auch des individuellen, institutionellen und gesellschaftlichen Kontextes (Transferaufga-

ben) sowie in der Anforderung, ein Projektmanagement durchzuführen (Praxisprojekt). Die LuFA und das MML fördern darüber hinaus auch die Fähigkeit zur unmittelbaren handlungsorientierten Anwendung wissenschaftlich begründeter Erkenntnisse, wobei insbesondere die LuFA die Möglichkeit bietet, auch Forschungsprozesse mit therapeutischen (pflegerischen / hebammenkundlichen) Handlungsprozessen zu verknüpfen.

Den Erwerb **klinischer Kompetenzen auf EQR 6 Niveau** ermöglichen insbesondere die beiden untersuchten Formen des arbeitsgebundenen Lernens, indem manuelle Fertigkeiten, umfassende Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeiten, handlungs- und prozessorientierte Kompetenzen sowohl aufgebaut, als auch präzisiert und habitualisiert werden können. Das Skills-Lab als Modell arbeitsorientierten Lernens hat besondere Potenziale in der gezielten Übung ausgewählter manueller Fähigkeiten und Fertigkeiten und im Erfahren der wechselseitigen Beobachtung und Rückmeldung, die simulierte Arbeitsumgebung stellt aber nur eine äußerst reduzierte Abbildung der Realität dar. Auch auf klinische Kompetenz, aber stärker in Richtung fallbezogener analytischer Kompetenzen im Rahmen einer „reflection-on-action“ heben Transferaufgaben ab. Sofern die Praxisprojekte sich auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten richten, sind auch sie geeignet, am Beispiel von Einzelfällen das Kompetenzniveau in dieser Qualitätsdimension zu heben.

Für den **Aufbau und die Reflexion eines Arbeitsbündnisses** benötigen die Studierenden zunächst ein hohes Maß (selbst-)reflexiver Fähigkeiten. In diesem Bereich wurden spezifische Wirkungen durch die Supervision festgestellt. Grundsätzlich werden aber die Wirkungen der Verbesserung von reflexiven Kompetenzen sowohl in personaler als auch in sozialer Hinsicht und der Entwicklung einer multiperspektivischen Sichtweise bei allen Modellen arbeitsbezogenen Lernens beschrieben. Vor allem mit dem Skills-Lab und der Supervision wird die personale Fähigkeit und Bereitschaft in Verbindung gebracht, offen mit Fehlern umzugehen, wobei beide Modelle – in höchst unterschiedlicher Weise – Schonräume bieten, um diese Kompetenz zu befördern. Die Fähigkeiten zum Aufbau von realen Arbeitsbündnissen mit einer fallbezogenen Übernahme von Verantwortung im Interaktionsprozess und die Entwicklung von methodisch-didaktischen und kommunikativen Kompetenzen etwa für die Durchführung. Anleitungs-, Schulungs- oder Beratungsprozesse konnten durch die LuFA und das MML im arbeitsgebundenen und durch die Transferaufgaben und das Praxisprojekt im arbeitsverbundenen Lernen angeeignet werden.

Während die Supervision die Qualitätsdimension von **Kooperation und (Inter-)professionellem Handeln** auf einer von der konkreten Kooperationssituation distanzierteren Ebene durch Selbstreflexion fördert, beziehen sich die anderen arbeitsgebundenen und arbeitsverbundenen Modelle eher auf die unmittelbare Profilbildung im Feld - mit Ausnahme der von der direkten innerbetrieblichen Kommunikation weiter entfernten Lehr- und Forschungsambulanz. Für das MML-Modell, die Arbeit mit Transferaufgaben oder im Praxisprojekt werden explizit Erfahrungen von Anerkennung und Momente der Vertretung eines professionellen Selbstbewusstseins konstatiert. Im arbeitsgebundenen und zum Teil auch im arbeitsverbundenen Lernen besteht die Chance, die gewonnenen Erkenntnisse für die Initiierung von inter-/intraprofessionellen Diskursen und zur Entwicklung eines eigenen professionellen Habitus zu nutzen.

Für die in Systeme integrierten Modelle des arbeitsgebundenen und des arbeitsverbundenen Lernens (MML, Transferaufgaben und Praxisprojekt) werden auch Wirkungen beschrieben, die die Lernangebote in den ausbildenden Betrieben (zumeist Kliniken) selbst hervorrufen, wie die Etablierung einer Fehlerkultur und die Öffnung des Systems gegen-

über hochschulischen Lernprozessen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, womit die entwickelten Modelle einen teilweise über die Ausbildung hinausweisenden Beitrag zur Qualitätssicherung leisten.

Ein Überblick über die mit der nachhaltigen Implementierung der untersuchten Modelle möglicherweise verbundenen Herausforderungen und Schwierigkeiten für die Lernenden und die beteiligten Institutionen kann mit Hilfe von Tabelle 25 (Anhang I, S.221) gewonnen werden. Neben Schwierigkeiten, die sich eher auf den Lehr-/Lernprozess beziehen, resultieren viele der Herausforderungen und Schwierigkeiten aus den Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Modelle arbeitsbezogenen Lernens realisiert werden. Insbesondere bei den Modellen, die am Lernort Praxis durchgeführt werden, kollidieren die Ansprüche von Lern- und Versorgungsort. Grundsätzlich gilt aber nicht nur für sie, sondern auch für die patientenfernen Modelle arbeitsbezogenen Lernens, dass die materiellen und personellen Rahmenbedingungen für das arbeitsbezogene Lernen häufig nicht in ausreichendem Maße gegeben sind.

10 Zu den Fragestellungen der Evaluationsrichtlinien

Fragen	
1.1.1 Welche Voraussetzungen muss die Hochschule erfüllen, um die Genehmigung für eine Modellausbildung zu erhalten?	Es müssen sowohl die Auflagen in Verbindung mit den Berufsgesetzen erfüllt werden (insbesondere im Zusammenhang mit der praktischen Ausbildung) als auch die Vorgaben, die sich aus dem hochschulrechtlichen Rahmen ergeben. Die Herausforderungen, die durch eine nicht immer gegebene Kompatibilität der unterschiedlichen rechtlichen Vorgaben gegeben sind, werden in Kapitel 7 oben, „Qualität der Bildungseinrichtungen“ S.76ff, insbesondere im Unterkapitel 7.3.1, S. 82f thematisiert.
1.1.2 Wie ist die sachliche und personelle Ausstattung, welche Unterschiede lassen sich dabei zwischen den Hochschulen und Fachschulen erkennen?	<p>1) Eine Zusammenfassende Synopse zu dieser Frage, die auf der synthetisierenden Analyse der Evaluationsberichte und einer ergänzenden Befragung der Hochschulen beruht, wurde im Rahmen der Untersuchung erstellt. Sie ist aus zwei Gründen wenig aussagekräftig:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Die hohe Variationsbreite der Modelle und die damit gegebenen, höchst unterschiedlichen Modellstrukturen lassen weder einen Vergleich noch eine Zusammenfassung zu. b) Die an der Ausbildung beteiligten Institutionen (Hochschulen und Fachschulen) sind neben den Modellprojekten immer auch in andere Ausbildungsprojekte involviert. Sowohl die sachliche als auch die personelle Ausstattung sind dabei vielfach nicht an die Projekte sondern an die Träger gebunden, eine differenzierte Ausweisung einzelner Posten war den Studiengängen damit nur bedingt möglich, was die Zusammenstellung der Synopse zusätzlich erschwert. <p>2) In Bezug auf die praktische Ausbildung konnten im Kapitel 9, oben, S.117ff für einzelne Modelle des arbeitsbezogenen Lernens exemplarisch differenzierte Aussagen getroffen werden (vgl. jeweils die Aussagen in den Abschnitten zu den erforderlichen Ressourcen und Strukturen in der Modelldeskription im Unterkapitel 9.4.1, S.125, und den hieraus abgeleiteten Empfehlungen, oben, S.Xff).</p>
1.1.3 Welche Motive haben die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, die sich für die Teilnahme an	Hierzu wurden in der Online-Befragung der Studierenden (Kapitel 6, S. 60ff, vgl. insbesondere 6.5.1, S.63ff bzw. die Abbildung 14, Abbildung 15, Abbildung 16, Abbildung 17, S.214f) Erkenntnisse gewonnen.

einer Modellausbildung an einer Hochschule entscheiden? Welche Erwartungen haben sie an die Ausbildung?	
1.1.4 Wie und in welchem Umfang kooperieren die Hochschulen bei der Ausbildung mit anderen Einrichtungen?	Diese Frage wurde ausführlich im Rahmen der Analyse der Strukturmodelle mit Blick auf strukturelle Gestaltung der Studiengänge auf institutioneller Ebene (Kapitel 7, S.76ff.) und dabei insbesondere im Unterkapitel 7.3.3, S.84f untersucht. Für eine differenzierte Betrachtung der gefundenen Strukturmodelle kann auf den 2. Zwischenbericht (2013, S.15 bis 64) verwiesen werden.
<p>1.2 STRUKTUR UND ORGANISATION DER AUSBILDUNG</p> <p><i>Die gesetzliche Regelausbildungszeit beträgt drei Jahre. Die vom Verordnungsgeber festgelegte Mindeststundenzahl unterscheidet sich bei den einzelnen Berufen teilweise. Üblicherweise besteht die vorgegebene Ausbildung aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung. Die Ausbildungsinhalte sind, ebenso wie die Verteilung der Stunden auf die einzelnen Fächer und die Gebiete der praktischen Ausbildung, in der Anlage 1 zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung vorgegeben. Abweichungen von den Vorgaben der Verordnung erlaubt der Gesetzgeber nur für den theoretischen und praktischen Unterricht. Bei einer Ausbildung an Hochschulen sind folgende Fragen zu beantworten:</i></p>	
1.2.1 Allgemeine Fragen	
1.2.1.1 Ist eine dreijährige Ausbildung für eine qualifizierte Patientenversorgung ausreichend?	Hinweise zum Forschungsstand für die einzelnen Berufe können dem Kapitel 2, „Status Quo der Situation der Gesundheitsberufe“, oben, S.12ff. bzw. dem umfassenden 1. Zwischenbericht 2013 entnommen werden.
1.2.1.2 Welche inhaltlichen Unterschiede gibt es bei der Ausbildung an der Hochschule im Vergleich zur Fachschule?	Diese Frage wurde im Kapitel 8, oben, S.91ff in Bezug auf das intendierte Curriculum sowohl mit Blick auf die Rahmenvorgaben für Studium und Berufsausbildungen (8.1.1, S.92ff.) als auch in Bezug auf die inhaltliche Strukturierung der untersuchten Modellstudiengänge (8.3.3, S.108) betrachtet. In Bezug auf das implementierte Curriculum werden exemplarisch Ergebnisse hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der praktischen Ausbildung im Kapitel 9, insbesondere im Unterkapitel 9.4.1, oben, S.125ff dargestellt.
1.2.1.3 Welche Auswirkungen hat eine Hochschulausbildung auf die Organisation und Struktur der Ausbildung?	Die Strukturierung der theoretischen und praktischen Ausbildung in den Modellstudiengängen wurde im Kapitel 7, S.76ff und dabei insbesondere im Unterkapitel 7.3.4 (oben, S.89) in Bezug auf die Gesamtstrukturierung von Studium und Ausbildung betrachtet und mit Blick auf die curriculare Ausgestaltung in Kapitel 8 (insbesondere 8.3.2.2, S.105f. und 8.3.2.3, S.107f).. Hinsichtlich der Organisation der internen und externen Kooperation vgl.

	auch 7.3.3, oben, 84 bzw. die differenzierte Deskription im 2. Zwischenbericht (2013, 15ff.)
1.2.1.4 Wie werden die einzelnen Ausbildungsbestandteile im Kontext der Gesamtbildung und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?	Zur Bewertung vgl. Zusammenfassung, oben, S.II und Empfehlungen oben, Seite X
1.2.2 Fragen zu den Lehrveranstaltungen an der Hochschule	
1.2.2.1 Wie und in welchem Umfang wird von den Vorgaben zum theoretischen und praktischen Unterricht abgewichen?	Die Studiengänge erfüllen die Vorgaben der Berufsgesetze, wählen dabei z. T. aber andere Strukturierungsformen – vgl. Kapitel 7, 8 und 9
1.2.2.2 In welchen Formen werden die Lehrveranstaltungen durchgeführt; welche Lehr- und Lernmethoden werden dabei eingesetzt?	Die Studiengänge rekurren auf vielfältige Lehr-/Lernmethoden (vgl. hierzu im Zusammenhang mit der Vermittlung an der Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis exemplarisch Kapitel 9.4, oben, S.125ff.) Insgesamt setzen die Hochschulen noch stärker als die berufliche Bildung auf die Befähigung im Bereich des selbstorganisierten Lernens und die Entwicklung einer eigenverantwortlichen Haltung für den eigenen Lernprozess
1.2.2.3 Wie unterscheiden sich die Lehrveranstaltungen an der Hochschule vom Unterricht an der Fachschule?	
1.2.2.4 Wie wird bei den Lehrveranstaltungen an der Hochschule ein praxisnahes Lehren und Lernen gewährleistet?	Wird ausführlich und differenziert in Kapitel 9, oben, S.117ff dargestellt und analysiert
1.2.2.5 Über welche Qualifikationen verfügt das Lehrpersonal an der Hochschule, insbesondere wie ist der Anteil der Lehrenden mit jeweils einschlägigen berufsspezifischen Qualifikationen?	Eine Zusammenfassende Synopse zu dieser Frage, die auf der synthetisierenden Analyse der Evaluationsberichte und einer ergänzenden Befragung der Hochschulen beruht, wurde im Rahmen der Untersuchung erstellt. Sie ist, auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich die Studiengänge und damit auch die Personalentwicklung noch in der Aufbauphase befinden, zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht aussagekräftig.
1.2.2.6 Wie werden die Lehrveranstaltungen als Bestandteil der Ausbildung und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?	Vgl. hinsichtlich der Erfassung der Situation Kapitel 8, Seite 91ff, Kapitel 9, Seite 117, hinsichtlich der Einschätzung der Studierenden Kapitel 6, S. 60, insbesondere 6.5.4, S.68.
1.2.3 Fragen zur praktischen Ausbildung	
1.2.3.1 Wie und in welcher	Vgl. Kapitel 8, Seite 91ff hinsichtlich der Ausbildungs-

Form stellen die Hochschulen die praktische Ausbildung an Patientinnen und Patienten sicher?	strukturen und Kooperationen und Kapitel 9, Seite 117 hinsichtlich der Etablierung konkreter Lehr-/Lernsituationen; darüber hinaus werden in allen Studiengängen die berufrechtlichen Vorgaben in Bezug auf die praktische Ausbildung umgesetzt. Die Ausbildung erfolgt in allen Studiengängen zumeist in Praxisblöcken, zur differenzierten Erfassung vgl. die Deskription im 2. Zwischenbericht (2013, 15ff.)
1.2.3.2 Wie wird die praktische Ausbildung organisiert (z.B. Praxisblöcke oder Praxissemester)?	
1.2.3.3 Wie wird der Stellenwert der praktischen Ausbildung als Bestandteil der Ausbildung und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?	
1.2.3.4 Sind während der praktischen Ausbildung Unterschiede zwischen Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern an Hochschulen und Schülerinnen und Schülern an Fachschulen festgestellt worden? Wenn ja, welche? Welche Ursachen gibt es für die Unterschiede?	
1.2.4 Fragen zur Verknüpfung der Ausbildung an der Hochschule mit der praktischen Ausbildung	
1.2.4.1 Wie stellt die Hochschule eine Praxisbegleitung während der praktischen Ausbildung sicher?	Vgl. hierzu Kapitel 7, S.76ff, insbes. 7.3.3.2/7.3.3.3, S.85ff und Kapitel 9, insbes. 9.4.1.1, S.127ff bzw. 9.4.2.1, S.156. Zur diesbezüglichen Wahrnehmung der Studierenden hinsichtlich der Umsetzung von Praxisbegleitung und Praxisanleitung vgl. Kapitel 6, S.60ff, insbes. 6.5.3, S.65ff
1.2.4.2 Steht während der praktischen Ausbildung eine Praxisanleitung zur Verfügung? Über welche Qualifikation verfügen diese Personen?	
1.3 Staatliche Prüfung	
<i>Die staatliche Prüfung umfasst einen schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil. Bei einer Ausbildung an Hochschulen sind folgende Fragen zu beantworten:</i>	
1.3.1 Wie wird die Prüfung an der Hochschule organisiert?	Zur strukturellen Problematik der Inkompatibilität der Rahmenbedingungen im Bereich der Hochschulen und der Berufsausbildungen, die eine sich wiederholende

<p>1.3.2 Welche Auswirkungen hat die Ansiedlung der Ausbildung an die Hochschule auf die Zusammensetzung der Prüfungskommission?</p>	<p>Kernaussage zum Fragenkomplex in den Evaluationsberichten der Modellstudiengänge bilden, vgl. 7.1.1/7.1.2, S.78ff, 7.3.1 und S.82f, 8.1.1, S.92. Vgl. weiterhin für diese und die folgenden Fragen den 2. Zwischenbericht (2013, 98ff).</p>
<p>1.3.3 Sind bei den Hochschulen besondere Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zur staatlichen Prüfung aufgetreten? Wenn ja, welche?</p>	
<p>1.3.4 Waren im Hinblick auf die bestehenden Abweichungsmöglichkeiten beim theoretischen und praktischen Unterricht Probleme mit der Umsetzung der Prüfungsvorschriften erkennbar? Wenn ja, welche?</p>	
<p>1.3.5 Enthalten die hochschulischen Ausbildungen Inhalte und Kompetenzen, die über die Regelungen der staatlichen Prüfung hinaus geprüft werden sollten oder wurden?</p>	
<p>1.3.6 Wie werden die Regelungen zur staatlichen Prüfung bei Ausbildungen an Hochschulen und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?</p>	
<p>1.4. Ausbildungskosten Die Ausbildungen im Bereich der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie finden an Fachschulen des Gesundheitswesens statt. Eine Ausbildungsvergütung gibt es nicht. Die Zahlungen von Schulgeld, über das sich insbesondere die privaten Schulen refinanzieren, ist üblich. In der Hebammenausbildung wird eine Ausbildungsvergütung gezahlt. Die Ausbildung wird über die Krankenhausfinanzierung refinanziert. Diese Regelungen wurden für die Erprobung von Hochschulausbildungen abbedungen. Hieraus ergeben sich folgende Fragen:</p>	
<p>6.5.5</p>	<p>Hierzu konnten im Rahmen der Onlinebefragung (Kapitel 6, S.60ff insbesondere 6.5.5, S.69ff Erkenntnisse gewonnen werden. Aus den hier dargestellten Ergebnissen</p>

	geht hervor, dass der Punkt der Kosten für einige Studierende maßgeblich ist für die Studienortwahl
1.4.2 Welche finanziellen Auswirkungen hat eine Hochschulausbildung auf die Hochschulen? Entstehen zusätzliche Kosten? Wenn ja, welche und wie hoch sind diese?	Eine Zusammenfassende Synopse zu dieser Frage, die auf der synthetisierenden Analyse der Evaluationsberichte und einer ergänzenden Befragung der Hochschulen beruht, wurde im Rahmen der Untersuchung erstellt. Daraus können jedoch aufgrund der Variationsbreite der Modellversuche keine allgemeingültigen konkreten Erkenntnisse gewonnen werden.
1.4.3 Wie stellen sich diese Kosten für die Ausbildungen an Hochschulen im Vergleich zu den Ausbildungen an Fachschulen dar?	Fachschulen wurden in die Untersuchung nicht einbezogen. Die aufgrund der Analyse gewonnenen Erkenntnisse, die zu Empfehlungen für eine qualitative Verbesserung der praktischen Ausbildung geführt haben, müssen hinsichtlich der damit verbundenen potenziellen Kosten z.B. im Rahmen von Modellversuchen weiter konkretisiert werden. Die benannten Anhaltspunkte in 9.4.1 (vgl. hierzu auch oben die Antwort auf Frage 1.1.2, Antwort Punkt 2.)
1.4.4 Ergeben sich aus der hochschulischen Erstausbildung Folgekosten für das Gesundheitssystem? Wenn ja, welche und in welcher Höhe?	
II. BEWERTUNG	
Auf der Basis der erworbenen Untersuchungsergebnisse soll jedes Modellvorhaben Bewertungen zu folgenden Fragen enthalten:	
1 Machbarkeit	
1.1 Wie wird die Machbarkeit von akademischen Erstausbildungen in den Berufen bewertet?	Vgl. Empfehlungen, S. Xff
1.2 Wären für eine dauerhafte Etablierung akademischer Erstausbildungen Änderungen in den Berufsgesetzen erforderlich? Wenn ja, welche?	Vgl. Empfehlungen, S. Xff
1.3 Welche Erkenntnisse ergeben sich bei den fachschulischen Modellen?	Entfällt
2 Kosten	
2.1 Wie werden die Kosten bei der akademischen Erstausbildung im Vergleich zu den derzeitigen Kosten der Ausbildung bewertet?	Vgl. oben, Antworten zu 1.4.2 bis 1.4.4

2.2 Welche Erkenntnisse ergeben sich bei den fachschulischen Modellen?	Entfällt
2.3 Wie werden die Kosten im Rahmen des Gesundheitssystems im Vergleich zum Nutzen bewertet?	Vgl. zum Nutzen Kapitel 4 „Auswirkungen der hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgungsqualität“, S. 21.
2.4 Zusatz für die Hebammenausbildung: Wie wird der Wegfall der Regelungen über den Ausbildungsvertrag und die Zahlen der Ausbildungsvergütung bewertet?	Hierzu können aufgrund der zu geringen Datenlage keine Aussagen getroffen werden.
3 Bedarf	
3.1. Wie hoch ist der Bedarf für eine akademische Erstausbildung? Für welche Bereiche der jeweiligen Gesundheitsfachberufe ist eine akademische Ausbildung erforderlich?	
3.2 Sollte die Akademisierung oder Teilakademisierung der Ausbildung angestrebt werden?	
4 Vorteile/Nachteile	
4.1 Was ist der Mehrwert einer hochschulischen Ausbildung, insbesondere im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten?	Vgl. hierzu ebs. Kapitel 4 „Auswirkungen der hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgungsqualität“, S. 21.
4.2 Welcher Mehrwert ergibt sich aus hochschulischer Ausbildung für das Gesundheitssystem insgesamt?	allgemeine Hinweise aufgrund einer Dokumenten-/Literaturanalyse können sowohl Kapitel 2 oben, Seite 12ff. bzw. vertiefend dem 1. Zwischenbericht (2013) entnommen werden, als auch Kapitel 4 oben, S.21ff. zur studienbasierten Untersuchung der „Auswirkungen der hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgungsqualität“ entnommen werden
4.3 Rechtfertigt der Mehrwert einer hochschulischen Ausbildung den damit verbundenen Mehraufwand?	
4.4 Wie werden die Auswirkungen einer Akademisierung auf die Fachschulen bewertet?	Wurde im Rahmen der Untersuchung nicht systematisch erfasst – Einschätzungen werden im Rahmen der Empfehlungen zur Etablierung der Strukturmodelle gegeben.

	Auch die im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Fokusgruppeninterviews und die Befragung der Kolleginnen und Kollegen in der Praxis zeigen positive Auswirkungen („Sekundärwirkung“) auf die Fachschulen, im Sinne einer Erweiterung und Vertiefung der Lehrinhalte (vgl. 5.6., S.50ff u. 5.7.2, S.57f)
5 Bewährung Wie haben sich die akademischen Erstausbildungen und Modelle an den Fachschulen insgesamt aus Sicht	Erkenntnisse zu diesen Fragen wurden im Rahmen der Arbeit mit den Experten-Fokusgruppen (9.3, oben, S.124) mit gewonnen, aber nicht systematisch ausgewertet .
5.1 der Hochschulen	
5.2 der Fachschulen	
5.3 des Lehrpersonals an Hochschulen/Fachschulen	
5.4 der Ausbildungsteilnehmerinnen und –teilnehmer	Hierzu konnten im Rahmen der Onlinebefragung Kapitel 6, S.60ff, insbesondere 6.5.7, S.73ff Erkenntnisse gewonnen werden, die insgesamt eine gute Zufriedenheit der Studierenden dokumentiert. Auch die Kompetenzmessung (Kapitel 5 oben, Seite 30ff) liefert wichtige Erkenntnisse
5.5 der Berufspraxis von Praxisanleitern und anderen Berufsangehörigen sowie potenziellen Arbeitgebern bewährt?	In der Sichtweise der befragten Berufsangehörigen entfalten sich positive Wirkungen in der Praxis (siehe Kapitel 5, S.30ff zur Kompetenzanalyse).
6. Sonstige Bemerkungen Gibt es über die angesprochenen Fragen hinausgehende Anmerkungen. Über die die Beteiligten und insbesondere der Gesetzgeber informiert werden sollte?	
7 Schlussfolgerung Welche Schlussfolgerung ist aus der Evaluation für die Zukunft von akademischen Erstausbildungen an Hochschulen bzw. die Zukunft der fachschulischen Ausbildungsformen zu ziehen?	Vgl. Empfehlungen, Seite Xff

11 Literaturverzeichnis

11.1 Zu Kapitel 4 „Auswirkungen der hochschulischen Primärqualifikation auf die Versorgungsqualität“, S. 21ff

11.1.1 Gesichtete und eingeschlossene Quellen

11.1.1.1 Ergotherapie

Brown, Ted; Mu, Keli; Peyton, Claudia G.; Rodger, Sylvia; Stagnitti, Karen; Hutton, Eve; Casey, Jackie; Watson, Callie; Hong, Chia Swee; Huang, Yan-hua; Wu, Chin-yu (2009): Occupational therapy students` attitudes towards individuals with disabilities: A comparison between Australia, Taiwan, the United Kingdom, and the United States. In: *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1541-1555.

Cameron, Karen Ann V.; Ballantyne, Scott; Kulbitsky Msot, Autumnrose; Margolis-Gal Msot, Michelle; Daugherty Msot, Timothy; Ludwig, Ferol (2005): Utilization of evidence-based practice by registered occupational therapists. In: *Occupational Therapy International*, 12, 3, 123-136.

Eberhardt, Kim; Mayberry (1994): Factors Influencing Entry-Level Occupational Therapists` Attitudes Toward Persons With Disabilities. In: *The American Journal of Occupational Therapy*, 12, 629-636.

McKenna, Kryss; Scholtes, Adri-Anne; Fleming, Jenny; Gilbert, Jillian (2001): The journey through an undergraduate occupational therapy course: Does it change students` attitudes, perceptions and career plans? In: *Australian Occupational Therapy Journal*, 48, 157-169.

Powell, Carol A.; Case-Smith, Jane (2010): Information Literacy Skills of Occupational Therapy Graduates: Promoting Evidence-Based Practice in the MOT Curriculum. In: *Medical Reference Services Quarterly*, 29, 363-380.

Stachura, Kay; Garven, Frances (2003): Comparison of Occupational Therapy and Physiotherapy Students` Attitudes towards People with Disabilities. In: *Physiotherapy*, 89, 11, 653-664.

11.1.1.2 Logopädie

ASHA, American Speech-Language-Hearing-Association (2013): Frequently Asked Questions: Speech-Language Pathology Assistants (SLPAs). Verfügbar unter: <http://www.asha.org/associates/SLPA-FAQs.htm#a1> [letzter Zugriff 29.10.2013].

- Baxter, S. (2004): Perspectives and practice: speech and language therapy student views of an interprofessional learning experience. In: *Learning in Health and Social Care* (3) 2, 102-110.
- Hill, A.E.; Davidson, B.J.; Theodoros, D.G. (2012): Reflection on clinical learning in novice speech-language therapy students. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 47 (4), 413-426.
- Hoben, K.; Varley, R.; Cox, R. (2007): Clinical reasoning skill of speech and language therapy students. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 42 (S1), 123-135.
- Horton, S.; Byng, S.; Bunning, K.; Pring, T. (2004): Teaching and learning therapy skills: the effectiveness of classroom as clinic in speech and language therapy student education. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 39 (3), 365-390.
- Kaplan, N.R.; Dreyer, D.E. (1974): The effect of self-awareness training on student speech pathologist-client relationship. In: *Journal of Communication Disorders* 7 (4), 329-342.
- McCartney, E.; Boylew, J.; Bannatyne, S.; Jessiman, E., Campell, C.; Kelsey, C.; Smith, J.; McAthur, J.; O'Hare, A. (2005): 'Thinking for two': a case study of speech and language therapists working through assistants. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 40 (2), 221-235.
- Scott, S.D., Albrecht, L.; O'Leary, K.; Bali, G.D.C.; Hartling, L.; Hofmeyer, A.; Jones, C.A.; Klassen, T.P.; Kovacs Burns, K.; Newton, A.; Thompson, D.; Dryden, D.M. (2012): Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. In: *Implimentatin Science* 2012 (7), 70.
- Spek, B.; Wieringa-de Waard, M.; Lucas, C.; van Dijk, N. (2013): Teaching evidence-based Practice (EBP) to speech-language therapy students: are students competent and confident EBP users? In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 48 (4), 444-452.
- Tramontana, G.M.; Blood, I.M.; Blood, G.W. (2012): Speech-language pathologists' knowledge of genitcs: Perceived confidence, attitudes, knowledge acquisition and practice-based variables. In: *Journal of Communication Disorders* 46 (1), 100-110.
- Van Lierde, K.M.; D'haeseleer, E.; Wuyts, F.L.; De Ley, S.; Geldorf, R.; De Vuyst, J.; Sofie, C. (2010): The Objective Vocal Quality, Vocal Risk Factors, Vocal Complaints, and Corporal Pain in Dutch Female Students Training to be Speech-Language Pathologists During 4 Years of Study. In: *Journal of Voice* 24 (5), 592-598.
- Warhurst, S.; Madill, C.; McCabe, P.; Heard, R.; Yiu, E. (2010): The Vocal Clarity of Female Speech-Language Pathology Students: An Explorative Study. In: *Journal of Voice* 26 (1), 63-68.
- Zraick, R.I.; Allen, R.M.; Johnson, S.B. (2003): The Use of Standardized Patients To Teach and Test Interpersonal and Communication Skill with Students in Speech-Language Pathology. In: *Advanced in Health Science Education* 8 (3), 237-248.

11.1.1.3 Physiotherapie

- Constantine, Michael; Carpenter, Christine (2012): Bringing Masters` level skills to the clinical setting: What is the experience like for graduates of the Master of Science in manual therapy programme? In: *Physiotherapy Theory and Practice*, 28, 8, 595-603.
- Green, A.; Perry, J.; Harrison, K. (2008): The influence of a postgraduate clinical masters` qualification in manual therapy on the careers of physiotherapists in the United Kingdom. In: *Manual Therapy*, 13, 2, 139-47.
- Nilsgård, Ylva; Lohse, Georg (2010): Evidence-based physiotherapy: A survey of knowledge, behaviour, attitudes and prerequisites. In: *Advances in Physiotherapy*, 12, 179-186.
- Petty, Nicola J.; Scholes, Julie; Ellis, Lorraine (2011a): The impact of a musculoskeletal course: Developing clinical expertise. In: *Manual Therapy*, 16, 590-595.
- Petty, Nicola J.; Scholes, Julie; Ellis, Lorraine (2011b): Master`s level study: learning transitions towards clinical expertise in physiotherapy. In: *Physiotherapy*, 97, 218-225.
- Rapport, Mary Jane K.; Stelzner, Denise; Rodriguez, Jenny (2007): The doctor of Physical Therapy Degree: A New Curriculum for a New Degree. In: *Physical Disabilities: Education and Related Services*, 26, 1, 63-76.
- Rushton, A.; Lindsay, G. (2010): Defining the construct of masters` level clinical practise in manipulative physiotherapy. *Manual Therapy*, 15, 1, 93-9.
- Stathopoulos, I.; Harrison, K. (2003): Study at masters` by practising physiotherapists. In: *Physiotherapy*, 89, 3, 158-69.
- Turner, Pat; Whitfield, T.W. Allen (1997): Physiotherapists` use of evidence based practise: a cross-national study. In: *Physiotherapy Research International*, 2, 1, 17-29.

11.1.1.4 Pflege

- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Griffiths, Peter; Busse, Reinhard; Diomidous, Marianna; Kinnunen, Juha; Kózka, Maria; Lesaffre, Emmanuel; Mc Hugh; Matthew D.; Moreno-Casbas, M. T.; Rafferty, Anne Marie; Schwendimann, Rene; Scott, P. Anne; Tishelman, Carol; van Achterberg, Theo; Sermeus, Walter (2014): Nurse staffing and education ans hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *The Lancet online* [http://www.inmo.ie/tempDocs/20140226101251_Lancet%20nurse%20staffing%20education%20hospital%20mortality%20in%209%20EU%20countries\(1\).pdf](http://www.inmo.ie/tempDocs/20140226101251_Lancet%20nurse%20staffing%20education%20hospital%20mortality%20in%209%20EU%20countries(1).pdf) 17.05.2014
- Blegen, Mary A.; Goode, Colleen J.; Park; Shin Hye (2013): Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes. In: *The Journal of Nursing Administration*, 43, 2, 89-94.
- Kendall-Gallagher, Deborah; Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Cimiotti Jeannie P. (2011): Nurse Specialty Certification, Inpatient Mortality, and Failure to Rescue. In: *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 2, 188-194.
- Kutney-Lee, Ann; Sloane, Douglas M.; Aiken, Linda H. (2013): An Increase In The Number Of Nurses With Baccalaureate Degrees Is Linked To Lower Rates Of Postsurgery Mortality. In: *Health Aff (Milwood)*, 32, 3, 579-586.

11.1.1.5 Hebammenkunde

Fasan, J.; Zavarise, D.; Palese, A.; Marchesoni, D. (2012): Midwifery students' perceived independence within the core competencies expected of the midwifery community upon graduation: an Italian study. In: *International Nursing Review* 59 (2), 208-214.

McKenna, L.; Boyle, M.; Brown, T.; Williams, B.; Molloy, A.; Lewis, B.; Molloy, L. (2011): Levels of empathy in undergraduate midwifery students: An Australian cross-sectional study. In: *Woman and Birth* 24 (2), 80-84.

11.1.2 Gesichtete und ausgeschlossene Quellen

11.1.2.1 Ergotherapie

Brayley, Caroline R.; Hemphill, Barbara J. (1980): Proficiency Testing of Academic and Nonacademic Preparation in Five Therapeutic Activities. In: *The American Journal of Occupational Therapy*, 34, 6, 393-396.

Cooper, Helen; Spencer-Dawe, Eileen (2006): Involving service users in interprofessional education narrowing the gap between theory and practice. In: *Journal of Interprofessional Care*, 20, 6, 603-617.

Doherty, Georgina; Stagnitti, Karen; Schoo, Adrian M. M. (2009): From student to therapist: Follow up of a first cohort of Bachelor of Occupational Therapy students. In: *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 341-349.

Gilkeson, Grace E.; Hanten, William P. (1984): A Comparative Analysis Of Occupational Therapy Graduates From Baccalaureate And Entry-Level Master's Degree Programs. In: *The Occupational Therapy Journal of Research*, 4, 2, 67-91.

Gutman, Sharon A.; McCreedy, Paula (1997): Student Level II Fieldwork Failure: Strategies for Intervention. In: *The American Journal of Occupational Therapy*, 52, 2, 143-149.

Katz, Gary M.; Mosey, Anne Cronin (1998): Fieldwork Performance, Academic Grades, and Pre-selection Criteria of Occupational Therapy Students. In: *The American Journal of Occupational Therapy*, 34, 12, 794-800.

O'Brien, Shirley; Pierce, Doris; Shasby, Sharon; Cunningham, Robert; Schneck, Colleen (2007): Responsible Decision-Making Through Measured Criteria for Faculty Time Use. In: *Occupational Therapy in health Care*, 21, 1/2, 227-237.

Pulsdorf, David; Hope, Kevin; Thompson, Rachel (2006): Higher education provision for professionals working with people with dementia: A scoping exercise. In: *Nurse Education Today*, 27, 5-13.

Richardson, John T. E. (2010): Perceived Academic Quality and Approaches to Studying in Higher Education: Evidence from Danish Students of Occupational Therapy. In: *Scandinavian Journal of Educational Research*, 54, 2, 189-203.

Rogers, Joan C.; Hill, Doris J.; Holm, Margo B.; Wasser, Thomas E. (1992): Educational Level and Professional Activities of Occupational Therapists: A Case Study. In: *The Occupational Therapy Journal of Research*, 12, 3, 148-157.

- Sottas, Beat (2011): Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 28, 1, 1-12.
- Storm, Wendy (1998): The Relationship of Educational Level to the Development and Dissemination of Knowledge by Occupational Therapists. In: *The American Journal of Occupational Therapy*, 44, 1, 39-46.
- Turpin, Merrill June; Rodger, Sylvia; Hall, Anne R. (2012): Occupational therapy students' perception of occupational therapy. In: *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 367-374.

11.1.2.2 Logopädie

- Anderson, H. (2001): Clinical teaching and mentoring: vital in the development of competent therapists. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 36 (S1), 138-143.
- Bilda, K.; Brenner, S. (2011): Der Modellstudiengang Logopädie der Hochschule für Gesundheit Bochum. In: *Forum Logopädie* 25 (5), 34-41.
- Brodnitz F.S. (1986): Academe and the clinic. In: *ASHA* 28 (12), 25-26.
- Brumfitt, S.; Hoben, K.; Enderby, P.; Goddard, V. (2010): Informing educational change to improve clinical competence. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 36 (S1), 406-410.
- Campell, P.; Ciarello, L.; Wilcox, M.J.; Milbourne, S. (2009): Preparing Therapists as Effective Practitioners in Early Intervention. In: *Infants & Young Children* 22 (1), 21-31.
- Chipchase, L.S.; Buttrum, P.J.; Dunwoodie, R.; Hill, A.E.; Mandrusiak, A.; Moran, M. (2012): Characteristics of student preparedness for clinical learning: clinical educator perspectives using the Delphi approach. In: *BMC Medical Education* 12, 112.
- Chrichton-Smith, I.; Wright, J.; Stackhouse, J. (2003): Attitudes of speech and language therapists towards stammering: 1985 and 2000. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 38 (3), 213-234.
- Duncan, E.A.S.; Murray, J. (2012): The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review. In: *BMC Health Services Research* 12, 96.
- Farmer A.P.; Légaré F.; Turcot, L.; Grimshaw J.; Harvey, E.; McGowan, J.; Wolf, F.M. (2008): Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes (Review). In: *Cochrane Database Systematic Review* 2008 (3), CD004398.
- Fellows, D.; Wilkinson, S.; Moore, P. (2004): Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/ or carers. In: *Cochrane Database Systematic Review* 2004 (2), CD003751.
- Finn, P. (2010): Critical thinking: knowledge and skills for evidence-based practice. In: *Language, Speech & Hearing Services in Schools* 42 (1), 69-72.
- Gillam, Sandra L.; Gillam, Ronald B (2006): Making Evidence-Based Decisions About Child Language Intervention in Schools. In: *Language, Speech & Hearing Services in Schools* 37 (4), 304-315.

- Greenwald, M.L. (2006): Teaching Research Methods in Communication Disorders: A Problem-Based Learning Approach. In: *Communication Disorders Quarterly* 27 (3), 173-179.
- Hancock A.B.; Brundage S.B. (2010): Formative feedback, rubrics, and assessment of professional competency through a speech-language pathology graduate program. In: *Journal of allied health* 39 (2), 110-119.
- Hahn, V. (2008): Was brache uns das Studium? Eine Absolventenbefragung des Studiengangs für Logopädie der HAWK Hildesheim. In: *Forum Logopädie* 22 (4), 30-33.
- Hersh, D.; Cruice, M. (2010): Beginning to teach the end: the importance of including discharge from aphasia therapy in the curriculum. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 45 (3), 263-274.
- Hetzroni, O.E.; Tannous, J. (2004): Effects of a Computer-Based Intervention Program on the Communicative Function of Children with Autism. In: *Journal of Autism and Development Disorders* 34 (2), 95-113.
- Ho, D.W.; Whitehill, T.L.; Ciocca, V. (2013): Performance of speech-language pathology students in problem-based learning tutorials and in clinical practice. In: *Clinical Linguistics and Phonetics*, Early Online: 1-15.
- Ho, D.W.; Whitehill, T. (2009): Clinical supervision of speech-language pathology students: Comparison of two models of feedback. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 11 (3), 244-255.
- Huttunen, K.H. (2001): Educational needs of speech and language therapists in the field of audiology. In: *Scandinavian Audiology* 30 (52), 88-89.
- Jin, L.; Hill, H. (2001): Students' expectations of learning key skills and knowledge. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 36 (S1), 333-338.
- Justice, L.M.; Fey, M.E. (2004): Evidence-Based Practice in Schools. Integrating Craft and Theory with Science and Data. In: *ASHA Leader* 9 (17), 30-32.
- Leahy, M.M.; McTiernan, K.; Smith, M.M.; Walsh, I.P.; Walshe, M.; Ni Colmain, C. (2010): Foundation Studies in Education for Therapy Practice: Curriculum Updating. In: *Folia Phoniatria et Logopaedica* 62 (5), 255-259.
- Less, R.; Stark, C.; Baird, J.; Birse, S. (2000): Primary care professionals' knowledge and attitudes on speech disfluency in pre-school children. In: *Child Language Teaching and Therapy* 16 (3), 241-254.
- Litosseliti, L.; Leadbeater, C. (2011): Speech and language therapy/ pathology: perspective on a gendered profession. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 48 (1), 90-101.
- McAllister, S.; Lincoln, M.; Ferguson, A.; McAllister, L. (2011): A systematic program of research regarding the assessment of speech-language pathology competencies. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 13(6), 469-479.
- McAllister, S.; Lincoln, M.; Ferguson, A.; McAllister, L. (2010): Issues in developing valid assessments of speech pathology students' performance in the workplace. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 45 (1), 1-14.
- McCartney, E. (2002): Cross-sector working: speech and language therapists in education. In: *Journal of Management in Medicine* 16(1), 67-77.
- McQuiston, S., Kloczko, N. (2011): Speech and language development: monitoring process and problems. In: *Pediatrics in Review* 32 (6), 230-238.

- Mitchell, M.M.; Kampfe, C.M. (1993): Student Coping Strategies and Perceptions of Fieldwork. In: *The American Journal of Occupational Therapy* 47 (6), 535-540.
- Moore, P.M.; Rivera Mercado, S.; Grez Artigues M.; Lawrie T.A. (2013): Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. In: *Cochrane Database Systematic Review* 2013 (3), CD003751.
- Pain, K.; Magill-Evans, J.; Darrah, J.; Hagler, P.; Warren, S. (2004): Effects of profession and facility type on research utilization by rehabilitation professionals. In: *Journal of allied health* 33 (1), 3-9.
- Preis, J. (2008): Effect of an Undergraduate Elective Course, Cultural Diversity in Communication, on Attitudes and Behavior of Communication Science and Disorders Students: A Pilot Study. *Journal of Allied Health* 37 (4), 255E- 277E.
- Quattlebaum, P.; Stepling, M. (2010): Preparation for ending therapeutic relationships. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 12 (4), 313-316.
- Reeves, S.; Zwarenstein, M.; Barr, H.; Freeth, D.; Hammick, M.; Koppel, I. (2009): Inter-professional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). In: *Cochrane Database Systematic Review* 2009 (4), CD002213.
- Rodger, S.; Webb, G.; Devitt, L.; Gilbert, J.; Wrightson, P.; McMeeken, J. (2008): Clinical Education and Practice Placements in the Allied Health Professions: An International Perspective. In: *Journal of Allied Health* 37 (1), 53-62.
- Rondon, S.; Chiarion Sassi, F.; Furquim, C.R. (2013): Computer game-based and traditional learning method: a comparison regarding students' knowledge retention. IN: *BMC Medical Education* 13, 30
- Slattery, J.; Douglas, J. (2013): An exploration of novice and experienced problem-based learning facilitators' perceptions of their roles in a speech-language pathology programme. Does experience matter? In: *Clinical Linguistics and Phonetics*, Early Online: 1-12.
- Sheepway, L.; Lincoln, M.; Togher, L. (2010): An international study of clinical education practices in speech-language pathology. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 13 (2), 174-185.
- Spek, B.; Wieringa-de Waard, M.; Lucas, C.; van Dijk, N. (2013): Competent in evidence-based practice (EBP): validation and measurement tool that measures EBP self-efficacy and task value in speech-language therapy students. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 48 (4), 453-457.
- Schaub-de Jong, M.A.; van der Schans, C.P. (2010): Teaching Reflection: Speech & Language Therapy Students Using Visual Clues for Reflection. In: *Education for Health* 23 (3), 285.
- Smith, C.H.; Mahon, M.; Newton, C. (2013): Speech and language therapy students: how do those with 'non traditional' university entry qualifications perform? In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 48 (4), 394-401.
- Upton, D.; Upton, P. (2006): Knowledge and use of evidence-based practice by allied health and health science professionals in the United Kingdom. In: *Journal of allied health* 35 (3), 127-133.
- Tyler, A.A. (2008): What works: evidence-based intervention for children with speech sound disorders. In: *Seminar in Speech & Language* 29 (4), 320-330.

- van Mersbergen, M.; Ostrem, J.; Titze, I.R. (2001): Preparation of the Speech-Language Pathologist Specializing in Voice: An Educational Survey. In: *Journal of Voice* 15 (2), 237-250.
- Walden, P.R.; Bryan, V.C. (2011): Speech-language pathologists' informal learning in healthcare settings: behaviours and motivations. In: *International Journal of Speech-Language Pathology* 13 (4), 378-388.
- Zipoli, R.P. Jr.; Kennedy, M. (2005): Evidence-based practice among speech-language pathologists: attitudes, utilization, and barriers. In: *American Journal of Speech-Language Pathology* 14 (3) 208-220.

11.1.2.3 Physiotherapie

- Abrandt Dahlgren, M.; Dahlgren, L.O. (2002): Portraits of PBL: students' experiences of the characteristics of problem-based learning in physiotherapy, computer engineering and psychology. In: *Instructional Science*, 30, 111-127.
- Adam, Kerry; Peters, Susan; Chipchase, Lucy (2013): Knowledge, skills and professional behaviours required by occupational therapist and physiotherapist beginning practitioners in work-related practice: A systematic review. In: *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 74-84.
- Banks, Kevin; Meaburn, Anthony; Phelan, Elaine (2013): Do the Clinical Competencies of Musculoskeletal Outpatient Physiotherapists Improve After They Have Participated in a Bespoke In-Service Education Programme Designed Around Individual and Service Continuing Professional Development Needs? In: *Journal of Allied Health*, 42, 1, 33-39.
- Bowers, Helen F. (2006): Designing quality course management systems that foster intra-professional education. In: *Nurse Education Today*, 26, 726-731.
- Brook, Norma; Parry, Anne (1985): The Influence of Higher Education on the Assessment of Students of Physiotherapy. In: *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 10, 2, 131-145.
- Donaghy, Marie; Morss, Kate (2007): An evaluation of a framework for facilitating and assessing physiotherapy student reflection on practice. In: *Physiotherapy Theory and Practice*, 23, 2, 83-94.
- Filbay, Stephanie R.; Hayes, Kate; Holland, Anne E. (2012): Physiotherapy for patients following coronary artery bypass graft (CABG) surgery: Litmites uptake of evidence into practice. In: *Physiotherapy Theory and Practise*, 28, 3, 178-187.
- Gärtner-Tschacher, N. (2007): Erreichen Physiotherapeuten mit umfangreicher Weiterbildung in Manueller Therapie bessere klinische Ergebnisse? In: *Manuelle Therapie*, 11, 244-247.
- Galvin, D. Perkins; Hulme, J.; Bion, Julian F. (2002): Peer-led resuscitation training for healthcare students: a randomised controlled study. In: *Intensive Care Med*, 28, 698-700.
- Goelen, Guido; De Clercq, Gerlinde; Huyghens, Luc; Kerckhofs, Eric (2006): Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. In: *Medical Education*, 40, 555-561.

- Halin, Karin; Henriksson, Peter; Dalén, Nils; Kiessling, Anna (2011): Effects of interprofessional education on patient perceived quality of care. In: *Medical Teacher*, 33, 22-26.
- Halin, Karin; Kiessling, Anna; Waldner, Annika; Henriksson (2009): Active interprofessional education in a patient based setting increases perceived collaborative and professional competence. In: *Medical Teacher*, 31, 151-157.
- Hilton, Rosalind W.; Morris, D. Jane; Wright, Amanda M. (1995): Learning to work in the health care team. In: *Journal of Interprofessional Care*, 9, 3, 217-274.
- Hunt, Adrienne; Adamson, Barbara; Harris, Lynne (1998): Physiotherapists' perceptions of the gap between education and practice. In: *Physiotherapy Theory and Practice*, 14, 125-138.
- Hunt, Adrienne; Adamson, Barbara; Higgs, Joy; Harris, Lynne (1998): University Education and the Physiotherapy Professional. In: *Physiotherapy*, 84, 6, 264-273.
- Jacobsen, Flemming; Fink, Anna Maria; Marcussen; Larsen, Kristian; Hansen, Torben Bæk (2009): Interprofessional undergraduate clinical learning: Results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. In: *Journal of Interprofessional Care*, 23, 1, 30-40.
- Kell, Clare; Owen, Gwyneth (2009): Approaches to learning on placement: the students' perspective. In: *Physiotherapy Research International*, 14, 2, 105-115.
- Lee, Michael; Moseley, Anne; Refshauge, Kathryn (1990): Effect of Feedback on Learning Vertebral Joint Mobilization Skill. In: *Physical Therapy*, 70, 2, 97-102.
- Noonan, Ann C (1989): Cooperative Education in a Physical Therapy Curriculum. In: *Physical Therapy*, 69, 5, 349-353.
- Rapport, Mary Jane K.; Stelzner, Denise; Rodriguez, Jenny (2007): The Doctor of Physical Therapy Degree: A new Curriculum for a new Degree. In: *Physical Disabilities: Education and Related Services*, 26, 1, 63-76.
- Robson, Moira; Kitchen, S. S. (2007): Exploring physiotherapy students' experiences of interprofessional collaboration in the clinical setting: A critical incident study. In: *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 95-109.
- Roche, Aisling; Coote, Susan (2008): Focus group study of student physiotherapists' perception of reflection. In: *Medical Education*, 42, 1064-1070.
- Rogers, Sylvia; Webb, Gillian; Devitt, Lorraine; Gilbert, John; Wrightson, Pat; McMeeken, Joan (2008): Clinical Education and Practise Placements in the Allied Health Professions: An International Perspective. In: *Journal of Allied Health*, 37, 1, 53-62.
- Rothstein, Jules M. (1996): A Matter of Degree. In: *Physical Therapy*, 76, 1054-1056.
- Takahashi, Susan; Brisette, Sharon; Thorstad, Kelly (2010): Different Roles, Same Goal: Students Learn about Interprofessional Practise in a Clinical Setting. In: *Nursing Leadership*, 23, 1, 32-39.
- Thistlethwaite, Jill Elisabeth; Davies, David; Ekeocha, Samilia; Kidd, Jane M.; MacDougall, Colin; Matthews, Paul; Purkis, Judith; Clay, Diane (2012): The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23. In: *Medical Teacher*, 34, 421-444.
- Tyson, S. F.; Selley, A. B. (2007): The effect of perceived adherence to the Bobath concept on physiotherapists' choice of intervention used to treat postural control after stroke. In: *Disability and Rehabilitation*, 29, 5, 395-401.

- Walish, Jane F.; Olson, Ronald E.; Schuit, Dale (1986): Effects of a Concurrent Clinical Education Assignment on Student Concerns. In: *Physical Therapy*, 66, 2, 233-236.
- Zwanikken, Prisca AC; Dieleman, Marjolein; Samaranayake, Dulani; Akwataghibe, Ngozi; Scherpbier, Albert (2013): A systematic review of outcome and impact of Master's in health and health care. In: *BMC Medical Education*, 13-18.

11.1.2.4 Pflege

- Barnhill, Dianne; MsKillop, Ann; Aspinall, Cathleen (2012): The Impact of Postgraduate Education on Registered Nurses Working in Acute Care. In: *Nursing Praxis in New Zealand*, 28, 2, 27-36.
- Bogossian, Fiona; Cooper, Simon; Cant, Robyn; Beauchamp, Alison; Porter, Joanne; Kain, Victoria; Bucknall, Tracey; Phillips, Nicole M. (2014): Undergraduate nursing student performance in recognizing and responding to sudden patient deterioration in high psychological fidelity simulated environments: An Australian multi-centre study. In: *Nurse Education Today*, 34, 691-696.
- Carrion, Judith (2011): Development and Implementation of a New Graduate Nurse Mentorship Program for the Medical Surgical Specialty. *BiblioBazaar*, Charleston SC.
- Casida, Jesus M.; Crane, Patrick C.; Walker, Tara L.; Wargo, Lisa M. (2012): Elaboration of Leadership and Culture in High-Performing Nursing Units of Hospital as Perceived by Staff Nurses. In: *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 26, 4, 241-261.
- Choi, Jeungok (2012): Comparative Assessment of Informatics Competencies in Three Undergraduate Programs. In: *Online Journal of Nursing Informatics*, 16, 2, 1700-1709.
- Choi, Jeungok; De Martins, Jean E. (2013): Nursing informatics competencies: assessment of undergraduate and graduate nursing students. In: *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1970-1976.
- Cotterill-Walker; Sarah (2012): Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. In: *Nurse Education Today*, 32, 57-64.
- Daley, Karen (2011): Advanced nursing education is better for patients. In: *American Nurse*, 43, 2, 3.
- Dilles, Tinne; Vander Stichele, Robert R.; Van Bortel, Lucas; Elseviers, Monique M. (2011): Nursing students' pharmacological knowledge and calculation skills. Ready for practice? In: *Nurse Education Today*, 31, 499-505.
- Dilles, Tinne; Vander Stichele, Robert; Van Rompaey, Bart; Van Bortel, Lucas; Elseviers, Monique (2010): Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with education level. In: *Journal of Advanced Nursing*, 66, 5, 1072-1079.
- Doering, Barbara Ellen (2012): The phenomenon of the educational transformation from Registered Nurse (RN) to Bachelor of Science (BS) of Nursing degree nurse. <http://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3659&context=etd> 17.04.2014

- Drennan, Jonathan (2012): Masters in nursing degrees: an evaluation of management and leadership outcomes using a retrospective pre-test design. In: *Journal of Nursing Management*, 20, 102-112.
- Drennan, Jonathan (2010): Critical thinking as an outcome of a Master`s degree in Nursing programme. In: *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2, 422-431.
- Estabrooks, Carole A.; Midodzi, William K.; Cummings, Greta G.; Ricker, Kathryn L.; Giovannetti (2005): The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30-Day Mortality. In: *Nursing Research* 54, 3, 74-84. (Jona, 41, 7/8 Supplement 2011).
- Fulbright Sumpter, Danica; Brokks Carthon, J. Margo (2011): Lost in Translation: Student Perceptions of Cultural Competence in Undergraduate And Graduate Nursing Curricula. In: *Journal of Professional Nursing*, 27, 1, 43-49.
- Jackson, Debra; Peters, Kath; Andrew, Sharon; Salamonson, Yenna; Halcomb, Elizabeth J. (2010): "If you haven't got a PhD, you're not going to get a job": The PhD as a hurdle to continuing academic employment in nursing. In: *Nurse Education Today*, 31, 340-344.
- Lane, Susan H.; Kohlenberg, Eileen (2010): The Future of Baccalaureate Degrees for Nurses. In: *Nursing Forum*, 45, 4, 218-227.
- Lawrence, Lisa A. (2011): Work Engagement, Moral Distress, Education Level, and Critical Reflective Practice in Intensive Care Nurses. In: *Nursing Forum*, 46, 4, 256-268.
- Lockhart, Joan Such; Galioto, Michele; Oberleitner, Melinda G.; Fulton, Janet S.; McMahon, Diana; George, Kimberly; Van Deusen-Morrison, Jane Katharine; Davis, Andra; Mayer, Deborah K. (2013): A National Survey of Oncology Content in Prelicensure Registered Nurse Programs. In: *Journal of Nurse Education*, 52, 7, 383-390.
- Melrose, Sherri; Wishart, Paul M. (2013): Resisting, Reaching Out and Re-imagining to Independence: LPN's Transitioning towards BNs and Beyond. In: *International Journal of nursing Education Scholarship*, 10, 1, 107-113.
- Öhlén, Joakim; Furåker, Carina; Jakobsson, Eva; Bergh, Ingrid; Hermansson, Evelyn (2010): Impact of the Bologna process in Bachelor nursing programmes: The Swedish case. In: *Nurse Education Today*, 31, 122-128.
- Park, Jennifer R.; Wharrad, Heather; Barker, Janet; Chapple, Mary (2011): The knowledge and skills of pre-registration master' and diploma qualified nurses: A preceptor perspective. In: *Nurse Education in Practice*, 11, 41-46.
- Rafferty, Margaret; Lindell, Deborah (2011): How Nurse Managers Rate the Clinical Competencies of Accelerated (Second-Degree) Nursing Graduates. In: *Journal of Nursing Education*, 50, 6, 355-358.
- Raines, Deborah A. (2010): Nursing Practice Competency of Accelerated Bachelor of Science in Nursing Program Students. In: *Journal of Professional Nursing*, 26, 3, 162-167.
- Reilley, Margaret Joyce (2012): An Investigation Of The Relationship Among Social Support, Motivation, Perceived Competence, And Pursuit Of A Baccalaureate Degree Among Associate Degree Nurse Graduates. City University of New York, New York.

- Roche, Michael; Diers, Donna; Duffield, Christine; Catling-Paull, Christine (2010): Violence Towards Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. In: *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 1, 13-22.
- Seidel Glass, Paula E. (2013): Differences Among Undergraduate and Graduate Nursing Students' Cultural Competency. <http://digitalcommons.fiu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2015&context=etd17.04.2014>
- Sportsman, Susan; Poster, Elizabeth; Deges, Curl, Eileen (2012): Differentiated Essential Competencies. A View From Practice. In: *JONA*, 42, 1, 58-63.
- Thompson, Janince L.; Mallet-Boucher, Monique; Mc Closkey, Claudia; Tamlyn, Karen; Wilson, Kathy (2013): Educating Nurses for the Twenty-First Century Abilities-Based Outcomes and Assessing Student Learning in the Context of Democratic Professionalism. In: *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10, 219-226.
- Ulrich, Beth; Krozek, Charles; Early, Sean; Hipps Ashlock, Cherilyn; Marquez Africa, Larissa; Carman, Michael L. (2010): Improving Retention, Confidence, And Competence of New Graduate Nurses: Results from a 10-Year Longitudinal Database. In: *Nursing Economics*, 28, 6, 363-375.
- Watkins, Dianne (2011): The influence of Masters Education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. In: *Journal of Advanced Nursing*, 67, 12, 2605-2614.
- Watt, Elizabeth; Pascoe, Elizabeth (2013): An exploration of graduate nurses' perceptions of their preparedness for practice after undertaking the final year of their bachelor of nursing degree in a university-based clinical school of nursing. In: *International Journal of Nursing Practice*, 19, 23-30.

11.1.2.5 Hebammenkunde

- Allen, J.; Brown, L.; Duff, C.; Nesbitt, P.; Hepner, A. (2013): Development and evaluation of a teaching and learning approach in cross-cultural care and antidiscrimination in university nursing students. In: *Nurse Education Today*. In Press. Available online 15 January 2013.
- Blais, R.; Joubert, P.; (2000): Evaluation of the Midwifery Pilot Project in Quebec: An Overview. In: *Canadian Journal of Public Health* 91 (1), 11-14.
- Clarke, J.C.; Warr, J. (1997): Academic validation of prior and experiential learning: evaluation of the process. In: *Journal of Advanced Nursing* 26 (6), 1235-1242.
- Cragin, L.; Powell Kennedy, H. (2006): Linking Obstetric and Midwifery Practice With Optimal Outcomes. In: *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 35 (6), 779-785.
- Davis, D.; Foureur, M.; Clements, V.; Brodie, P.; Herbison, P. (2012): The self reported confidence of newly graduated midwives before and after their first year of practice in Sydney, Australia. In: *Woman and Birth* 25 (3), e1-e10.
- Erfanian, F.; Khadvizadeh, T. (2011): Evaluation of midwifery students' competency in providing intrauterine device services using objective structured clinical examination. In: *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 16 (3), 191-196.

- Fraser, D.M.; Hughes, A.J. (2009): Perceptions of motherhood: The effect of experience and knowledge on midwifery students. In: *Midwifery* 25 (3), 307-316.
- Hardwick, S.; Jordan, S. (2002): The impact of part-time post-registration degrees on practice. In: *Journal of Advanced Nursing* 38 (5), 524-535.
- Hastings-Tolsma, M.; Vincent, D.; Park, J.-H.; Pan, D. (2009): Treatments patterns and outcomes in a low-risk nurse-midwifery practice. In: *Applied Nursing research* 22 (1), 10-17.
- Lauder, W.; Watson, R.; Topping, K.; Holland, K.; Johnson, M.; Porter, M.; Roxburgh, M.; Behr, A. (2008): An evaluation of fitness for practice curricula: self-efficacy, support and self-reported competence in preregistration student nurses and midwives. In: *Journal of Clinical Nursing* 17 (14), 1858-1867.
- McCall, L.; Wray, N.; McKenna, L. (2009): Influence of clinical placement on undergraduate midwifery students' career intentions. In: *Midwifery* 25 (4), 403-410.
- McKenna, L.; Gilmore, C.; Biro, M.A.; McIntyre, M.; Bailey, C.; Jones, J.; Miles, M.; Hall, H.; McLellend, G. (2012): Undergraduate midwifery students' sense of belongingness in clinical practice. In: *Nurse Education Today* 33 (8), 880-883.
- Mehl-Madrona, L.; Mehl Madrona, M. (1997): Physician- and midwifery-attended home birth. Effects of Breech, Twin, and Post-Dates Outcome Data on Mortality Rates. In: *Journal of Nurse-Midwifery* 42 (2), 91-98.
- Mirmolei, T.; Shabani, H.; Babaei, G.; Abdehagh, Z. (2004): Comparison of critical thinking among first and last trimester baccalaureate midwifery students. In: *Hayat* 10 (3) 69-77.
- Norman, I.J.; Watson, R.; Murrells, T.; Calman, L.; Redfern, S. (2001): The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of pre-registration nursing and midwifery students. In: *International Journal of Nursing Studies* 39 (2), 133-145.
- Rolls, C.; McGuinness, B. (2007): Women's experiences of a Follow Through Journey Program with Bachelor of Midwifery students. In: *Woman and Birth* 20 (4), 149-152.
- Sutcliffe, K.; Caird, J.; Kavanagh, J.; Res, R.; Oliver, K.; Dickson, K.; Woodman, J.; Barnett-Paige, B.; Thomas, J. (2012): Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. In: *Journal of Advanced Nursing* 68 (11), 2376-2386.
- Vincent, D.; Hastings-Tolsma, M. (2004): Down the Rabbit Hole: Examining Outcomes of Nurse Midwifery Care. In: *Journal of Nursing Care Quality* 9 (4), 361-367.

11.1.3 Zusätzliche Quellen

11.1.3.1 Ergotherapie

- Bollag, Burton (2007): Credential Creep. A professional doctorate, which takes less time than the Ph.D., are spreading fast – as are concerns about their uneven quality. In: *The Chronicle of Higher Education*, 53, 42, A10.

- Danka, Margaret A. (1992): Differences in Values and Goals of Occupational Therapy Students. In: The American Journal of Occupational Therapy, 47, 5, 453-459.
- ENOTHE (2014): Education: Facts and figures relating to occupational therapy in Europe. http://www.enothe.eu/index.php?page=about/facts_and_figures. 30.09.14
- ENOTHE, COTEC (2006): Description of occupational therapy education in Europe. www.ihep.org/assets/files/gefp-files/tuningoccther.pdf 30.09.14
- Green, Ann; Perry, Jo; Harrison, Karen (2008): The influence of a postgraduate clinical master`s qualification in manual therapy on the careers of physiotherapists in the United Kingdom. In: Manual Therapy, 13, 139-147.
- Lall, Alison; Klein, Jennifer; Brown G. Ted (2003): Changing times: Trials and tribulations of the move to Master`s entry-level education in Canada. In: Revue Canadienne D`ergotherapie, 3, 70, 152-162.
- List Hilton, Claudia (2005): The Evolving Postbaccalaureate Entry: Analysis of Occupational Therapy Entry-Level Master`s Degree in the United States. In: Occupational Therapy in Health Care, 19, 3, 51- 71.
- Pierce, Doris; Jackson, Jeanne; Rogosky-Grassi, Mary; Thompson, Mary Ellen; Menninger, Beverly (1987): The Possible Effects of a Change to Master`s Entry Level in Occupational Therapy. In: 41, 10, 658-666.
- Runge, Ulla; Fittinghoff; Josephsson, Staffan; Kinébainen, Astrid; Sadlo, Gaynor; Winding, Karen (1999): European Master of Science in Occupational Therapy (OT). http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=0CGkQFjAl&url=http%3A%2F%2Fwww.ergotherapie.org%2Ffiles%2Finformace_o_europe_an_msc.doc&ei=Em8qVJG1NIbWPaeOgLAJ&usg=AFQjCNH60WBy-b9OO1G_LPyOd31SDcGMNw&sig2=syvuY7_Z9oWy4h-6zqYdUA&bvm=bv.76477589,d.ZWU 30.09.14

11.1.3.2 Physiotherapie

- Brooks, Salome V. (2011): Exploring the five phases of physical therapist professional development advanced by the clinical doctorate degree. In: Southern Connecticut State University, Ed.D., 630.
- ER-WCPT (European Region World Confederation of Physical Therapy) (o.J.): ER-WCPT Members. <http://www.physio-europe.org/download.php?memberprofile> 30.09.14

11.1.3.3 Pflege

- Darmann-Finck, Ingrid (2012): Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. In: Pflege und Gesellschaft, 17, 3, 216-232.

11.2 Zu Kapitel 5 „Kompetenzanalyse“ – S.30ff

- Bühner, Markus (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München: Pearson.
- Knigge-Demal, Barbara; Nauwerth, Annette; Schürmann, Mirco; Freese, Christiane; Jahncke-Latteck, Anne-Dörte; Bergmann-Tyacke, Inge (2012): Das Projekt zikzak. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines dualen Pflegestudiengangs an der FH Bielefeld. In: Marzinzik, Kordula; Nauwerth, Annette; Michael Stricker: Kompetenzentwicklung basisnah. Münster: Lit-Verlag. S. 293-334.
- Girbig, Maria (2011): Kompetenzerfassung in der stationären Krankenpflege-Übersetzung, Modifizierung und kulturelle Adaption der Nurse Competence Scale (NCS). In: Pflegewissenschaft, 12/1, S. 655-663.
- Champion Viktoria L.; Leach Anna (1989): Variables related to research utilization in nursing: an empirical investigation. In: Journal of Advanced Nursing, 14, 705–710.
- Erpenbeck, John; von Rosenstiel, Lutz (2007): Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis, Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Facione, Peter A; Facione, Noreen; Giancarlo, Carol A.F. (1992): The California Critical Thinking Disposition Inventory. Millbrae, CA: The California Academic Press.
- Groebe, Norbert; Rustemeyer, Ruth (2001): Inhaltsanalyse. In: König Eckard & Zedler, Peter. Qualitative Forschung. Weinheim: UTB, S. 233-258.
- Meretoja, Riitta; Isoaho, Hannu; Leino-Kilpi, Helena (2004): Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. In: Journal of Advanced Nursing, 2004, 47(2), S. 124-133
- Merki, Kathrina; Grob Urs (2005): Überfachliche Kompetenzen: Zur Validierung eines Indikatorensystems. In: Frey, Andreas; Jäger, Reinold; Renbold, Ursula: Kompetenzdiagnostik. Landau: Verlag Empirische Pädagogik, S. 7-30.
- Orchard, Carole; King, Gillian; Khalili, Hossein; Bezzina, Mary Beth (2012): Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and testing of the instrument. In: Journal of continuing education the health professions, 32 (1), 58-67.
- Pfaff, Holger (2003): Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, Holger; Schrappe, Matthias; Lauterbach, Karl W.; Engelmann, Udo; Halber, Marco [Hrsg.]: Gesundheitsversorgung und Disease Management. Bern: Verlag Hans Huber, S. 13-23.
- Pintrich, Paul R.; Smith, David, A.F.; Garcia, Teresa; McKeachie, Wilbert, J. (1993): Reliability and predictive validity of the motivated strategies for learning questionnaire (MSLQ). In: Educational and Psychological Measurement, 53 (3), S. 801-813.
- Tajfel, Henri (1974): Social identity and intergroup behaviour. In: Social Science Information, 13 (2), 65-93.
- Watson, Godwin; Glaser, Edward M. (2008): Watson-Glaser Critical Thinking. Appraisal. Short Form Manual: London: Pearson.

Weis, Darlene; Schank, Mary Jane (2000): An instrument to measure professional nursing values. In: Journal of Nursing Scholarship, 32 (2), 201-204.

11.3 Zu den Kapiteln 3, S.17ff u. 7, 8 und 9, S. 76ff

11.3.1 Literatur

- Adler, Guido; Knesebeck, Jost-H von dem (2010): Auf akademischen Wegen. In: Deutsches Ärzteblatt, 107 (9), S. A386-A390.
- Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen: Vorschlag für einen Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen am 10. November 2010. Online verfügbar unter: www.deutscherqualifikationsrahmen.de, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Avenarius, Hermann; Rux, Johannes (2003): Rechtsprobleme der Berufsausbildung. Rechtsgutachten im Auftrag der Max-Traeger-Stiftung. Frankfurt a. M./Hagen. Online verfügbar unter: <https://www.gew.de/Binaries/Binary29149/Rechtsgutachten%20Avenarius.pdf>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- AWMF (2011): Hochschulambulanzen: heutiger Stand und zukünftige Perspektiven. Eine Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Online verfügbar unter: http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Aus-_und_Weiterbildung/AWMF-Stellungnahme_Hochschulambulanzen_2011-10.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Bartels, Yvonne; Simon, Anke; Plohmann, Denise (2012): Pflegeakademisierung in Deutschland - Bedarf und Angebot. Ergebnisse einer exploratorischen, qualitativen Analyse. In: Pflegewissenschaft, 14 (10), S. 548-558.
- Bastian, Johannes (1997): Projektunterricht und Leistung. In: Bastian, Johannes; Gudjons, Herbert; Schnack, Jochen; Speth, Martin (Hrsg.): Theorie des Projektunterrichts. Hamburg: Bergmann und Helbig, S. 231-244.
- Bastian, Johannes; Gudjons, Herbert (2006): Projektlernen: Grundlagen. In: Bastian, Johannes; Gudjons, Herbert (Hrsg.): Das Projektbuch II. Über die Projektwoche hinaus: Projektlernen im Fachunterricht. Hamburg: Bergmann und Helbig, S. 17-42.
- Bauer, Nicola (2011): Der Hebammenkreißsaal: Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. Osnabrück: Vandenhoeck & Ruprecht unipress.
- Beck, Barbara; Nickolaus, Brigitta; Kraienhemke, Monika; Bauer, Nicola H. (2013): Lernform Skillstraining am Beispiel Schulterdystokie. In: Die Hebamme, 26 (1), S. 50-54.
- Becker, Matthias; Spöttl, Georg (2008): Berufswissenschaftliche Forschung. Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis. Frankfurt/Main: Lang.
- Becker, Matthias; Spöttl, Georg (2006): Berufswissenschaftliche Forschung und deren empirische Relevanz für die Curriculumentwicklung. Online verfügbar unter: http://www.bwpat.de/ausgabe11/becker_spoettl_bwpat11.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].

- Berner Fachhochschule (2010): Lernphasen und Lernschritte. Online verfügbar unter: <http://www.gesundheit.bfh.ch/?id=1555>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2012): AusbildungPlus in Zahlen. Trends und Analysen 2012. Berichtszeitraum 1. Mai 2011 bis 30. April 2012. Online verfügbar unter: <http://www.ausbildungplus.de/html/index.php>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Bielefeldt, Birgit; Noska, Mechthild (2006): Evaluation von Pflegecurricula – Ein Instrument zur vergleichenden Beschreibung und Bewertung anhand von Curriculumdokumenten. In: *PrInterNet* 11/06, S. 582-591.
- Bilda, Kerstin; Brenner, Sebastian (2011): Der Modellstudiengang Logopädie der Hochschule für Gesundheit Bochum. Ein neuer Weg zur akademischen Logopädie. In: *Forum Logopädie*, 25 (5), S. 34-41.
- Bilda, Kerstin (2009): Lehr- und Forschungsambulanz an der Hochschule für Gesundheit. Zentrale Einheit für Lehre – Forschung – fachwissenschaftliche Dienstleistung. Unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Blankertz, Herwig (1971): *Theorien und Modelle der Didaktik*. München: Juventa, 5. Auflage.
- BLK (Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung) (2013): Perspektiven für die duale Bildung im tertiären Bereich. – Bericht der BLK - Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung. Heft 110. Online verfügbar unter: <http://www.pedocs.de/volltexte/2008/243/pdf/heft110.pdf>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- BLK (Bund Länder Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung) (2003): Perspektiven für die duale Bildung im tertiären Bereich – Bericht der BLK. Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung, Heft 110. Online verfügbar unter: <http://www.blk-bonn.de/papers/heft110.pdf>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Bogner, Alexander; Leuthold, Margit (2005): „Was ich dazu noch sagen wollte...“. Die Moderation von Experten-Fokusgruppen. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 155-172.
- Brunner Künzler, Claudia (2004): Die Lehrperson in der Lernform Skillstraining. In: *PrInterNet*, 6 (6), S. 347-350.
- Brühe, Roland; Hundenborn, Gertrud (2008): Netzwerk Pflegeschulen: dip beendet Projekt erfolgreich - Netzwerkarbeit geht weiter. In: *Perspektiven. Informationen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V.*, H. 2, S. 5. Online verfügbar unter: <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/perspektiven/perspektiven2-08.pdf>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Bundesregierung (2014): *Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode*. Online verfügbar unter: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile&v=2, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Byrne, Mary W.; Keefe, Maureen R. (2002): Building research competence in nursing through mentoring. In: *Journal of nursing scholarship*, 34 (4), S. 391-396.
- Collins, Allan; Brown, John S.; Newman, Susan E. (1989): Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. In Resnick, Lauren B.

- (Hrsg.) (1989): *Knowing, learning and instruction: Essays in Honor of Robert Glaser*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, S. 453-494.
- Darmann, Ingrid (2004): Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung. Anforderungen an die verschiedenen Lernorte. In: *PrInterNet*, 6 (4), S. 197-203.
- Darmann-Finck, Ingrid (2010): *Interaktion im Pflegeunterricht. Begründungslinien der Interaktionistischen Pflegedidaktik*. Frankfurt/Main: Lang.
- Darmann-Finck, Ingrid (2010a): Eckpunkte einer Interaktionistischen Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Fichtmüller, Franziska (Hg.): *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik*. Weinheim/München: Juventa, S. 13-54.
- Darmann-Finck, Ingrid; Muths, Sabine (2013): *Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Zweiter Zwischenbericht*. Bremen: IPP.
- Darmann-Finck, Ingrid (2014a): Berufswissenschaftliche Aspekte der Curriculumentwicklung unter pflegedidaktischer Perspektive. In: Spöttl, Georg; Becker, Matthias; Fischer, Martin (Hrsg.): *Arbeitsforschung und berufliches Lernen. Berufliche Bildung in Forschung, Schule und Arbeitswelt / Vocational Education and Training: Research and Practice - Band 11*. Frankfurt/Main: Peter Lang Edition, S. 263-277.
- Darmann-Finck, Ingrid (2014b): *Bildungstheoretische Orientierungen - Schlussfolgerungen für die Praxisbegleitung*. In: Arens, Frank (Hrsg.): *Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung – eine Standortbestimmung*. Wissenschaftlicher Verlag Berlin. Im Erscheinen.
- Daum, Wolfgang (2002): *Projektmethode und Projektmanagement in der Hochschullehre. Teil 1: Studienprojekte systematisch planen und durchführen*. In: *Neues Handbuch Hochschullehre*, Berlin: Raabe Verlag, C 2.1, S. 1-24.
- (dbl) Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2013): *Standards für den Erwerb klinisch-praktischer Kompetenzen in der Logopädie/Sprachtherapie*. In: *Forum Logopädie*, 27 (3), 45ff. Online verfügbar unter: <http://www.dbl-ev.de/der-dbl/qualitaetsmanagement/qualitaets-sicherung-in-der-ausbildung/standards-fuer-den-erwerb-klinisch-praktischer-kompetenzen-in-der-logopaediesprachtherapie.html>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Dehnbostel, Peter (2007): *Lernen im Prozess der Arbeit*. Münster: Waxmann.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2012): *Pflegebildung verstehen – Eine kurze Einführung*. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.dbfk.de/download/download/bildung_verstehen_web2012-06-08.pdf [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- (DGSv) Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (Hrsg.) (2008): *Der Nutzen von Supervision. Verzeichnis von Evaluationen und wissenschaftlichen Arbeiten*. Kassel: University press GmbH. Online verfügbar unter: <http://d-nb.info/1006968954/34>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Ditton, Hartmut (2009): *Evaluation und Qualitätssicherung*. In: Tippelt, Rudolf; Schmidt, Bernhard (Hrsg.): *Handbuch Bildungsforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 607-623.
- Dörr, Anastasia (2009): *Die fließende Grenze der Supervision – von der Methodik der Psychotherapie in der supervisorischen Praxis*. In: Galdynski, Karolina; Kühl, Ste-

- fan (Hrsg.): Black – Box Beratung? Empirische Studien zu Coaching und Supervision. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 155-167.
- Eberhardt, Ulrike (Hrsg.) (2010): Neue Impulse in der Hochschuldidaktik – Sprach- und Literaturwissenschaften. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Effinger, Herbert (2002): Ausbildungssupervision im Rahmen von Fachhochschulstudiengängen für soziale Arbeit in Deutschland: eine empirische Studie. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Ertl-Schmuck, Roswitha; Greb, Ulrike (Hrsg.) (2013): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Ertl-Schmuck, Roswitha; Fichtmüller, Franziska (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa.
- Ewers, Michael (2001): Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Online verfügbar unter: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-115.pdf>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Fesenfeld, Anke (2012): Für die Pflegepraxis studieren. Die Bochumer Hochschule für Gesundheit hat einen Pflegestudiengang aus der Taufe gehoben. In: Pflegezeitschrift, 65 (2), S. 102-106.
- Forum Mentoring (2014a): Der Begriff Mentoring. Online verfügbar unter: http://www.forum-mentoring.de/index.php/mentoring_top/mentoring/begriffsklarung/, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Forum Mentoring (2014b): Mentoring in der Wissenschaft. Online verfügbar unter: http://www.forum-mentoring.de/index.php/mentoring_top/mentoring/mentoring-der-wissenschaft/, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Frey, Karl (2007): Die Projektmethode. "der Weg zum bildenden Tun". Neu ausgestattete Sonderausgabe. Weinheim, Basel: Beltz.
- Freyberger, Harald J. (2010): Professionalisierung der Supervision. Qualitätsmerkmale und Ausbildungserfordernisse von Supervisoren. In: Psychotherapeut 2010, 55 (6), S. 465-470.
- Friedemann, Marie-Luise; Köhlen, Christina (2010): Familien- und umweltbezogene Pflege. Bern: Hans Huber Verlag.
- Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaften. Göttingen: V & R unipress.
- Galdynski, Karolina; Kühl, Stefan (Hrsg.) (2009): Black-Box Beratung? Empirische Studien zu Coaching und Supervision. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Galdynski, Karolina (2009): Coaching und Supervision – Die Kontextualisierung der empirischen Studien zur personenorientierten Beratung in Organisationen. In: Galdynski, Karolina; Kühl (Hrsg.): Black – Box Beratung? Empirische Studien zu Coaching und Supervision. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11-26.
- Gerholz, Karl-Heinz; Sloane, Peter F. E. (2008): Der Bolognaprozess aus curricularer und hochschuldidaktischer Perspektive – Eine Kontrastierung von beruflicher Bildung und Hochschulbildung auf der Bachelor-Stufe. Universität Paderborn. Online verfügbar unter: http://www.bwpat.de/ausgabe14/gerholz_sloane_bwpat14.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].

- Gray, Morag A.; Smith, Lorraine N. (2000): The qualities of an effective mentor from the student nurse's perspective: findings from a longitudinal qualitative study. In: Journal of Advanced Nursing, 32 (6), S. 1542-1549.
- Greb, Ulrike (2003): Identitätskritik und Lehrerbildung. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Greb, Ulrike (2003a): Strukturgitter zur Generierung von Lernfeldern am Beispiel der Pflege in der Psychiatrie. In: Pflegewissenschaft, H. 3, S. 158-162.
- Greb, Ulrike (2004): Lernfelder fachdidaktisch interpretiert. In: Pflegewissenschaft, H. 6, S. 660-669.
- Greb, Ulrike (2010): Die Pflegedidaktische Kategorialanalyse. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Fichtmüller, Franziska: Theorien und Modelle der Pflegedidaktik, S. 124-157.
- Gröning, Katharina (2010): Supervision in der Pflege. Vortragsmanuskript zur 4. Bielefelder Fachtagung für Supervisor_innen und Berater_innen zum Thema ‚Supervision in Zeiten der Beschleunigung‘. Online verfügbar unter: http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2011/09/bielefelder-fachtagung-2010-vortrag_groening.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Gruber, Hans; Mandl, Heinz; Renkl, Alexander (2000): Was lernen wir in Schule und Hochschule: Träges Wissen? In: Mandl, Heinz, Gerstenmaier, Jochen (Hrsg.): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 139-156.
- Handgraaf, Marietta; Grüneberg, Christian (2011): „First the performance and then train, train and train“. Der grundständige Modellstudiengang Physiotherapie an der Hochschule für Gesundheit. In: Pflegewissenschaft, 13 (2), S. 113-118.
- Haug-Benien, Rolf (1998): Kollegiale Beratung - ein Fall nicht nur für zwei. In: Hiba transfer, Ausgabe III-1998. Heidelberger institut beruf und arbeit. Online verfügbar unter: <http://www.hiba.de/>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Hinghofer-Szalkay, Irma M.; Wiltsche, Werner (2006): Traditionelle und alternative Mentoring-Modelle für die professionelle Pflege (MMP). In: PrInterNet, 8 (10), S. 517-521.
- Hochschule für Gesundheit (2014): Mit Ganzkörper-Simulator Geburten üben. Online verfügbar unter: <https://www.thieme.de/de/hebammenarbeit/mit-ganzkoerpersimulator-geburten-ueben-35381.htm>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK) (2006): Empfehlung zur Zukunft der Lehrerbildung in den Hochschulen. Online verfügbar unter: <http://www.hrk.de/positionen/gesamtliste-beschluesse/position/convention/empfehlung-zur-zukunft-der-lehrerbildung-in-den-hochschulen/>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Hoffmann, Katja; Schultz, Jobst-Hendrik; Conrad, Claudia; Hancke, Rabea; Lauber, Heike; Schönemann, Jochen; Kraus, Bernd; Bosse, Hans Martin; Huwendiek, Sören; Hoffmann, Georg F.; Herzog, Wolfgang; Jünger, Jana; Nikendei, Christoph (2007): Kommunikationsschulung mittels "Standardisierter Eltern" im Fachbereich der Pädiatrie: Effekte auf die Selbst- und Fremdeinschätzung kommunikativer Kompetenzen - eine Studie im Kontrollgruppen-Design. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 24 (2): Doc113. Online verfügbar unter:

- <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2007-24/zma000407.shtml>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Höh, Janina; Müller, Jens (2012): Einblicke in die systemische Supervision. Anwendung, Bedeutung und Nutzen im Kontext Logopädie. In Forum Logopädie, 26 (3).
- Hülken-Giesler, Manfred; Brinker-Meyendriesch, Elfriede; Keogh, Johann; Muths, Sabine; Sieger, Margot; Stemmer, Renate; Stöcker, Gertrud; Walter, Anja (2010): Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. In: Pflege und Gesellschaft, 15 (3), S. 216-236.
- Hülken-Giesler, Manfred; Korporal, Johannes (2013): Fachqualifikationsrahmen Pflege für die hochschulische Bildung. Berlin: Purschke und Hensel.
- HVG (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V.) (2010): Empfehlungen des HVG e.V. für die Gestaltung primärqualifizierender/grundständiger Studiengänge für Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie im Rahmen von Modellvorhaben - beschlossen auf der Mitgliederversammlung des HVG am 28. Juni 2010. Online verfügbar unter: http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/Empfehlungen_zu_Modellstudiengaengen_MV_Endfassung.pdf , [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Jahn, Heidrun (2005): Deutsche Studiengangsentwicklung im Kontext des Bologna-Prozesses: Umsetzung in der Pflege. In: Pflegewissenschaft, 7 (1), S 14-18.
- Janssen-Noordman, Ameike M. B.; van Merriënboer, Jeroen J. G. (2009): Innovatief onderwijs ontwerpen: via leertaken naar complexe vaardigheden. Groningen, Noordhoff Uitgevers.
- Janssen, Melanie; Bilda, Kerstin (2011): Standards für die klinisch-therapeutische Ausbildung in primär qualifizierenden Studiengängen der Logopädie. In: Forum Logopädie, 25 (3), S. 32-37.
- Jung, Eberhard (2005): Projektpädagogik als didaktische Konzeption. In: Reinhardt, Volker (Hrsg.): Projekte machen Schule – Projektunterricht in der politischen Bildung. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verlag, S. 13-34.
- Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Wiesbaden: VS, 2. überarbeitete Auflage.
- Keller, Hans-Jürg; Zumsteg, Barbara; Vontobel, Peter; Suter, Peter: (2004) Begleitetes Selbststudium und Selbststudium an Fachhochschulen. In: E-Learning Dossier, H. 4.
- KFH (Konferenz der Fachhochschulen der Schweiz) (2004): Die Konzeption gestufter Studiengänge: Best Practice und Empfehlungen. 2. aktualisierte Auflage. Online verfügbar unter: <http://www.kfh.ch/uploads/doku/doku/Bologna.dt%20def.pdf>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Klafki, Wolfgang (1993): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Kleining, Gerhard (1995): Lehrbuch entdeckende Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2004): Rahmenvorgaben für die Einführung von Leistungs-

- punktsystemen und die Modularisierung von Studiengängen. Online verfügbar unter: <http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/2000/module.pdf>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- KMK (2005) Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland am 21.04.2005: Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse. Im Zusammenwirken von Hochschulrektorenkonferenz, Kultusministerkonferenz und Bundesministerium für Bildung und Forschung erarbeitet. http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2005/2005_04_21-Qualifikationsrahmen-HS-Abschluesse.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Online verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_09_01-Handreich-RIpl-Berufsschule.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- KMK (2001): Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland am 11.10.2001. Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Soziale Arbeit – Fachhochschulen – Bonn.
- Knight, Carolyn M.; Mowforth, Gill M. (1998): Skills centre: why we did it, how we did it. *Nurse Education Today*, 18 (5), S. 389-393.
- Knight, Carolyn M. (1998): Evaluating a skills centre: learning psychomotor skills – a review of the theory. In: *Nurse Education Today*, 18 (6), S. 448-454.
- Knopf, Wolfgang (2009): Supervision und Coaching im Krankenhaus. In: Pühl, Harald (Hrsg.): *Handbuch Supervision und Organisationsentwicklung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 339-352.
- Kocks, Andreas; Segmüller, Tanja; Zegelin, Angelika; Büker, Christa; Kapsch, Katharina; Schieron, Martin; Tietze, Kim-Oliver; Vollmer, Susanne (2012): *Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung*. Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft.
- Kühler, L. L. (2005): *Die Orientierung der Reformen im deutschen Hochschulsystem - seit 1998 - am Vorbild des amerikanischen Hochschulwesens*. Inaugural-Dissertation a.d. Ludwig-Maximilians-Universität, München. http://edoc.ub.uni-muenchen.de/4235/1/Kuehler_Larissa.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Kupfer, F.; Mucke, K (2010): *Duale Studiengänge an Fachhochschulen nach der Umstellung auf Bachelorabschlüsse. Eine Übersicht*. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung, Bonn. <http://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/6178> , [Zugriff: Mai 2014].
- Landwehr, Norbert (2003): Der dritte Lernort und seine Bedeutung für ein transferwirksames Lernen. In: *PrInterNet*, 5 (12), S. 254-263.
- Lauterbach, Karl; Schwartz, Friedrich W.; Potthoff, Peter; Schmitz, Harald; Lungen, Markus; Krauth, Christian; Klostermann, Brit; Gerhardus, Ansgar; Stock, Stephanie; Steinbach, Thomas; Müller, Udo; Brandes, Iris (2003): *Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie)*. Ein Gutachten im Auf-

- trag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). Online verfügbar unter: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Gutachten_Ambulanzen_26.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Lehmeyer, S.; Schleinschok, M. (2011): Primärqualifizierende Pflegestudiengänge: Eine systematische Analyse dualer und grundständiger Pflegestudienmodelle in Deutschland. Lage: Jacobs.
- Lepp, Silvia (2005): Förderung von Schlüsselqualifikationen an Fachhochschulen - Eine Herausforderung für Professorinnen und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Dissertation an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Online verfügbar unter: http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2006/2553/pdf/Text06_11_03.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Leuchter, Miriam (2009): Die Rolle der Lehrperson bei der Aufgabenbearbeitung. Unterrichtsbezogene Kognition von Lehrpersonen. Münster: Waxmann.
- Lippmann, Eric (2013): Intervision. Kollegiales Coaching professionell gestalten. Heidelberg: Springer.
- Lipsmeier, Antonius (2000): Systematisierungsprinzipien für berufliche Curricula. In: Lipsmeier, Antonius; Pätzold, Gunter (Hrsg.): Lernfeldorientierung in Theorie und Praxis. Bei-Heft 15 der ZBW. Stuttgart: Steiner, S. 54-71.
- Marotzki, Winfried (2012): Einführung in qualitative Forschungsmethoden der Erziehungswissenschaft. Manuskript zur Vorlesung. Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Meurer, Lisa (2013): Entbindungen an einem Geburtssimulator üben. In: Medizintechnik. Online verfügbar unter: http://www.technikjournal.de/cms/front_content.php?idcatart=1204idcat=59, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Anwendungen, Methode. Opladen: Leske + Budrich, S. 71-93.
- Meyer, Hilbert (2004): Was ist guter Unterricht? Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Meyer-Hänel, Philipp; Umbescheidt, Rocco (2006): Der Lernbereich Training & Transfer. Antworten auf die Transferproblematik durch den 3. Lernort in der Ausbildung dipl. Pflegefachfrau/ dipl. Pflegefachmann HF. In: PrInterNet, 8 (5), S. 276-286.
- Moers, Martin; Schöniger, Ute; Böggemann, Marlies (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: Pflege und Gesellschaft, 17 (3), S. 232-248.
- Moschner, Barbara (2010): Möglichkeiten und Grenzen in modularisierten Studiengängen. In: Eberhardt, Ulrike (2010) a.a.O., S. 25-43.
- Mucke, Kerstin; Schwiedrzyk, Bernd (2000): Duale berufliche Bildungsgänge im tertiären Bereich – Möglichkeiten und Grenzen einer fachlichen Kooperation von Betrieben mit Fachhochschulen und Berufsakademien. Abschlussbericht über das BIBB-Projekt 2.1003. Online verfügbar unter:

- <http://www.bibb.de/dokumente/pdf/Abschlussbericht-duale-Studiengaenge2000.pdf>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Muths, Sabine (2010): Machbarkeitsstudie: Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. In: Schriftenreihe 06 des Institutes für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Online verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippsschriften/ipp_schriften06.pdf, [letzter Zugriff: 14. Dezember 2014].
- Müller, Klaus (2007): In guten Händen: Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Lernaufgaben für die praktische Ausbildung. Berlin: Cornelsen.
- Müller, Klaus (2009): Implementierung eines Lernaufgabenkonzeptes in die betriebliche Pflegeausbildung. Dissertation. Bremen. Online verfügbar unter: <http://dnb.info/99483909X/34>, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Müller, Klaus (2013): Lernaufgaben. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Greb, Ulrike (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 278-291.
- Müller, Klaus; Koeppe, Armin (2008): In guten Händen: Handbuch für die praktische Pflegeausbildung + CD-Rom. Berlin: Cornelsen.
- Neuweg, Georg Hans (1999): Könnerschaft und implizites Wissen. Münster: Waxmann.
- Neuweg, Georg Hans (2000): Wissen - Können - Reflexion. Ausgewählte Verhältnisbestimmungen. Innsbruck, Wien, München: StudienVerlag.
- Neuweg, Georg Hans (2004): Könnerschaft und implizites Wissen: Zur lehrerlernertheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie Michael Polanyis. Münster: Waxmann.
- Nikendei, Christoph; Schilling, Tobias; Nawroth, Peter; Hensel, Manfred; Ho, Anthony D.; Schwenger, Vedat; Zeier, Martin; Herzog, Wolfgang; Schellberg, Dieter; Katus, Hugo A.; Dengler, Thomas; Stremmel, Wolfgang; Müller, Martina; Jünger, Jana (2005): Integriertes Skills-Lab-Konzept für die studentische Ausbildung in der Inneren Medizin. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 130 (18), S. 1133–1138.
- Nikendei, Christoph; Jünger, Jana (2006): OSCE - praktische Tipps zur Implementierung einer klinisch-praktischen Prüfung. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 23 (3): Doc47. Online verfügbar unter: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2006-23/zma000270.shtml>, [letzter Zugriff: 14. Dezember 2014].
- Nikendei, Christoph; Kraus, Bernd; Schrauth, Markus; Weyrich, Peter; Zippel, Stephan; Herzog, Wolfgang; Jünger, Jana (2007): Integration of role-playing into technical skills training: a randomized controlled trial. In: Medical Teacher, 29 (9), S. 956-960. Online verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1080/01421590701601543>, [letzter Zugriff: 14. Dezember 2014].
- Nodop, Steffi; Thiel, Katharina; Strauß, Bernhard (2010): Supervision in der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland. Quantitative und qualitative Ergebnisse des Forschungsgutachtens. In: Psychotherapeut, 55 (6), S. 485-495.
- Nursing and Midwifery Council (2007): Supporting direct care through simulated practice learning in the pre-registration nursing programme. In: NMC Circular 36/2007. Online verfügbar unter: <http://www.nmc->

uk.org/Documents/Circulars/2007circulars/NMCCircular36_2007.pdf [letzter Zugriff: 29. Januar 2015]

- Oelke, Uta; Menke, Marion (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Hans Huber Verlag.
- Oelke, Uta (2007): Gemeinsamkeiten in den pflege- und gesundheitsberuflichen Ausbildungen In: PrInterNet, 9 (3), S. 152-166.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 70-182.
- Oevermann, Ulrich (2002): Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In: Kraul, Margret; Marotzki, Winfried; Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 19-63.
- Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Elsevier.
- Pühl, Harald (Hrsg.) (2009): Handbuch Supervision und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pühl, Harald (2009): Supervision und Organisationsentwicklung – Beratung im Wandel. In: Pühl, Harald (Hrsg.): Handbuch Supervision und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 15-28.
- Pühl, Harald (2009): Verordnetes Coaching an der Grenze zur Organisationsentwicklung. In: Pühl, Harald (Hrsg.): Handbuch Supervision und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 283-290.
- Rauner, Felix (1999): Entwicklungslogisch strukturierte berufliche Curricula: vom Neuling zur reflektierten Meisterschaft. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 95 (3), S. 424-446
- Reetz, Lothar; Seyd, Wolfgang (2006): Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: Arnold, Rolf; Lipsmeier, Antonius (Hrsg.) (2006): Handbuch der Berufsbildung. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 227-259.
- Reetz, Lothar; Seyd, Wolfgang (2006): Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: Arnold, Rolf; Lipsmeier, Antonius (Hrsg.) Handbuch der Berufsbildung. Opladen: Leske+Budrich, 203-219.
- Reichelt, Beate (2008): Mentoring und Patenschaft. In: Bröckermann, Reiner; Müller-Vorbrüggen, Michael (Hrsg.) (2008): Handbuch Personalentwicklung. Die Praxis der Personalbildung, Personalförderung und Arbeitsstrukturierung. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, S. 323-339.
- Riedel, Klaus (1989): Curriculum. In: Lenzen, Dieter (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe. Band 1. Reinbek: Rowohlt, S. 298-301.
- Riedel, Klaus (2001): Curriculum. In: Lenzen, Dieter (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe. Band 1, S. 298-301.
- Robert Bosch Stiftung (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Online verfügbar unter: <http://www.bosch-stif->

- tung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf, [letzter Zugriff: 14. Dezember 2014].
- Robinson, Saul B. (1967): Bildungsreform als Revision des Curriculum. Neuwied und Berlin: Luchterhand.
- Rummler, Monika (Hrsg.) (2012): Innovative Lehrformen. Projektarbeit in der Hochschule. Problembasiertes und problemorientiertes Lehren und Lernen. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Scheffer, Thomas (2002): Das Beobachten als wissenschaftliche Methode – Von den Grenzen der Beobachtbarkeit. In: Schaefer, Doris; Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Hans Huber Verlag, S. 351-374.
- Schelten, Andreas (1991): Einführung in die Berufspädagogik. Stuttgart: Steiner Verlag.
- Schibli, Silvia; Supersaxo, Katja (2009): Einführung in die Supervision. Bern. Stuttgart. Wien: Haupt Verlag.
- Schlee, Jörg (2012): Kollegiale Beratung und Supervision für pädagogische Berufe; Hilfe zur Selbsthilfe. Ein Arbeitsbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnell, Martin W.; Heinritz, Charlotte (2006): Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Hans Huber Verlag.
- Schön, Donald (1983): The reflective Practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books.
- Schön, Donald (1988): Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schwarz, Renate (2009): Supervision und professionelles Handeln Pflegender. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwarz, Christiane (2011). Praxisanleitung für die Mitarbeiter/innen der Kooperationspartner. Pilotkurs 2011-2013. Unveröffentlichtes Manuskript, Hochschule für Gesundheit, Bochum.
- Schwarz-Govaers, Renate (2003): Problemorientiertes Lernen – neuer Wein in alten Schläuchen oder eher alter Wein in neuen Schläuchen? In: PrInterNet, 4 (2), S. 30-45.
- Schwarz-Govaers, Renate (2005). Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln. Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell. Bern: Hans Huber Verlag.
- Sloane, Peter F.E.; Dilger, Bernadette (2005): The Competence Clash – Dilemmata bei der Übertragung des ‚Konzepts der nationalen Bildungsstandards‘ auf die berufliche Bildung. Online verfügbar unter: http://www.bwpat.de/ausgabe8/sloane_dilger_bwpat8.pdf, [letzter Zugriff: 14. Dezember 2014].
- Stich, Andreas (2010): KapVO ‚al dente‘ – kann die Kapazitätsverordnung den Ansprüchen der Bologna-Reform gerecht werden? Ein Werkstattbericht aus Nordrhein-Westfalen. In: die hochschule, 2, S. 57-72. Online verfügbar unter: http://www.hof.uni-halle.de/journal/texte/10_2/Stich.pdf, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- Stöcker, Gertrud; Reinhart, Margarete (2012): Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland. DBfK, Deutscher Verband für Pflegeberufe. Online verfügbar unter: <http://www.dbfk-pflege-als->

- beruf.de/downloads/Synopse_grundst__ndig.pdf, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- Strauß, Bernhard; Wheeler, Sue; Nodop, Steffie (2010): Klinische Supervision. Überblick über den Stand der Forschung. In: Psychotherapeut, 55 (6), S. 455-464.
- Struckmann, Ina; Nauerth, Annette; Walkenhorst, Ursula (2012): MentoS – Mentoring-Programm für Studentinnen. Förderung von Karrierechancen für Frauen in Leitungspositionen im Gesundheitswesen. Abschlussbericht. Berichte aus Lehre und Forschung Nr.30. Fachhochschule Bielefeld. FB Wirtschaft und Gesundheit. Lehrereinheit Pflege und Gesundheit. Online verfügbar unter: <http://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Fachbereiche/Wirtschaft+und+Gesundheit/Bereich+Pflege+und+Gesundheit/Berichte/bericht30.pdf>, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Online verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=79>, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- Tietze, Kim-Oliver (2010): Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. Theoretische Entwürfe und empirische Forschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tramm, Tade (2003). Prozess, System und Systematik als Schlüsselkategorien lernfeldorientierter Curriculumentwicklung. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, Ausgabe 4. Online verfügbar unter: http://www.bwpat.de/ausgabe4/tramm_bwpat4.pdf, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- Universität Zürich (2011): Hochschuldidaktik A-Z. Forschendes Lernen. Online verfügbar unter: http://www.hochschuldidaktik.uzh.ch/hochschuldidaktikaz/A_Z_Forschendes_Lernen_17_08_2011.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- Van Merriënboer, Jeroen J.G.; Kirschner, Paul A. (2007). Ten steps to complex learning. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wiarda, Jan-Martin (2007): Die fiese Formel. Wie eine alte Verordnung die Hochschulen zum Stillstand verurteilt. ZEIT ONLINE vom 20.09.2007. Online verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2007/39/C-Kapazitaetsverordnung>, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- Wildt, Johannes (2009): Aktives Lernen in Veranstaltungen mit größerer Teilnehmerzahl. Präsentation. Online verfügbar unter: <http://www.phil.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/bildung/rv0.pdf>, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- Wissenschaftsrat (2010): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Universitätsmedizin in Deutschland. Online verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/10052-10.pdf>, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung – Theories, Methods, Applications, 1 (1), S. 1-9.

- World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Online verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- WR (Wissenschaftsrat) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- WR (Wissenschaftsrat) (2013): Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Positionspapier. Online verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3479-13.pdf>, [letzter Zugriff: 15. Dezember 2014].
- Ziegler, Albert (2009): Mentoring: Konzeptuelle Grundlagen und Wirksamkeitsanalyse. In: Stöger, Heidrun; Ziegler, Albert; Schimke, Diana (Hrsg.)(2009): Mentoring: Theoretische Hintergründe, empirische Befunde und praktische Anwendung. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 7-29.
- Ziegler, Wolfram (2012): Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. In: Dierner, Hans-Christoph; Weimar, Christian (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Herausgegeben von der Kommission "Leitlinien" der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Ziemons, Michael (2010): Internet basierte Ausbildungssupervision. Schriften der KathO-NRW, Band 13. Opladen: Barbara Budrich Verlag.
- Zimber, Andreas; Ullrich, Annette (2012): Wie wirkt sich die Teilnahme an kollegialer Beratung auf die Gesundheit aus? Ergebnisse einer Interventionsstudie in der Psychiatriepflege. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20 (2), S. 80–91.
- Zimmermann, Markus (1996): Transferfördernde Berufserziehung in Schule und Betrieb. – Zum „Expertenkulturansatz“ in der Didaktik der kaufmännischen Berufserziehung. In: Beck, Klaus; Müller, Wolfgang; Deißinger, Thomas; Zimmermann, Matthias (Hrsg.): Berufserziehung im Umbruch. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, S. 45-60.

11.3.2 Gesetze und Verordnungen

- Akkreditierungsrat (2009): Regeln für die Akkreditierung von Studiengängen und für die Systemakkreditierung. Beschluss des Akkreditierungsrates vom 08.12.2009. Online verfügbar unter: http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/AR/Beschluesse/AR_Regeln_Studiengaenge_aktuell.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- AltPflAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers) vom 26. November 2002 (BGBl. I S. 4418), in der Fassung vom 06. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515).
- AltPflG (Gesetz über die Berufe in der Altenpflege - Altenpflegegesetz) vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), in der Fassung vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854).
- BBiG (Berufsbildungsgesetz) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), das zuletzt durch Artikel 22 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden ist.

- ErgThAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten) vom 02. August 1999 (BGBl. I S. 1731), in der Fassung vom 02. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).
- ErgThG (Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten – Ergotherapeutengesetz -) vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), in der Fassung vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158).
- HandwO (Gesetz zur Ordnung des Handwerks - Handwerksordnung) in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. September 1998 (BGBl. I S. 3074; 2006 I S.2095), die zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2749) geändert worden ist".
- HebG (Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers-Hebammengesetz) vom 04. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), in der Fassung vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983).
- HebAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger) vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), in der Fassung vom 02. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).
- HRG (Hochschulrahmengesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999 (BGBl. I S. 18), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. April 2007 (BGBl. I S. 506) geändert worden ist.
- KapVO (1975): Verordnung über die Grundsätze für eine einheitliche Kapazitätsermittlung und -festsetzung zur Vergabe von Studienplätzen (KapVO) vom 03. Dezember 1975 (GV. NRW. S. 688).
- KMK (2008): Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium (II) (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.09.2008). Online verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/ZAB/Hochschulzugang_Beschluesse_der_KMK/AnrechaussHochschule2.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- KMK (2003): Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 04.02.2010. Online verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2003/2003_10_10-Laendergemeinsame-Strukturvorgaben.pdf [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- KMK (2002): Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium (I) (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.06.2002). Online verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/ZAB/Hochschulzugang_Beschluesse_der_KMK/AnrechaussHochschule.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- KMK (2000): Rahmenvorgaben für die Einführung von Leistungspunktsystemen und die Modularisierung von Studiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.09.2000 i. d. F. vom 22.10.2004. Online verfügbar unter: http://www.evalag.de/dedievl/projekt01/media/pdf/akk/standards_kriterien/kmk/06_kmk_041022_leistungspunktsysteme.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- KMK (1998): Einführung eines Akkreditierungsverfahrens für Bachelor-/Bakkalaureus- und Master-/Magisterstudiengänge. Beschluss vom 03.12.1998. Online verfügbar unter:

- http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1998/1998_12_03-Bachelor-Master-Akkred.pdf, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- KrPflAPrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege) vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263).
- KrPflG (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege - Krankenpflegegesetz) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874).
- LogAPrO (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Logopäden) vom 01. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1892), in der Fassung vom 02. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686).
- LogopG (Gesetz über den Beruf des Logopäden) vom 07. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), in der Fassung vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158).
- MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2003): Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Kranken und Kinderkrankenpflegeschulen in Nordrhein-Westfalen. Erarbeitet von Uta Oelke 1998, angepasst von Gertrud Hundenborn/Cornelia Kühn. Düsseldorf. Online verfügbar unter:
http://www.mags.nrw.de/03_Gesundheit/3_Gesundheitswirtschaft/Gesundheitsberufe/richtlinien-pflegeberufe/index.php, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2005b): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in NRW. Düsseldorf. Online verfügbar unter:
http://www.mags.nrw.de/03_Gesundheit/3_Gesundheitswirtschaft/Gesundheitsberufe/richtlinien-pflegeberufe/index.php, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2005c): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Physiotherapieschulen in NRW. Düsseldorf. Online verfügbar unter:
http://www.mags.nrw.de/03_Gesundheit/3_Gesundheitswirtschaft/Gesundheitsberufe/richtlinien-pflegeberufe/index.php, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) (2007): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Ergotherapieschulen in NRW. Düsseldorf. Online verfügbar unter:
http://www.mags.nrw.de/03_Gesundheit/3_Gesundheitswirtschaft/Gesundheitsberufe/richtlinien-pflegeberufe/index.php, [letzter Zugriff: Dezember 2014].
- MPhG (Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie - Masseur- und Physiotherapeutengesetz) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), in der Fassung vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158).
- PhysTh-APrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten) vom 06. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786), in der Fassung vom 06. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515).

11.3.3 Arbeitspapiere und Dokumente zu den einzelnen Studiengängen (unveröffentlicht)

11.3.4 Evaluationsberichte und Arbeitsdokumente der Hochschulen

Berker, Peter; Heffels, Wolfgang M.; Mijatovic, Anke (2013): Dualer Modellstudiengang Pflege an der Katholischen Hochschule NRW. Zwischenergebnisse der Projekt-evaluation.

Bögemann-Großheim, Ellen (2013): Zwischenbericht Dualer Modellstudiengang Pflege und Gesundheit (B.A.) der Fliegener Fachhochschule. Berichtszeitraum: Wintersemester 2011/2012 – Sommersemester 2013.

Walkenhorst, Ursula; Kopczynski, Sascha (2013): Evaluation der Modellstudiengänge Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie an der Hochschule für Gesundheit, Bochum - gemäß den Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16. November 2009 - Zweiter Zwischenbericht vom 31. Mai 2013.

Walkenhorst, Ursula; Kopczynski, Sascha (2014): Evaluation der Modellstudiengänge Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie an der Hochschule für Gesundheit, Bochum - gemäß den Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16. November 2009 - Zweiter Zwischenbericht vom 31. Mai 2013.

KatHO NRW-Akkr (2010): Antrag auf Akkreditierung eines Bachelorstudiengangs Dualer Studiengang Pflege - Bachelor of Science des Fachbereichs Gesundheitswesen der Abteilung Köln im November 2010.

Latteck, Änne-Dörte; Knigge-Demal, Barbara; Mertin, Matthias; Müller, Irene; Seidl, Norber; Backhaus, Jutta; Grebe, Christian (2013): Zweiter Evaluationsbericht zum dualen Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ (B.Sc.) zur zweiten Studienkohorte im WS 2011/2012 an der Fachhochschule Bielefeld.

Narbei, Ethel; Kühme, Benjamin; Holtmann, Andrea; Mohr, Petra; Hähner, Kerstin; Ahaus, Peter; Adolph, Jens; Zimmermann, Marcus (2012): Zwischenbericht 2012 zum Modellstudiengang Pflege, B.Sc., Studienkohorte 2010-2014 der Mathias Hochschule Rheine.

Störkel, Friederike/Bonato, Marcellus (2013): Zwischenbericht zum Modellstudiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (TGM) an der Fachhochschule Münster vorgelegt vom Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Münster.

Störkel, Friederike/Bonato, Marcellus (2010): Antrag auf Zulassung gemäß Modellklausel für den Bachelor-Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (TGM) an der Fachhochschule Münster – vorgelegt vom Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Münster.

RWTH Aachen, Akkreditierungsantrag (o.J.): Antrag auf Akkreditierung der Studiengänge Bachelor Logopädie und Master Lehr- und Forschungslogopädie der Medizinischen Fakultät und der Philosophischen Fakultät der RWTH Aachen.

Prüfungsordnung RWTH Aachen (2012): Prüfungsordnung für den dualen Bachelor-Studiengang Logopädie (Modellstudiengang) der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen.

Zimmermann, Marcus; Kühme, Benjamin; Narbei, Ethel; Gieseke, Martin; Ruge, Ralf-Georg (2013): Zwischenbericht 2013 der Mathias Hochschule Rheine. Evaluation zum Modellstudiengang Pflege, B.Sc. – Erste und zweite Studiengangskohorte (PF1 2010-2014 u. PF2 2011-2015).

11.3.5 Modulhandbücher der Studiengänge (MHB):

RWTH Aachen: Bachelorstudiengang Logopädie – Anlage 2.2 z. Akkreditierungsantrag

FH Bielefeld: Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege – Stand: Januar 2012

Hochschule für Gesundheit, Bochum:

hsg - Studiengang Ergotherapie – amtliche Fassung 2012

hsg - Studiengang Hebammenkunde – amtliche Fassung 2011

hsg - Studiengang Logopädie – amtliche Fassung 2011

hsg - Studiengang Pflege – amtliche Fassung 2012

hsg - Studiengang Physiotherapie – amtliche Fassung 2012

Fliedner FH Düsseldorf: Dualer Bachelor-Studiengang „Pflege und Gesundheit“ der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf, korrigierte Fassung 2012

Fachhochschule Münster: Therapie- und Gesundheitsmanagement (Fachrichtung Logopädie und Physiotherapie) – Stand: Oktober 2011

Mathias Hochschule Rheine: Studiengang Pflege – Stand: August 2011

Katholische Hochschule NRW – September 2011

I. Anhang

Anhang

Zu Kapitel 5 „Kompetenzanalyse“, S.30ff

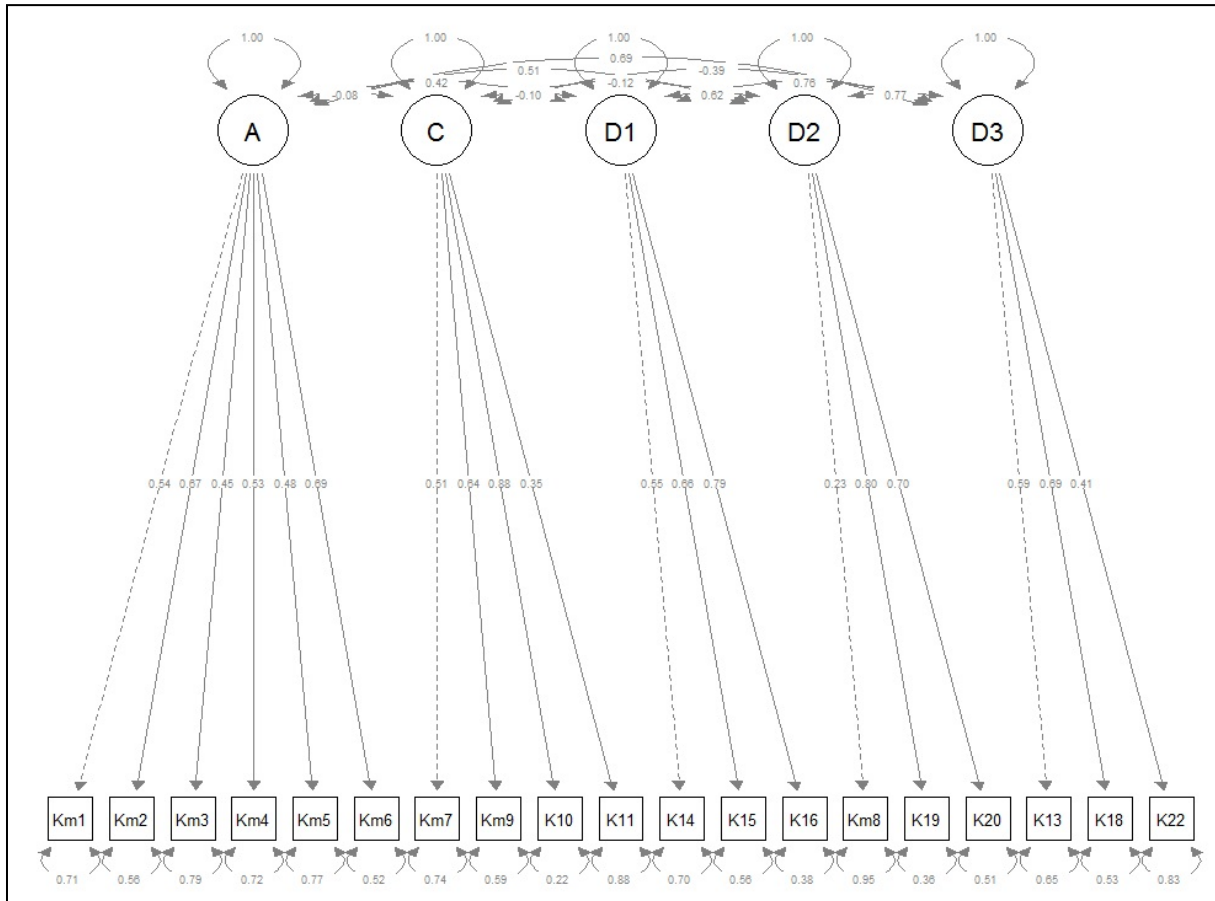


Abbildung 13: Ergebnis der konfirmatorischen Faktorenanalyse, berechnet mit R.

Tabelle 17: Interkorrelation der Faktoren in der Stichprobe

	A Befähigung zur Anwendung wissenschaftli- chen Wissens auf dem jeweils aktuellen Ent- wicklungsstand	C Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses	D1 Fähigkeit zur Um- setzung von inter- professionellen Diskursen und zur Förderung der Ko- operationen	D2 Fähigkeit zur (sektoren- übergreifenden) Fallsteue- rung	D3 Fähigkeit zur Förde- rung der eigenen Profession
A	1	-.083	.423	.511	.693
C		1	-.104	-.123	-.392
D 1			1	.619	.757
D 2				1	.771
D 3					1

Tabelle 18: Unterschiede zwischen Studierenden und Auszubildenden auf den fünf Faktoren des Messinstrumentes

		N	Mittelwert	SD	t-Wert Effektstärke	p
Faktor A: Fähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand	Studierende	209	3.18	0.46	t = - 8.90 $\epsilon = 0.85$	< .001
	Auszubildende	229	2.76	0.53		
Faktor C: Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses	Studierende	209	3.13	0.65	t = 6.95 $\epsilon = 0.64$	< .001
	Auszubildende	229	3.48	0.40		
Faktor D1: Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessionellen Diskursen und zur Förderung der Kooperationen	Studierende	209	2.90	0.65	t = -4.25 $\epsilon = 0.40$	< .001
	Auszubildende	229	2.64	0.63		
D2: Fähigkeit zur (sektorübergreifenden) Fallsteuerung	Studierende	210	2.82	0.67	t = -3.49 $\epsilon = 0.54$	= .001
	Auszubildende	229	2.62	0.56		
D3: Fähigkeit zur Förderung der eigenen Profession	Studierende	210	2.74	0.75	t = -6,20 $\epsilon = 0.59$	< .001
	Auszubildende	229	2.35	0.52		

Tabelle 19: Unterschiede zwischen Studierenden/Absolventinnen/Absolventen und Auszubildenden. (1 = „trifft nicht zu“ und 2 = „trifft weniger zu“ sowie die Antwortoption 3 = „trifft eher zur“ und 4 = „trifft zu“ wurden zu jeweils zwei Kategorien zusammengefasst. Ergänzend werden auch Mittelwerte und Standardabweichungen der Items dargestellt.)

		N	Mittelwert	SD	t-Wert Effektstärke	p
Faktor A: Fähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand	Studierende	209	3.18	0.46	t = - 8.90 $\epsilon = 0.85$	< .001
	Auszubildende	229	2.76	0.53		
Faktor C: Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses	Studierende	209	3.13	0.65	t = 6.95 $\epsilon = 0.64$	< .001
	Auszubildende	229	3.48	0.40		

Faktor D1: Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessionellen Diskursen und zur För- derung der Kooperatio- nen	Studierende	209	2.90	0.65	t = -4.25 $\varepsilon = 0.40$	< .001
	Auszubildende	229	2.64	0.63		
D2: Fähigkeit zur (seкто- renübergreifenden) Fall- steuerung	Studierende	210	2.82	0.67	t = -3.49 $\varepsilon = 0.54$	= .001
	Auszubildende	229	2.62	0.56		
D3: Fähigkeit zur Förde- rung der eigenen Profes- sion	Studierende	210	2.74	0.75	t = -6,20 $\varepsilon = 0.59$	< .001
	Auszubildende	229	2.35	0.52		

Tabelle 20: Unterschiede zwischen Studierenden/Absolventinnen bzw. Absolventen und Auszubildenden (1 = „trifft nicht zu“ und 2 = „trifft weniger zu“ sowie die Antwortoption 3 = „trifft eher zu“ und 4 = „trifft zu“ wurden zu jeweils zwei Kategorien zusammengefasst. Ergänzend werden auch Mittelwerte und Standardabweichung auf der vierstufigen Antwortskala der Items dargestellt)⁵⁷

		Studierende/Studierte		Auszubildende		Signifikanz des t-Tests
		Trifft nicht zu/ trifft weniger zu	Trifft eher zu/ trifft zu	Trifft nicht zu/ trifft weniger zu	Trifft eher zu/ trifft zu	
		Mittelwert auf der vierstufigen Skala (SD)		Mittelwert auf der vierstufigen Skala (SD)		Signifikanz des χ^2 -Tests
A	Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand					
1	Ich versuche, in der Praxis Routinen und Gewohnheiten zu verändern, wenn dies aufgrund des aktuellen Forschungsstandes sinnvoll ist.	12,6%	87,4%	27,6%	72,4%	$\chi^2 = 14.9$ df = 1 p < .001
		3.20 (0.67)		2.91 (0.89)		T = 3.81 df = 430 p < .001
2	Wenn im Team Uneinigkeit über geeignete Maßnahme/Intervention besteht, dann suche ich nach wissenschaftlichen Studien, um zu einer Lösung zu kommen.	34,1%	65,9%	66,4	33,6	$\chi^2 = 45.0$ df = 1 p < .001
		2,86 (0.93)		2.19 (0.93)		T = 7.42 df = 432 p < .001
3	In der Praxis hinterfrage ich Gewohnheiten und Rituale.	4,3%	95,7%	14,0%	86,0%	$\chi^2 = 12.14$ df = 1 p < .001
		3.53 (0.58)		3.25 (0.71)		T = 4.42 df = 435 p < .001
4	Unabhängig von den Erklärungen, die ich in der Praxis höre, versuche ich selbst zu ergründen, warum etwas so gemacht wird und nicht anders.	10,0%	90,0%	18,4%	81,6%	$\chi^2 = 6,1$ df = 1 p < .001
		3.3 (0.66)		3.21 (0.75)		T = 1.75 df = 435 p = .081
5	Ich bin in der Lage wissenschaftliche Studien zu recherchieren.	7,2%	92,8%	33,3%	66,7%	$\chi^2 = 44.9$ df = 1 p < .001
		3.46 (0.66)		2.88 (0.90)		T = 7.53

⁵⁷ Die Nutzung des Fragebogens bedarf der Zustimmung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen / Referat "Grundsatzfragen Pflegewissenschaft und-pädagogik/Modellstudiengänge".

						df = 434 p < .001
6	Wenn ich in der Praxis erstmals mit Empfehlungen oder Standards konfrontiert bin, dann überlege ich zunächst, wie die wissenschaftliche Basis dafür ist.	39,4%	60,6%	72,5%	27,5%	$\chi^2 = 48.5$ df = 1 p < .001
		2.72 (0.82)		2.10 (0.85)		T = 7.72 df = 435 p < .001
C Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses						
7	In meiner praktischen Tätigkeit spielt die Gesundheitsförderung und Prävention für die Klienten/Patienten eine große Rolle.	31,4%	68,6%	6,6%	93,4%	$\chi^2 = 43.9$ df = 1 p < .001
		2.95 (0.92)		3.52 (0.63)		T = 7.10 df = 431 p < .001
9	In meiner täglichen Arbeit versuche ich, neben den somatischen auch die psychischen und sozialen Aspekte des Menschen ausreichend zu berücksichtigen.	12,6%	87,4%	2,6%	97,4%	$\chi^2 = 15.8$ df = 1 p < .001
		3.28 (0.79)		3.67 (0.52)		T = 6.22 df = 434 p < .001
10	Ich ermutige die Patienten/Klienten, ihre Sicht der Dinge bei der Planung von Maßnahmen einzubringen.	33,0%	67,0%	9,3%	90,7%	$\chi^2 = 37.5$ df = 1 p < .001
		2.84 (1.09)		3.37 (0.66)		T = 6.14 df = 434 p < .001
11	Bevor ich eine Maßnahme/Intervention umsetze, frage ich zunächst die Patienten/Klienten, ob das so in ihrem Sinne ist.	5,7%	94,3%	11,4%	88,6%	$\chi^2 = 4.31$ df = 1 p = .04
		3.41 (0.63)		3.38 (0.68)		T = 0.43 df = 436 p = .66
D 1 Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessionellen Diskursen und zur Förderung der Kooperationen						
14	In der beruflichen Praxis begegnen mir Mitarbeiter aus anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe.	23,3%	76,7%	38,9%	61,1%	$\chi^2 = 12.2$ df = 1 p < .001
		3.04 (0.80)		2.69 (0.82)		T = 4.43 df = 430 p < .001
15	Ich tausche mich regelmäßig mit anderen Berufsgruppen über den Patienten/Klienten aus.	25,0%	75,0%	33,5%	66,5%	$\chi^2 = 3,83$ df = 1 p = .06
		2.96 (0.76)		2.82 (0.87)		T = 1.74 Df = 433 p = .08
16	Maßnahmen für den Patienten/Klienten	40,8%	59,2%	56,7%	43,3%	$\chi^2 = 10,8$ df = 1

	plane ich mit anderen Berufsgruppen gemeinsam.					p = .01
		2.70 (0.83)		2.40 (0.80)		T = 3.84 df = 428 p < .001
D 2 Fähigkeit zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung						
19	Ich versuche die Patienten/Klienten, die verschiedene Stellen im Gesundheitswesen durchlaufen müssen, durch das Gesundheitssystem zu lotsen.	48,1%	51,9%	63,3%	36,7%	$\chi^2 = 10.1$ df = 1 p = .02
		2.67 (0.92)		2.24 (0.81)		T = 5.17 df = 432 p < .001
20	Über meinen eigentlichen Tätigkeitsbereich hinaus versuche ich die Versorgung des Patienten/Klienten auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens zu regeln.	55,0%	45,0%	67,0%	33,0%	$\chi^2 = 6.4$ df = 1 p = .01
		2.17 (0.83)		2.44 (0.97)		T = 3.17 df = 431 p = .002
8	Wenn ich mit akuten Problemen des Patienten/Klienten konfrontiert bin, dann überlege ich, welche weiteren präventiven Maßnahmen über das aktuelle Problem hinaus für die Personen hilfreich sein könnten.	9,2%	90,8%	7,5%	92,5%	$\chi^2 = 0.4$ df = 1 p = .60
		3.42 (0.69)		3,33 (0.63)		T = 1.35 df = 433 p = .18
D 3 Fähigkeit zur Förderung der eigenen Profession						
13	Gegenüber anderen Berufsgruppen mache ich meine beruflichen Ideale und Ansprüche deutlich und vertrete sie offen.	16,9%	83,1%	27,4%	72,6%	$\chi^2 = 6.8$ df = 1 p = .01
		3.24 (0.78)		2.96 (0.82)		T = 3.63 df = 431 p < .001
18	Ich bin berufspolitisch aktiv.	55,5%	44,5%	96,1%	3,8%	$\chi^2 = 100.6$ df = 1 p < .001
		2.23 (1.06)		1.32 (0.57)		T : 11.71 DF = 436 P < .001
22	Ich mache in der Praxis immer wieder deutlich, welche besonderen Kompetenzen ich aufgrund meiner Ausbildung mitbringe.	38,6%	61,4%	34,1%	65,9%	$\chi^2 = 1,0$ df = 1 p = .37
		2.74 (0.92)		2.81 (0.88)		T = 0.73 df = 435 p = .46

Tabelle 21: Auswertung der offenen Antworten: Anzahl der Kodiereinheiten in den Kategorien

A - Fähigkeit zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand (316)			N	% aller Codings
	Anwendung von Theorien auf den Fall		6	0,9%
	Zeitmanagement		3	0,4%
	Projektmanagement		1	0,1%
	Neues Wissen in die Praxis bringen		20	2,9%
		Expertenstandards	6	0,9%
	„Wissenschaftliches Arbeiten“		80	11,9%
	Kritisches Hinterfragen von Routinen/Gewohnheiten		71	10,6%
	Durchführung eigener Forschung		17	2,5%
	Wissenschaftliche Studien suchen und verstehen			
		Recherche von wissenschaftlichen Studien	36	5,3%
		Verstehen und Nutzen von Studien	20	2,9%
	wissenschaftsbasierte regelgeleitet fachliche Begründungen (EBN)		46	6,8%
		Praxis mit Theorie verbinden/ Translation von Ergebnissen	10	1,4%
B - Besondere klinische Kompetenzen (94)				
	Spezifische Therapiemethoden/Interventionen		8	1,2%
	Prozesshaftes Planen und Handeln		3	0,5%
	Hermeneutisches Fallverstehen		16	2,3%
	Fachkompetenz		39	5,8%
		Vertieftes juristisches Fachwissen	7	1,0%
		Vertieftes medizinisches Fachwissen	4	0,6%
	Clinical Reasoning / Diagnostik		17	2,5%
C Fähigkeit zum Aufbau und Reflexion eines Arbeitsbündnisses (101)				
	Fähigkeit im Umgang mit Belastungen		8	1,2%
	Verantwortung für eigene Entscheidungen		6	0,9%
	Gesundheitsförderung		6	0,9%
	Kommunikationsfähigkeit		10	1,4%
	Beratungskompetenz		5	0,8%
	Ganzheitliche Orientierung		13	1,9%
	Reflexionsvermögen		34	5,0%
		selbstreflexive Kompetenzen	19	2,8%

D1 - Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessioneller Diskursen (28)			28	4,2%
D2 - Fähigkeit zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung (35)				
	Komplexe Fallsteuerung		8	1,2%
	Erweiterter Blick auf das Gesundheitswesen		27	4,0%
D3 Fähigkeit zur Förderung der eigenen Profession (25)				
	Begegnung auf Augenhöhe		5	0,8%
	Sicheres und selbstbewusstes Auftreten gegenüber anderen Professionen		7	1,0%
	Weiterentwicklung der Profession		13	1,9%
Sekundärwirkung (41)				
	Manageriale Kompetenzen			
		Leitungs-/ Führungskompetenz	11	1,6%
		Befähigung zur Selbstständigkeit	14	2,1%
		Betriebswirtschaftliche Kompetenzen	4	0,5%
	Fähigkeit zum Qualitätsmanagement		12	1,6%
	Fähigkeit zu Lehren		1	0,1%
Sozialkompetenz (10)			10	1,4%
Persönliche Kompetenz (5)			5	0,8%
Methodenkompetenz (13)			13	1,9%
Gesamt			668	

Zu Kapitel 6 „Ergebnisse der Online-Befragung der Studierenden“, S.60

Tabelle 22: Rücklaufquoten

	1. Kohorte							2. Kohorte			
	T ₁ ⁵⁸				T ₂ ⁵⁹			T ₁ ⁶⁰			
	N	N	%	Ges. (%)	n	%	Ges. (%)	N	n	%	Ges. (%)
Bielefeld											
Gesundheits- u. Krankenpflege (B. Sc.)	24	20	83,3	83,3	17	70,8	70,8	44	25	56,8	56,8
Bochum											
Ergotherapie (B. Sc.)	22	12	54,5	46,6	9	40,9	35,1	24	12	50	30
Hebammenwesen (B. Sc.)	32	8	25		8	25		27	11	40,7	
Logopädie (B. Sc.)	33	11	33,3		10	30,3		21	10	47,6	
Pflege (B. Sc.)	26	18	69,2		8	30,8		23	4	17,4	
Physiotherapie (B. Sc.)	35	20	57,1		17	48,6		45	5	11,1	
Düsseldorf											
Pflege und Gesundheit (B. A.)	-	-	-	-	-	-	-	14	7	50	50
Köln											
Pflege und Gesundheit (B.Sc.)	61	47	77	77,0	31	50,8	50,8	62	26	41,9	41,9
Münster Therapie- und Gesundheitsmanagement (B. Sc.)											
Schwerp. Physiotherapie	14	9	64,3	82,1	7	50	64,3	20	13	65	65
Schwerp. Logopädie	14	14	100		11	78,6		10	-	-	
Rheine											
Pflege (B. Sc.)	26	22	84,6	84,6	15	57,7	57,7	26	24	92,3	92,3
Keine Angabe											
		3		1				3			1
Gesamt	287	184		64,1	133		46,3	316	140		48,1

⁵⁸ 1. Befragung der 1. Kohorte der Studienanfängerinnen bzw. Studienanfänger WS 2010/11 .

⁵⁹ 2. Befragung der 1. Kohorte.

⁶⁰ 1. Befragung der 2. Kohorte der Studienanfängerinnen bzw. Studienanfänger WS 2011/2012.

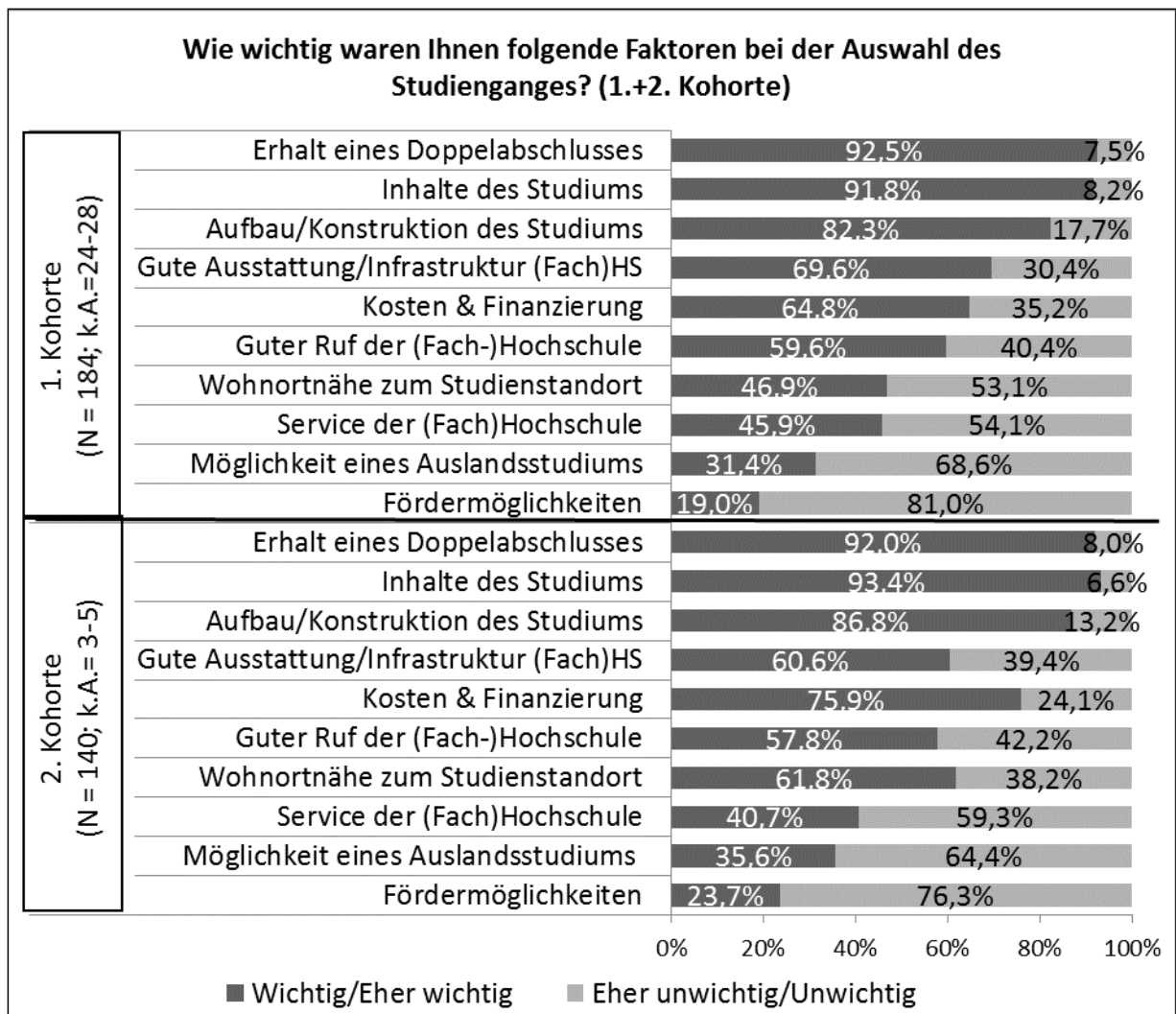


Abbildung 14: Zentrale Faktoren der Studiengangswahl

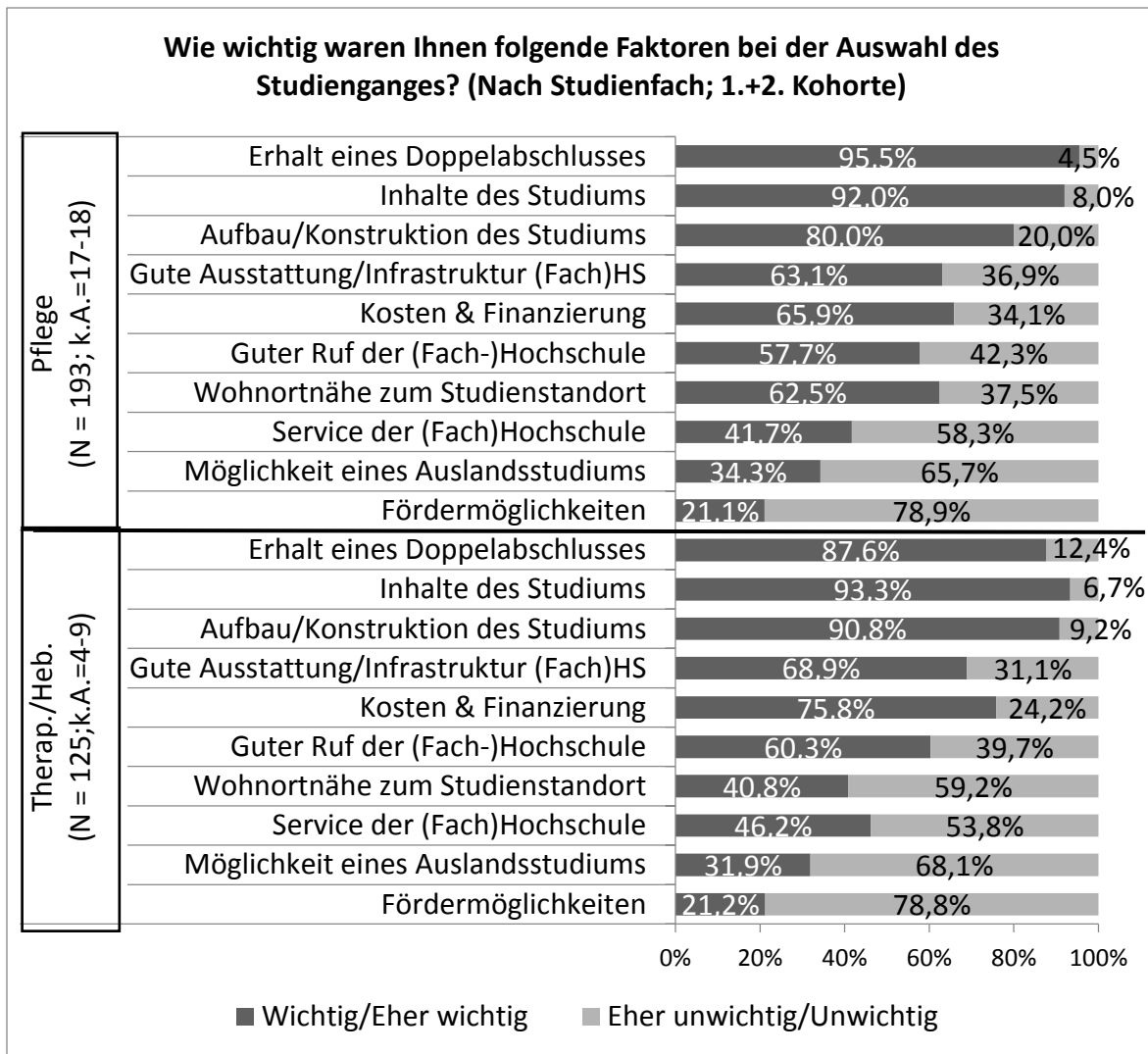


Abbildung 15: Zentrale Faktoren der Studiengangswahl nach Fachrichtung



Abbildung 16: Erwartungen an das Studium

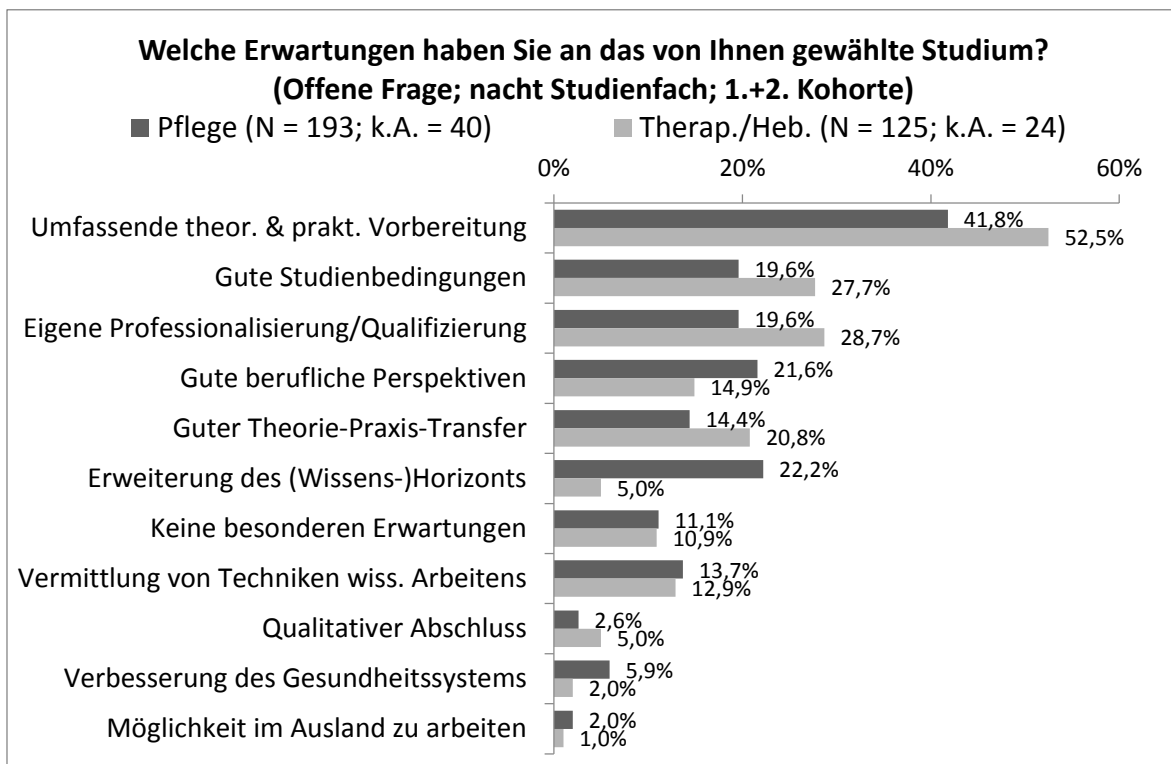


Abbildung 17: Erwartungen an das Studium nach Studienfach

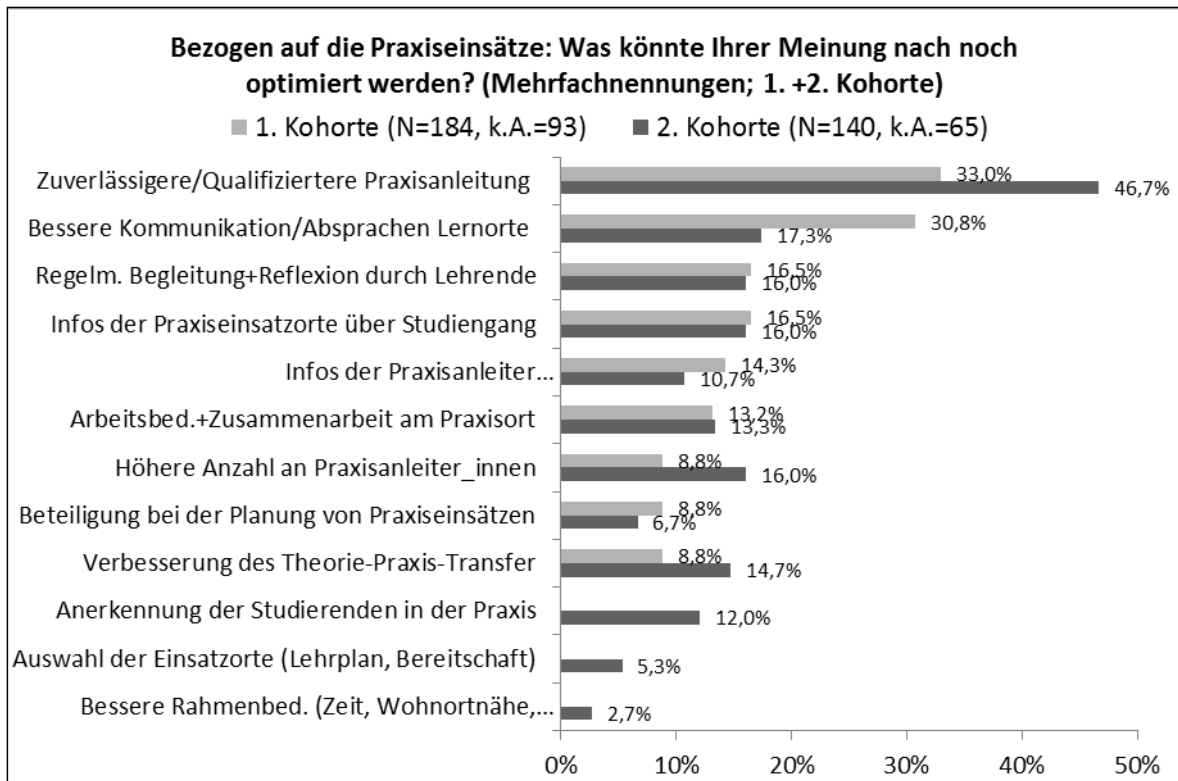


Abbildung 18: Optimierung der Praxiseinsätze

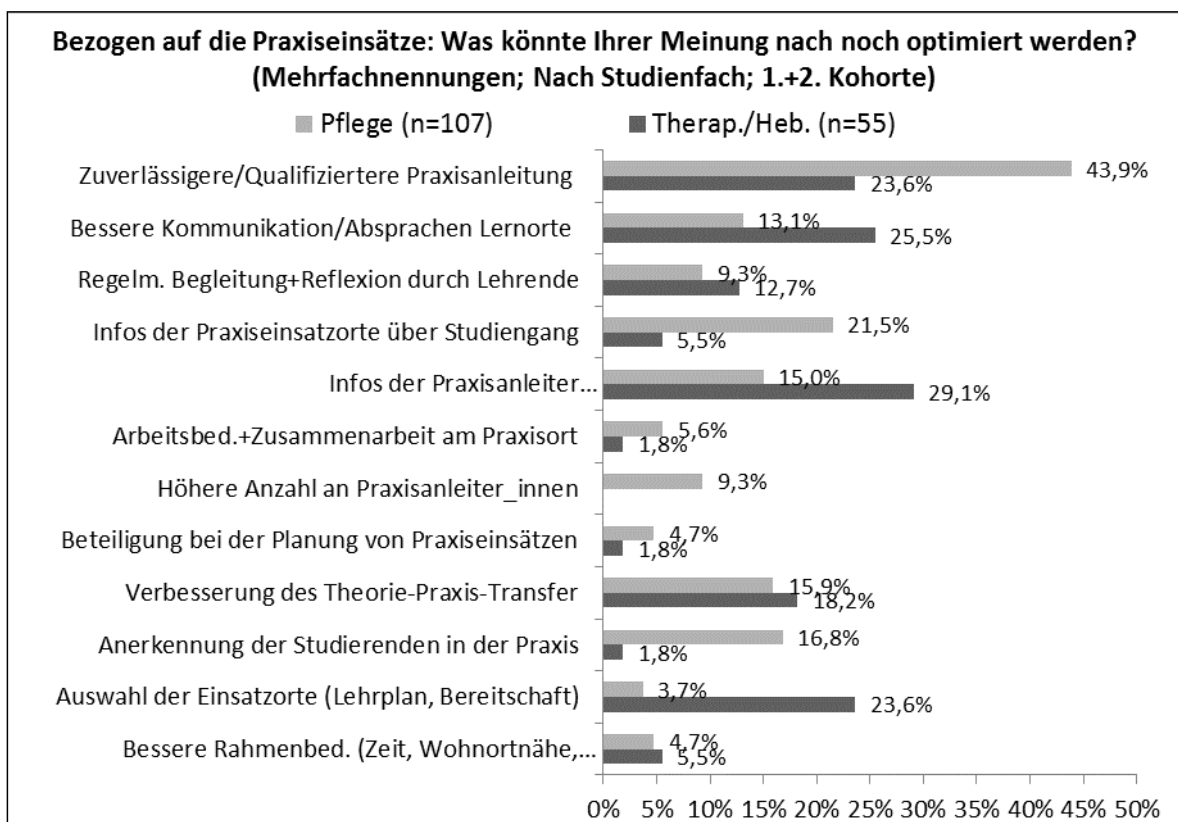


Abbildung 19: Optimierung der Praxiseinsätze nach Studienfach

Tabelle 23: Zukünftige Arbeitsbereiche der Absolventeninnen und Absolventen

Sie als Absolvent_in des dualen Studienganges Pflege/ Logopädie/ Ergotherapie/ Physiotherapie/ Hebammenwesen, in welchem Bereich werden Sie zukünftig arbeiten? (Mehrfachantworten)		
Studiengang (N = 133; k.A.= 42)	Zukünftiger Bereich	Häufigkeit der Nennungen
Logopädie (n = 17)	Logopädische Praxis	70,6%
	Reha-/Klinikbereich	35,3%
	Forschung und Lehre	23,5%
	Sonderpädagogischer Bereich	17,6%
	Neurologischer Bereich	11,8%
	Geriatrischer Bereich	5,9%
	Stimm- und Sprechcoaching	5,9%
	Weiterbildung	5,9%
Ergotherapie (n = 7)	Neurologischer/Psychiatrischer Bereich	57,1%
	Geriatrischer Bereich	14,3%
	Sonderpädagogischer Bereich	14,3%
	Job Coaching	14,3%
	Betriebliches Eingliederungsmanagement	14,3%
	Neues Handlungsfeld (ungewiss)	14,3%
Physiotherapie (n = 23)	Ambulante Praxis (angestellt oder selbstständig)	65,2%
	Klinik oder Reha	60,9%
	Forschung	26,1%
	Weiterbildung (Master/ Tierphysiotherapie)	8,7%
	Leitung	4,3%
Hebammenwesen (n = 6)	Freiberuflich	50,0%
	Klinik	50,0%
	Forschung und Lehre	33,3%
	Unklar	33,3%
Pflege (38)	Ambulante oder Stationäre Pflege	63,2%
	Unsicher	21,1%
	Projektarbeit (kombiniert mit stationärer Pflege)	18,4%
	Weiterbildung	7,9%
	Forschung und Lehre	7,9%
	Palliative Care	5,3%
	Ausland	2,6%
	Leitung/Pflegemanagement	2,6%

Zu Kapitel 9 „Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung“, S.117ff

Tabelle 24: Beobachtete Wirkungen der identifizierten Modelle im Vergleich

Qualitätsdimension	Entwicklung ...	arbeitsgeb. Lernen		arbeitsverbund. Lernen			arb. orient
		LuFA	MML	Transferaufg.	Praxisprojekt	Supervision	Skills-Lab
Anwendung wissenschaftlichen Wissens	... der Fähigkeit zur wissenschaftsbasierten regelgeleiteten fachlichen Begründung von Handlungsentscheidungen	XX	XX	X	X		XX
	... der Fähigkeit zur Anwendung theoretischer Wissensbezüge auf reale/realitätsorientierte Pflege-/Fallsituationen und daraus abgeleitetes wissenschaftsbasiertes Handeln	XX	XX	XX	XX	X	X
	... der Fähigkeit zur Identifizierung und Fokussierung einer zentralen Fragestellungen			XX	X		
	... von Fähigkeiten im Bereich des Projektmanagements und des persönlichen Zeitmanagements			X	XX		
	... einer wissenschaftsbezogenen Haltung durch die Verknüpfung von wissenschaftlichen Handlungsbegründungen und Forschungserfahrungen mit therapeutischen/pflegerischen/hebammenkundlichen Handlungsprozessen	XX		X	X		
klinische Kompetenzen auf EQR 6 Niveau	... von manuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten	X	XX				XX
	... von eigenleiblichen taktil-kinästhetischen / akustischen / visuellen / olfaktorischen Wahrnehmungsfähigkeiten	XX	XX				X
	... von Handlungsmustern durch die Möglichkeit der Beobachtung von Demonstrationen optimierter („lehrbuchartigen“) Diagnosestellungen und Behandlungen	X	XX				X
	... von umfassenden handlungsbezogenen (hier: therapeutischen) Kompetenzen	XX	XX				
	... von Routinen und Sicherheit in therapeutischen (pflegerischen / hebammenkundlichen) Prozessen	X	XX				X
	... in der Präzisierung der eigenen Arbeitsweise im Bewusstsein der Beobachtung durch andere	X	XX				XX
	... von fallorientierter/praxisbezogener Analysefähigkeit – hermeneutischem Fallverstehen	X	X	XX	X	X	
	... von Problemlösefähigkeit zu patient_innen/klient_innenbezogenen und institutionellen Fragen	X	X	X	XX		
Aufbau und Reflexion eines Arbeitsbündnisses	... von selbstreflexiven Kompetenzen	XX	XX	XX	X	XX	XX
	... einer eigenen professionellen Haltung durch reflektierte Assimilation und Diskriminierung unterschiedlicher Modelle	XX	XX				X
	... eines bewussten Umgangs mit unterschiedlichen Rollen und Rollenerwartungen auch als Arbeit an der eigenen Haltung	X				XX	X
	... von Vertrauen in professionell begleitete persönliche und soziale Auseinandersetzungsprozesse	X	X			XX	X
	... und Verbesserung der Fähigkeit im Umgang mit Belastungen					XX	
	... und Erleben von freien Denkräumen zur individuellen persönlichen Entwicklung, die außerhalb des Be- und Verwertungssystems des Hochschulstudiums stehen					XX	
	... von praxisnahen reflexiven Kompetenzen – Fähigkeit zu einer multiperspektivischen Sichtweise	XX	XX	XX	XX	XX	X
	... personaler und sozialer Kompetenzen unter Berücksichtigung psychologischer/sozialwissenschaftlicher Theoriemodelle					XX	

Qualitätsdimension	Entwicklung ...	arbeitsgeb. Lernen		arbeitsverbund. Lernen			arb. orient
		LuFA	MML	Transferaufg.	Praxisprojekt	Supervision	Skills-Lab
	... von Fähigkeiten im Umgang mit sozialen Prozessen in der Patient_innen/Klient_innen/Angehörigeninteraktion und in Arbeitsteams	X	X			XX	X
	... der Fähigkeit, Bereitschaft offen mit Fehlern umzugehen (im Skills-Lab ohne mögliche schädigende Konsequenzen)	X	X			XX	XX
	... von Verantwortung für eigene Handlungsentscheidungen	XX	XX	X	X	XX	
	... von Verantwortung in unterschiedlichen (auch parallel zu berücksichtigenden) Bereichen	X	XX				
	... von Durchführungs- (und integrierten Reflexionskompetenzen) in der unmittelbaren Interaktion mit zu unterstützenden Personen	XX	XX	X	X		
	... von methodisch-didaktischen Kompetenzen und Beratungskompetenz		XX		XX		
Kooperation und Interprofession.	... und Beförderung von Prozessen der Professionalisierung (im Unterschied zur Verberuflichung) –					XX	
	... der Fähigkeit, ein eigenes Profil im Arbeitsfeld zu vertreten		XX	XX	XX		
	... von Fähigkeiten zur Initiierung von inter-/intraprofessionellen Diskursen und Verbesserung der Kooperation		XX	X	X		
	... des Habitus im Hinterfragen und fachbezogenen fallbezogenen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen im Praxisfeld (inter-/intraprofessionell)	X	XX	X	X		X
Sekundäre Wirkungen	Etablierung einer Fehlerkultur		XX				X
	Öffnung des Systems (hier: Klinik) gegenüber den Lernprozessen, Entwicklungen und Innovationen, die durch Studierende und Lehrende hineingetragen werden		XX	X	X		
	Initiierung von Prozessen des Umdenkens in der Institution		X	XX	XX		
	Beitrag zur Qualitätssicherung (z.B. durch kritisches Feedback zu Standards und Ablaufroutinen)			XX	XX		

Tabelle 25: Herausforderungen und Schwierigkeiten der identifizierten Modelle im Vergleich

Qualitätsdimension	Entwicklung ...	arbeitsgeb. Lernen		arbeitsverbund. Lernen			arb. orient.
		LuFA	MML	Transferaufg.	Praxisprojekt	Supervision	Skills-Lab
wissensch. Wissens	hoher Abstraktionsgrad der Aufgabenstellung, der die Vielfalt der Praxisphänomene zu erfassen sucht und diese gleichzeitig nicht in ihrer jeweiligen Besonderheit abbilden kann			XX			
	Offenheit der Aufgabenstellung stellt hohe Anforderungen an das Selbstmanagement (bis hin zur Überforderung)				XX		
klinische Kompetenzen auf EQR 6 Niveau	Implizite Lernprozesse (z.B. das Integrieren von Handlungsprozessen) sind zeitaufwändig, da situativ von nicht vollständig planbaren Faktoren abhängig und erfordern gleichzeitig eine hohe Betreuungsdichte (= kleine Lerngruppen)	XX	XX			X	XX
	Modelle und Simulationen geben nicht die erfahrbare Wirklichkeit wieder, können weder die soziale Interaktion noch die leibliche Erfahrung realer Situationen vollkommen ersetzen – Entwicklung von situativem Gespür für eine Situation und damit die Fähigkeit zum hermeneutischen Fallverstehen sind nicht möglich						XX
	Beobachtet werden / auf Fehler aufmerksam werden erzeugt innere Widerstände und Ausweichbewegungen	X	XX			XX	X
Aufbau und Reflexion eines Arbeitsbündnisses	individuelle Lernprozesse sind in einem hohen Maße abhängig von den sich entwickelnden Gruppenprozessen					XX	
	4 CP fallen aus dem hochschulischen Bewertungssystem					XX	
	die zu bearbeitende Themenstellungen müssen sich nicht zwangsläufig unmittelbar auf das berufliche Handeln beziehen					XX	
	Konstruktion möglichst realitätsnaher Simulationen ist zeitaufwändig und unter Umständen teuer (bietet sich insbesondere dann an, wenn das Verletzungsrisiko (physisch und/oder psychisch) für die zu versorgenden unterstützenden Menschen besonders hoch ist)						XX
	Mentoring bedeutet eine zusätzliche Herausforderung, die in den eigenen Lernprozess integriert werden muss		XX				
Kooperation und Interprofession.	das System Klinik vermisst (kritisch) die Mitwirkungsfunktion / Möglichkeit der Übertragung von einfachen Aufgaben an die „Lehrlinge“ - auch die Zeitintensität der Reflexionsprozesse führen zu Irritationen im parallelen Klinikalltag, beide Irritationen verringern sich durch eine zunehmende Verstetigung des Modells		XX	XX	XX		
	Arbeitsalltag und Studienanforderungen kollidieren mit Blick auf Zeitressourcen und Arbeitsorganisation		X	XX	XX		

Auswirk. a.d. Institut. im Praxisfeld und die Hochschulen/ BFS'n	Die Anforderungen der Patienten-/Klientenversorgung, die ökonomische Absicherung des Betriebs, ggf. Forschungsanliegen und Anforderungen der Kompetenzvermittlung sind oft schwer in Einklang zu bringen	XX	X				
	Modelle erfordern einen hohen inter-(intra-)systemischen Organisations- und Kommunikationsaufwand			X	XX		
	Modell erfordert hohe intensive Betreuung (höher als in der „normalen“ Lehre) bzw. intensive Praxisbegleitung			X	XX		
	freie Themenwahl der Studierenden fordert eine hohe Flexibilität der Lehrenden				XX		
	Der durch Aufgaben der Lehre und Forschung strukturierte Hochschulalltag und ein durch den Versorgungsauftrag strukturierter Alltag divergieren in mehrfacher Hinsicht - abweichende Zeitstrukturen und Arbeitsformen führen zu innersystemischen Differenzen und Spannungen	XX		XX	XX		
	Hochschullehrende, die die Lernprozesse begleiten, können diese Lehre nicht angemessen auf ihr Lehrdeputat anrechnen (gilt auch für das Skills-Lab, wenn die Lehre auf das Praxislernen angerechnet würde)	XX	XX				XX
	die parallele Steuerung von zwei Generationen von Lernenden stellt zusätzliche didaktisch-methodische Anforderungen an die Lehrenden		XX				