

Zweitveröffentlichung/ Secondary Publication



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

<https://media.suub.uni-bremen.de>

Darmann-Finck, Ingrid ; Reuschenbach, Bernd

Ergebnisse der Evaluation der hochschulischen Erstausbildung in den therapeutischen Berufen

Journal Article as: peer-reviewed accepted version (Postprint)

DOI of this document* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3290>

Publication date of this document: 06/09/2024

* for better findability or for reliable citation

Recommended Citation (primary publication/Version of Record) incl. DOI:

Darmann-Finck, Ingrid / Reuschenbach, Bernd. 2019. Ergebnisse der Evaluation der hochschulischen Erstausbildung in den therapeutischen Berufen. In: Das Gesundheitswesen, Band 81 (Heft 4), S. 325-331. © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-119078>



Please note that the version of this document may differ from the final published version (Version of Record/primary publication) in terms of copy-editing, pagination, publication date and DOI. Please cite the version that you actually used. Before citing, you are also advised to check the publisher's website for any subsequent corrections or retractions (see also <https://retractionwatch.com/>).

This document is made available with all rights reserved.

Take down policy

If you believe that this document or any material on this site infringes copyright, please contact publizieren@suub.uni-bremen.de with full details and we will remove access to the material.

Ergebnisse der Evaluation der hochschulischen Erstausbildung in den therapeutischen Berufen

Results of Evaluation of Academic Initial Vocational Training in Therapeutic Professions

Autoren

Ingrid Darmann-Finck¹, Bernd Reuschenbach²

Institute

- 1 Institut für Public Health und Pflegewissenschaft, Universität Bremen, Bremen
- 2 Pflege, Katholische Stiftungsfachhochschule München, München

Schlüsselwörter

Hochschulische Erstausbildung, evaluation, therapeutische Gesundheitsfachberufe

Key words

academic initial training, Evaluation, therapeutic health professions

Korrespondenzadresse

Prof. Dr Prof. Ingrid Darmann-Finck
Institut für Public Health und Pflegewissenschaft
Universität Bremen
Grazer Straße 4
28359 Bremen
darmann@uni-bremen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Ziel des Beitrags ist es, die Ergebnisse der Evaluation von insgesamt 13 Modellstudiengängen in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen (tGFB) darzustellen. Beleuchtet werden dabei 2 Evaluationsschwerpunkte: Die strukturelle Konzeption der Studiengänge sowie die Kompetenzen der Absolventinnen und Absolventen.

Methodik Zur Strukturanalyse wurden offiziell bindende Dokumente, wie Akkreditierungsberichte, Evaluationsberichte und Modulpläne der jeweiligen Studiengänge qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Zur Kompetenzdiagnostik kamen neben validierten Fragebögen zu Selbsteinschätzungen der Studierenden (N = 286) auf der Critical Incident Technique basierende Interviews mit berufserfahrenen und praktisch

tätigen Therapeutinnen/Therapeuten, anhand derer Fremdeinschätzungen erhoben wurden (N = 29), zur Anwendung.

Ergebnisse Bei der strukturellen Konzeption gelangen die Studiengänge zu Lösungen, die stark davon geprägt sind, das derzeitige Berufsrecht umzusetzen, das an vielen Stellen nicht mit hochschulischen Standards kompatibel ist. Hinsichtlich der Kompetenzen ergibt sich im Selbst- und Fremdbild ein Mehrwert durch eine hochschulische Erstausbildung v. a. bezogen auf die Befähigung zur wissenschaftlichen Arbeit. Die studien-gangübergreifenden Kompetenzziele werden in der Sichtweise der befragten Absolventinnen und Absolventen und der Expertinnen und Experten in der Versorgungspraxis erreicht. Damit gelingt es den Studiengängen, diejenigen Kompetenzen aufzubauen, die erforderlich sind, um den gegenwärtigen Versorgungsanforderungen zu entsprechen.

Schlussfolgerungen Die Ergebnisse unterstützen die Empfehlung, die hochschulische Ausbildung regelhaft berufsgesetzlich zu verankern.

ABSTRACT

Aim With focus on 2 points, we summarize the results of the evaluations of up to 13 model degree courses in therapeutic health professions. The aim was to investigate the structural conception of the degree courses and the competencies of the students.

Methods We use content analysis to find out common structures in officially binding documents, such as accreditation documents, evaluation documents and study plans. To analyse competencies, we use a mixed method design: A validated assessment tool enables students to estimate their own competencies (self-assessment) (N = 286) and qualitative interviews which focus on expert-therapists in the practice field (peer-assessment) (N = 29).

Results Regarding the structural conception, the degree courses generate solutions that are strongly marked by application of the present vocational law that is in many places not compatible with academic standards. As far as competencies are concerned, academic initial vocational training enables students to work scientifically. With this, the degree courses successfully develop competencies in students that are necessary to meet the current health care requirements.

Conclusion The results support the recommendation to reform the vocational law regulations and to implement the model degree courses into regular legal structures.

Einleitung

Der demografische und epidemiologische Wandel bedingt eine Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen, mit dem Altern assoziierten Erkrankungen und stellt völlig neue Anforderungen an die Gesundheitsversorgung [1]. Um die komplexen Versorgungsbedarfe decken zu können, sind neue Versorgungsmodelle mit veränderten Formen der Arbeitsteilung erforderlich, die zugleich mit einer höheren Verantwortungsübernahme durch die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (tGFB) einhergehen. Zudem steigen angesichts immer knapperer Mittel die Anforderungen hinsichtlich einer effektiven und effizienten evidenzbasierten Versorgung. In den letzten Jahren mehren sich daher die Forderungen, die Ausbildungen in den (therapeutischen) Gesundheitsfachberufen den veränderten Anforderungen anzupassen und die hochschulische Ausbildung in diesen Berufen weiterzuentwickeln [ex. 2, 3]. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, 10–20% eines Ausbildungsjahrgangs der tGFB hochschulisch zu qualifizieren [4]. International ist eine Ausbildung auf hochschulischem Niveau in den tGFB ohnehin längst die Regel [5, 6]. Durch den Gesetzgeber ist im Jahr 2009 die modellhafte Erprobung einer hochschulischen Erstausbildung in den tGFB ermöglicht worden, dabei sind Evaluationen der Modelle anhand eines durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) [7] vorgegebenen Fragenkatalogs verpflichtend vorgeschrieben, um daraus Schlussfolgerungen etwa hinsichtlich der Konzeption und des Nutzens von primärqualifizierenden Studiengängen ableiten zu können. Ein zusammenfassender Bericht über die Erkenntnisse aus den insgesamt 25 Modellvorhaben in 8 Bundesländern wurde im August 2016 vom BMG erstellt und vom Kabinett beschlossen [8]. Resümierend wird festgehalten, dass alle Evaluationen übereinstimmend zu dem Ergebnis kommen, dass primärqualifizierende Studiengänge in den tGFB dauerhaft wünschenswert und machbar sind. Da aber bislang noch Aussagen zur Höhe der Kosten hinsichtlich einer teilweisen oder kompletten Überführung der beruflichen in eine hochschulische Ausbildung und die langfristigen Auswirkungen der Akademisierung sowie Daten zum Verbleib der Absolventinnen und Absolventen im Beruf und ihre berufliche Zufriedenheit fehlen, wird der Schluss gezogen, die Modellphase noch um weitere 10 Jahre zu verlängern. Insgesamt bleibt der Bericht in seinen Darstellungen abstrakt und lässt einen differenzierten Einblick in die Ergebnisse der umfangreichen Evaluationen der Modellvorhaben vermissen [9]. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Laufzeit: 2012–2014) und die Robert-Bosch-Stiftung (Laufzeit: 02/2015–09/2015) finanzierten externe Evaluationen durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung, Bremen und die Katholische Stiftungsfachhochschule München [5, 10], die zwar auch in den Bericht des BMG eingegangen sind, aber nur ausgesprochen oberflächlich angesprochen werden. Im vorliegenden Beitrag werden 2 ausgewählte Untersuchungsschwerpunkte dieser Evaluationen vorgestellt, nämlich die Analyse der strukturellen Konzeption der Studiengänge und die Untersuchung der Kompetenzen der Studienabsolventinnen und -absolventen. Diese Schwerpunkte wurden ausgewählt, weil die strukturelle Konzeption die Basis für die Gestaltung hochschulischer Lehr-/Lernangebote bildet und mit der Evaluation der Kompetenzen eine Output-Variable herangezogen wird, die für die Begründung des Studiums (Mehrwert des Studiums gegenüber der beruflichen Ausbildung)

bedeutsam ist. Folgende Fragestellungen waren für diese beiden Studienteile leitend:

- Wie sind die Studiengänge strukturell konzipiert (z. B. bezogen auf den Workload, institutionelle Kooperationen, die Integration von Praxiszeiten, Abschlussprüfungen)?
- Wie schätzen sich Studierende bzw. Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in relevanten Kompetenzdimensionen ein? Gibt es Unterschiede der Kompetenzselbsteinschätzung zwischen den Studierenden bzw. Absolventinnen und Absolventen auf der einen Seite und den beruflich Ausgebildeten auf der anderen Seite? Wie bewerten erfahrene Fachkräfte in der Praxis die Kompetenzunterschiede zwischen beruflich Ausgebildeten und Studierenden/Studierten?

Forschungsstand

Im internationalen und auch im europäischen Ausland erfolgt die Qualifizierung in der Ergotherapie und der Logopädie durchgängig und in der Physiotherapie bis auf wenige Ausnahmen auf Bachelor-niveau [5, 21 f.]. In einigen Ländern wird ein Masterabschluss als Voraussetzung für die Berufszulassung diskutiert oder bereits vorausgesetzt (z. B. in Belgien für die Physiotherapie oder in Schweden für die Ergotherapie und die Logopädie) (ebd.). Bei den 5 im Rahmen der GesinE-Studie, einer Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich, untersuchten europäischen Ländern variiert der für die Studiengänge vorgesehene Workload zwischen 180 und 240 Creditpoints (CP) [6]. Die Logopädiestudiengänge kommen in allen Ländern auf 240 CP. Die vorgesehenen Praxiszeiten sind in allen Ländern z. T. deutlich niedriger als die in Deutschland. In Großbritannien und den Niederlanden wird das Praxislernen teilweise oder vollständig über Fallvignetten und weitgehend ohne direkten Patientenkontakt durchgeführt [6]. Eine Zusammenarbeit mit Berufsfachschulen ist in anderen europäischen Ländern im Rahmen der Ausbildung der tGFB nicht bekannt.

Zur standardisierten Messung von Kompetenzen in den therapeutischen Berufen liegt eine Vielzahl an Instrumenten vor, die berufsspezifische Fertigkeiten und Fähigkeiten erfassen. Die Kompetenzen werden in internationalen Studien aber nicht mit Qualifikationsniveaus in Beziehung gesetzt, weil in nicht-deutschsprachigen Ländern die Qualifizierung der tGFB durch ein Studium der Regel-fall ist und die Vergleichsgruppe der Auszubildenden fehlt.

Grundlage für die Erhebung von Kompetenzen in den Modellstudiengängen waren in den hier beschriebenen Evaluationen die Studienziele, die über Berufsfelder und Hochschulstandorte hinweg identifiziert wurden [5, 10]. Die ermittelten Studienziele wurden mit theoretischen Ansätzen verknüpft und bildeten die Basis für ein Kompetenzmodell, das für die Entwicklung eines selbstreferentiellen „large scale assessment“ leitend war [5, 10]. Neben der Selbsteinschätzung wurden qualitative Fremdeinschätzungen zur Analyse von Bildungswirkungen genutzt. Sie ermöglichen verhaltensnahe Kompetenzzuschreibungen von Akteuren im Praxisfeld.

Methodik

Das Sample umfasste 13 Modellstudiengänge, davon 6 Physiotherapie-, 4 Logopädie- und 3 Ergotherapiestudiengänge (► **Tab. 1**). Bei

► **Tab. 1** Beteiligte Modell-Studiengänge in den 2 Evaluationsprojekten.

Hochschule	Studiengang	Evaluationsprojekt *
Hochschule für Gesundheit Bochum	B. Sc. Logopädie	NRW
Hochschule für Gesundheit Bochum	B. Sc. Physiotherapie	NRW
Hochschule für Gesundheit Bochum	B. Sc. Ergotherapie	NRW
Fachhochschule Münster	B. Sc. Therapie- und Gesundheitsmanagement - FR Physiotherapie	NRW
Fachhochschule Münster	B. Sc. Therapie- und Gesundheitsmanagement - FR Logopädie	NRW
Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen	B. Sc. Logopädie	NRW
Hochschule Fresenius	B. Sc. Physiotherapie	RBS
SRH Hochschule Heidelberg	B. Sc. Physiotherapie	RBS (nur Analyse der strukturellen Konzeption)
SRH Hochschule Heidelberg	B. Sc. Ergotherapie	RBS
Alice Salomon Hochschule Berlin	B. Sc. Physiotherapie/Ergotherapie	RBS
Alice Salomon Hochschule Berlin	B. Sc. Physiotherapie/Ergotherapie	RBS
Friedrich Alexander Universität Nürnberg	B. Sc. Logopädie	RBS
IB Hochschule Berlin	B. Sc. Physiotherapie	RBS (nur Kompetenzmessung)
* NRW: Evaluation im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen / RBS: Evaluation im Auftrag der Robert-Boch-Stiftung /		

beiden Analysen fiel jeweils aus unterschiedlichen Gründen ein Studiengang heraus, sodass jeweils nur 12 (unterschiedliche) Studiengänge untersucht wurden (ebd.). Die teilnehmenden Hochschulen haben ihren Sitz in 4 unterschiedlichen Bundesländern (Nordrhein Westfalen, Baden Württemberg, Berlin und Bayern). 4 der 13 Modellstudiengänge an 3 Hochschulen sind in privater Trägerschaft. Die Zusammensetzung des Samples ergab sich durch die Auftraggeber. Gemessen an dem vom BMG vorgelegten Bericht, für den die Berichte über 25 Studiengänge aus 8 Bundesländern ausgewertet wurden, decken die von den Autoren durchgeführten Evaluationen ca. die Hälfte der Modellstudiengänge ab.

Für die Evaluation der strukturellen Konzeption der Studiengänge wurde eine Dokumentenanalyse v. a. der Akkreditierungsberichte bzw. der Evaluationsberichte der Studiengänge durchgeführt. Die Akkreditierungsberichte wurden qualitativ inhaltsanalytisch [11] mit Blick auf Studiendauer, Workload, institutioneller Kooperation und Integration der Praxisphasen in den Workload untersucht. Die Analyse wurde von 2 Personen vorgenommen, die Analyseergebnisse wurden im Austausch mit Studiengangvertreterinnen und -vertretern kommunikativ validiert.

Zur Erfassung der Kompetenzen wurde ein Mixed-Methods-Design genutzt. Zur Selbsteinschätzung wurde der „Fragebogen zur Selbsteinschätzung hochschulisch erworbener Kompetenzen in den Pflege- und Therapieberufen“ eingesetzt. Dabei handelt es sich um einen 19-Item-Fragebogen mit 5 Subfaktoren, die die hochschulübergreifenden Kompetenzziele, die aus den Intentionen aller Studiengänge und -fächer abgeleitet wurden, abbilden. Die Befragten können hierzu auf einer 4-stufigen-Likert-Skala (1 = „trifft nicht zu“, 2 = „trifft weniger zu“, 3 = „trifft eher zu“, 4 = „trifft zu“) den Grad der Zustimmung zu selbstbezogenen Verhaltensweisen (z. B. „In der Praxis hinterfrage ich Gewohnheiten und Rituale“) angeben. Der Fragebogen wurde im Rahmen der Evaluation in NRW entwickelt und testtheoretisch validiert [10]. Der Bogen adressiert Studierende im letzten oder vorletzten Studiensemester und Absolventinnen und

Absolventen unmittelbar nach Abschluss des Studiums. Die Befragung wurde je nach Erreichbarkeit der Studienkohorten als Online-Version oder als paper-pencil-Befragung umgesetzt. Für die Online-Erhebung wurden die Studienkohorten über die Studierenden- bzw. Alumni-Verteiler der Hochschule erreicht. Die papierbasierten Erhebungen fanden als Gruppenbefragungen an der Hochschule vor oder nach der Lehre durch externe Forschungsmitarbeitende, die keine Hochschulangehörige waren, statt. Für den Vergleich mit der Selbsteinschätzung von Auszubildenden wurde eine Normierungstichprobe von 74 Auszubildenden aller 3 tGFB herangezogen, die sich im letzten Ausbildungsjahr befanden [5, 10]. Die Erhebung beinhaltete auch eine Frage zum Mehrwert des Studiums gegenüber der Ausbildung im Hinblick auf die Kompetenzen („Denken Sie, dass durch das Studium gegenüber der Ausbildung besondere Fähigkeiten/Kompetenzen erworben werden?“). Wurde die Frage bejaht, konnten Kompetenzen benannt werden, die Studierende und Auszubildende im Selbst- bzw. Fremdbild unterscheiden. Die Angaben wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und in das übergeordnete Kompetenzmodell eingeordnet.

Zur Erfassung der Wirksamkeit im Praxisfeld wurden ergänzend qualitative Interviews geführt, die Personen der Praxis adressierten, die Kontakt zu hochschulisch qualifizierten Therapeutinnen bzw. Therapeuten hatten und über eine wenigstens 1-jährige Erfahrung in einem Praxisfeld des jeweiligen Berufs verfügten. In Anlehnung an die Critical Incident Technique von Flanagan [12] wurde im Interview nach konkreten Anforderungen der Praxis gefragt, die indikativ für hochschulische Kompetenzen sind, die also von Absolventinnen bzw. Absolventen und Studierenden in besonderer Weise gelöst werden können. Die Interviews wurden je nach Studienort als vis-a-vis Befragung oder als Telefoninterview durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Das studiengangübergreifende Kompetenzmodell war dabei für die deduktive Analyse leitend.

Ergebnisse

Strukturelle Konzeption der Studiengänge

Das Sample besteht aus Modellstudiengängen nach den Modellklauseln in den Berufsgesetzen der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie (ModellKIG 2009) [7, 13]. Demzufolge handelt es sich ausschließlich um Studiengänge, bei denen die Gesamtverantwortung bei den Hochschulen liegt. Alle Studiengänge sind – entsprechend der aktuellen gesetzlichen Grundlagen – ausbildungsintegrierend, d. h. berücksichtigen die berufsgesetzlich vorgeschriebenen Vorgaben der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Eine andere Form einer Primärqualifizierung ist bisher in Deutschland rechtlich nicht möglich.

Die Mehrzahl der 12 untersuchten Studiengänge (n = 8) konzipiert ein 7-semesteriges Studium mit einem Workload von 210 CP. Weitere 3 Studiengänge dauern 6 Semester und weisen einen Workload von 180 CP aus, bilden aber einen nicht akkreditierten Überhang in Höhe von 700–1400 h, der letztlich zu einer Studiendauer von 8 Semestern führt. Ein Studiengang gelangt zu 240 CP in 8 Semestern.

Die institutionellen Kooperationen lassen sich im Wesentlichen dadurch unterscheiden, ob die Studiengänge mit Berufsfachschulen kooperieren oder nicht. Bei der Hälfte (n = 6) der 12 in die Synopse eingeschlossenen Studiengänge findet keine Zusammenarbeit mit einer Berufsfachschule statt. Die Hochschule übernimmt in diesen Fällen auch die Koordination und Begleitung der Praxisausbildung. Die anderen 6 Studiengänge arbeiten mit einer Berufsfachschule zusammen, wobei das Ausmaß der Kooperation differiert. In 2 Studiengängen an einer Hochschule sind Lehrende einer Schule über Lehraufträge in die Umsetzung des hochschulischen Curriculums eingebunden, die Räumlichkeiten der Berufsfachschule werden genutzt und die Hochschule partizipiert an den bereits bestehenden Praxiskooperationen. Bei 3 Studiengängen an 2 Hochschulen übernehmen die Berufsfachschulen weitgehend die Inhalte nach Berufsgesetz und nehmen auch die Berufsabschlussprüfungen ab, während die Hochschulen insbesondere für die Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen sowie weiterer über die Erstausbildung hinausgehender Kompetenzen (z. B. Managementkompetenzen) zuständig sind. Bei einem Studiengang wurde das Lehrangebot einer zu einem Universitätsklinikum gehörenden Berufsfachschule für die Dauer der Modellphase formal in einen an der medizinischen Fakultät angesiedelten Studiengang überführt. Die Lernenden haben einen Doppelstatus und sind zugleich Studierende und Schüler. Bei den mit Berufsfachschulen kooperierenden Hochschulen handelt es sich ausschließlich um staatliche Hochschulen.

Alle Studiengänge enthalten sowohl berufspraktische als auch stärker theoretisch angelegte Studienanteile. Der Umfang der berufspraktischen Studienanteile bewegt sich entsprechend der Berufsgesetze zwischen 1600 h (Physiotherapie) und 2100 h (Logopädie). Die Studiengänge unterscheiden sich aber darin, in welchem Umfang sie die Praxiszeiten in den Workload einrechnen. 3 Studiengänge integrieren die Praxiszeiten nur teilweise und lagern sie in einen nicht akkreditierten Überhang von 700–1400 Stunden aus.

Die untersuchten Studiengänge müssen allesamt staatliche Berufsabschlussprüfungen durchführen, die inhaltlich und vom An-

spruchsniveau her die Anforderungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die berufliche Ausbildung abbilden.

Erreichte Kompetenzen

Aus 12 Modellstudiengängen konnten 286 Personen erreicht werden, die das Studium höchstens vor 6 Monaten abgeschlossen haben oder sich im letzten/vorletzten Semester befanden. Das Durchschnittsalter betrug 23,8 Jahre (SD = 3,2). Von den Befragten waren 15,1 % Männer. In der Stichprobe dominieren Befragte der Physiotherapie (N = 206). Der Anteil der Befragten aus der Ergotherapie ist mit N = 14 gering. Der Anteil der Personen, die das Studium noch nicht beendet haben, aber innerhalb von maximal 2 Semestern beenden werden, lag bei 56,2 % (N = 161). (► **Tab. 2**)

Die Befragungen über alle Studienorte und Studienfächer hinweg zeigen auf der 4-stufigen Likert-Skala für alle 5 Kompetenzdimensionen Ausprägungen im Bereich zwischen 2,3 und 3,6 (► **Tab. 3**).

Im Vergleich zur Normstichprobe der Auszubildenden in den Therapieberufen lassen sich statistisch bedeutsame Unterschiede im Faktor „Befähigung zum wissenschaftlichen Arbeiten“ nachweisen (t = 6,77; df = 365; p < 0,001). Studierende und Alumni bewerten gegenüber beruflich Ausgebildeten ihre Fähigkeit zur Nutzbarmachung von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen für die Praxis positiver. Auf Itemebene sind bei der Selbsteinschätzung hinsichtlich der Reflexion von Standards und Ritualen (Item 6) (t = 4,3; df = 362; p < 001), der Hinzuziehung von wissenschaftlicher Literatur (Item 2) (t = 5,4 df = 364; p < 001) und der berufspolitischen Orientierung (Item 18) (t = 3,9 df = 360; p < 001) die deutlichsten Unterschiede zwischen Studierenden und beruflich Ausgebildeten festzustellen. Von den 286 befragten Studierenden sind 88 % der

► **Tab. 2** Stichprobe zur Kompetenzanalyse.

Studienrichtung	Beteiligte Hochschulen	N (Absolventinnen/Absolventen)
Ergotherapie	2 ¹	14 (12)
Logopädie	4	66 (47)
Physiotherapie	6	206 (102)
Gesamtstichprobe	12	286 (161)

In der Kompetenzbefragung der Ergotherapeuten wurden nur 2 Hochschulen beteiligt, da eine Hochschule das Studium gerade erst neu angeboten hat und daher das Einschlusskriterium für die Befragung (1 oder 2 Semester vor dem Studienabschluss oder Absolventinnen/Absolventen) nicht erfüllt war.

► **Tab. 3** Mittelwerte und Standardabweichung auf den 5 Subskalen (N = 286).

Subskala	Mittelwert (SD)
Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand (EBN)	3,16 (0,44)
Befähigung zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses	3,62 (0,29)
Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit anderen Professionen und zur Förderung der Kooperation	2,39 (0,64)
Fähigkeit zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung	2,71(0,56)
Fähigkeit zur Förderung/Weiterentwicklung der Profession	2,39 (0,64)

Meinung, dass das Studium besondere Fähigkeiten formt, demgegenüber teilen nur 48 % der befragten beruflich Ausgebildeten diese Ansicht. Auch die Auswertung der Antworten zu den offenen Fragen zu den von ihnen selbst (Selbstbild) bzw. den von beruflich Ausgebildeten (Fremdbild) wahrgenommenen Kompetenzen der Studierenden sowie die Auswertung der 29 Interviews, die mit Akteuren der Praxis durchgeführt wurden, bestätigen das durch die standardisierte Befragung ermittelte besondere Kompetenzprofil der hochschulisch gebildeten Therapeutinnen und Therapeuten. Die Studierenden und Studierten werden im Vergleich zu beruflich ausgebildeten Fachkräften als selbstständiger und stärker als wissenschaftlich begründend wahrgenommen. Bei der Lösung schwieriger und herausfordernder Anforderungen sind sie besser in der Lage, neue und wissenschaftlich fundierte Lösungen zu entwickeln. Maßnahmen, Prozesse, Strukturen sowie das eigene Handeln werden von ihnen umfassender reflektiert. An die Stelle starrer therapeutischer Konzepte, die kaum soziale und psychische Aspekte berücksichtigen, tritt bei ihnen eher eine patientenorientierte Perspektive. Ausgestattet mit der Fähigkeit, wissenschaftliche Studien zu recherchieren und zu nutzen, und mit dem Wissen um komplexe Zusammenhänge im Gesundheitswesen gelingt ihnen eher der Dialog mit anderen Professionen auf Augenhöhe.

Diskussion

Deutschland ist das einzige europäische Land (Ergotherapie, Logopädie) bzw. gehört zu den wenigen europäischen Ländern (Physiotherapie), in denen die Erstausbildung noch nicht durchgängig auf hochschulischem Niveau stattfindet. Die strukturelle Konzeption der deutschen Modellstudiengänge ist sehr heterogen und weist einige Parallelen mit den Studiengängen in anderen europäischen Ländern auf, aber auch einige Unterschiede. Die deutschen Studiengänge entsprechen vom Gesamtumfang denen in anderen europäischen Ländern, sie haben allerdings einen höheren Anteil an Praxisstunden. In Deutschland wird insbesondere auch Wert auf eine Praxisausbildung im direkten Patientenkontakt gelegt. Der hohe Umfang an Praxiszeiten und das Anliegen, mehr Zeit für den Aufbau wissenschaftlicher Kompetenz zu haben, könnten auch Gründe dafür sein, dass einige Hochschulen die Praxiszeiten aus dem Workload des Studiengangs auslagern. Im Unterschied zu anderen Ländern, in denen das nicht üblich ist, kooperiert in Deutschland mind. die Hälfte der Modellstudiengänge gegenwärtig noch mit Berufsfachschulen. Dies dürfte dem Übergang von der beruflichen zur hochschulischen Erstausbildung geschuldet sein, aber möglicherweise auch finanzielle Gründe haben. Während die Finanzierung der Ausbildung an Berufsfachschulen, zumindest wenn diese an ein Krankenhaus angebunden sind, über das Krankenhausfinanzierungsgesetz erfolgt, werden Studiengänge an staatlichen Hochschulen von den Wissenschaftsministerien der Länder finanziert. Da diese nicht immer ausreichend Mittel zur Verfügung stellen, können einige staatliche Hochschulen die Studiengänge nur unter Beteiligung von Berufsfachschulen durchführen, zumal die Studiengänge vergleichsweise kostenintensiv sind. Alle Studiengänge sind derzeit ausbildungsintegrierend, müssen also sowohl dem Hochschul- als auch dem Berufsrecht gerecht werden. Die Abschlussprüfungen, die Grundlage für die Berufszulassung sind, müssen folglich nach Berufsrecht gestaltet werden, was dazu führt, dass

diese in den meisten Fällen – je nach landesrechtlicher Interpretation der Berufsgesetze – inhaltlich, methodisch und vom Anforderungsniveau her aus den kompetenzbasierten Curricula für die hochschulische Ausbildung herausfallen und wie Fremdkörper wirken.

Die Rezeption der Evaluationen zeigt, dass die Auswirkungen der hochschulischen Studiengänge auf die Kompetenzen (Output) der Studierenden besondere Beachtung finden und dass in Ermangelung von Daten zur Wirksamkeit auf Patientenergebnisse (Outcome) in dem Kompetenzzugewinn ein wesentlicher Indikator für den Erfolg der Studiengänge gesehen wird. In den 2 Evaluationsprojekten wurden Kompetenzen der Absolventinnen und Absolventen gemessen, die die Intentionen der untersuchten Studiengänge widerspiegeln. Die schwierige Balance zwischen verhaltensnaher Messung und „large scale assessment“ wurde in den Evaluationen durch einen Methodenmix gelöst, der Auszubildende, Studierende, Alumni und berufserfahrene Personen adressiert. Als Methode kamen standardisierte Messverfahren, Fragebogenverfahren und Einzelinterviews zum Einsatz. Bei selbstreferentiellen Einschätzungen eigener Kompetenzen können Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden, insbesondere dann nicht, wenn Unterschiede zu anderen Gruppen nachgewiesen werden sollen und dies den Befragten bewusst ist. Der Tendenz der selbstwertdienlichen Erhöhung eigener Kompetenzen ist die Vergleichsgruppe der Therapeutinnen und Therapeuten ohne Hochschulstudium aber in gleicher Weise ausgesetzt. Dennoch zeigen sich zwischen den beiden Gruppen bedeutsame Unterschiede. Durch die Hinzunahme weiterer Erhebungsmethoden (Interviews) und Bewertungsperspektiven, (z. B. Fremdeinschätzungen) kann die Validität der Ergebnisse verbessert und können immanente Verzerrungen einzelner Methoden kompensiert werden.

Die standardisierte Kompetenzanalyse kommt zu dem Ergebnis, dass Hochschulabsolventinnen und -absolventen mit der Kompetenz zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens und einer besonderen Reflexionskompetenz relevante Kompetenzen insbesondere für die Gestaltung komplexer beruflicher Anforderungen erwerben, die sie von Personen ohne Hochschulabschluss unterscheiden. Die überwiegende Mehrheit der Studierenden und der Alumni sieht einen deutlichen Gewinn des Studiums für die Verbesserung der Versorgungssituation. Auch im Urteil der berufserfahrenen Kolleginnen und Kollegen wird der Mehrwert erkannt und in den Interviews anhand von vielfältigen Situationen verdeutlicht.

Schlussfolgerungen

Hinsichtlich der strukturellen Konzeption lässt sich aus den Ergebnissen schließen, dass eine Dauer von 3 Jahren den Zielen und Strukturen hochschulischer Ausbildung in den tGFB vermutlich nicht gerecht wird. Gegen eine Ausweitung der hochschulischen Erstausbildung auf 240 ECTS spricht die dann notwendige Kürze einer konsekutiven Weiterqualifikation auf Master-Ebene. Kooperationen mit Berufsfachschulen stellen bedeutsame Zwischenlösungen dar, bis ausreichend hochschulische Angebote etabliert und finanzielle Fragen geklärt sind. Praxisausbildung im direkten Patientenkontakt ist für den Erwerb berufspraktischen Könnens in den tGFB unabdingbar, aber nicht jeder Praxiseinsatz ist automatisch lern- und kompetenzförderlich. Außerdem sollte der Umfang an Praxisanteilen bei dualen Studiengängen in einem angemessenen

Verhältnis zu den theoretischen Studienanteilen stehen. Dem Wissenschaftsrat zufolge sollten ca. 2 Drittel der Leistungspunkte theoriebasiert erworben werden [14]. Daher sollte geprüft werden, ob nicht das Gesamtvolumen der verpflichtenden Praktika zugunsten von hochwertigen, Theorie-Praxis-verknüpfenden Lehrangeboten mit Patientenkontakt reduziert werden könnte. Die Konzeption von hochschulischen Erstausbildungen wird derzeit dadurch erschwert, dass die berufsgesetzlichen Vorgaben für die berufliche Ausbildung und insbesondere der Abschlussprüfungen mit hochschuldidaktischen Ansprüchen konfliktieren. Um eine stärker hochschuldidaktische Gestaltung und eine Ausrichtung an hochschulischen Kompetenzziele zu ermöglichen, sollten eigenständige berufsgesetzliche Regelungen für die hochschulischen Ausbildungen geschaffen werden, ähnlich wie im Entwurf des Pflegeberufsgesetzes vorgesehen [15]. Damit würde der Weg für die Etablierung von primärqualifizierenden Studiengängen eröffnet, die nicht mehr die Ausbildung integrieren müssten.

Insbesondere im Bereich der wissenschaftlichen Orientierung und der Reflexion von Handlungsroutrinen zeigt sich ein deutlicher Kompetenzzugewinn durch eine hochschulische gegenüber einer beruflichen Erstausbildung. Den Studiengängen gelingt es damit, bei den Studierenden die Kompetenzen aufzubauen, die den Studiengangzielen entsprechen, die sich aus den besonderen (zukünftigen) Versorgungsanforderungen in der Physiotherapie, Ergotherapie und der Logopädie ergeben. Die Ergebnisse der vorgestellten Evaluationen stützen damit die Forderung, die Studiengänge vom Modellbetrieb in regelhafte rechtliche Strukturen zu überführen. In anderen Ländern ist eine Ausbildung auf Bachelorniveau längst Standard. Angesichts der vorliegenden Evidenz ist nicht nachvollziehbar, warum zunächst weitere Evaluationen abgewartet werden sollen, bevor eine Entscheidung hinsichtlich der Akademisierung der Erstausbildungen in den tGFB getroffen werden kann. Inzwischen wurden die Modellklauseln tatsächlich verlängert, wenn auch nicht um 10, so aber doch um 4 Jahre [16]. Der Fragenkatalog der Evaluationsrichtlinie von 2009 wurde um die noch offenen Fragen etwa zu den langfristigen Auswirkungen einer Akademisierung der Erstausbildung erweitert. Zur Beantwortung der Fragen sind aufwändige studiengangübergreifende Wirksamkeitsstudien notwendig, deren Finanzierung ungeklärt ist. Bis 2018 sollen die Modellstudiengänge Zwischenergebnisse vorlegen. Damit befinden sich die Modellstudiengänge erneut in einer Phase der Ungewissheit mit offenem Ausgang. Auch wenn in den tGFB eine Teilakademisierung mangels möglicher Abstufungen von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen kaum sinnvoll ist, so wäre mit der rechtlichen Etablierung der hochschulischen Ausbildung als zweite Zugangsmöglichkeit zur Berufszulassung neben der beruflichen Ausbildung zumindest ein Schritt in die richtige Richtung getan. Mit der Verlängerung der Modellklausel werden die Bestrebungen, die hochschulischen Ausbildungsangebote in den tGFB substanziell weiterzuentwickeln, nachhaltig blockiert.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Die Einhaltung ethischer und rechtlicher Anforderungen wird in den zugrundeliegenden Evaluationsberichten umfassend dargestellt. Sie sind durch externe und kollegiale Beratung gesichert.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Robert-Koch Institut (RKI): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen vom RKI und Destatis. 2015; Im Internet http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads-GiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf;jsessionid=6C8EA53C-6DA613F7ED60034130E12429.2_cid290?__blob=publicationFile Stand: 24.08.2016
- [2] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007 - Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Im Internet <http://dipbt.bundestag.de/dipbt/16/063/1606339.pdf> Stand: 18.10.2016
- [3] Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG). Zur Akademisierung der Medizinalfachberufe – Statement der AG MTG. 2010; Im Internet: http://www.agmtg.de/_pdf/Statement_2010-05.pdf Stand: 18.10.2016
- [4] Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.13.07.2012). Im Internet: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> Stand: 18.10.2016
- [5] Darmann-Finck I, Muths S, Reuschenbach B. Evaluation der gesetzlich geregelten Modellvorhaben in den Berufsfeldern der Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie. Abschlussbericht. 2015; Im Internet: http://www.hs-fresenius.de/fileadmin/user_upload/PDF/Studium/School_of_Therapy_Social_Work/Symposien/Abschlussbericht_Therapiststudiengaenge.pdf Stand: 25.10.2016
- [6] Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE). Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. 2014; Im Internet: http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMBF/berufsbildungsforschung_band_15_pdf_1706.html Stand: 24.08.2016
- [7] Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben. 2009; Im Internet: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_gesetze/bekanntmachungen/Bekanntmachung-RiLi-Berufsgesetze.pdf Stand: 24.8.2016
- [8] Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Kabinett beschließt Bericht zu Modellklauseln zur akademischen Erstausbildung von Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (2016; Im Internet: <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-3-quartal-2016/modellvorhaben-gesundheitsberufe.html> Stand: 18.10.2016
- [9] Höppner H. Hochschulische Ausbildung in der deutschen Physiotherapie: Ein konsequentes Ja zur Primärqualifikation – jetzt!. *Physioscience* 2016; 12: 119–121
- [10] Darmann-Finck I, Görres S, Muths S et al., (Hrsg.) Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW. Abschlussbericht - Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW (2014; Im Internet: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/20150528_NRW-Abschlussbericht-End-26_05_2015.pdf Stand: 18.10.16
- [11] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2010

- [12] Flanagan JC. The critical incident technique. Psychological Bulletin 1954; 51: 327–358
- [13] Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (2009; Im Internet: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=// * %5b@attr_id= %2527bgbl109s3158.pdf%2527%5d#__bgbl__%2F%2F * %5B%40attr_id%3D%27bgbl109s3158.pdf%27%5D__1477392849478 Stand: 18.10.2016
- [14] Wissenschaftsrat (WR). Empfehlungen zur Entwicklung des dualen Studiums. Po-sitionspapier. 2013; Im Internet: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3479-13.pdf> Stand: 29.05.2017
- [15] Bundesministerium für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz PflBRefG). 2016; Im Internet: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinetentwurfPflBG.pdf Stand: 31.04.2016
- [16] Bundesgesetzblatt. 2016;Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III) vom 23. Dezember 2016. Im Internet: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl116s3191.pdf#__bgbl__%2F%2F * %5B%40attr_id%3D%27bgbl116s3191.pdf%27%5D__1496125811717 Stand: 29.05.2017